

# ОСТРАЯ РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**А.В. Юрченко**

*ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург*

**Контакты:** Александр Васильевич Юрченко *alvas1985@rambler.ru*

*Тактика ведения пациентов с диссекцией стенки аорты определяется как типом расслоения, так и развитием связанных с ним осложнений. В качестве примера в статье представлен клинический случай консервативного ведения пациента с острым расслоением аорты.*

**Ключевые слова:** *расслаивающая аневризма аорты, диссекция стенки аорты*

## ACUTE DISSECTING AORTIC ANEURYSM: CONSERVATIVE TREATMENT CASE

**A. V. Yurchenko**

*Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, St. Petersburg*

*Clinical management of aortic wall dissection is defined by the type of stratification and development of associated complications. As an example, clinical case of conservative management of patients with acute aortic dissection is presented.*

**Key words:** *dissecting aortic aneurysm, dissection of aortic wall*

### Введение

Расслаивающая аневризма аорты — внезапное образование дефекта внутренней оболочки стенки аорты с последующим проникновением потока крови в средний слой, формированием внутрстеночной гематомы и продольным расслоением стенки аорты [1]. Расслоение аорты впервые было описано G.V. Morgagni в 1761 г.

Причинами диссекции стенки аорты являются заболевания и состояния, сопровождающиеся кистозной дегенерацией меди: врожденные дефекты соединительной ткани (синдром Марфана, кистозный некроз средней оболочки и др.), атеросклероз аорты, а также врожденные пороки, такие как коарктация аорты, бicuspidальный и одностворчатый аортальный клапан [2, 3].

К предрасполагающим к расслоению факторам относятся артериальная гипертензия, беременность, сахарный диабет, травма грудной клетки, системные васкулиты, химические и токсические воздействия (наркотики), ятрогенные причины (эндоваскулярные процедуры).

В соответствии со Стэнфордской (Stanford) классификацией выделены два типа расслоения [3]: тип А, при котором разрыв интимы расположен в восходящей аорте с поражением дуги аорты и нисходящей аорты либо без него, и тип В — дефект интимы в нисходящей аорте, при этом расслоение распростра-

няется проксимально и дистально. Различают острое (< 2 нед) и хроническое (> 2 нед) расслоение аорты. Более 2/3 случаев расслоения аорты относятся к острым.

Тактика ведения пациентов с диссекцией стенки аорты определяется как типом расслоения, так и развитием связанных с ним осложнений. В качестве примера ниже представлен клинический случай консервативного ведения пациента с острым расслоением аорты.

**Больной Б.**, 45 лет, 28.01.2011 г. поступил в отделение реанимации ФГУ ФЦСКиЭ им. В.А. Алмазова с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, которая возникла за 5 ч до госпитализации на фоне эмоциональных переживаний. У врача бригады скорой медицинской помощи сформировалось представление о развитии острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST, в связи с чем была проведена соответствующая терапия.

В анамнезе у пациента за последние 10 лет — артериальная гипертензия (АГ) с повышением артериального давления (АД) до 220/120 мм рт. ст. по сравнению с привычным АД 150/100 мм рт. ст. Больной ранее не обследовался, регулярного лечения не получал. Летом 2010 г. в результате дорожно-транспортного происшествия получил ушиб грудной клетки.

Объективно при поступлении общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычно-

го цвета и влажности. Пульс — 66 уд./мин, ритмичный. АД — 150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Пульсация артерий стоп сохранена. Частота дыхательных движений — 16 в минуту. Перкуторно — ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Неврологический статус — без очаговой симптоматики.

Лабораторные результаты: тропонин I — 0,06 нг/мл, МВ-фракция креатинфосфокиназы — 18,8 ЕД/л, отмечались гипокалиемия — 3,3 ммоль/л и умеренный лейкоцитоз —  $13,9 \times 10^9$ /л.

Во время лечения и наблюдения в течение первых суток динамики электрокардиограммы (ЭКГ), роста биохимических маркеров повреждения миокарда и развития нарушений сократимости миокарда по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) не зарегистрировано. Сохранялась устойчивая к терапии АГ с повышением АД до 200/110 мм рт. ст. От проведения экстренной коронароангиографии было решено воздержаться. Заподозрено расслоение аорты. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) аорты с контрастированием, выявлена расслаивающая аневризма нисходящего отдела аорты на всем протяжении (тип В по Stanford) с распространением на нижнюю брыжеечную и правую общую подвздошную артерии (рис. 1). Не исключалось распространение на устье правой почечной артерии. Наблюдались КТ-признаки нарушения кровоснабжения правой почки и наличия аденомы правого надпочечника (рис. 2). По данным дуплексного сканирования почечных артерий обнаружено снижение перфузии правой почки.

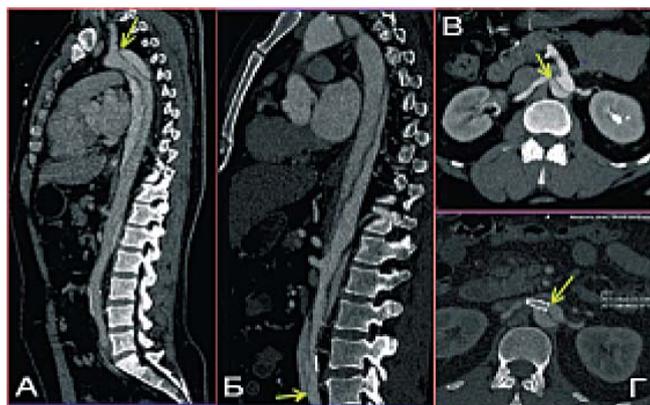


Рис. 1. МСКТ аорты с контрастированием, реконструкция в сагиттальной плоскости: а — начало расслоения; б — протяженность расслоения; в — распространение расслоения на правую почечную артерию; г — стент правой почечной артерии

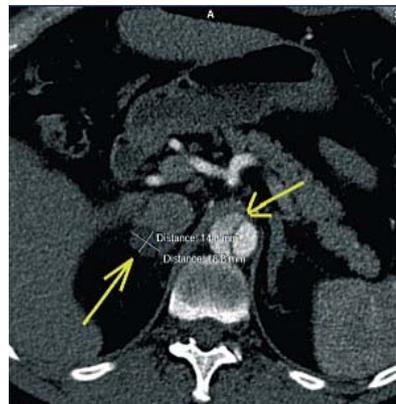


Рис. 2. МСКТ аорты с контрастированием. Образование правого надпочечника. Стрелками указаны истинный и ложный просветы расслоившейся аорты

С учетом распространения диссекции на правую почечную артерию, имеющих признаки гипоперфузии правой почки и сохраняющейся АГ было принято решение о выполнении стентирования правой почечной артерии.

Однако восстановление перфузии не привело к нормализации АД. При проведении МСКТ в динамике в последующие дни прогрессирования расслоения аорты не выявлено. Локализация расслоения в нисходящей аорте и отсутствие прогрессирования обусловили выбор консервативной тактики ведения пациента.

Обнаруженное образование надпочечника и гипокалиемия послужили поводом для проведения дообследования, в ходе которого был установлен диагноз альдостеромы правого надпочечника. Больной был выписан для реабилитации.

Через 2 мес пациенту была выполнена робот-ассистированная правосторонняя адреналэктомия (по результатам гистологического заключения установлено наличие светлоклеточной аденомы), что привело к нормализации АД, уменьшению доз гипотензивных препаратов.

### Заключение

Стабильный характер расслоения аневризмы аорты с дистальной его локализацией обусловил выбор консервативной тактики ведения больного. Травма грудной клетки в анамнезе и вторичная АГ на фоне гиперальдостеронизма — наиболее вероятные факторы, спровоцировавшие расслоение. Своевременное полное обследование и лечение пациента с АГ позволило бы устранить один из факторов риска и, возможно, предупредило бы развитие диссекции аорты.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л., Вразовский А.А., Лукашов М.И., Чудаков С.Ю. Расслоение и разрыв аневризмы аорты. Справочник поликлинического врача 2007;5(1):13–4.

2. Громнацкий Н.И. Руководство по внутренним болезням. М.: Медицинское информационное агентство, 2005.  
3. Erbel R., Alfonso F., Boileau C., et al.;

Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Diagnosis and management of aortic dissection. Eur Heart J 2001;22:1642–81.