

УДК 616.132-001.48-007.64

Г.Ж. КАРЕНЕЕВА, Д.Р. ЕСЕНБАЕВА, А.Н. РАХИМБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

РАССЛОЕНИЕ И РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА



Каренеева Г.Ж.

В статье приведены данные собственного клинического наблюдения больного с аневризмой грудного отдела аорты (АГА), протекавшей под своеобразной «клинической маской» трансмурального инфаркта. У пациента, длительно страдающего ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, прогрессирующим атеросклерозом и аневризмой грудного отдела аорты, произошли расслоение и разрыв АГА с кровотечением и клиникой геморрагического шока.

Ключевые слова: расслоение аорты, геморрагический шок, ДВС синдром.

Для ссылки: Каренеева Г.Ж., Есенбаева Д.Р., Рахимбаева А.Н. Расслоение и разрыв аневризмы грудного отдела аорты в практике врача // Журнал «Медицина». – 2015. – №5 (155). – С. 19-21

Расслоение аорты – достаточно редкое, но потенциально опасное заболевание, встречается у 1 из 10000 госпитализированных больных (однако, значительная часть больных погибает на догоспитальном этапе), в 1 случае на 400 аутопсий, у 1 из 100 умирающих внезапно, 3-4% всех внезапных смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. Расслоение аорты – самая частая катастрофа среди острых заболеваний аорты.

В мире расслоение аорты встречается от 0,5 до 2,95 на 100000 населения в год, а в США – от 0,2 до 0,8 на 100000 человек в год, а точнее, 2000 новых случаев в год. В России эта цифра составляет 5-10 случаев на 100000 населения в год, а в 75% случаев из них поражается восходящая аорта.

При остром проксимальном расслоении аорты в течение первой недели погибают 80-94% пациентов, а за первые 48 часов – 1% в час. У переживших острый период 5-летняя выживаемость составляет всего 10-15% (Klein D.G., 2005). При дистальном расслоении аорты естественное течение благоприятнее, чем обусловлена менее агрессивная тактика его хирургического лечения.

По наиболее распространенной классификации по М. Дебейки расслоение аорты разделяют по месту возникновения и степени вовлеченности возникновения различных отделов: тип I – местом возникновения разрыва является восходящая аорта, расслоение распространяется на дугу и часто дистальнее – на грудной и брюшной отделы аорты; тип II – разрыв локализуется в восходящей части, расслоение ограничено только восходящей аортой; тип III – разрыв интимы локализуется в нисходящей грудной аорте, распространяется чаще антеградно дистально, по нисходящей аорте на различном протяжении с вовлечением или только всего грудного отдела, и/или и грудного, и брюшного отделов и редко – ретроградно на дугу и восходящую аорту.

При отсутствии лечения ранняя смертность при расслоении составляет 1% в час (один человек из ста умирает каждый час) в первый день, 75% – в течение двух недель и свыше 90% – в течение первого года. Однако выживаемость больных в настоящее время может быть значительно увеличена благодаря своевременной диагностике и раннему лечению этого грозного состояния. Раннее клиническое распознавание и различные диагностические методики по визуализации аорты являются неотъемлемой частью ведения больных с расслоением аорты.

Клиническая картина расслаивающей аневризмы аорты характеризуется значительным разнообразием проявлений. Последние, объединяемые в синдромы и так называемые «маски», хорошо описаны в литературе. По нашим данным, согласующимся с данными литературы, чаще всего наблюдался инфарктоподобный вариант. У 10 больных с таким вариантом клинической картины ведущим признаком развившейся катастрофы были резкие раздирающие боли за грудиной, иррадиировавшие в межлопаточное пространство, сопровождавшиеся выраженной общей слабостью, а у одной больной с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. У одного больного болевой синдром напоминал впервые возникшую стенокардию. При дифференциальной диагностике острого коронарного синдрома и расслаивающей аневризмы аорты, как указывают многие авторы, важно учитывать несоответствие между выраженным болевым синдромом и отсутствием, как правило, изменений на ЭКГ, характерных для острого инфаркта миокарда.

В клинике наблюдался пациент, у которого при расслаивающей аневризме грудного отдела аорты с последующим разрывом ее, на ЭКГ появились изменения, синусовая брадикардия, приведшие к значительным диагностическим трудностям в реальной клинической ситуации, установлен-

Контакты: Каренеева Гаухар Жетписбаевна. КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Интернатура по терапии. Тел. + 7 775 202 82 44, e-mail: karenееva_gauhar@mail.ru

Contact: Gauhar Zhetpisbayevna Kareneyeva. Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Internship in therapy. Phone + 7 775 202 82 44, e-mail: karenееva_gauhar@mail.ru

нию ошибочного диагноза острой коронарной патологии и досуточной летальности.

Пациент С., 56 лет, был доставлен в приемный покой в ОКЦ с диагнозом: ОКС без подъема сегмента ST. Пациента беспокоили давящие, нарастающие боли за грудиной с иррадиацией в подлопаточную область, боли в эпигастральной области. Из анамнеза: после травмы страдал артериальной гипертензией около 3 лет. Максимальное АД – 250/100 мм рт. ст. Адаптированное АД – 180/100. В день поступления появились вышеуказанные жалобы. Сердце было расширено влево, тоны сердца приглушены. На ЭКГ, выполненной на догоспитальном этапе, – синусовый ритм, 60 в мин. Выраженная гипертрофия левого желудочка. Рубцовые изменения на заднедиафрагмальной стенке левого желудочка (QS, ST на изолинии, T(-) во II, III, AVF) и возможно рубцовые изменения в области передней стенки, перегородки, верхушки. На ЭКГ, снятой в клинике, – ритм синусовый, прерывается, единичные желудочковые экстрасистолы, ЧСС – 56, гипертрофия левого желудочка.

ЭхоКГ – расширение восходящего отдела аорты. Учитывая, что пациента беспокоили боли в эпигастральной области, была проведена ФГДС и выявлена язва желудка, в связи с чем был проконсультирован хирургом и переведен в хирургическое отделение. Во время нахождения в стационаре у пациента боли не купировались. С целью дифференциальной диагностики была проведена рентгенография грудной клетки и компьютерная томография органов грудной клетки. Была выявлена расслаивающаяся аневризма аорты.

Анализ крови: эрит. – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемог. – 116 г/л, лейкоц. – $9,1 \times 10^9/л$, формула не изменена, СОЭ – 14 мм/час. Биохимический анализ крови: АЛат – 0,14 ммоль/л, АСаТ – 0,21 ммоль/л, мочевины – 8,1 ммоль/л, креатинина – 100 ммоль/л, общий белок – 66,5 г/л, сахар – 9,7 ммоль/л, фибриноген – 3,78 г/л, ПТИ – 84%.

Лечение было проведено в полном объеме, однако состояние пациента через 6 суток резко ухудшилось, и он умер.

Клинический диагноз: Разрыв расслаивающей аневризмы аорты. Артериальная гипертензия 3 ст. Риск 4. Хронический пиелонефрит.

На аутопсии обнаружен атеросклероз с преимущественным поражением грудного отдела аорты и развитием в этой части мешотчатой аневризмы диаметром до 6 см. Интима аорты с большим количеством атеросклеротических бляшек, в состоянии атероматоза, кальциноза, изъязвления. В нисходящем отделе аорты отмечается выраженное расслоение стенки аорты. В результате разрыва аневризмы произошло массивное кровотечение в пространство средостения с образованием гематомы и обильным геморрагическим пропитыванием паранефральной, паранефральной клетчатки слева, брыжейки кишечника, вокруг селезенки. Вследствие кровотечения развился геморрагический шок с картиной ДВС-синдрома, что и послужило непосредственной причиной смерти. При гистологическом исследовании аорты в месте разрыва определяется некроз всех слоев стенки. Гипертрофия сердца – 460 г, гипертрофия стенок левого желудочка – 2 см, межжелудочковой перегородки

– 1,8 см. Почки: хронический пиелонефрит, обострение со сморщиванием почек и очаговым гломерулосклерозом, артериолонефросклерозом.

Патологоанатомический диагноз

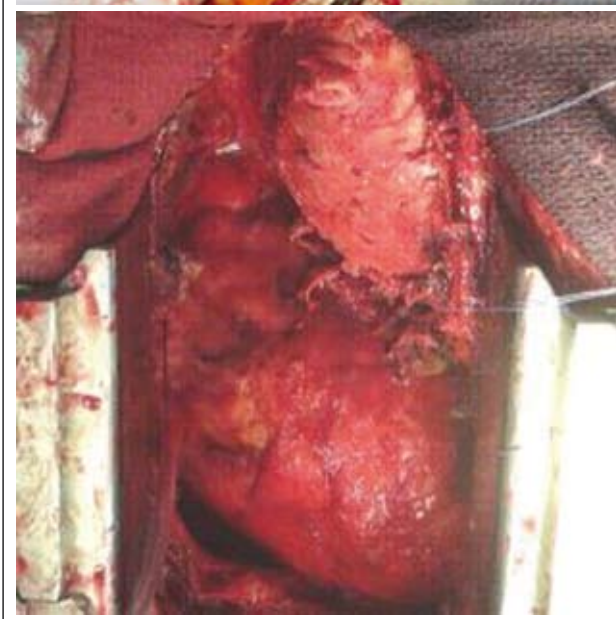
Основной: Атеросклероз аорты. Атеросклеротическая расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты с разрывом ее стенки.

Осложнение основного заболевания: Разрыв брюшного отдела аорты, кровотечение в пространство средостения.

Причина смерти: Геморрагический шок.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Гипертензионный синдром. Хронический пиелонефрит.

При ретроспективном анализе у пациента С., 56 лет, длительно страдающего ИБС, артериальной гипертензией, прогрессирующим атеросклерозом и аневризмой грудной аорты до поступления в клинику произошли расслоение и разрыв АГА с кровотечением и клиникой геморрагического шока и соответствующими изменениями на ЭКГ, расцененные врачами СП и ОИТиР как трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком. Решающую роль в постановке данного диагноза сыграли инфарктопо-



добные изменения на ЭКГ у пациента с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом и гипертонией в анамнезе.

Трудности диагностики были связаны с тяжелым состоянием больного, язвой желудка, развитием пенетрации, отсутствием возможности полного обследования больного и соответствующего лечения вследствие быстротечности осложнения.

Описанное наблюдение представляет интерес, на наш взгляд, с точки зрения атипичности течения разрыва АГА, ее безболевого формы, наиболее трудно диагностируемой. Знание врачами атипичных форм и «масок» разрыва и расслоения АГА будет способствовать улучшению диагностики этого сложного заболевания.

Выводы

1. Более активное обследование больных, включая обзорную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ, КТ органов грудной клетки, аортографию.

2. Настороженность врачей в плане развития аневризмы аорты у пожилых больных с прогрессирующим атеросклерозом сосудов.

3. Преодоление стереотипности диагностического мышления.

Своевременное распознавание осложнений АГА имеет важное значение для выбора тактики лечения, так как активная хирургическая тактика повышает возможность спасения таких больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г. Кардиология // Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 733-734

2 Осовська Н.Ю., Кавацок О.О. (2009) Етіологічні чинники та структурні особливості аневризми аорти у пацієнтів різного віку // Український кардіологічний журнал. – 2006. – №4. – С. 18-23

3 Ситар Л.Л., Кравченко И.Н., Антощенко А.А. и др. (2002) Диагностика и хирургическое лечение травматической аневризмы грудной части аорты // Укр. кардіол. журн. – 2001. – №3. – С. 51-54

4 Klein D.G. (2005) Thoracic aortic aneurysms // Cardiovasc. Nurs. – 2011. – №20(4). – P. 245-250

5 Кузик Ю.И. (2008) Розширюючі аневризми аорти та

гостра коронарна недостатність: особливості диференційної діагностики // Український кардіологічний журнал, тези доповідей IX Міжнародного конгресу кардіологів. – 2005. – №2. – С. 102-107

6 Зербіно Д.Д., Кияк Ю.Г., Кузик Ю.И. (2002) “Кардіальні” маски при розширюючій аневризмі аорти // Клін. мед. – 2012. – №5. – С. 58-62

7 Klein D.G. (2005) Thoracic aortic aneurysms // Cardiovasc. Nurs. – 2011. – №20(4). – P. 245-250

ТҰЖЫРЫМ

Г.Ж. КАРЕНЕЕВА, Д.Р. ЕСЕНБАЕВА, А.Н. РАХЫМБАЕВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСІНДЕ КӨКІРЕК ҚОЛҚАСЫ АНЕВРИЗМНІҢ БӨЛШЕКТЕНУІ ЖӘНЕ ЫДЫРАУЫ

Мақалада көкірек қолқасының аневризмі бар науқасты клиникалық бақылауға алудың өздік мәліметтері келтірілген, ауру өзіндік трансмуральды инфаркт деп топшыланып «клиникалық маска» аясында өрбіген. ЖИА, артериалды гипертензия, өршіп отырған атеросклероз және көкірек қолқасының аневризмінен ұзақ уақыт бойына зардап шегіп келген пациентте АГА бөлшектеніп ыдырады, қан кетіп, геморрагикалық шок клиникасы орын алды.

Негізгі сөздер: аортаның ыдырауы, геморрагикалық шок, ДВС-синдромы.

SUMMARY

G.J. KARENEYEVA, D.R. YESENBAEVA, A.N. RAKHIMBAYEVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

DISSECTION AND RUPTURE OF THE ANEURYSM OF THE THORACIC AORTA IN THE MEDICAL PRACTICE

The article presents the data of the clinical observation of the patient suffering from thoracic aortic aneurysm (TAA), that took place under a "clinical mask" of the transmural infarction. The patient, long suffering from coronary artery disease, hypertension, progressive atherosclerosis and aneurysms of the thoracic aorta, appeared to have dissection and rupture of the thoracic aortic aneurysm along with bleeding and hemorrhagic shock.

Key words: aortic dissection, hemorrhagic shock, disseminated intravascular coagulation.

Статья поступила в редакцию 21.04.2015 г.