

УДК 616.135-007.64-08-036.4

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-1-16>

Первые клинические проявления расслаивающей аневризмы грудной аорты и важность их роли для своевременной диагностики заболевания

Н. Г. Кадочкина¹, А. В. Проневич²

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель, Беларусь

²Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Резюме

В статье представлен клинический случай расслаивающей аневризмы грудной аорты, первыми клиническими проявлениями явились типичные симптомы заболевания. Своевременная постановка диагноза и лечение являются особенно значимыми для предупреждения фатального исхода. Поздняя диагностика может быть связана в том числе с отсутствием настороженности врачей в отношении расслаивающей аневризмы аорты.

Ключевые слова: *расслоение аорты, синдром ускоренного СОЭ, болевой синдром*

Вклад авторов. Кадочкина Н.Г., Проневич А.В.: концепция и постановка предварительного диагноза, сбор материала по клиническому случаю, редактирование, обсуждение симптомов и проявлений болезни, описание самого клинического случая, обзор публикаций по теме статьи, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Кадочкина НГ, Проневич АВ. Первые клинические проявления расслаивающей аневризмы грудной аорты и важность их роли для своевременной диагностики заболевания. Проблемы здоровья и экологии. 2023;20(1):131–135. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-1-16>

Early clinical manifestations of dissecting aneurysm of the thoracic aorta and the importance of their role for the timely diagnosis of the disease

Natalia G. Kadochkina¹, Anna V. Pronevich²

¹Republican Scientific and Practical Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel, Belarus

²Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Abstract

This article presents a clinical case of dissecting thoracic aortic aneurysm. The first clinical manifestations were typical symptoms of the disease. Timely diagnosis and treatment are particularly important to prevent a fatal outcome. Late diagnosis may be related also to the lack of doctors' caution with regard to dissecting aortic aneurysm.

Keywords: *aortic dissection, accelerated ESR syndrome, pain syndrome*

Author contributions. Kadochkina N.G., Pronevich A.V.: research concept and preliminary diagnosis, collecting material of a clinical case, editing, discussion of the symptoms and manifestations of the disease, description of the clinical case itself, reviewing publications on the topic of the article, approving the article for publication.

Conflict of interests. Authors declare no conflict of interest.

Funding. Study conducted without sponsorship.

For citation: Kadochkina NG, Pronevich AV. Early clinical manifestations of dissecting aneurysm of the thoracic aorta and the importance of their role for the timely diagnosis of the disease. Health and Ecology Issues. 2023;20(1):131–135. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-1-16>

Аорта — самая большая и самая мощная артерия в организме человека, переносящая около 200 млн литров крови в течение всей его жизни. Одним из наиболее частых приобретенных заболеваний аорты наряду с атеросклерозом и аневризмами является ее расслоение [1, 2].

Расслоение аорты представляет собой жизнеугрожающее состояние, поражающее стенку аорты, преимущественно ее средний слой [1–3], и характеризуется сепарацией интимы с образованием ложного просвета (канала), заполненного кровью. Его образованию предшествует разрыв

внутреннего слоя аорты, через который кровь проникает в измененную среднюю оболочку и под давлением тока крови происходит расслоение аорты.

Частота возникновения расслаивающей аневризмы аорты относительно невелика и составляет 4–6 случаев на 100 тыс. человек в год, пик расслоения аорты приходится на возраст 60–70 лет, при этом мужчины подвержены этому заболеванию в 2 раза чаще женщин [4–6]. Примерно 75 % пациентов с расслоением аорты имеют в анамнезе артериальную гипертензию (АГ), при этом интересно, что АГ сама по себе вместе с возрастом является предиктором расслоения аорты, не зависящим от диаметра аорты [7–9]. Важными детерминантами патофизиологического процесса при расслоении восходящего отдела грудной аорты считаются также атеросклероз и генетическая предрасположенность [1].

Своевременная диагностика расслаивающей аневризмы аорты сложна и представляет собой важнейшую клиническую проблему, так как симптомы расслоения аорты многообразны и могут имитировать широкий ряд сердечно-сосудистых, неврологических и хирургических заболеваний [10, 11]. При отсутствии лечения в первый день при расслоении аорты каждый час погибает 1 % всех заболевших, в течение первых двух недель — 75 % и в течение первого года — свыше 90 % пациентов [12]. Поэтому представляется крайне важным умение распознавать симптомы этого смертельно опасного заболевания для своевременного оказания необходимой медицинской помощи.

Случай из клинической практики

Пациент К., мужчина 54 лет, поступил в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в отделение иммунопатологии и аллергологии с диагнозом «Субфебрилитет неуточненной этиологии, синдром ускоренной скорости оседания эритроцитов (СОЭ)». Пациент предъявлял жалобы на выраженную одышку, общую слабость, головокружение, чувство подташнивания при незначительной физической нагрузке, при этом в горизонтальном положении усиления одышки он не отмечал. Также пациента беспокоили снижение аппетита, периодический кашель со слизисто-гноющей мокротой, снижение работоспособности и немотивированная субфебрильная температура тела (до 37,6 °С).

Из анамнеза заболевания было установлено, что пациент заболел около 3 месяцев назад, когда внезапно появилась резкая, интенсивная, «разрывающая» боль за грудиной, которую па-

циент описывал как «внезапный удар ножом». Пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи, при этом, со слов пациента, для купирования болевого синдрома потребовались наркотические обезболивающие средства. С подозрением на острую сердечно-сосудистую патологию он был госпитализирован в кардиологическое отделение центральной районной больницы, откуда был переведен в терапевтическое отделение учреждения здравоохранения «Василевичская городская больница», а затем в терапевтическое отделение учреждения здравоохранения «Речицкая центральная районная больница» с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца (ИБС): атеросклеротический кардиосклероз. Н2А. АГ III степени, риск 4. Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный тип, ДН1. Синдром ускоренного СОЭ. Анемия легкой степени. Субфебрилитет неуточненной этиологии». Согласно предоставленным данным догоспитального обследования, в кардиологическом отделении центральной районной больницы при поступлении были выполнены электрокардиограмма (ЭКГ), лабораторные методы диагностики — без признаков острой коронарной патологии, эхокардиография (ЭхоКГ) — установлено расширение восходящего отдела аорты до 42 мм, без зон дискинеза миокарда. По поводу синдрома ускоренного СОЭ и немотивированного субфебрилитета пациенту были выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, результаты которых не выявили причину вышеуказанных патологий. В дальнейшем для обследования и лечения пациент был госпитализирован в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Из анамнеза жизни: около 15 лет страдал АГ, с максимальным повышением артериального давления (АД) до 180/90 мм рт. ст., гипотензивные препараты регулярно не принимал. Три года назад перенес инфаркт головного мозга в левом каротидном бассейне с правосторонним гемипарезом, лечился стационарно. Курил около 35–40 лет более одной пачки папирос в день. Отец умер внезапно в возрасте 60 лет от сердечно-сосудистой патологии.

При определении объективного статуса общее состояние пациента можно было оценить как средней степени тяжести. При осмотре наблюдались бледность, «серость» и диффузный цианоз кожных покровов. Пациент правильно телосложения, ИМТ — 21 кг/м², температура тела — 37,3 °С. При проведении перкуссии границы сосудистого пучка были расширены вправо. Аускультативно тоны сердца приглуше-

ны, ритмичны, в III–IV межреберье слева выслушивался неинтенсивный диастолический шум. АД — 160/75 мм рт. ст., пульс — 92 удара в минуту, ритмичный. Дыхание в средних и нижних отделах обоих легких везикулярное, выслушивались сухие рассеянные хрипы (незначительное количество), одышка смешанная, частота дыхания — 18 в минуту. Appetit снижен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступала из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Нарушения мочеиспускания, стула отмечено не было.

Учитывая жалобы, данные физикального осмотра и анамнез заболевания, пациенту в срочном порядке была выполнена ЭхоКГ. Из заключения исследования следует, что у пациента имелись признаки атеросклероза аорты, регургитация на трикуспидальном клапане 1–2-й ст., аортальном клапане — 2–3-й ст., пограничное высокое давление на клапане легочной артерии, диастолическая дисфункция левого желудочка, тип 1, гипертрофия миокарда левого желудочка, сниженная глобальная сократимость миокарда (фракция выброса левого желудочка — 54 %), гипокинез базально-перегородочного, средне-перегородочного, базально-переднего сегментов левого желудочка, аневризматическое расширение восходящего отдела аорты (аорта: диаметр на уровне аортального клапана — 32 мм, в восходящем отделе — 61 мм), нельзя исключить расслоение с формированием ложного хода, высланного тромботическими массами, размер 4,7 × 2,1 см, признаки умеренного гидроперикарда.

Для подтверждения диагноза была выполнена компьютерная ангиография аорты. Описание: аорта на уровне луковицы — 42 мм, примерно в 3,5 см от уровня клапана по право-передней стенке определяется дефект интимы, общий просвет расширяется до 60 × 62 мм, видны два просвета, разделенные тонкой перегородкой, ложный — шириной 40 мм, истинный — 20 мм, расслоение прослеживается на протяжении примерно 8 см, заканчивается в начале дуги, дуга — 32 мм, нисходящая аорта — 24 мм, в полости перикарда определяется жидкость слоем до 1 см в передних отделах. Заключение: расслаивающаяся аневризма восходящей аорты (тип 2 по Де Бейки).

При анализе общего анализа крови выявлено снижение гемоглобина (123 г/л), увеличение лейкоцитов крови ($10,5 \times 10^9/\text{л}$), увеличение СОЭ (49 мм/ч). ЭКГ: признаки гипертрофии левых отделов сердца; УЗИ брахиоцефальных артерий: признаки стенозирующего атеросклероза.

В экстренном порядке пациент был консультирован кардиохирургом учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Выставлен диагноз: «ИБС: атероскле-

ротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Хроническая расслаивающаяся аневризма грудной аорты, тип 2 по Де Бейки. Гидроперикард без угрозы тампонады. Недостаточность аортального клапана 2–3-й ст. АГ III степени, риск 4. H2A».

Для дальнейшего оперативного лечения пациент был переведен в кардиохирургическое отделение учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

Обсуждение

На практике врач нередко встречается с острыми заболеваниями, требующими немедленной дифференциальной диагностики для выбора тактики оказания неотложной помощи. Необходимо помнить, что срочная дифференциальная диагностика у пациентов с интенсивной болью в груди и симптомами, угрожающими его жизни, требуется при следующих состояниях: остром коронарном синдроме, тромбозе легочной артерии, расслаивающейся аневризме аорты, разрыве пищевода и напряженном пневмотораксе [13].

В данном клиническом случае показано, что сложность своевременной диагностики расслаивающейся аневризмы аорты связана с низкой настороженностью врачей первичного звена здравоохранения в отношении этого не частого, но смертельно опасного заболевания. Правильная диагностика расслаивающихся аневризм и разрывов аорты возможна при тщательной детализации болевого синдрома и четком представлении о его особенностях в различных клинических ситуациях. Согласно данным регистра IRAD (International Registry of Acute Aortic Dissection), в который включены 464 пациента с острым расслоением аорты из 12 международных специализированных медицинских центров, боль является самым частым первым симптомом острого расслоения (96 %) [14]. Есть в описании боли при расслоении аорты ряд особенностей, которые должны привлечь внимание врача и вызвать подозрение на это заболевание. Пациенты часто описывают боль такими словами, как «разрывающая», «острая», «режущая», «внезапный удар ножом», как это и имело место в данном клиническом случае. Боль при расслоении аорты сильная и внезапная как в начале, так и в дальнейшем, в отличие от боли при инфаркте миокарда, которая обычно носит нарастающий характер и не такая интенсивная.

Другой важной характеристикой боли при расслоении аорты является ее мигрирующий характер в другие места по направлению расслоения аорты. Однако такую мигрирующую боль описывают не более 17 % пациентов [14, 15]. Не указывал на мигрирующий характер боли и пациент К.

В приведенном клиническом случае в остром периоде расслоения аорты, несмотря на острую боль, требующую введения наркотических обезболивающих средств, отсутствовали признаки острой левожелудочковой недостаточности, опасные аритмии, а при стационарном обследовании не было ЭКГ и лабораторных признаков острого инфаркта миокарда. Такая клиническая ситуация вызывала необходимость поиска наряду с ИБС альтернативного диагноза, в том числе расслоения аорты. Для своевременной постановки правильного диагноза необходимо также принимать во внимание наличие у пациента длительного стажа АГ, курения и отягощенного семейного анамнеза.

Заключение

Таким образом, данный клинический пример показывает неocenимую значимость полноценного и своевременного клинического обследо-

вания и правильной интерпретации полученных данных, в том числе жалоб, анамнеза заболевания, ЭКГ, лабораторных данных, эхокардиографии у пациентов старше 40 лет, особенно мужчин с остро развившейся интенсивной болью в грудной клетке, для своевременной диагностики жизненно опасных заболеваний, каким является расслаивающая аневризма аорты. Также данный пример отражает важность контроля АГ как одного из ведущих факторов риска развития этого опасного патологического состояния и отказа от курения как одного из факторов прогрессирования данной патологии.

Существует острая необходимость в профилактической направленности практической деятельности врача-терапевта, нацеленной на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Обязательным условием является пропаганда здорового образа жизни, а также скрининговое обследование для выявления аневризм.

Список литературы

1. Braverman AC, Schermerhorn M. Diseases of the aorta. In: Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. p. 1295-337.
2. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2014;35:2873-926. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
3. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:e27-e129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.02.015>
4. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, et al. Insights from the international registry of acute aortic dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research. *Circulation*. 2018;137:1846-1860. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264>
5. Bossone E, LaBounty TM, Eagle KA. Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. *Eur Heart J*. 2018;39:739-749d. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx319>
6. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *Lancet*. 2015;385:800-811. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61005-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61005-9)
7. Bossone E, Ranieri B, Romano L, et al. Acute aortic syndromes: diagnostic and therapeutic pathways. *Heart Fail Clin*. 2020;16:305-315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2020.03.002>
8. Bossone E, Russo V, Salzano A, Eagle K. Medical Conditions Predisposing to Aortic Dissection and Preventive Strategies. In: Sellke FW, Coselli JS, Sundt TM, Bavaria JE, Sodha NR. (eds) *Aortic Dissection and Acute Aortic Syndromes*. Springer, Cham; 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-66668-2_7
9. Pape LA, Tsai TT, Isselbacher EM, Oh JK, O'gara PT, Evangelista A, et al. Aortic diameter \geq 5.5 cm is not a good predictor of type A aortic dissection: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2007;116:1120-1127. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.702720>
10. Кошелева НА, Горохова ЕА, Резяпкина МС. Особенности течения расслаивающей аневризмы аорты. *Архивъ внутренней медицины*. 2016;6(3):68-70. DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-3-68-70>
11. Hatzaras I, Tranquilli M, Coady M, Barrett PM, Bible J, Eleftheriades JA. Weight lifting and aortic dissection: more evidence for a connection. *Cardiology*. 2007;107:103-106. DOI: <https://doi.org/10.1159/000094530>
12. Семёнова ЛН, Морова НА, Щербаков ДВ. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе. *Омский научный вестник*. 2011;1(104):149-154. [дата обращения 2022 декабрь 10.]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostraya-rasslaivayuschaya-anevrizma-grudnoy-aorty-raznoobrazie-klinicheskikh-variantov-optimizatsiya-diaagnostiki-na-dogospitalnom>
13. Виноградов АВ. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. 3-е изд., доп. и перераб. Москва: ООО «Медицинское Информационное Агентство»; 2009. [дата обращения 2022 сентябрь 18]. Режим доступа: https://static-sl.insales.ru/files/1/3577/17305081/original/differencialnii_diagnoz_vnutr_bolezneq_sod.pdf
14. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, [et al.]. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000 Feb 16;283(7):897-903. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.283.7.897>
15. Yoshimoto R, Tanaka K, Kawahata T, Takatori S, Takatori K, Eguchi K, et al. Unusual manifestations of giant cell arteritis and granulomatosis with polyangiitis. *Immunol Med*. 2019;42:94-98. DOI: <https://doi.org/10.1080/25785826.2019.1657377>

References

1. Braverman AC, Schermerhorn M. Diseases of the aorta. In: Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. p. 1295-337.
2. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2014;35:2873-926. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
3. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55:e27-e129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.02.015>
4. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, et al. Insights from the international registry of acute aortic dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research. *Circulation*. 2018;137:1846-1860. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264>
5. Bossone E, LaBounty TM, Eagle KA. Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. *Eur Heart J*. 2018;39:73-749d. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx319>
6. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *Lancet*. 2015;385:800-811. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61005-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61005-9)
7. Bossone E, Ranieri B, Romano L, et al. Acute aortic syndromes: diagnostic and therapeutic pathways. *Heart Fail Clin*. 2020;16:305-315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2020.03.002>
8. Bossone E, Russo V, Salzano A, Eagle K. (2021). Medical Conditions Predisposing to Aortic Dissection and Preventive Strategies. In: Sellke FW, Coselli JS, Sundt TM, Bavaria JE, Sodha NR. (eds) Aortic Dissection and Acute Aortic Syndromes. Springer, Cham; 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-66668-2_7
9. Pape LA, Tsai TT, Isselbacher EM, Oh JK, O'gara PT, Evangelista A, et al. Aortic diameter ≥ 5.5 cm is not a good predictor of type A aortic dissection: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2007;116:1120-1127. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.702720>
10. Kosheleva NA, Gorokhova EA, Rezepkina MS. The course of dissecting aneurysm of the aorta. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2016;6(3):68-70. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-3-68-70>
11. Hatzaras I, Tranquilli M, Coady M, Barrett PM, Bible J, Elefteriades JA. Weight lifting and aortic dissection: more evidence for a connection. *Cardiology*. 2007;107:103-106. DOI: <https://doi.org/10.1159/000094530>
12. Semenova LN, Morova NA, Shcherbakov DV. Acute dissecting aneurysm of the thoracic aorta: a variety of clinical options, optimization of diagnosis at the prehospital stage. *Omsk Scientific Bulletin*. 2011;1(104):149-154. [date of access 2022 December 10]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostroya-rasslaivayuschaya-anevrizma-grudnoy-aorty-raznoobrazie-klinicheskikh-variantov-optimizatsiya-diagnostiki-na-dogospitalnom> (In Russ.).
13. Vinogradov AV. Differential diagnosis of internal diseases. 3rd ed., add. and revised. Moscow: LLC «Medical Information Agency»; 2009. [date of access 2022 September 18]. Available from: https://static-sl.insales.ru/files/1/3577/17305081/original/differencialnii_diagnoz_vnutr_bolezneq_sod.pdf (In Russ.).
14. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, [et al.]. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000 Feb 16;283(7):897-903. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.283.7.897>
15. Yoshimoto R, Tanaka K, Kawahata T, Takatori S, Takatori K, Eguchi K, et al. Unusual manifestations of giant cell arteritis and granulomatosis with polyangiitis. *Immunol Med*. 2019;42:94-98. DOI: <https://doi.org/10.1080/25785826.2019.1657377>

Информация об авторах / Information about authors

Кадочкина Наталия Геннадьевна, к.м.н., врач-терапевт отделения аллергологии и иммунопатологии, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-3150>

e-mail: natkadok@gmail.com

Проневич Анна Васильевна, ассистент кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6273-7222>

e-mail: busel1984@mail.ru

Natalia G. Kadochkina, Candidate of Medical Sciences, Physician of the Department of Allergology and Immunopathology, Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-3150>

e-mail: natkadok@gmail.com

Anna V. Pronevich, Assistant Lecturer of the Department of Polyclinic Therapy and General Medical Practice, Gomel State Medical University

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6273-7222>

e-mail: busel1984@mail.ru

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Проневич Анна Васильевна

e-mail: busel1984@mail.ru

Anna V. Pronevich

e-mail: busel1984@mail.ru

Поступила в редакцию / Received 20.09.2022

Поступила после рецензирования / Accepted 08.11.2022

Принята к публикации / Revised 27.02.2023