

Секция: Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Шолпан Болатовна

кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Капсултанова Дина Амангельдиновна

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Тыналиева Шынар Айтжановна

заведующая кардиологическим отделением №3
Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Нағиматуллаева Әйгерім Талғатқызы

врач-интерн
Казахского национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Өмірбекова Жания Өмірбекқызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Сапарова Гулжазира Әлмаханқызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

Аневризмы в основном себя ничем не проявляют, а потому подобное бессимптомное течение может привести лишь к случайному их обнаружению в процессе тех или иных исследований относительно другого заболевания. Причины, провоцирующие возникновение аневризмы, могут быть самые разные: атеросклероз, травмы, генетические факторы, инфекции (эндокардит, сифилис), из-за которых происходит поражение внутреннего слоя сердца, возраст. Возрастная потеря эластичности, а также обретение аортой жесткости являются естественными проявлениями, которые определяет рост риска относительно появления аневризмы. Существует несколько факторов риска развития атеросклероза и образования аневризм: пол (мужчины более предрасположены к развитию аневризм аорты), курение, возраст - аневризма чаще развивается в старшем возрасте - особенно после 55 лет, наследственность, высокое артериальное давление (выше 140/80 мм рт. ст),

отсутствие физических нагрузок, избыточный вес [1, с. 14293; 2, с. с. 22-29; 3, с. 1509-1544; 4, с. 66-76].

Целью нашего исследования явилось выявление факторов риска, изучение особенностей клинического проявления, вопросов диагностики и лечения аневризмы аорты.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 2 больных с аневризмами грудного отдела аорты, поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) г. Алматы. Больной К. № истории болезни 8719; 43 лет поступил с жалобами на внезапную одышку, чувство нехватки воздуха, потерю сознания, головные боли, головокружение, холодный пот, чувство страха, выраженную общую слабость. Со слов больного и врача скорой помощи ранее ИБС и АГ не страдал. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) отрицает, коронароангиография (КАГ) ранее не проводилась. С диагнозом: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Кардиогенный шок доставлен в реанимационное отделение ГКЦ. При обследовании: по кардиомонитору ЧСС 88 уд.в мин. АД 85/56 мм рт.ст. В лабораторных анализах – патологии не выявлено. На ЭКГ - ритм синусовый с ЧСС 88 в мин. Отклонение ЭОС влево. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Нестабильность коронарного кровообращения по передне-боковой стенке. Коронарография и аортография: без обструктивных поражений. Была проведена аортография восходящей части аорты. В результате обнаружено расслоение в интима восходящей части аорты. Выраженное расширение восходящей части аорты на уровне синуса Вальсальвы 4,2 см. Корень аорты 4,1 см. Восходящая часть 5 см. Нисходящая часть 3,2 см. ЭхоКГ - По Симпсону сократительная функция ЛЖ - снизилась от 36% до 10%. В полости перикарда обнаружено 200-300 мл жидкости с фибринными хлопьями. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Функция клапанов не нарушена. В восходящей части аорты обнаружено флотирующее линейное образование,

признаки расслоения аорты. В целях исключения расслоения брюшного отдела аорты проведено УЗИ - расслоения брюшного отдела аорты не обнаружено, умеренные атеросклеротические поражения. При проведении ЭхоКГ произошла остановка сердца в виде асистолии. В срочном порядке проведены реанимационные мероприятия без эффекта и была констатирована биологическая смерть.

Второй случай: больной А. 47 лет, поступил с жалобами на давящие, сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в шею, продолжительностью 15-20 минут, чувство нехватки воздуха, головную боль, головокружение, общую слабость. Из анамнеза - ранее по поводу ИБС не наблюдался, не обследовался. ОИМ отрицает. КАГ не проводилась. Артериальная гипертония в течение 7 лет, максимальное повышение АД 200/120 мм рт.ст. При обследовании - границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – в третьем межреберье, левая – на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 80/60 мм.рт.ст, ЧСС 55 мин. На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 55 в мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия ЛЖ. Ишемия нижней-боковой стенки. Коронарография и аортография - тип коронарного кровотока- правый. ЛКА: ПМЖВ: стеноз (40%) проксимальной трети, кровоток удовлетворительный, TIMI III. ОВ: стенозы (80%) проксимальной и (95%) дистальной трети, кровоток удовлетворительный, TIMI III. При проведении аортографии: визуализируется расслоение интимы аорты, начиная с коронарного синуса до дуги аорты. Корень аорты 4,5 см, восходящий отдел 6,0 см, дуга аорты 4,0 см, нисходящий отдел 3,2 см. На ЭхоКГ -выраженная дилатация восходящего отдела аорты, в просвете восходящего отдела визуализируется линейная структура, начинающаяся от сино-тубулярного сужения, уходящая в сторону дуги аорты –расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты. В просвете дуги с переходом в нисходящий

отдел визуализируется продольная линейная структура - диссекция. Створки АК уплотнены, комиссуры на 11 и 6 часах. При рентгенографии органов грудной клетки - гемодинамика малого круга кровообращения – не нарушена. В легких: признаки хронического бронхита. Сердце: тень сердца увеличена влево, интенсивная. Аорта: плотная.

На момент осмотра состояние стабильное. АД 120/61 ммрт.ст. Ангинозных болей нет. Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения больному решено провести МСКТ аорты в экстренном порядке. По данным МСКТ- имеется раслаивающаяся аневризма аорты, тип А по Стендрфордской классификации. Вторая фенестрация определяется в нисходящем отделе аорты, на уровне 10 грудного позвонка.

Если происходит разрыв аневризмы грудной аорты, то только 20-30% пациентов выживают, даже если они быстро доставлены в больницу. Примерно в половине случаев признаки заболевания на ранних стадиях отсутствуют. Симптомы зависят от того, где расположена аневризма, каковы ее размеры, наличия или отсутствия расслоения аорты.

В обоих случаях симптомы расслоения аорты возникли внезапно: острая внезапная боль в области груди; внезапное падение артериального давления; признаки шокового состояния (тахикардия, нарушения дыхательной функции, бледность и синюшность кожи, отсутствие реакции на боль, отсутствие способности к движению и ответам на задаваемые вопросы). Из известных факторов риска развития аневризмы в наших случаях можно отметить мужской пол, возраст, наличие атеросклероза и повышенного артериального давления. Согласно данным литературы, для выявления раслаивающейся аневризмы и установления размеров и локализации аневризмы необходимо проведение рентгенографии грудной клетки, ЭхоКГ, магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографии. Своевременно проведенные диагностические мероприятия позволили выявить раслаивающую аневризму.

При более ранних стадиях расслоения шансы выжить намного выше, особенно если сразу обратиться к врачу. В последние годы диагностика и лечение аневризм аорты значительно улучшились. Снизился процент диагностических ошибок. Заметно уменьшилась летальность, особенно с внедрением эндопротезирования аневризмы аорты, выполняемых ангиорентгенологами.

Хирургическое вмешательство гарантирует выздоровление, однако риски, связанные с самой операцией, остаются. Больной по линии санавиации был направлен в г. Астану на оперативное лечение в сопровождении реанимационной бригады.

Такую страшную патологию лучше всего предотвратить. Для этого необходимо, в первую очередь, избавиться от причины, которая может его спровоцировать: контроль за уровнем артериального давления, борьба с факторами риска-дислипидемией, избыточной массой тела, курением.

Литература

1. Аневризма торакоабдоминального отдела аорты. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Клинические протоколы МЗ РК – 2015/ <https://diseases.medelement.com/disease/14293>
2. Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Генс А.П. и др. Технологии хирургического лечения аневризм грудного и торакоабдоминального отделов аорты / Анналы РНЦХ РАМН.- 2001.- № 10. с. 22-29.
3. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, 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: Executive Summary. J Am Coll Cardiol.2010;55(14):1509-1544.
4. Prateek K. Gupta, Himani Gupta and Ali Khoynzhad Hypertensive Emergency in Aortic Dissection and Thoracic Aortic Aneurysm—A Review of Management/Pharmaceuticals 2009, 2, 66-76.