

Г.Б. ПОЛЗИК, Д.А. КАПСУЛТАНОВА, К.М. КЕДЕЛБАЕВА, КАКЫЛБАЙКЫЗЫ, А.М. ДУМЫШЕВА,
Д.Т. ЕДИЛБАЕВ, Н.С. МЕРЯНОВА, Д.Б. ТОЛЕБАЕВ, Р.И. ХАМИДОВ

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом смежных дисциплин
Городской Кардиологический центр города Алматы

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Представлен клинический случай первичного с подъемом сегмента ST передне-распространенного инфаркта миокарда на фоне аневризмы брюшного отдела аорты у пациентки в возрасте 52 лет. Аневризма (от лат. aneurypno — расширение) — расширение сосуда или выбухание стенки наружу, возникающее вследствие разнообразных поражающих факторов, приводящих к снижению прочности и эластичности сосудистой стенки. Аневризма брюшного отдела аорты (АБА) в большинстве случаев (более чем в 80%) протекает на фоне атеросклеротического поражения ее стенки. Значительно реже причиной истончения мышечного слоя являются воспалительные заболевания — туберкулез, хроническая ревматическая болезнь сердца, сифилис, сопровождающиеся поражением сосудов.

Торакоабдоминальная аневризма - серьезное заболевание с неблагоприятным прогнозом, но потенциально курабельное, поэтому от практикующего врача требуются тщательное обследование больного и своевременная диагностика данной патологии

Ключевые слова: торакоабдоминальная аневризма, инфаркт миокарда, мультифокальный атеросклероз, хроническая расслаивающая аневризма

Актуальность проблемы. Мультицентровые скрининговые исследования среди населения старше 55 лет демонстрируют распространенность АБА до 4,9-8,9% у мужчин и 0,7-2,2% у женщин [1,2-4]. В США ежегодно от разрыва АБА погибает 4 500 больных, что составляет 15 человек на 1 миллион населения в год [5]. В Российской Федерации по Московской области смертность от разрыва АБА составляет 50 человек на 1 миллион населения в год [6]. В Казахстане не проводились эпидемиологические исследования на наличие АБА и ее осложнений. Согласно проведенному скрининговому исследованию в Восточно-Казахстанской области, частота АБА среди населения старше 60 лет составила 0,8% [7].

Изучение гендерных особенностей течения и исходов атеросклеротических торакоабдоминальных аневризм аорты (ТАА) по данным протоколов патолого-анатомических вскрытий за 2002–2006 годы выявило, что ТАА страдают преимущественно мужчины с более ранним развитием заболевания, но осложнения ТАА в виде разрыва и тромбоза чаще наблюдаются у женщин. У мужчин поражается преимущественно брюшной отдел и в половине случаев ТАА осложняется расслоением аневризм, а у женщин – в равной доле вовлекается брюшной и грудной отделы и в двух третях случаев ТАА осложняется расслоениями аневризм. По этиологии и патогенезу преобладают атеросклеротические ТАА, в 58% случаев на фоне артериальной гипертензии [8].

Основную роль в диагностическом процессе АБА играют специализированные методы исследования. Для оценки степени коронарного атеросклероза и корреляции со степенью поражения общих сонных артерий и общих бедренных артерий выполняется диагностическая коронароангиография и дуплексное сканирование с цветовым доплеровским картированием потоков общих сонных артерий и общих бедренных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа. Изменения брюшной аорты, стенозы и тромбозы внутренней сонной артерии и общей бедренной артерии чаще встречались у пациентов в группе с коронарным атеросклерозом [10]. Наиболее часто используемым методом в диагностике расслоения аорты остается компьютерная томография. Спиральная компьютерная томография обладает чувствительностью 94% и специфичностью 100%, что превышает данные показатели при ангиографии. Несомненным преимуществом компьютерной томографии является неинвазивный принцип и быстрота выполнения. С ее помощью удается определить локализацию расслоения, его распространение, вовлечение основных ветвей в патологический процесс. Угроза разрыва аневризмы находится в прямой зависимости от ее диаметра. Вероятность разрыва в течение 1 года при диаметре 6-6,9 см составляет 5-10%, 7-7,9 см – 20-40%, более 8 см – 30-50%. Данное осложнение является жизнеугрожающим и сопровождается летальностью около 50% при своевременно выполненной операции и 100% смертностью при невозможности ее выполнения [9].

Основной проблемой лечения расслоения аорты является трудность ранней диагностики данного заболевания. В настоящее время для профилактики кардиальных осложнений используются β-блокаторы, антагонисты кальция и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента [11].

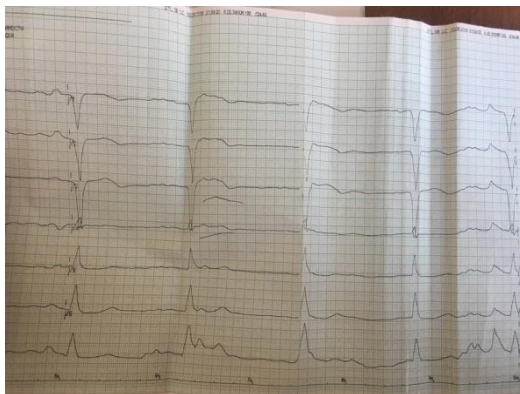
Клинический случай. Пациентка Н., 52 лет доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии кардицентра с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, ощущение нехватки воздуха, тошноту, рвоту, выраженную общую слабость. Загрудинные ангинозные боли купированы бригадой скорой помощи внутривенным введением морфина.

Из анамнеза известно, что пациентка – злостная курильщица, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 180/90 мм рт. ст. Базисной терапии не придерживается. Периодически отмечались нарушения сердечного ритма, по поводу которых больная не обследовалась и не лечилась. 4 года назад пациентка получила тупую травму живота, после чего впервые обратила внимание на пульсирующее образование в брюшной полости и периодически возникающие боли в эпигастрии. 3 месяца назад при проведении УЗДГ выявлена аневризма брюшного отдела аорты. Осмотрена ангиохирургом, который рекомендовал пациентке обратиться в научный центр хирургии для проведения обследования и лечения, чего пациентка не сделала. В день поступления в стационар у нее внезапно появились давящие боли в области сердца, ощущение учащенного сердцебиения и нехватки воздуха, одышка, выраженная общая слабость, выступил холодный пот. В связи с ухудшением состояния вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая выявила пароксизм наджелудочковой тахикардии, оказала помощь и экстренно госпитализирована в кардицентр.

Объективно при поступлении: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Питание удовлетворительное. ИМТ-23,8 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. ЧДД 19 в мин. Дыхание через нос, свободное. Перкуторно: легочный звук по всем легочным полям. При аускультации: в легких ослабленное везикулярное дыхание, незвучные влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-58 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, чувствительный в области пупка. Там же пальпируется пульсирующее образование мягко-эластической консистенции, размерами 4,0 x 5,0 см. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb-125 г/л, Ht-34 %, Тромбоциты $204 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные-19, сегментоядерные-47, эозинофилы-3, моноциты-5, лимфоциты-26, СОЭ-16 мм/час. В динамике: эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Hb- 113 г/л, Ht- 31 %, Тромбоциты $214 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $8,9 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные-3, сегментоядерные-62, эозинофилы-3, моноциты-14, лимфоциты-21, СОЭ-23 мм/час. Кардиомаркеры: тропонин 0,021 ng/mL, в динамике - 0,420 ng/mL (норма-0,04 ng/mL).



Д-димер: 4900 ng/mL.—Биохимический анализ крови: общий белок-64 г/л, мочевина 6,3 ммоль/л, креатинин 98 ммоль/л, глюкоза 9,2 ммоль/л, АЛТ-177 Ме/л, АСТ-480 Ме/л, билирубин -10,5 мкмоль/л, холестерин - 8,54 ммоль/л, СРБ-11,4. Клубочковая фильтрация-85 мл/мин. В динамике: АЛТ - 95 Ме/л, АСТ- 87 Ме/л. Глюкоза -6,3 ммоль/л. Липидный спектр: холестерин-8,3 ммоль/л, холестерин ЛПВП-1,14 ммоль/л, холестерин ЛПНП-6,8 ммоль/л, триглицериды-1,64 ммоль/л, КОА-5,99, риск ИБС-6,2. Электролиты: К⁺3,9 ммоль/л, Na⁺ 140 ммоль/л, Са⁺⁺- 1,16 ммоль/л Cl⁻108. рН/ газы крови: рН-7,286, рСО₂- 56,2, рО₂- 28,0. Коагулограмма: АКТ -11с, АПТВ-40 с, ПТИ 71, Фибриноген А-2,8 г/л. В нафтоловый тест+, РФМК – 7,0мг/%. ИФА на антитела к ВИЧ: отрицательный. Кровь на маркеры гепатита: HBs Ag-отриц, а-HBs - отриц, а-Hbcore total - отриц, а-Hbe IgG-отриц, а-HCV total- отриц. ОАМ: уд.вес-1010, белок – 0,033%, эпит.пл. 6-8 в п/з, эпит.перех. 3-4 в п/з, лейкоциты 5-6-8 в п/зр, неизм эрит – 2-3 в п/з, цилиндры – 0-1 в п/з, слизь ++, фосфаты ++. Проба Нечипоренко: лейкоциты -10000, эритроциты 2500.

ЭКГ при поступлении: синусовая брадикардия, ЧСС 54 в мин. Нормальное положение ЭОС. Неспецифическая внутрижелудочковая блокада. Гипертрофия ЛЖ. Острый период инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в области передне-септального отдела, передней стенки, верхушки. Субэндокардиальное повреждение базального отдела боковой стенки.

ЭХОКГ: Ао-3,7 см, восх – 3,9 см, ЛП-4,3 (5,4x6,3) см, ПП-4,4x4,7, ПЖ-2,8 см, КДР – 5,6 см, КСР- 5,0см, ДО-155 мл, СО-118 мл, УО-37 мл, ФВ по Тейхгольцу- 24%, по Симпсону-33%, ТЗСЛЖ в диастолу - 1,3 см, ТМЖП- 1,4/1,6 см. Заключение: Дилатация восходящего отдела аорты. Створки аорты уплотнены. Дилатация левых отделов. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Дискинез базального и среднего, заднего сегментов. Акинез передне- перегородочного сегмента. Гипокинез передне-верхушечного и заднего перегородочного сегментов. Сократительная функция ЛЖ значительно снижена (по Симсону 33%), ПЖ-удовлетворительная. Регургитация на МК I-II ст, АК I ст.

Рентгенография органов грудной клетки: Гемодинамика малого круга кровообращения не нарушена. В легких: хронический бронхит. Тень сердца увеличена в влево, интенсивная. Аорта: плотная, тень аорты умеренно расширена.

УЗИ ОБП и почек: Печень: Правая доля 12,8 см, левая доля 8,7см, контуры печени ровные, однородная, эхоплотность диффузно повышена. Желчный пузырь: размеры 10,0x 1,72 см. Стенка пузыря - 0,44 см утолщена. Пристеночная застойная желчь. Поджелудочная железа не визуализируется из-за повышенного пневматоза. Селезенка: площадь 9,1x3,9 см. Контуры ровные. Эхоструктура однородная, эхоплотность равномерная. Почки: правая 11,1x4,1см. Толщина паренхимы 2,0 см-истончена. Левая11,8x4,7 см. Толщина паренхимы 1,9 см-истончена. УЗИ плевральных полостей: справа-около 250 мл жидкости, слева-около 150мл. Заключение: Диффузные изменения паренхимы печени. Хр. холецистит (застой желчи). Эхо-признаки хронического воспалительного процесса обеих почек. Микролитиаз.

Дуплексное сканирование брюшного отдела аорты: Эхо-признаки аневризматического расширения брюшного отдела аорты, интрааренального отдела. На момент осмотра эхо-признаки расслоения аневризмы. Рекомендована консультация ангиохирурга.

Коронароангиография: Тип коронарного кровотока- правый. ЛКА: Ствол: стеноз (70%) дистальной части. ПМЖВ: окклюзия проксимальной трети, дистальное русло заполняется через внутрисистемные коллатерали. ОВ: стенозы (60%, 80%) проксимальной трети и окклюзия средней трети, дистальное русло заполняется через внутрисистемные коллатерали, кровоток удовлетворительный, TIMI III. Стенозы (50%) устья, проксимальной и средней трети. ПКА:

стеноз (80%) устья и окклюзия проксимальной трети, дистальное русло заполняется через внутрисистемные коллатерали.

Аортография: аневризматическое расширение торакоабдоминального отдела аорты. Размеры: восходящий отдел-38,6 мм; дуга аорты-57 мм; нисходящий отдел-36,2 мм; брюшной отдел-52,8 мм. Учитывая диффузное поражение коронарных артерий, аневризматическое расширение торакоабдоминального отдела аорты, рекомендована консультация кардиохирурга.

Консультация кардиохирурга: по данным КАГ отмечается окклюзия ПМЖВ, окклюзия ПКА, окклюзия ОА. Аортография: торакоабдоминальная аневризма. УЗИ брюшной полости: аневризма брюшного отдела аорты. ЭХОКГ: ФВ по Симпсону-33%. Учитывая вышеизложенное, рекомендовано оперативное лечение.

Протокол КТ- аортографии брюшного отдела аорты: Аневризматическое расширение в супра- и инфраренальных отделах брюшной аорты с переходом на общие подвздошные артерии. Признаки расслоения инфраренального отдела брюшной аорты. Массивные тромботические массы инфраренального отдела брюшной аорты. Патологический изгиб грудного отдела аорты переходом на брюшную аорту.

Клинический диагноз: Мультифокальный атеросклероз. ИБС. Первичный передне-распространенный инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Тип 1. КТ 4. Пароксизм наджелудочковой тахикардии. ХСН II А 2 ФК. Торакоабдоминальная аневризма II тип по Эдвардс.

Учитывая тяжелое состояние больной и сочетанный характер патологии, была рекомендована интенсивная терапия до стабилизации состояния с последующим лечением в условиях ННКЦ (г.Астана): аортокоронарное шунтирование, возможно стентирование стент-графтом торакоабдоминальной аневризмы. Однако, от предложенного оперативного вмешательства больная отказалась и после стабилизации состояния была выписана из стационара под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Заключение:

- 1) всем пациентам с АБА рекомендуется проводить динамическое ультразвуковое наблюдение за ростом АБА, оперативное лечение выполнять при скорости расширения аорты более 1 см в год, увеличении диаметра ААА более 6 см или появления симптомности заболевания
- 2) по результатам обследования представленной пациентки риск летального исхода крайне высокий. Около 2/3 таких пациентов при естественном течении заболевания не доживают до разрыва, а умирают от сопутствующей патологии
- 3) учитывая сочетанное критическое поражение коронарных артерий, торакоабдоминальной аорты с признаками расслоения, для решения тактических вопросов ведения больной ей все же было рекомендовано обследование и лечение в Национальном научном кардиохирургическом центре г.Астаны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Benson R.A., Poole R., Murray Sh., Moxey P., Loftus I.M. Screening results from a large United Kingdom abdominal aortic aneurysm screening center in the context of optimizing United Kingdom National Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme protocols // Journal of vascular surgery. -2015. - V.63. - P. 301-304
- 2 Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomized controlled trial // The Lancet. -2002. -V.360. - P. 15 - 31.
- 3 Norman P.E., Jamrozik K., Lawrence Brown M.M., Le M.T., Spencer C.A., Tuohy R.J., et al. Population based randomized controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm // BMJ. -2004. - V.329. - 1259 p
- 4 Singh K., Bonaa K.H., Jacobsen B.K., Bjork L., Solberg S. Prevalence and risk factors for abdominal aortic aneurysms in a populationbased study: the Tromsø Study // American Journal of Epidemiology. - 2001. - V.154. - 236 p.
- 5 McPhee J.T., Hill J.S., Eslami M.H. The impact of gender on presentation, therapy and mortality of abdominal aortic aneurysm in the United States, 2001-2004 // Journal of Vascular Surgery. -2007. - V. 45. - P. 89-91
- 6 Покровский А.В., Абугов С.А., Алексанян В.М., Пономаренко В.Б., Абдуллинов А.С. Эндоваскулярное протезирование аневризмы брюшной аорты. Часть 1 – отбор больных для эндоваскулярного лечения // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т.16(4). – С. 63-70.
- 7 Чернявский А.М., Карпенко А.А., Рахметов Н.Р., Дюсупов А.А., Буланов Б.С. Скрининг лиц 60 лет и старше в семейском регионе на наличие инфраренальной аневризмы брюшной аорты и определение тактики их лечения //Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26(4). – С. 66-70.
- 8 Журавлева А.В., Швец Н.А. Атеросклеротические торакоабдоминальные аневризмы с позиции гендерной медицины// Электронный научно-образовательный вестник здоровье и образование в XXI веке. – М.: 2007. – Т. 9(8). – С- 288
- 9 Бортникова Н.В., Аракелян В.С. Тактика ведения пациентов с аневризмами брюшного отдела аорты более 6 см в диаметре при наличии кардиальных факторов риска. – М.: 2015. – Т. 16(S6). – 107 с.
- 10 Шарафеев А.З., Зыятдинов К.Ш., Акберов Р.Ф. Возможности ультразвукового ангиосканирования в раннем выявлении коронарного атеросклероза//Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. – № 4. – С. 525-529.
- 11 Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Потешкина Н.Г., Хамитов Ф.Ф. Атеросклеротическая аневризма брюшной аорты: кардиальные осложнения и их профилактика в послеоперационном периоде. // Лечебное дело. – 2011. – № 2. – С. 4-9.

**Г.Б. ПОЛЗИК, Д.А. КАПСУЛТАНОВА, К.М. КЕДЕЛБАЕВА, К. АКЫЛБАЙКЫЗЫ, А.М. ДУМЫШЕВА,
Д.Т. ЕДИЛБАЕВ, Н.С. МЕРЯНОВА, Д.Б. ТОЛЕБАЕВ, Р.И. ХАМИДОВ**

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Аралас пәндер курсымен №2 ішкі аурулар кафедрасы

Алматы қаласының Қалалық Кардиологиялық орталығы

ҚОЛҚА ІШ – ҚҰРЫЛЫСЫНЫҢ АНЕВРИЗМІ БАРЫСЫНДА ИНФАРКТ МИОКАРДЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: 52 жастағы науқастың қолқа іш-құрылысы аневризмі барысында алғашқы аралық ST сегмент деңгейінде алдыңғы-таралған инфаркт миокардының клиникалық жағдайы ұсынылған. Аневризм – (лат.aneurypno – ұлғайтамын) тамырдың ұлғаюы немесе тамыр қабырғасының мықтылығы мен созылмалылығын төмендететін өртүрлі зақымдаушы факторлардан пайда болатын тамыр қабырғасының алдыға қарай шығып кетуі. Қолқа іш-құрылысының аневризмі көп жағдайда (80% дан аса) қолқа қабырғаларының атеросклеротикалық бұзылуы барысында жүреді. Бұлшықет қабатының әлсізденуіне көбіне тамырларды зақымдаумен қатар жүретін қабыну аурулары – туберкулез, жүректің созылмалы ревматикалық ауруы, сифилис сияқты аурулар әсер етеді.

Торакоабдоминалды аневризм – аса қауіпті қолайсыз болжамдарымен, бірақ потенциалды қурабелді, сондықтан тәжірибеден өтуші дәрігерден науқасты толық және мұқият тексеруден, аталған патологияны дер кезінде анықтау талап етіледі.

Түйінді сөздер: Торакоабдоминалды аневризм, миокард инфарктісі, мультифокалды атеросклероз, созылмалы жыртылмалы аневризм.

G.B. POLZIK, D.A. KAPSULTANOVA, K.M. KEDELBAEVA, K.AKYLBAIKYZY, A.M.DUMYSHEVA, D.T. EDILBAEV, N.MERYANOVA, D.TOLEBAEV, R.HAMIDOV

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

The Department of internship and residency of internal medicine №2

City Heart Center of Almaty

CLINICAL CASES OF A FIRST ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AGAINST THE BACKGROUND OF THORACOABDOMINAL ANEURYSM

Resume: Presented a clinical case of a first ST-segment elevation myocardial infarction against the background of thoracoabdominal aneurysm in a patient aged 52 years. Aneurysm - expansion or bulging of the vessel wall outwards, arising from a variety of damaging factors, leading to a decrease in strength and elasticity of the vascular wall. Abdominal aortic aneurysm (AAA), in most cases (over 80%) takes place against the background of atherosclerotic lesion of its walls. Much less cause thinning of the muscular layer are inflammatory diseases - tuberculosis, chronic rheumatic heart disease, syphilis, accompanied by vascular lesion.

Thoracoabdominal aneurysm - a serious disease with a poor prognosis, but potentially curable, so from a practitioner required a thorough examination of the patient and timely diagnosis of this disease.

Keywords: thoracoabdominal aneurysm, myocardial infarction, multifocal atherosclerosis, chronic aneurysm.