

УДК 616.24-089.87

А.А. КАПСАЛЯМОВА

Городской кардиологический центр, г. Алматы

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВОВ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ И ИНФАРКТА МИОКАРДА (случай из практики)

В статье рассматриваются клинические симптомы разрыва расслаивающей аорты (АБА). При АБА отмечают интенсивные боли в самом начале болезни, затем могут исчезнуть вплоть до смертельного исхода, который обычно наступает внезапно. Боль невозможно купировать наркотическими анальгетиками. Если нормальные значения тропонина позволяют отрицать диагноз некроза сердечной мышцы, то УЗИ и аортография подтверждают диагноз.

**Ключевые слова:** расслаивающая аневризма, болевой синдром.

**В** городской кардиологический центр был доставлен больной Б., 82 лет, с жалобами на слабость, головные боли, чувство нехватки воздуха. Из анамнеза: острое начало, резкая слабость, потеря сознания, ИБС (20 лет), ПИКС, болезнь Бехтерева, хронический бронхит. При поступлении АД 60-40/40-0 мм рт. ст. На ЭКГ у больного были следующие изменения: ритм синусовый – 100 ударов в мин, субэндокардиальное повреждение боковой стенки с захватом верхушки. Рубцы на задней стенке.

Был выставлен клинический диагноз: ИБС, повторный инфаркт миокарда задней стенки, ПИКС (2007) ОССН АГ III, 4 степени риска НК П А-В. Через 1 час после поступления больной умер.

Патолого-анатомический диагноз: Атеросклероз аорты, аневризма брюшного отдела аорты. Разрыв, забрюшинная гематома. Геморрагический шок: отек легкого, пустые полости сердца и кровеносных сосудов. Артериальная гипертония, гипертрофия сердца, концентрическая гипертрофия миокарда

Под аневризмой аорты обычно понимают ее расширение в 2 раза по сравнению с нормой для данного телосложения, возраста и пола. Аневризмы брюшного отдела аорты (АБА) встречаются примерно у 3% людей старше 50 лет, т.е. значительно чаще, чем аневризмы грудной аорты. Ведущей этиологией является атеросклероз.

Преобладающая локализация – инфраренальный отдел аорты часто с вовлечением устьев почечных артерий, бифуркации аорты и устьев подвздошных артерий.

Мужчины болеют в 4-5 раз чаще женщин. Преобладают 70-80-летние пациенты. В большинстве случаев симптоматика отсутствует, и АБА выявляется довольно случайно – при пальпации живота (в виде пульсирующего образования, расположенного обычно чуть левее срединной линии) или при ультразвуковом исследовании живота. Над аневризмой можно услышать сосудистый шум. Если же больного беспокоят боли, то это должно настораживать – опасность разрыва аневризмы.

Симптомы разрыва АБА нередко оказываются первыми клиническими проявлениями болезни. Разрыв приводит к истечению крови либо в брюшную полость (обычно бурному, фатальному), либо чаще в ретроперитонеальное пространство. В последнем случае кровотечение менее интенсивное, симптомы кровопотери: боли длятся часами и даже днями. Кровь может прорываться в соседние органы, изменяя течение болезни (кишечные кровотечения, аортокавальные фистулы с бурно прогрессирующей сердечной недостаточностью и т.д.).

АБА, не осложнившиеся разрывами, также опасны

развитием осложнений: тромбозов и тромбозов дистального артериального русла, нижних конечностей, а также инфицированием.

Риск неблагоприятного течения аневризмы: большие размеры аневризмы, артериальная гипертония, курение, мужской пол, возраст 70 – 80 лет, ХОБЛ.

В патогенезе имеют значение надрыв интимы (в результате изъязвления атером), дефект интимы, который распространяется на медиальную оболочку, создает клапаны, препятствующие току крови через аорту, формируются гематомы внутри стенки аорты, которые затем прорываются через интиму.

### Особенности болевого синдрома при расслаивающей аневризме аорты

При расслаивающей аневризме аорты боли всегда возникают внезапно, тогда как при инфаркте миокарда нередко удается выявить прединфарктный период, в течение которого наблюдалось постепенное усиление боли.

При расслаивающей аневризме аорты боли более интенсивны в самом начале болезни, т.е. в момент разрыва аорты, если больной пережил этот момент, то ближайшие дни, а иногда и часы, болевые ощущения постепенно уменьшаются и могут почти полностью исчезнуть вплоть до смерти, которая наступает обычно внезапно.

Для расслаивающей аневризмы аорты характерна миграция болей: начинаются в области лопаток, за грудиной или в верхней части живота, позднее в плечах, пояснице, области бедер, паховых областях и нижних конечностях. Артериальное давление у больного с расслаивающей гематомой аорты обычно удерживается на нормальном уровне. Иногда оно даже несколько повышается, в отличие от инфаркта миокарда, при котором АД снижается. На ЭКГ при аневризме обнаруживают: признаки гипертрофии левого желудочка сердца, признаки ишемии субэндокардиальных слоев миокарда в виде понижения ST, изменения зубца T, иногда обнаруживаются старые рубцовые изменения миокарда. Проявлениями со стороны других органов могут быть признаки закупорки дуги аорты и венечных артерий сердца, нарушения зрения, гемиплегия, паралич, другие неврологические нарушения (илеус и инфаркт кишечника, нарушение функций тазовых органов). При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать, что:

При аневризме боль возникает внезапно, максимальная интенсивность в момент разрыва в самом начале болезни, по локализации совпадает с локализацией при инфаркте, иррадиация – вдоль позвоночного столба, с усилением боли – новые области ее иррадиации. Болевой синдром при аневризме не приводит к острой левожелудочковой недостаточности.

При инфаркте миокарда боль может возникнуть вне-

запно, но бывает прединфарктный период и для него характерно постепенное усиление боли, осложняется гипотонией с картиной кардиогенного шока. Частые различного рода аритмии.

*При аневризме при аускультации* – систолический шум на основании сердца (хорошо слышен на спине вдоль позвоночного столба), диастолический шум (15% – АН – расширение фиброзного кольца аортального клапана). Гипотония не характерна, аритмии редки. На ЭКГ – 1/3 норма или признаки коронарной недостаточности, признаки очаговых изменений. Стойкое сохранение этих признаков на повторно снятых ЭКГ.

При аневризме нарастающая анемия, для инфаркта миокарда не характерна, тогда как лейкоцитоз может иметь место и при аневризме, и при инфаркте миокарда.

Рентгенологически при аневризме – двухконтурная тень аорты – патогномичный признак (обнаруживаются у 2-х из 55 больных с инфарктоподобной формой), на фасных (боковых обзорных снимках области живота) – признаки аневризмы в виде «яичной скорлупы» (кальциноз стенок аорты)

ЭхоКГ – двойной контур аорты.

Признаки аневризмы становятся очевидными обычно на 2 – 7 день болезни (Виноградов А.В., 2000).

В данном случае больной страдал атеросклерозом, ИБС, АГ, болезнью Бехтерева, имел факторы риска неблагоприятного течения аневризмы: мужской пол, возраст 82 года, курил, страдал хроническим бронхитом.

В то же время в клинической картине отсутствовал болевой синдром с характерной локализацией и иррадиацией. Кратковременное пребывание больного и тяжесть состояния больного не позволили провести рентгенологическое и ультразвуковое обследования.

Имеется нехарактерная гипотония, в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, подтвержденный ЭКГ.

Все вышеперечисленное привело к гипердиагностике инфаркта миокарда.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Кардиология. Руководство для врачей / под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова, проф. И.Г. Фоминой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 852 с.

2 Оливия В. Эдейр. Секреты кардиологии. Под общей редакцией докт. мед. наук, проф. В.Н. Хирманова. – М.: «МЕДпресс-информ», 2004

3 Ройтберг Г.В., Струтынский А.В. Внутренние болез-

ни. Сердечно-сосудистая система. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. – 856 с.

4 Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: справочное руководство для врачей. 2-е изд. – М.: Медицина, 1987. – 592 с.

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.А. КАПСАЛЯМОВА**

*Қалалық кардиологиялық орталық, Алматы қ.*

#### **ҚОЛҚА АНЕВРИЗМДЕРІ МЕН МИОКАРД ИНФАРКТИ- СІНІҢ ҮЗІЛУІН ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ҚИЫНДЫҒЫ (тәжірибеден алынған оқиға)**

Құрсақ аортасының аневризміндегі жарылу симптомдары аурудың жиі кездесетін алғашқы клиникалық көрінісі болып табылады. Қабатталған аорта аневризмінде ауру белгілері алғашқы кезінде-ақ аса қарқынды, аортаның жарылуы кезеңінде, егер науқас бұл кезеңді өткерсе, таяу күндерде және кейде сағаттарда ауру сезімдері ақырындап азайып және әдетте кенеттен болатын өлімге шейін дерлік толық жоғалып кетуі мүмкін. Ауру тіпті наркотикалық анальгетиктерге басылмайтындықтан, миокард инфаркт кезіндегі ауру синдромдарына ұқсас болып келеді. Тропонин, миоглобин немесе КФК қалыпты мәндері жүрек бұлшық етінің некрозын жоққа шығаруға мүмкіндік береді. Аорта қабырғаларының қабаттануын УДЗ және аортография дәлелдейді.

**Негізгі сөздер:** қатпарланушы аневризма, ауру белгісі.

#### SUMMARY

**A.A. KAPSALYAMOVA**

*City Cardiology Center, Almaty c.*

#### **PROBLEMS IN THE DIAGNOSIS OF ANEURYSM RUPTURE AND MYOCARDIAL INFARCTION (case report)**

The symptoms of the rupture of abdominal aortic aneurism are often the first clinical signs of the disease. In dissecting aneurysm, pains are more intense at the beginning of the disease, i.e. at the moment of aortic rupture; if the patient has gone through that moment, then during the next few days, and sometimes hours, the sensations of pain gradually decrease and can almost completely disappear until his death, which usually occurs suddenly. The pain is not cut short even with narcotic analgesics, which makes it like a pain syndrome in myocardial infarction. Normal values of troponin, myoglobin and creatine phosphokinase allow to reject the diagnosis of myocardial necrosis. The delamination of the aortic wall is confirmed by ultrasonic examination and aortography.

**Key words:** dissecting aneurysm, pain syndrome.

УДК 616.12-008.331.1-085-053.9

**З.Т. ТАШИМБЕТОВА**

*Медицинский центр «Асмед», г. Алматы*

## **АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

*В статье оцениваются результаты проведения крупных рандомизированных исследований комбинации гипотензивных средств. Изучение этих комбинаций позволяет улучшить прогноз и качество жизни пожилых пациентов, индивидуализировать комплекс лечения.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гипотензивная терапия, индивидуальный уход.

**В** Казахстане, как и во всем мире, артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных проблем здравоохранения.

С развитием цивилизации продолжительность жизни человека увеличилась. По прогнозам Всемирной органи-

зации здравоохранения, к 2025 году численность только женского населения мира в возрасте 60+ превысит 1 млрд. В нашей республике людей в возрасте 50+ более 3,5 млн., из них 850000 в возрасте 70+, что составляет около 6% от общего числа населения нашей страны [1].