



Дифференциальная Диагностика Расслоения Аорты И Инфаркта Миокарда

1. Кодирова Ш. А.

Received 6th Oct 2022,
Accepted 5th Nov 2022,
Online 12th Dec 2022

¹ Ташкентская медицинская академия

Abstract: Проблема расслоение аорты до настоящего времени остаётся актуальной в связи с трудностью диагностики и плохим прогнозом-летальным исхо-дом. При II типе расслоения аорты боль обычно локализуется за грудиной и имитирует острый инфаркт миокарда. Эта ситуация особенно часто наблюдается в тех случаях, когда расслоение в действительности распространяется на корень аорты и способствует компрессии коронарных артерий, а по данным H Borsi, наиболее часто болевой синдром при расслоении аорты I типа по De Vekey приходится дифференцировать с процесс расслоения коронарных сосудов и нарушения таким образом коронарного кровообращения.

Ключевые слова: расслоение аорты, инфаркт миокарда, дифференциальная диагностика.

Актуальность. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы расслаивающей аневризмы аневризма аорты является нередким заболеванием, однако распознается далеко не всегда. Хотя в настоящее время возможности диагностики расслаивающей аневризмы аорты расширились, но в реальной клинической практики диагностических ошибок остаётся высоким.

Расслоение аорты (диссекция) или расслаивающая аневризма аорты – это развитие внутрискладчатой гематомы вследствие проникновения крови в дегенеративно измененный слой стенки аорты с последующим расслоением её преимущественно в дистальном направлении.

Эпидемиология: Расслоение аорты является весьма распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, возникающим в 2-3,5 случаях на 100 000 человек в год (Hiratzka L.F. et al., 2010), что соответствует 3000-5000 случаям в Российской Федерации ежегодно. [2]. Данные Международного регистра расслоений аорты (IRAD) свидетельствуют о том, особенно подвержены риску пациенты африканского происхождения, что средний возраст развития заболевания составляет 63 года с п. [3]. Признаки расслоения аорты находят в 1–3% случаев всех аутопсий. Пик заболеваемости приходится на возраст от 50 до 65 лет в общей популяции, для пациентов с наследственными заболеваниями соединительной ткани - от 20 до 40 лет (синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса) [1, 2]. Имеются данные, позволяющие судить о ежегодном увеличении частоты случаев расслоения аорты (Olsson C. et al., 2002). По

данным литературы чаще заболевание встречается у мужчин чем у женщин в соотношении 3:1 в возрасте 50-60 лет и в половине случаев не диагностируется. Ежегодно в США расслаивающие аневризмы аорты выявляют у 2000 пациентов, а по данным W Jamieson и соав. в Канаде у 35 % пациентов, умерших в госпиталях от расслаивающих аневризм торакоабдоминального отдела диагноз не был подтвержден при жизни. Прогноз хуже у женщин, в результате атипичных проявлений и поздней диагностики, так как расслоения аорты у них ограничивается коронарной или сонной артерией, особенно у беременных или родивших женщин.[1,2].

Наиболее распространенным фактором риска, связанным с РА, является АГ, которая наблюдается у 65-75% лиц, в основном плохо контролируемая [2]. По данным регистра IRAD, средний возраст больных составляет 63 года; 65% — мужчины. Другими факторами риска являются ранее существующие заболевания аорты или аортального клапана, семейный анамнез заболеваний аорты, перенесенные операции на сердце, курение, тупые травмы грудной клетки и использование наркотических препаратов (например, кокаина и амфетаминов). [2]. Смертность от расслоения в 2-3 раза превышает таковую при разрывах аневризм аорты: 40 % пациентов гибнет немедленно после развития расслоения, 1 % в течение часа от начала заболевания и от 5 до 20 % – во время или вскоре после проведения хирургического вмешательства (Meszaros I.et al., 2000, Clouse W.D. et al., 2004) [2].

Классификация построена с учетом этиологии, патогенеза, локализации, формы, вида и течения заболевания с учетом наличия или отсутствия расслоения аорты. По Стенфордской классификации (1970 г.) расслоения аорты делятся на два типа: А – с вовлечением восходящей аорты и дуги или без неё (проксимальное расслоение), В-с расслоением аорты дистальнее левой подключичной артерии (дистальное расслоение).

По классификации М. De Bakey (1982г.) расслоение аорты делится на три типа: I тип (50%) - от восходящей аорты до бифуркации брюшной аорты; II тип (35%) - только восходящая аорта; III А тип (15%) - захватывает весь нисходящей отдел грудной аорты, а III В тип - нисходящий и брюшной отделы аорты. В 2000 году Ю.В.Белов дополнил классификацию М. De Bakey IV типом, когда расслоение аорты начинается от уровня диафрагмы или ниже её в брюшном отделе.

По течению различают: три формы течения: острую (14 дней), подострую (15-90 дней), хроническую (>90 дней). Хроническое РА может быть как неосложненным со стабильным течением заболевания, так и осложнившимся висцеральной или периферической [1,2].

Клиника: В клинической картине острого расслоения аорты по данным литературы преобладают три относительно постоянных симптома: боль, гипертония и тахикардия. Расслоение аорты в 90 % случаев сопровождается болью, боль настолько интенсивная, что часто её сравнивают с «кинжальным ударом», а купируют отчасти обычно лишь применением наркотических анальгетиков. Чаще всего пациенты указывают на возникновение болевого синдрома во время физической нагрузки. Наиболее частой локализацией боли является грудная клетка (80%), в то время как боль в спине или в животе встречаются в 40% и 25% случаев [2]. Острое расслоение аорты наиболее часто протекает на фоне артериальной гипертонии. Артериальная гипертония является одним из факторов риска развития аневризмы и расслоения аорты, особенно при наличии дегенеративных заболеваний соединительной ткани и атеросклероза. В анамнезе либо на момент обследования у больных обнаруживается высокое артериальное давление, либо на момент появления резкого болевого приступа. Расслоение аорты с выраженным болевым синдромом часто сопровождается высоким уровнем катехоламинов в крови. По данным большинства авторов потенциальным фактором риска разрыва аневризмы является наличие ниже следующих признаков: диастолическое АД выше

100 мм рт.ст., переднее-задний размер аорты более 5 см. на фоне выраженных хронических obstructивных заболеваний легких[2].

Расслоение в проксимальном отделе аорты сопровождается болью в передних отделах грудной клетки, шее, а при дистальном расслоении аорты боли локализуется в межлопаточной области. При расслоении аорты I типа боль перемещается в межлопаточную область, а затем постепенно спускается по позвоночнику в поясничную область. При II типе расслоения аорты боль обычно локализуется за грудиной и имитирует острый инфаркт миокарда. Эта ситуация особенно часто наблюдается в тех случаях, когда расслоение в действительности распространяется на корень аорты и способствует компрессии коронарных артерий.

По данным Н Borsi, наиболее часто болевой синдром при расслоении аорты I типа по De Bekey приходится дифференцировать с инфарктом миокарда в связи с вовлечением в процесс расслоения коронарных сосудов и нарушения таким образом коронарного кровообращения.

Дифференциальная диагностика расслоения аорты и инфаркта миокарда представлена в таблице

| Диагностический признак | Расслоение аорты | Инфаркт миокарда |
|------------------------------|--|--|
| Анамнез | Наследственный синдром, травматическое повреждение грудной клетки | Приступы стенокардии, факторы риска ИБС. |
| Начало болезни | Остро, внезапное, сразу в тяжелой форме | Постепенное, часто с продромальными симптомами |
| Боль | Очень сильная, разрывающая, в грудной клетке (расслоение в проксимальном отделе), в межлопаточной области (расслоение в дистальном отделе) с иррадиацией в оба плеча, в шею, затылок, позвоночник, мигрирующий характер болей. | Давящая или сжимающая за грудиной, часто с иррадиацией в плечо и руку. |
| Шок | Предшествует боли | Обычно наступает после боли |
| Синкопальное состояние | Внезапная потеря сознания, обморок | Не характерно. Возможно появление при нарушениях ритма и проводимости. |
| Неврологические расстройства | Ишемический парализ, паралич, паралич, паралич, острое нарушение мозгового кровообращения | Отсутствует |
| Тахикардия | Часто | Часто |
| II тон | Ослабление или исчезновение | Нормальный |
| Диастолический шум | Появляется, или нарастает интенсивность в точке Боткина и на аорте | Отсутствует |
| Систолический шум | Максимально, во втором-третьем межреберье | На верхушке или в точке Боткина |
| АД | Высокое | Несколько повышается в первые часы, а затем обычное или снижается |
| Дыхание | Резкое ослабление в левой половине грудной клетки при кровотечении в плевральную | Редко нарушено |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | полость | |
| Гемоперикард | Часто | Редко |
| Шум трения перикарда | Часто | Может быть |
| Лейкоцитоз | Имеется | Имеется |
| Анемия | Нарастающая анемия | Не характерна |
| Уровень трансаминаз сыворотки | Нормальный, мало меняется | Повышен |
| Гипербилирубинемия | Имеется из-за гемолиза | Не характерно |
| Рентгенограмма | Ограниченное или диффузное выбухание тени аорты и пульсация ее стенки | Нормальная или с признаками ранних застойных явлений в легких |
| Электрокардиограмма | Гипертрофия и перегрузка левого желудочка | Выявляются ЭКГ признаки инфаркта миокарда |

Наиболее точная и своевременная диагностика расслоения аорты возможна при сопоставлении клинической картины болезни с данными инструментальных исследований, таких, как трансторакальная и чрезищеводная эхокардиография, компьютерная и магнитно-резонансная томография аорты с контрастированием, аортография.

Эти методы исследования не только позволяют установить правильный диагноз, но и объем и характер поражения аорты, а соответственно и тактику ведения таких больных – в большинстве случаев – хирургическое лечение, так как консервативная терапия с использованием в/в введения нитроглицерина, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ при снижении АД позволяет добиться лишь временного улучшения – стабилизации состояния, но никак не определяет судьбу больного. Необходимы постоянный контроль за уровнем артериального давления, диуреза, мониторингирование ЭКГ.

Хирургическое лечение более эффективно у больных с расслоением аорты I-II типа, консервативное при III типе [1]. При консервативном ведении: основной причиной смерти больных с I-II типом расслоения аорты является тампонада сердца, менее частая причина - окклюзия магистральных ветвей аорты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрейчук К. А., Сорока В. В. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при расслоении аорты. Скорая медицинская помощь : клинические рекомендации / В. В. Руксин [и др.] ; под ред. С.Ф. Багненко. - Москва : Гэотар-медиа, 2018.стр.98.
2. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты (2014) Российский кардиологический журнал,2015, № 7 (123).
3. Клинические рекомендации по по диагностике и лечению заболеваний аорты (2017) Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, 2018;11(1): 7-67