

Н.А. Кошелева*^{1,2}, Е.А. Горохова¹, М.С. Резяпкина¹

¹— Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГБОУ ВПО Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

²— ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Россия

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

N.A. Kosheleva*^{1,2}, E.A. Gorokhova¹, M.S. Rezapkina¹

¹— State Educational Institution of High Professional Education «Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky», Saratov, Russia

²— Saratov Regional Clinical Hospital of Ministry of Health and Social Development of Saratov Region, Saratov, Russia

THE COURSE OF DISSECTING ANEURYSM OF THE AORTA

Резюме

Цель исследования. Определить особенности течения расслаивающей аневризмы аорты в настоящее время.

Материалы и методы. Проанализировано 11 историй болезни пациентов с установленным диагнозом расслаивающей аневризмы аорты, поступивших в Областную клиническую больницу г. Саратова за 2015 год.

Результаты. Наряду с традиционными факторами риска, такими как мужской пол, наличие артериальной гипертензии выявлены и дополнительные факторы риска, в частности, регулярный подъем тяжестей. Определены гендерные особенности в локализации расслаивающей аневризмы: у мужчин более часто расслаивающая аневризма аорты локализуется в брюшном отделе аорты, у женщин в грудном отделе.

Выводы. Дополнительным фактором риска расслоения грудного отдела аорты у женщин является систематическое поднятие тяжестей.

Ключевые слова: *расслаивающая аневризма аорты, факторы риска*

Abstract

Research objective. To define features of a course of dissecting aortic aneurysm now.

Materials and methods. 11 clinical records of the patients with the established diagnosis of dissecting aortic aneurysm who have come to Regional clinical hospital of Saratov for 2015 are analysed.

Results. Along with traditional risk factors, such as the male, existence of arterial hypertension are revealed also additional risk factors, in particular, regular heavy lifting. Gender features in localization of dissecting aortic aneurysm are defined: at men more often of dissecting aortic aneurysm of an aorta is localized in the abdominal aorta, at women in the thoracic region. **Conclusions.** Additional risk factor of stratification of dissecting aortic aneurysm in the thoracic region at women is the systematic raising of weights.

Key words: *dissecting aneurysm of the aorta, risk factors*

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-3-68-70

Введение

Исторические сведения об аневризмах аорты уходят в глубину веков. Впервые расслаивающая аневризма торакоабдоминального отдела аорты была описана во II веке н.э. во времена Галена. Однако и по сей день прижизненная диагностика этого грозного заболевания представляет значительные трудности [1, 2, 3], поскольку клиническая картина расслаивающих аневризм в значительной степени зависит от локализации и протяженности процесса, степени вовлечения в процессе отходящих от аорты сосудов, сдавле-

ния соседних органов, прорыва крови в окружающие ткани и полости. Таким образом, целью нашего исследования стала оценка клинических особенностей расслаивающей аневризмы аорты в настоящее время.

Материалы и методы

Проанализировано 11 историй болезни пациентов с установленным диагнозом расслаивающей аневризмы аорты, поступивших в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) за 2015 год.

*Контакты. E-mail: kosheleva2009@yandex.ru.

Результаты и их обсуждение

Среди поступивших в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) пациентов преобладали мужчины — 7 (63,6%) больных. Средний возраст мужчин — $60,5 \pm 10,3$ лет, женщин — $45,2 \pm 10,2$ лет. Нередко возникали трудности в постановке диагноза. Расслаивающая аневризма аорты при поступлении была установлена только у 2 (18,2%) пациентов, у 4 (36,4%) больных исходно диагностирован острый коронарный синдром, у 1 (9,1%) больного — тромбоэмболия легочной артерии, у 2 (18,2%) пациентов — острая хирургическая патология. В 2 (18,2%) случаях диагноз верифицирован при патологоанатомическом вскрытии. Время до постановки правильного диагноза варьировало от 2,5 часов до 14 суток. В ходе анализа факторов риска было выявлено, что у 6 (54,6%) пациентов имелась артериальная гипертензия, при этом у мужчин чаще (4 — 36,4%), чем у женщин (2 — 18,2%), но антигипертензивную терапию получал только 1 пациент. Избыточная масса тела чаще встречалась у женщин, чем у мужчин. Дисплазия соединительной ткани сердца выявлена у 2 (18,2%) пациентов: у одной пациентки аневризма межпредсердной перегородки, у другой — дополнительные хорды в полости левого желудочка. Среди женщин был выявлен дополнительный фактор риска: регулярный подъем тяжестей, связанный с профессиональной деятельностью (санитарки), в 1 случае — у женщины, имеющей 2-х детей грудного возраста.

Среди всех локализаций наиболее часто встречалась аневризма брюшного отдела аорты (5 больных — 45,5%) и нисходящего отдела аорты (2 пациента — 18,2%) преимущественно у мужчин, расслаивающая аневризма аорты восходящего отдела — у 4 (36,4%) пациентов, при этом чаще у женщин (рис. 1). На наш взгляд, более частая локализация аневризм в брюшном отделе аорты обусловлена более ранним развитием атеросклероза у мужчин, который, в первую очередь, поражает именно брюшной отдел [5].

Частым осложнением расслаивающей аневризмы аорты было развитие гемоперикарда — 4 (36,4%) случая, в 1 случае с тампонадой, развитие гемоторакса — 2 (18,2%) случая, забрюшинные гематомы — 3 (27,3%). Без осложнений расслаивающая аневризма аорты протекала только у 2 (18,2%) пациентов.

Исходы развития расслаивающей аневризмы аорты: выжило 6 (54,5%) пациентов, умерло 5 (45,5%) больных. Такое соотношение выживших и погибших пациентов согласуется и с данными литературы [3, 4].

В качестве примера приводим клинический случай. Пациентка К. 53 лет поступила в приёмное отделение с жалобами на давящие, раздирающие боли за грудной, длительностью около 2 часов, тошноту, слабость, нарушение зрения. Из анамнеза заболевания известно, что в течение длительного времени отмечает повышение АД до 220 и 140 мм рт. ст. максимально, однако антигипертензивной терапии не принимала. Коронарные боли ранее не беспокоили, нарушений ритма не отмечала. В течение последних 1,5 месяцев после перенесённого бронхита стала беспокоить одышка смешанного характера при физической нагрузке. Ухудшение состояния в течение 2-х часов, когда возникли давящие, раздирающие боли за грудиной, на фоне чего потеряла сознание. Бригадой машины скорой медицинской помощи была доставлена в приёмное отделение. Из анамнеза жизни обращает на себя внимание наличие сахарного диабета 2 типа в течение 3-х лет, по поводу чего принимает метформин 1000 мг на ночь. Объективно: пациентка избыточного питания, ИМТ — $28,0 \text{ кг/м}^2$. Т тела — $36,0^\circ\text{C}$, кожные покровы умеренно бледные. Дыхание поверхностное, ЧДД — 20 в минуту, отмечается одышка смешанного характера. При сравнительной перкуссии без особенностей, при аускультации жёсткое дыхание, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, перкуторно границы сердца в норме, при аускультации тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС — 140 ударов в минуту, пульс — 120 в минуту, дефицит пульса 20 в минуту. АД 130 и 80 мм рт. ст. По другим органам и системам без патологии. На ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. С учётом полученных данных пациентка госпитализирована в отделение реанимации с диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром (ОКС) без подъёма сегмента ST. Артериальная гипертензия 3 стадия, риск 4.

Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа. Осложнения: Н I (ФК II). Персистирующая впервые возникшая фибрилляция предсердий.

Учитывая выраженную головную боль, тошноту, головокружение, нарушение зрения, было необходимо исключить инфаркт головного мозга в бассейне

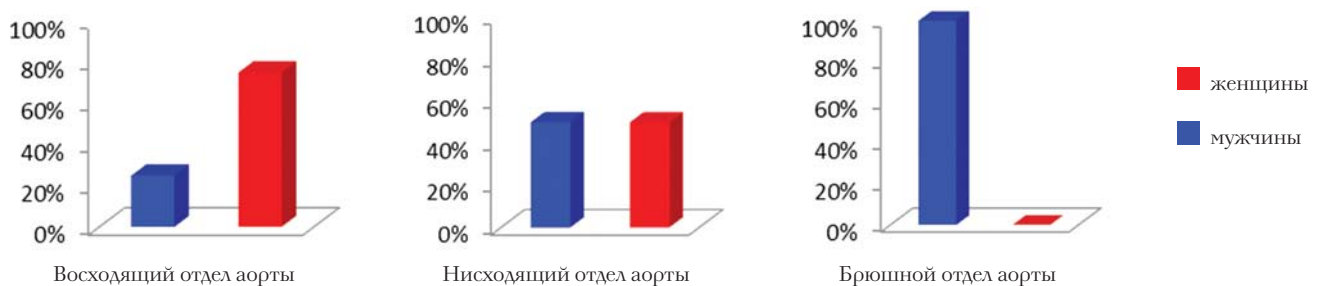


Рисунок 1. Гендерные особенности локализации расслаивающей аневризмы аорты

задней мозговой артерии. В связи с этим пациентка консультирована неврологом, нейрохирургом, выполнено МРТ. Данных за острое нарушение мозгового кровообращения не получено.

В ходе лабораторно-инструментальных исследований получены следующие результаты: ОАК — лейкоцитоз $15,6 \cdot 10^9$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до 12, СРБ — 22,8 мг/л; маркёры некроза миокарда: тропонин, миоглобин — отрицательные, КФК — 120,5 Е/л, КФК МВ- 24,2 Е/л. На ЭКГ — фибрилляция предсердий с ЧСС 91 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, отсутствует должное нарастание зубца R в отведениях V_1-V_4 . По данным ЭхоКГ — диффузная гипокинезия, снижение ФВ ЛЖ до 36,1%, сочетанный аортальный порок с преобладанием тяжёлой аортальной регургитации, значительное количество жидкости в полости перикарда. С учётом данных анамнеза наличие ОКС представлялось маловероятным.

При динамическом проведении ЭхоКГ — ФВ ЛЖ 47%, в восходящем отделе аорты, дуги до левой подключичной артерии выявлена гиперэхогенная линейная структура — отслойка интимы. В связи с полученными данными для исключения разрыва аорты пациентке проведено КТ-ангиография аорты с контрастированием. При исследовании по переднему краю восходящего отдела аорты выявлен двойной контур до уровня отхождения брахиоцефального ствола (пульсация сосуда). С учётом результатов исследования наиболее вероятным представлялся диагноз:

Основное заболевание: Атеросклероз аорты, аневризма восходящего отдела аорты с начинающимся расслоением. Сочетанный аортальный порок: аортальная недостаточность III степени, аортальный стеноз I степени. Вероятный инфекционный эндоартит. Артериальная гипертензия 3 стадия, риск 4. Гипертоническое сердце III стадии. Относительная недостаточность митрального клапана III ст., трикуспидального клапана II ст. Лёгочная гипертензия I ст.

Фоновое: Сахарный диабет 2 типа. Нефропатия (диабетического, гипертонического) генеза. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: аневризма средней трети межпредсердной перегородки с тромбом без сброса.

Осложнения: Н II А, ФК III. Выпотной перикардит. Персистирующая, впервые выявленная фибрилляция предсердий. Желудочковая экстрасистолия.

Пациентка была консультирована кардиохирургом, затем успешно прооперирована в ФЦССХ им. Бакулева.

В данном клиническом случае расслоение восходящего отдела аорты развилось у женщины 53 лет. Предрасполагающими факторами явились дисплазия соединительной ткани и неконтролируемое течение артериальной гипертензии. Учитывая давящие, раздражающие боли за грудиной в течение 2 часов, потерю сознания, наиболее вероятным диагнозом

при поступлении представлялся острый коронарный синдром. Однако несоответствие между клинической картиной и данными инструментальных методов способствовали повторному проведению ЭхоКГ, где опытным специалистом было заподозрено расслоение восходящего отдела аорты, подтвержденное по данным КТ ангиографии с контрастированием.

Можно предположить, что важный вклад в развитие заболевания внесли особенности профессии пациентки (работает уборщицей, постоянно приходится поднимать тяжести): помимо характеристик самой аорты значительный вклад в развитие расслаивающей аневризмы аорты вносят сократимость и ударный объем левого желудочка, поскольку для формирования расслоения более важна скорость повышения давления, чем абсолютные цифры давления в аорте. При резком увеличении сердечного выброса происходит внезапное повышение напряжения в стенке аорты, что может привести к надрыву интимы [6]. В тоже время, из анамнеза известно, что у пациентки развился гипертонический криз, который можно рассматривать как разрешающий фактор для развития расслаивающей аневризмы аорты.

Выводы

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует трудности диагностики расслаивающей аневризмы аорты, что ещё раз подчёркивает необходимость комплексной оценки всех клинических симптомов, факторов риска развития данного заболевания, адекватное обследование пациента, включая при необходимости проведение КТ-ангиографии, как наиболее точного метода подтверждения верификации повреждения аорты.

Ⓐ

Список литературы:

1. Аншелевич Ю.В., Сорокина Т.А., Беккер Ф.А. Причины диагностических ошибок при расслаивающей аневризме аорты и ее разрыве. Сов. медицина. 1982; 3: 88-90.
2. Дедуль В.И., Серафинович И.А. Трудности и ошибки в диагностике расслаивающей аневризмы аорты. Практикующему врачу. Журнал ГГМУ. 2004; 4: 62-66.
3. Руднева Л.Ф., Иваненко В.Н. Расслаивающая аневризма аорты. Сов.мед. 1981; 1: 94-96.
4. Руксин В.В. Неотложная кардиология: руководство для врачей. 6-е изд. перераб. и доп. СПб Невский Диалект; М: Бином. Лаборатория знаний Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007; 512 с. с ил.
5. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. 5-е изд., стер.-М.: Литтерра, 2010; 880 с.
6. Prokop E.K., Palmer R.F. Hydrodynamic forces in dissection aneurysms. Circ. Res. 1970; 27 (1): 121-127.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов