

Информация для цитирования:

Павленко В.В., Старцев А.Б., Слободина А.О., Каменева Е.А., Лесников С.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙСЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕЖУРНОГО ХИРУРГА // Медицина в Кузбассе. 2025. №4. С. 115-118.

Павленко В.В., Старцев А.Б., Слободина А.О., Каменева Е.А., Лесников С.М.

Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского, Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙСЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕЖУРНОГО ХИРУРГА

В статье приводится описание клинического случая развития расслаивающейся аневризмы аорты из практики дежурного хирурга. Расслаивающаяся аневризма аорты является осложнением развития заболевания аорты и причиной внезапных смертей в 3-4% случаев [1, 2]. Расслоение аорты (РА) – образование дефекта (разрыва) внутренней оболочки стенки аорты с последующим поступлением крови в дегенеративно измененный средний слой. РА является неотложным состоянием, которое может привести к смерти. Смертность в результате разрыва аорты составляет 80%, а половина пациентов умирают попадания в больницу. Если расслоение достигает 6 см и более, пациент должен быть urgently прооперирован. [3]. Своевременное выявление и лечение РА имеет решающее значение для предотвращения развития этого серьезного состояния.

Ключевые слова: расслаивающаяся аневризма аорты; КТ ОБП с болюсным контрастированием

Pavlenko V.V., Startsev A.B., Slobodina A.O., Kameneva E.A., Lesnikov S.M.

Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

A CLINICAL CASE OF EXFOLIATING AORTIC ANEURYSM FROM THE PRACTICE OF AN ON-DUTY SURGEON

The article describes a clinical case of a delaminating aortic aneurysm from the practice of an on-duty surgeon. Exfoliating aortic aneurysm is a complication of the development of aortic disease and the cause of sudden deaths in 3-4% of cases [1, 2]. Aortic dissection (RA) is the formation of a defect (rupture) of the inner lining of the aortic wall, followed by blood flow into the degeneratively altered middle layer. RA is an urgent condition that can lead to death. Mortality due to aortic rupture is 80%, and half of the patients die after being admitted to the hospital. If the dissection reaches 6 cm or more, the patient must undergo urgent surgery. [3]. Timely detection and treatment of RA is crucial to prevent the development of this serious condition.

Key words: delaminating aortic aneurysm; CT OBP with bolus contrast

Расслаивающаяся аневризма аорты (расслоение аорты, РА) – образование дефекта (разрыва) внутренней оболочки стенки аорты с последующим поступлением крови в дегенеративно измененный средний слой с образованием внутрстеночной гематомы и продольным расслоением стенки аорты на внутренний и наружный слои с формированием дополнительного внутрисосудистого канала (ложного просвета). Расслоение чаще происходит в дистальном (антеградном) направлении, реже в проксимальном (ретроградном).

РА является неотложным состоянием, которое может быстро привести к смерти, даже при оптимальном лечении. Если РА проходит через все три слоя, то есть формируется полный разрыв стенки, происходит огромная и быстрая потеря крови. Смертность в результате разрыва составляет 80%, а половина пациентов умирают до их попадания в больницу. Если расслоение достигает 6 см и более, пациент должен быть urgently прооперирован.

Расслоение аорты 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, что составляет 3-4% всех внезапных смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. 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.

Чаще РА возникает у людей в возрасте 60-70 лет. Заболеваемость в два раза выше у мужчин, чем у женщин.

Симптомы расслоения аорты могут быть разнообразны, т.к. расслоение процесс динамичный и начальная картина заболевания может отличаться от финальной. Они могут имитировать практически все сердечно-сосудистые, неврологические, хирургические и урологические заболевания.

Ведущим и самым частым (в 90-96% случаев) симптомом расслоения аорты является боль (кроме больных с нарушением сознания). Боль отличается необычайной интенсивностью, возникает внезапно,

с максимальной выраженностью в начале расслоения, в отличие от инфаркта миокарда (ИМ), где она постепенно нарастает. В некоторых случаях боль может становиться невыносимой. Боль имеет раздражающий, разрывающий, простреливающий характер, может быть мигрирующей от места возникновения по направлению расслоения, может в начале сопровождаться вагусными проявлениями, тошнотой, рвотой, повышением АД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В статье приводится описание клинического случая развития РА у пациента Б., 32 лет, который обратился в приемное отделение ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского к терапевту.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в приемное отделение к терапевту у больного Б., 32 лет, жалобы на боль в эпигастрии, левом подреберье, тошноту, рвоту, отсутствие стула в течение 6 дней, слабость.

Данные симптомы отмечает в течение 3 дней, свое состояние связывает с погрешностью в диете, с употреблением алкоголя. Самостоятельно лечился полиферментными препаратами перорально, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), без положительного эффекта. В связи с сохраняющимися симптомами обратился в дежурную больницу.

Терапевт выставил предварительный диагноз «Хронический панкреатит, алкогольной этиологии, обострение средней степени тяжести. ОКН?»

Пациент обследован в условиях приемного отделения. По лабораторным данным: амилаза панкреатическая в моче — 4620 Е/л, ПТИ 66%, гемоглобин 137 г/л. По результатам инструментальных методов исследования получены следующие данные: рентгенография органов брюшной полости (ОБП) на чаши Клойбера: горизонтальных уровней, чаш Клойбера и признаков свободного газа в брюшной полости не определяется. По УЗИ ОБП: признаков острого панкреатита, острого холецистита и другой острой патологии ОБП не выявлено.

При этом получены данные о том, что брюшной отдел аорты расширен на всем протяжении до 50 мм, в просвете тромботические массы (разрыв аневризмы брюшного отдела аорты?). Терапевтом на консультацию приглашен врач-хирург для исключения разрыва аневризмы брюшного отдела аорты.

Клинически при осмотре больного хирургом установлено, что его беспокоит боль в эпигастрии, левом подреберье. Объективно: Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности. Дыхание везикулярное. Гемодинамика стабильная, АД на момент осмотра 120/80 мм рт. ст., ЧСС 88 уд/мин. Живот пальпаторно мягкий, болезнен-

ный в эпигастрии, левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Для исключения аневризмы брюшного отдела аорты выполнена КТ ОБП с болюсным контрастированием. По результатам КТ, определяется аневризма брюшного отдела аорты (4 тип по Покровскому), шириной до 50 мм, с переходом на подвздошные сосуды. В грудном отделе аорта делает изгиб под углом 87 градусов, от изгиба определяется расслоение аневризмы брюшной аорты с переходом на подвздошные сосуды (3в тип по Дебейки, Тип В по Стенфорду). Висцеральные сосуды отходят от истинного просвета. Правая почечная артерия отходит от ложного просвета.

Печень, селезенка, желчный пузырь, надпочечники, поджелудочная железа без явной патологии. Жидкости в брюшной полости нет (рис.).

По линии санитарной авиации приглашен сосудистый хирург на очную консультацию. Пациент осмотрен сосудистым хирургом. Учитывая отсутствие ишемии органов вовлеченных бассейнов, наличие финестры, экстренное оперативное лечение не показано. Рекомендована консервативная терапия: гипотензивная терапия с достижением целевых значений (АД ниже 140 мм рт. ст.), адекватное обезболивание, спазмолитическая терапия; после хронизации процесса — плановая консультация кардиохирурга для решения вопроса о необходимости установки стент-графта. Диагноз: «Аневризма грудного и брюшного отделов аорты, размерами до 50 мм, без признаков разрыва (4 тип по Покровскому). Диссекция аорты 3в тип по Дебейки, без клиники ишемии органов вовлеченных сосудистых бассейнов».

Пациент был госпитализирован в отделение общей хирургии для динамического наблюдения и консервативного лечения. На фоне консервативной терапии болевой абдоминальный синдром был полностью купирован, клинически признаков разрыва аорты не было. Пациент с улучшением выписан на амбулаторный этап с рекомендациями.

ВЫВОД

В экстренной хирургической практике иногда наблюдаются редкие клинические случаи, о которых следует помнить. Симптомы расслоения аорты могут быть разнообразны, т.к. расслоение — процесс динамичный, и начальная картина заболевания может отличаться от финальной. Они могут имитировать практически все сердечно-сосудистые, неврологические, хирургические и урологические заболевания. Так, в данной клинической ситуации, под «маской» острого панкреатита протекала аневризма грудного и брюшного отделов аорты.

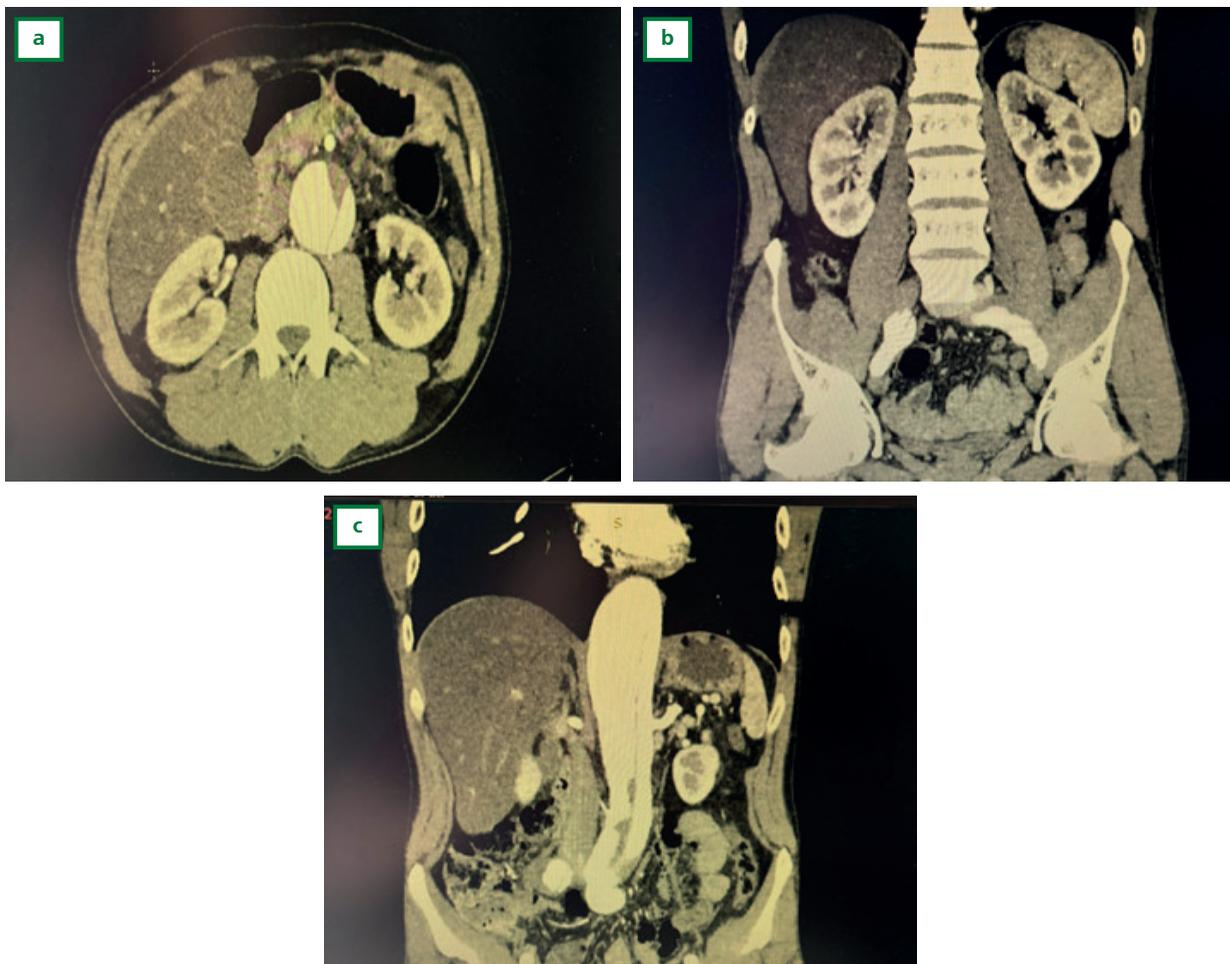
Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Рисунок
КТ ОБП с болюсным контрастированием (а, б, с – стрелками указано расположение аневризмы брюшного отдела аорты и подвздошных сосудов)

Figure
CT scan of the abdominal cavity with bolus contrast (a, b, c – the arrows indicate the location of the aneurysm of the abdominal aorta and iliac vessels)



ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Sitar LL, Sleta AA. Rasslaivaiushchaia anevrizma aorty. *Medicus Amicus*. 2003; 5-6: 1-4. Russian (Ситар Л.Л., Слета А.А. Расслаивающая аневризма аорты // *Medicus Amicus*. 2003. № 5-6. С. 1-4.)
2. Natsionalnye rekomendatsii po vedeniiu vzroslykh patsientov s anevrizmami briushnoi aorty. М., 2010. Russian (Национальные рекомендации по ведению взрослых пациентов с аневризмами брюшной аорты. М., 2010.)
3. Gromnatskii N.I. Rukovodstvo po vnutrennim bolezniam: uchebnoe posobie dlia poslediplomnogo obrazovaniia po spetsialnosti «Terapiia». М., 2005. 812 s. Russian (Громнацкий Н.И. Руководство по внутренним болезням: уч. пособие для последипл. образования по спец-ти «Терапия». М., 2005. 812 с.)

Сведения об авторах:

ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: pavlenkovv@list.ru

СТАРЦЕВ Андрей Борисович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: starz1975@mail.ru

СЛОБОДИНА Алена Олеговна, врач хирургического отделения № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

E-mail: alenaslobodina1313@mail.ru

Information about authors:

PAVLENKO Vladimir Vyacheslavovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: pavlenkovv@list.ru

STARTSEV Andrey Borisovich, candidate of medical sciences, head of surgical department N 1, M.A. Podgorbunsky Kemerovo Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Kemerovo, Russia.

E-mail: starz1975@mail.ru

SLOBODINA Alyona Olegovna, doctor of the surgical department N 1, M.A. Podgorbunsky Kemerovo Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Kemerovo, Russia. E-mail: alenaslobodina1313@mail.ru

КАМЕНЕВА Евгения Александровна, доктор мед. наук, главный врач,
ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.
E-mail: evgkameneva@yandex.ru
ЛЕСНИКОВ Степан Михайлович, врач хирургического отделения № 1,
ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.
E-mail: lesnikov.s.m@gmail.com

KAMENEVA Evgenia Aleksandrovna, doctor of medical sciences, chief
physician, M.A. Podgorbunsky Kemerovo Clinical Hospital of Emergency
Medical Care, Kemerovo, Russia. E-mail: evgkameneva@yandex.ru
LESNIKOV Stepan Mikhailovich, doctor of the surgical department N 1,
M.A. Podgorbunsky Kemerovo Clinical Hospital of Emergency Medical
Care, Kemerovo, Russia. E-mail: lesnikov.s.m@gmail.com

Корреспонденцию адресовать: ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ
Минздрава России
Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: pavlenkov@list.ru