

І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, О. В. Кравець АТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ РОЗШАРУВАННЯ АОРТИ

Сумський державний університет, медичний інститут

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

И. Д. Дужий, И. Я. Гресько, А. В. Кравець

Резюме

Ведение больных с расслаивающей аневризмой аорты относится к компетенции специалистов в области сердечно-сосудистой хирургии. Вместе с тем синдром расслоения аорты не имеет патогномичной клинической семиотики, в связи с чем пациенты первоначально направляются в отделения общей и торакальной хирургии, кардиологии, пульмонологии, нефрологии. Таким образом, диагностика синдрома расслаивающей аневризмой аорты приобретает мультидисциплинарный характер.

Представлены два клинических наблюдения, в одном из которых расслоение аорты осложнилось гемотораксом, а в другом — гемоперикардом. У обоих больных клиника протекала атипично без болевого синдрома. С целью избежания диагностических ошибок и предупреждения фатальных исходов при наличии риска расслоения аорты, рекомендуется использование ультразвукооскопического исследования всех отделов аорты, перикарда и плевральной полости.

Ключевые слова: расслоение аорты, атипичное течение, диагностика.

Укр. пульмонол. журнал. 2015, № 1, С. 70–72.

Дужий Ігор Дмитрович,

Сумський державний університет

Завідувач кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Доктор мед. наук, професор

1/39, вул. Гамалея, 40021, м. Суми, Україна,

Тел.: 38 0542 65-65-55, info@dgs.sumdu.edu.ua

ATYPICAL COURSE OF THE AORTIC DISSECTION

I. D. Duzhiy, I. Y. Gresko, O. V. Kravec

Abstract

Management of patients with the aortic dissection belongs to the area of cardio-vascular surgeon practice. At the same time this syndrome has no specific clinical signs, which means that these patients are often referred initially to general and thoracic surgery, cardiology, pulmonology and nephrology departments. This makes the diagnosis of dissecting aortic aneurysm a multi-disciplinary problem.

Two clinical cases are presented: one — the aortic dissection, complicated by hemothorax, another — by hemopericardium. In both patients the clinical picture was atypical without pain syndrome. In order to avoid diagnostic mistakes and to prevent lethal outcomes ultrasonography of all parts of aorta, pericardium and thoracic cavity is recommended in cases of suspected dissecting aneurysm.

Key words: aortic dissection, atypical course, diagnostics.

Ukr. Pulmonol. J. 2015; 1:70–72.

Igor D. Duzhiy,

Sumy state university

Head of general surgery, radiation medicine and physiology department

Doctor of medicine, professor

1/39, Gamaleia str., 40021, Sumy, Ukraine

Tel.: 38 0542 65-65-55, info@dgs.sumdu.edu.ua

Ведення хворих з розшаруванням аорти відноситься до компетенції фахівців в області серцево-судинної хірургії. В той же час розшарування аорти не має патогномічної клінічної семіотики, у зв'язку з чим пацієнти можуть бути спрямовані у відділення торакальної та загальної хірургії, кардіології, пульмонології, нефрології. Таким чином, проблема діагностики синдрому розшарування аорти набуває мультидисциплінарного характеру.

Термін розшаровуючої аорти (РА) введений у клінічну практику Лаєнеком у 1819 році. Відомо, що власне аневризма формується при обмежених розширеннях аорти. В інших випадках патологічний процес приймає характер розшарування стінки аорти у середньому шарі з формуванням у ньому гематоми. З огляду на це за рядом авторів ускладнення отримало назву «розшаровуюча гематома» [7]. Хоча частота розшарування аорти відносно невелика, але загроза для життя, — фатальна. Патоморфологи знаходять одне розшарування аорти на 400 аутопсій, а при раптовій смерті — у одного померлого на 100 розтинів [8]. При консервативному лікуванні смерть у першу добу становить 75 % , від 2 тижнів до року — 90 % [7]. Чоловіки хворіють у 5 разів частіше, ніж особи жіночої статі. Після 60 років розшарування аорти фіксують у 5 % осіб у загальній популяції.

Факторами ризику щодо можливості розшарування аорти окрім старшого віку є атеросклероз, гіпертонічна хвороба, системні судинні захворювання, патологічні процеси сполучної тканини, зокрема, хвороба Марфана, сифіліс [1, 2, 5]. Люди з переліченими захворюваннями мають значну кількість різноманітних скарг, серед яких біль різного характеру та локалізації і задишка. Ці ж ознаки у більшості випадків супроводжують також і розшарування аорти. З огляду на це вірогідність своєчасної діагностики даного ускладнення стає оманливою, в усякому разі у плані своєчасності [1, 3]. Дану думку можна підкреслити іншою публікацією, за якою істинний характер хвороби у 75 % спостережених встановлюють лише на аутопсії [4]. Тривалість перебування хворих у стаціонарі за цим автором коливалася у межах 30 хв — 15 діб.

Разом із тим відомо, що хірургічна корекція патологічно зміненого сегмента аорти у значного відсотка хворих може принести успіх [6]. Але як запідозрити, як верифікувати ускладнення?

Встановлено, що біль при розшаруванні аорти залежить від локалізації патоморфологічних змін. Так, при ураженні висхідного відділу аорти та її дуги цей суб'єктивний феномен нагадує такий при інфаркті міокарду, зосереджуючись за грудниною і «стріляє» у міжлопатковий простір, лопатки, ключиці, плечовий пояс, шию, щелепи чи голову. У більшості випадків біль при

цьому носить пульсуючий характер, проте він може бути і «монотонним». З огляду на наведені характеристики болю у таких хворих частіше діагностують інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, запальні захворювання серця, одно — чи двобічні плевропневмонії [3]. Але вважається, що інтенсивність болю у таких випадках поступово збільшується, у той час як при розшаруванні аорти біль досягає максимальної інтенсивності відразу. Оскільки часто та перелічених захворювань, особливо інфаркту міокарда, у загально-клінічній практиці значно більша ніж РА, це і вимагає від лікаря вибудови діагностичного алгоритму, скерованого на верифікацію саме цих захворювань. З іншого боку, тривалість життя хворих з РА обмежена часом від її маніфестації до розриву аорти, який складає у більшості випадків декілька годин, протягом яких за належної організації спеціалізованої та ургентної допомоги деякій кількості хворих можна допомогти. Ось ця дилема і визначає актуальність обговорюваної проблеми.

Клінічні спостереження

Під нашим спостереженням було 2 хворих, госпіталізованих до легеневого хірургічного відділення з діагнозами, які «мало» нагадували РА. Наводимо коротенький клінічний опис спостережень.

Хвора В. 42 років захворіла тиждень тому. З'явився біль у лівій половині грудної клітки, що віддавав у міжлопатковий простір. Швидка допомога визначила підвищений артеріальний тиск (АТ) — 180/140 мм рт. ст., ввела знеболювальні та спазмолітичні препарати. Стан не покращав. На ЕКГ — даних щодо інфаркту міокарду не виявлено. Повторне введення знеболювальних через 2 години дещо знизило АТ. На повторній ЕКГ даних за інфаркт міокарду знову не було. Все ж з огляду на больовий синдром хвору госпіталізували і продовжили лікування за методикою інфаркту міокарда. Через 5 днів підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилася задишка, а біль набув дещо іншого характеру, став тупим, тиснучим. Тоді хворій була виконана оглядова, а після неї — ліва бокова рентгенограма. На першій було встановлено затемнення у лівому гемітораксі за V типом. На боковій — локалізацію випоту у задніх відділах плевральної порожнини. Оскільки «синдромний» діагноз ніби не викликав сумнівів, хвору на транспорті лікарні перевезено у клініку. Скарги відповідали описаним вище. Турбувала слабкість в обох ногах, через що їй було важко навіть стояти, а не те щоб ходити. АТ тримався на рівні 110/90 мм рт. ст., пульс — 108–112, незадовільних якостей. На наступний день АТ був вимірний на правій, (протилежній) руці. Зроблено це було випадково і зафіксовано 140/110 мм рт. ст. Перевіривши тиск на лівій руці, визначили, що він був попереднім. Виконана пункція плевральної порожнини зліва — 240 мл кров'янистого ексудату. При мікроскопії — на все поле зору еритроцити. Проба Рівілуа-Грегуара — від'ємна. Контрольна рентгенографія — дані ті самі, що і при попередньому обстеженні, але на боковій рентгенограмі верхній периметр затемнення мав двоконтурний характер. Повторна плевральна пункція — 8–10 мл такої ж рідини, але значно світлішої. Враховуючи стабільність рентгенологічної

картини, дані плевральної пункції та проби Рівілуа-Грегуара, констатовано згорнутий гемоторакс. Рекомендоване оперативне втручання. Під час торакотомії передньо-боковим підходом виявлено велику гематому, що знаходилась у паравертебральній зоні і доходила до бокового відділу плевральної порожнини. Гематома пухка, без зрощень, виділилась практично одним блоком. Під час її «вигрібання» рука оперуючого хірурга відчула «муркотіння» біля хребта. Це змусило нас бути більш обережними. Після видалення гематоми виявили розширену нисхідну аорту, яка й давала зазначений вище звук. Констатована РА нисхідної аорти. Плевральна порожнина дренована. Через 9 днів зняті шви і хвора переведена в клініку серцево-судинної хірургії (м. Київ), де їй була виконана реконструктивна операція, що тривала близько 11 годин і закінчилась сприятливо.

На цьому прикладі бачимо, наскільки важко діагностувати СПВ, а ще важче його верифікувати. Рентгеноскопія могла б допомогти встановити причину «випоту». Хоча таку хвору возити по кабінетах протипоказано, оскільки це може викликати повторну кровотечу або тампонаду перикарду із несприятливим наслідком. Приклад демонструє, як багато треба знати і як уважно треба ставитись до кожного, аби не помилитись і не зробити поспішних висновків, оскільки за кожним випадком — доля не лише хворого і його сім'ї, а також і колективу лікарів. До цього треба додати, що в подібних випадках хворого повинен консультувати кардіолог і серцево-судинний хірург аби визначитись із тактикою і стратегією ведення хворого.

Хворий П. 60 років госпіталізований у клініку з метою проведення диференціальної діагностики з приводу захворювання плечового суглоба, яке амбулаторно лікували протягом року, але променеве обстеження не проводилося, хоча у хворого була незначна задишка і покашлювання. Думається, що останні симптоми лікарі з найбільшою вірогідністю пов'язували з віком хворого. Вже перше знайомство з госпіталізованим (збір анамнезу та об'єктивний огляд) не залишали сумнівів щодо етіології процесу, а бактеріоскопічне дослідження вмісту нориці м'яких тканин біля плечового суглобу підтвердило. Променеве обстеження (рентгенологічне) виявило ознаки підгострого дисемінованого туберкульозу легень. Розпочата антибактеріальна терапія за I категорією. Вже через тиждень стан хворого дещо покращився: з'явився апетит, бадьорість, зменшувалося покашлювання, зменшилася кількість виділень із суглобової нориці. Через 2 тижні від початку лікування хворий вранці піднявся з ліжка і відразу відчув значну слабкість, запаморочення, головний біль, задишку та неприємне відчуття за грудниною. Болю не було. Системний артеріальний тиск, який був вимірний у перші ж хвилини маніфестації «ортостатичного колапсу», був на рівні 190/100 мм рт. ст., тахікардія — 110 за 1 хвилину. Проте, вже через 5 хвилин артеріальний тиск знизився до 100/90 мм рт. ст. Тахікардія залишалася на рівні 100–115 за одну хвилину. На ЕКГ даних за порушення коронарного кровотоку не знайдено. Відразу виконана оглядова пряма рентгенографія. Виявлено збільшення усіх розмі-

рів серця, особливо у поперечнику. Запідозрено гідроперикардит. На каталці хворого доставлено у маніпуляційну і у напівсидячому положенні виконана пункція перикарда у точці Ларрея. Отримана кров у кількості 80 мм. Проба Ривілуа–Грегуара позитивна. Під час аспірації вмісту перикарда хворий втратив свідомість, розвинулися судоми м'язів обличчя і верхнього плечового поясу, наступила зупинка дихання і роботи серця. Штучне дихання, введення гормонів (300 мг гідрокортизону) та адреналіну і мезатону на тлі інфузії реополіглюкіну ефекту не принесли. Через 24 хв реанімації констатована клінічна смерть.

Таким чином, під нашим спостереженням перебувало 2 хворих з розшаруванням аорти. У однієї з них розшарування закінчилося формуванням аневризми нижнього відділу аорти, яка ускладнилася гемотораксом лівої плевральної порожнини. Проте процес розшарування стінки аорти, утворення її аневризми з наступною внутрішньо-плевральною обмеженою кровотечею перебігав атипично з повною відсутністю больового симптому. З огляду на перелічене через 5 діб у хворої був діагностований лівобічний осумкований плеврит. Іще через 2 доби — згорнутий гемоплеврит, причина останнього встановлена лише під час лікувально-діагностичної торакотомії. Напевно через відносно молодий вік хворої патологічний процес розшарування аорти і прогресування аневризми призупинився, що і дало можливість через деякий час виконати радикальне оперативне втручання.

У іншого хворого старшого віку розшарування і розрив стінки аорти ускладнилися гемоперикардом. Проте, як і у попередньому спостереженні, процес не мав типової, за більшістю авторів, ознаки розшарування аорти — болю, через що гемоперикардит був діагностований клініко-рентгенологічно як гідроперикардит, а верифікований — лише під час пункції перикарду, коли була отримана кров, яка не згорталася, що є ознакою пролонгованої кровотечі. Та через відсутність у хворого больового синдрому, вже не кажучи за його інтенсивність, катастрофа інтерпретувалася як гідроперикардит, а істинність процесу — лише у фіналі його розвитку завдяки пункції перикарда. Отже, РА може перебігати атипично з повною відсутністю больового синдрому, що напевно й визначає значний відсоток встановлення РА та його ускладнень лише на аутопсії.

Підсумки

1. Ризиком РА є старший вік, особливо у осіб чоловічої статі, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, захворювання сполучної тканини.
2. Біль не є патогномонічною ознакою РА.
3. РА може ускладнитися утворенням аневризми аорти або інтрамуральною гематомою з розривом останніх і утворенням гемоперикарда чи гемоплевриту.
4. Для своєчасної діагностики РА та її ускладнень у осіб групи ризику необхідне своєчасне УЗД аорти, перикарда та плеври.
5. При підозрі на РА хворого необхідно консультивати з кардіальним хірургом та кардіологом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абугов, С. А. Аневризма аорты: диагностика и лечение [Текст] / С. А. Абугов, В. Б. Пономаренко // Терапевтический архив. — 2010. — № 9. — С. 59–63.
2. Дужий, І. Д. Розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти [Текст] / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, Г. І. П'ятикоп, О. П. Юрченко // Хірургічна перспектива. — 2014. — № 1. — С. 47–51.
3. Зербіно, Д. Д. Кардіальні маски при розшаровуючій аневризмі аорти [Текст] // Д. Д. Зербіно, Ю. Г. Кияк, Ю. І. Кузик // Український кардіологічний журнал. — 2002. — № 3. — С. 79–82.
4. Кириллов, Н. М. Трудности и возможности диагностики расслаивающих аневризм аорты [Текст] / Н. М. Кириллов, Л. Е. Бочкарева, В. Н. Канайкин // Клиническая медицина. — 1988. — Т. 66, № 1. — С. 53–55.
5. Почепцова, Е. Г. Расслаивающая аневризма аорты [Текст] / Е. Г. Почепцова, В. И. Целуйко // Ліки України. — 2010. — № 5(141) — С. 8–13.
6. Середюк, В. М. Особенности течения расслаивающей аневризмы аорты [Текст] / В. М. Середюк, В. Н. Якимчук // Врачебное дело. — 1990. — № 3. — С. 55–57.
7. Ситар, Л. Л. Аневризмы грудной аорты [Текст] / Л. Л. Ситар, И. Н. Кравченко // Лікування та діагностика. — 1999–2000. — № 4–1. — С. 44–46.
8. Finkelmeier, B. A. Aortic dissection [Text] / B. A. Finkelmeier, D. Marolda // J. Cardiovasc. Surg. — 2001. — Vol. 15, № 4. — P. 15–24.

REFERENCES

1. Abugov SA, Ponomarenko VB. *Aneurizma aorty: diagnostika i lecheniye* (Aortic aneurysms: diagnosis and treatment). *Terapevticheskiy arkhiv*. 2010;No 9:59–63.
2. Dyzhyy ID, Gresko IYa, Pyatykop GI, Yurchenko OP. *Rozsharovuyucha anevrizma cherevnogo vididilu aorty* (Dissecting aneurysm of the abdominal aorta). *Khirurgichna perspektyva*. 2014;No 1:47–51.
3. Zerbino DD, Kyiak YuG, Kuzyk Yul. *Kardialni masky pry rozsharovuyuchiy anevrizmi aorty* (Cardiac masks in dissecting aortic aneurysms). *Ukr. Kardiologichnyy Zhurnal*. 2002;No 3:79–82.
4. Kirillov NM, Bochkareva LYe, Kanaykin VN. *Trudnosti i vozmozhnosti diagnostiki rasslaivayushchikh anevrizm aorty* (Challenges and Opportunities of diagnostics of dissecting aortic aneurysm). *Klin. meditsina*. 1988;No 1(66):53–55.
5. Pocheptsova YeG, Tseluyko VI. *Rasslaivayushchaya anevrizma aorty* (Dissecting aortic aneurysm). *Liky Ukrainy*. 2010;No 5(141):8–13.
6. Serdyuk VM, Yakimchuk VN. *Osobennosti techeniya rasslaivayushchey anevrizmy aorty* (Peculiarities of currents of dissecting aortic aneurysm). *Vrachebnoye delo*. 1990;No 3:55–57.
7. Sitar LL, Kravchenko IN. *Anevrizmy grudnoy aorty* (Aneurysms of the thoracic aorta). *Likuvannya i diagnostyka*. 1999–2000;No 4–1:44–46.
8. Finkelmeier BA, Marolda D. Aortic dissection. *J. Cardiovasc. Surg*. 2001;4(15):15–24.