

УДК 616.135-007.649-025.51-021.144(571.62-25)

В.В. Казакевич, Н.В. Казакевич, Л.В. Павлющенко, Д.А. Цекатунов

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАССЛОЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

Представлены клинические случаи двух осложнений расслаивающей аневризмы аорты, один из которых является крайне редким. Первый случай заслуживает внимания из-за упущенной возможности оперативного лечения. Пациенту могла быть оказана радикальная помощь до развития осложнений при правильном и своевременном информировании больного о возможных последствиях отказа от обследования. При необходимости, можно было сообщить его родственникам об имеющейся патологии, чтоб повлиять на решение пациента.

Во втором клиническом случае описан случай пенетрации аневризмы аорты в левый главный бронх и развитием легочного кровотечения. В этом случае клиника расслаивающей аневризмы маскировалась симптомами патологии пищевода - эрозивным кровотечением. Пенетрация аорты относится к казуистическим случаям.

Ключевые слова: аневризма аорты, расслаивающая аневризма, сердечно-сосудистая система, осложнение, пенетрация аневризмы, легочное кровотечение.

V.V. Kazakevich, N.V. Kazakevich, L.V. Pavluschenko, D.A. Tsecatunov

THE CLINICAL CASES OF COMPLICATIONS THE DISSECTING AORTIC ANEURYSM

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Authors described two cases of complications of aortic aneurysm, one of them is rare. First case is about breakthrough of aortic aneurysm to typical place – pleural cavity. This case demonstrated the lost chance of surgical treatment. The information about possible complications, talking with relations about patient's disease could help make right decision.

In second case we described the rare complication of aortic aneurysm - penetration to left main bronchus with progressive pulmonary bleeding. The manifestation of the disease was masked as esophagus pathology – erosive bleeding. The aortae penetration is casuistic case in medical practice.

Key words: aortic aneurysm, dissecting aneurysm, cardiovascular system, complication, penetration of aneurysm, pulmonary bleeding.

Расслаивающая аневризма аорты относится к категории тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы с неблагоприятным прогнозом при естественном течении [1, 3]. Среди аневризм аорты расслаивающие аневризмы составляют 6 %, а среди аневризм грудного отдела – 20 % [4]. Распространенность этого заболевания составляет 5-20 случаев на 1 млн населения в год. По данным литературы при вскрытии трупов внезапно умерших от нетравматических причин расслаивающая аневризма аорты выявляется в 1,5 % случаев [5], а пенетрацию аневризмы принято считать казуистикой. В связи с этим мы представим два клинических случая.

Клинический случай № 1

Больной С., 59 лет, поступил в КГБУЗ КГБ № 11 01.11.2013 г. с жалобами на общую слабость, периодически возникающие боли за грудиной и левой половине грудной клетки колющего и давящего харак-

тера небольшой интенсивности, без четкой связи с физической нагрузкой, осиплость голоса, повышение температуры до 39 °С, головокружение, сухой кашель. Из анамнеза: в июне на плановой флюорографии ОГК были обнаружены изменения, однако больной от предложенного обследования отказался в виду удовлетворительного самочувствия. Страдал артериальной гипертонией II степени несколько лет, лечения не получал. Ухудшение с 26.10.13 г., когда повысилась температура до 39 °С, усилились боли в левой половине грудной клетки. Больной был доставлен в стационар с направительным диагнозом: внебольничная пневмония в нижней доле слева.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 96 в 1 мин. В легких дыхание жесткое, слева в нижних отделах

резко ослаблено. Частота дыхательных движений 24 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования

Клинический анализ крови: Hb – 113 г/л, лейкоциты – $10,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/ч. На Rg ОГК в прямой и боковой проекции инфильтрации нет. Практически все левое легочное поле перекрыто сердечной тенью.

На ЭхоКС: аорта в восходящем отделе, на уровне дуги, в нисходящем отделе расширена до 7,0 см, выражен симптом спонтанного контрастирования, дезорганизация потока, вихреобразный кровоток на уровне аневризмы. Заключение: расслаивающаяся аневризма восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела аорты.

На СКТ ОГК: слева в нижней доле инфильтрация легочной ткани. В плевральной полости слева умеренное количество жидкости с признаками организации. Просвет трахеи оттеснен вправо, просвет крупных бронхов сохранен. Аорта резко расширена, восходящий отдел 5,8 см, нисходящий отдел до 8 см. Стенка аорты слоится с наличием множественных тромбов. Заключение: Признаки расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты. Нижнедолевая пневмония слева, плеврит слева.

УЗИ плевральной полости: слева до 300 мл жидкости.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, перегрузка правого предсердия, симптом ранней реполяризации желудочков.

На фоне терапии ингибиторами АПФ, нитратами, β -адреноблокаторами, цефалоспорины III поколения самочувствие несколько улучшилось: нормализовалась температура тела, уменьшились боли в грудной клетке. Выписка из истории болезни больного была передана в ФГБУ ФЦССХ г. Хабаровска, где было рекомендовано отправить запрос в клиники г. Новосибирска и Москвы. Однако 04.11.13 г. после акта дефекации у больного внезапно появилась слабость, сердцебиение, холодный липкий пот, выросла одышка, кашель, АД 70/40 мм рт. ст. По тяжести состояния переведен в реанимационное отделение. В динамике по УЗИ:росло количество жидкости в плевральной полости до 2,0 л. Проведена плевральная пункция, диагностирован гемоторакс. При нарастающих явлениях сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, развилась клиническая смерть. Реанимационные мероприятия были безуспешны. На секции обнаружена расслаивающаяся аневризма восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела аорты с прорывом в левую плевральную полость, гемоторакс.

Обсуждение: хотя прорыв расслаивающей аневризмы аорты в левую плевральную полость не является редким осложнением, в данном клиническом случае его развития можно было избежать своевременным оперативным лечением. Отказ пациента от обследования за 4 месяца до текущих событий, трудности оказания экстренной кардиохирургической помощи в г. Хабаровске не позволили избежать развития этого осложнения. К недостаткам диагностики следует отнести отсутствие преемственности: специалисты поликлинического звена оставили без внимания патологические изменения на флюорографии у пациента, не

настояли на обследовании и не отследили его судьбу, не было сообщено родственникам.

Клинический случай № 2

Больная К., 82 лет была доставлена 04.09.2012 г. в инфекционное отделение КГБУЗ ГКБ № 10 г. Хабаровска с жалобами на слабость, рвоту с примесью крови и многократный жидкий стул черного цвета. После исключения кишечной инфекции и осмотра хирургом больная была госпитализирована в хирургическое отделение с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение.

Данные обследования

ФГДС: в пищеводе на уровне 25 см. от зубов округлое выбухание до 2-2,5 см, в центре которого вдавление со сгустком до 0,5 см темно-красного цвета. Кровотечения нет. Слизистая желудка и 12-перстной кишки бледные. Заключение: подслизистое образование нижней трети пищевода с состоявшимся кровотечением.

На рентгенограмме ОГК определяется неравномерное расширение дуги аорты и ее нисходящего отдела. В легких очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Заключение: нельзя исключить аневризму аорты.

УЗИ органов брюшной полости: внутренние органы без патологии. Брюшная аорта на всем протяжении неравномерно расширена (местами до 8,9 см.) Определяются пристеночные тромботические наложения.

Лабораторные данные

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, Эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 0,95, лейкоциты – $15,7 \times 10^9/\text{л}$. В динамике: Hb – 69 г/л, Эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $4,4 \times 10^9/\text{л}$. Проводилась терапия следующими препаратами: ингибиторы протонной помпы, этамзилат.

12.09.12 появилось кровохарканье и развилось легочное кровотечение. Купировано консервативно. Через 6 часов – повторная волна профузного кровотечения с последующим геморрагическим шоком и смертью больной.

На секции выявлен надклапанный разрыв аорты с расслоением восходящего отдела и дуги аорты, формированием свища в левый главный бронх и кровотечением в его просвет. Генерализованный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, мезентериальных и почечных артерий в стадиях атероматоза и атерокальциноза. Аневризма брюшного отдела аорты. Диффузный кардиосклероз. Единичная эрозия пищевода без признаков кровотечения. Причина смерти: острая сердечная недостаточность, обусловленная геморрагическим шоком вследствие кровотечения из расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты и дуги аорты через образовавшееся соустье (пенетрация) в левый главный бронх.

Обсуждение: постоянное микротравмирование плевры при трении пульсирующей аортой привело к развитию асептического воспаления в месте контакта аорты и плевры [6], что привело к сращению наружной стенки аневризмы и тканью левого легкого, а дальнейший рост аневризмы привел к её расслоению. Разрыв сосуда, что уникально, произошел именно в месте сращения этих органов и кровь под давлением, практически напрямую хлынула в дыхательные пути,

что и привело к развитию шока и смерти. Выбухание в просвет пищевода не что иное, как аорта, а эрозия в центре выпячивания, скорее всего, обусловлена механическим повреждением слизистой оболочки при прохождении пищи через суженный аневризмой участок. Мелена явилась фактом заглатывания крови из дыхательных путей. В данном случае своевременно диагностировать легочное кровотечение было трудно, так как было больше клинических данных за кровотечение из пищевода.

Приведенные выше клинические случаи демонстрируют сложности диагностики и лечения редких осложнений расслаивающей аневризмы аорты. К сожалению, прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы в обоих случаях не повлияла на исход патологического процесса. Несмотря на литературные данные о казуистике пенетрации расслаивающей аневризмы аорты, клиницисту следует помнить о возможности развития такого осложнения.

Литература

1. Клинические маски расслаивающей аневризмы аорты / И. Л. Алексеева [и др.] // Актуальные вопросы медицины: сб. науч. тр., посвящ. 85-летию со дня рожд. засл. деятеля науки РСФСР, профессора, почетного гражданина г. Саратова Г. Н. Захаровой. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2003. – С. 9-12. – Библиогр.: с. 12.
2. Зербинов Д.Д. Расслаивающие аневризмы аорты: клинические маски, особенности дифференциальной диагностики // Клиническая медицина. – 2002. – № 5. – С. 58-62.
3. Кэмм А.Д. Болезни сердца и сосудов // Руководство Европейского общества кардиологов / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 1221-1236.
4. Хирургические болезни: учебник / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 784 с: ил.
5. Уайт Т., Шварц Д. Расслаивающая аневризма аорты // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 3 (10).
6. Шадымов, А.Б., Казымов М.А., Ширин П.Н. Редкие случаи смертельных осложнений при аневризме грудного отдела аорты // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Барнаул-Новосибирск. – 2011. – № 17.
7. Bickerstaff L.K., Pairolero P.E., Hollier L.N., et al. Thoracic aortic aneurysms: a population-based study // Surgery. – 1982. – № 92. – P. 1103-1109.
8. Parsche P., Schmid P., Hofler H., Hofmann H. Diagnosis of aneurisms of the aorta and it's large braches. A clinical pathoanatomical study // Munch. Med. Wochenschr. – 1980. – Vol. 122 (46). – P. 1641-1644.

Literature

1. Alexeeva I.L., et al. Clinical masks of dissecting aortic aneurism // Current issues of medicine: collection of research papers dedicated to the 85-th anniversary of honored scientist of the Russian Soviet Federated Socialist Republic, professor, Saratov city citizen of honor G.N. Zakharovoy. – Saratov: Sarat med. university publishing house, 2003. – P. 9-12.
2. Zerbinov D.D., et al. Dissecting aortic aneurism: clinical masks, peculiarities of differential diagnosis // Clinical medicine. – 2002. – № 5. – P. 58-62.
3. Kemm A.D., et al. Cardiovascular diseases // Guidance of European cardiologists society: translated from English. – M.: GEOTAR-Media, 2011. – P. 1221-1236.
4. Kuzin M.I., Shkrob O.S., Kuzin N.M., et al. Surgical diseases / edited by M.I. Kuzin. – 3rd edition, updated and revised. – M.: Medicine. – 784 p: illustrations.
5. Timothy R. White, Schwartz D. Dissecting aortic aneurysm / Timothy R. WHITE, David SCHWARTZ // Medicine of critical conditions. – 2007. – № 3 (10).
6. Shadimov A.B., Kazimov M.A., Shirin P.N., et al. Rare cases of fatal complications in patients with dissecting of aortic thoracic section // Sb: Current issues of forensic medicine and expert practice. – Barnaul-Novosibirsk. – 2011. – 17th anniversary.
7. Bickerstaff L.K., Pairolero P.E., Hollier L.N., et al. Thoracic aortic aneurysms: a population-based study // Surgery. – 1982. – № 92. – P. 1103-1109.
8. Parsche P., Schmid P., Hofler H., Hofmann H. Diagnosis of aneurisms of the aorta and it's large braches. A clinical pathoanatomical study // Munch. Med. Wochenschr. – 1980. – Vol. 122 (46). – P. 1641-1644.

Координаты для связи с авторами: Казакевич Василий Васильевич – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ДВГМУ, тел. +7-914-772-03-64; Казакевич Наталья Васильевна – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ДВГМУ, e-mail: plotnichenko@list.ru; Павлющенко Людмила Владимировна – ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ДВГМУ, тел. +7-914-774-55-62; Цекатунов Дмитрий Анатольевич – старший преподаватель кафедры патологической анатомии и судебной медицины ДВГМУ, тел. +7-914-314-81-55.

