



# Расслаивающая аневризма аорты у молодой женщины

Иова О.Ю.<sup>1</sup> • Морова Н.А.<sup>2</sup> • Семенова Л.Н.<sup>1</sup> • Цеханович В.Н.<sup>1</sup> • Павлов А.В.<sup>1</sup>

**Иова Олеся Юрьевна** – врач-кардиолог кардиологического реабилитационного отделения<sup>1</sup>  
✉ 644106, г. Омск, ул. Волгоградская, 26–28, Российская Федерация.  
Тел.: +7 (904) 580 30 89.  
E-mail: olesya-kirichenko@yandex.ru

**Морова Наталия Александровна** – д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии<sup>2</sup>

**Семенова Людмила Николаевна** – заведующая кардиологическим реабилитационным отделением<sup>1</sup>

**Цеханович Валерий Николаевич** – д-р мед. наук, заведующий отделением кардиохирургии<sup>1</sup>

**Павлов Александр Вячеславович** – заведующий патологоанатомическим отделением<sup>1</sup>

В статье представлено описание случая расслаивающей аневризмы аорты у 33-летней женщины. Установление диагноза представляло сложности. Правильный диагноз был установлен спустя 4 месяца от возникновения первых клинических проявлений. Причиной расслоения аорты стал медионекроз аорты

в сочетании с длительной артериальной гипертензией. Хирургическое лечение было своевременным и эффективным.

**Ключевые слова:** расслаивающая аневризма аорты, медионекроз

doi: 10.18786/2072-0505-2017-45-3-258-261

<sup>1</sup> БУЗ ОО «Областная клиническая больница»; 644111, Омская область, г. Омск, ул. Березовая, 3, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России; 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12, Российская Федерация

**Р**асслаивающая аневризма аорты – грозное состояние, требующее неотложного лечения. Распространенность аневризмы грудного отдела аорты составляет 5,9 на 100 000 населения в год, частота расслоения аорты – 3,5 на 100 000 человек в год [1]. Связанная с этим смертность оценивается в 1–3% в час, при этом от 20 до 30% смертей приходится на первые 24 часа [2]. В современной литературе встречаются описания расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты преимущественно в среднем и старшем возрастах [3–5]. Представляем клинический случай расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты у молодой женщины 33 лет без семейного анамнеза заболеваний соединительной ткани и признаков синдрома Марфана.

## Клиническое наблюдение

Пациентка Д., 33 года, поступила в кардиохирургическое отделение 24.10.2015 с жалобами на сердцебиение, одышку при ходьбе с ускорением и умеренных физических нагрузках, потливость.

Анамнез заболевания. С юности отмечала повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., не обследовалась, гипотензивные препараты не принимала, связывала повышение артериального давления с избыточной массой тела (прибавила в весе в послеродовом периоде). 20.06.2015 проснулась в 6.00 от интенсивной боли в грудной клетке. Вызвала бригаду скорой помощи. По данным электрокардиограммы особенностей выявлено не было. Установлен диагноз межреберной невралгии, после введения анальгетиков болевой синдром уменьшился. Госпитализацию



не предлагали. Лечилась у невролога по месту жительства (нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В). Болевой синдром купирован, однако пациентка стала отмечать появление общей слабости, потливости, одышки при физических нагрузках, отечности голеней. За медицинской помощью не обращалась, связывала симптомы с избыточной массой тела. В августе 2015 г. появился сильный кашель. 30.08.2015 участковым терапевтом назначен препарат азитромицина, направлена на рентгенографию органов грудной клетки. По результатам исследования данных за пневмонию не получено, но выявлено увеличение сердечной тени. 06.09.2015 появилось удушье, кровохарканье, по неотложной помощи госпитализирована в пульмонологическое отделение городской больницы, по рентгенографии органов грудной клетки – признаки правосторонней пневмонии. Начато лечение – преднизолон, антибиотикотерапия, инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии с 10.09.2015 наблюдалось ухудшение самочувствия в виде приступов удушья, сердцебиения, в связи с чем переведена в реанимационное отделение. При проведении эхокардиографии обнаружена выраженная недостаточность аортального клапана. 30.09.2015 пациентка осмотрена кардиохирургом – диагностирована расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты, выраженная недостаточность аортального клапана. 09.10.2015 была переведена в кардиохирургическое отделение областной больницы. При поступлении: кожные покровы обычного цвета и влажности, в легких дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхательных движений 18 в минуту, границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту, выслушивается протяженный диастолический шум на аорте, в точке Боткина, пульс ритмичный с частотой 100 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

В лабораторных анализах отмечается незначительное повышение скорости оседания эритроцитов (до 20 мм/ч). Остальные показатели в пределах нормы.

По данным эхокардиограммы: восходящая аорта 5,7 см, дуга аорты 3,7 см, аортальная регургитация 3-й степени, левый желудочек – конечно-диастолический размер 6 см, конечно-систолический размер 4 см, конечно-диастолический объем 182 мл, конечно-систолический объем 71 см, ударный объем 111 мл, фракция изгнания 59–61%, наличие эхо-свободного пространства по передней стенке левого желудочка в диастолу 0,3 см. Расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты до брахиоцефального ствола. Недостаточность аортального клапана выраженная.

Холтеровское мониторирование показало: регистрировался синусовый ритм с частотой сердечных сокращений от 66 до 144 (средняя 96) ударов в минуту в течение всего времени наблюдения; на его фоне выявлены редкие одиночные (36) желудочковые, наджелудочковые (17) экстрасистолы, редкие паузы за счет синусовой аритмии, эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST до 1,3 мм в V6, до 1,3–1,6 мм в II, III.

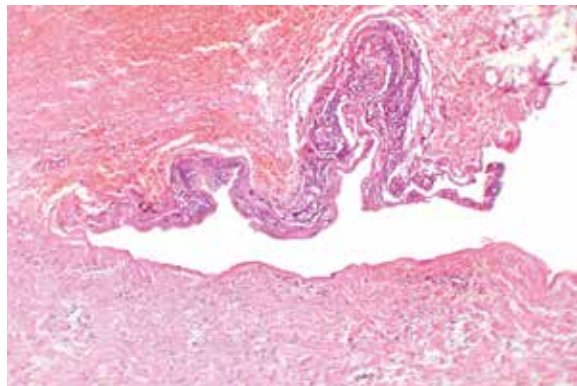
Выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки. Размер поперечного сечения аорты на уровне аортального клапана – 423 × 38 мм, в восходящей части – 66 × 55 мм. Диаметр аорты на уровне дуги в начальных отделах 37 мм, в средней трети 25 мм, в нисходящей части грудной аорты 25,5 мм, брюшная аорта 21 мм в диаметре. Визуализируется расслоение стенки аорты, начинающееся с восходящего отдела и распространяющееся преимущественно по передней поверхности, до устья левой общей сонной артерии. Плечеголовный ствол диаметром 11,7 мм отходит от ложного просвета. Заключение: расслаивающаяся аневризма восходящей аорты.

Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий: признаков расслоения не определено.

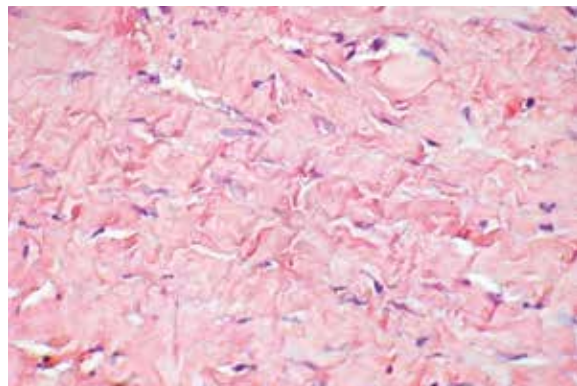
28.10.2015 (спустя 4 месяца от возникновения первых клинических проявлений) проведено оперативное лечение. Интраоперационно: при наружной ревизии – сердце увеличено в размерах за счет левых отделов, восходящий отдел аорты расширен до 58 мм, дуга не расширена. Выполнена окклюзия аорты между брахиоцефальным стволом и общей сонной артерией, продольная аортотомия. При этом выявлено расслоение по латеральной стенке, распространяющееся на устье брахиоцефального ствола. В области устья правой коронарной артерии – фенестрация на расстоянии до устья 2 мм, в области устья левой коронарной артерии – фенестрация на расстоянии перед устьем 2 мм. Брахиоцефальная артерия – без расслоения. Фиброзное кольцо аортального клапана расширено до 30 мм. Аортальный клапан трехстворчатый, створки не смыкаются. Проведено протезирование восходящего отдела аорты и аортального клапана клапаносодержащим кондуитом «МедИнж» № 25 с последующей реимплантацией ствола брахиоцефальной артерии и устьев коронарных артерий.

При микроскопическом исследовании обнаружены признаки очагового продуктивного мезаортита, очаги медионекроза (рис. 1, 2, 3).

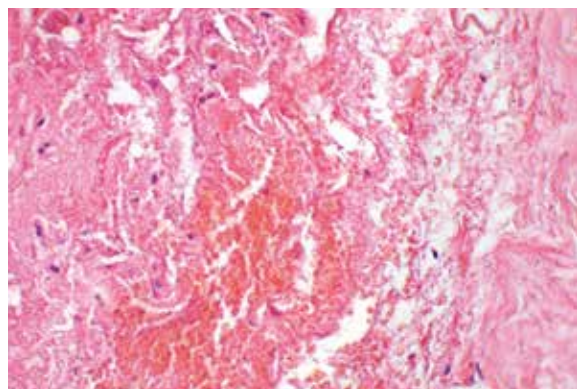
Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка прошла курс реабилитации. После выписки принимает регулярно непрямые антикоагулянты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция. При динамическом наблюдении самочувствие



**Рис. 1.** Участок расслоения аорты. В зоне расслоения – кровоизлияния и слабая лейкоцитарная инфильтрация;  $\times 200$ , окраска гематоксилин-эозином



**Рис. 2.** Очаги разволокнения меди аорты;  $\times 400$ , окраска гематоксилин-эозином



**Рис. 3.** Зона расслоения аорты при большом увеличении. Кровоизлияние в зоне расслоения;  $\times 400$ , окраска гематоксилин-эозином

пациентки улучшилось – уменьшилась одышка, цифры артериального давления в пределах нормальных значений; по данным эхокардиограммы дисфункции

протеза не выявлено, размеры камер сердца соответствуют норме.

### Обсуждение и заключение

Обычно предрасполагающими факторами расслаивающей аневризмы аорты выступают неконтролируемая артериальная гипертония, приводящая к дегенерации стенки аорты при длительном ее течении, и атеросклероз. Именно поэтому заболевание развивается в основном у людей среднего и пожилого возраста. Преимущественно встречается у мужчин (3:1) [3, 5, 6]. В более молодом возрасте расслоение чаще связано с врожденной патологией сердечно-сосудистой системы (коарктация аорты, аортальный стеноз, двустворчатый аортальный клапан) и заболеваниями соединительной ткани [7]. У людей молодого возраста оно может быть обусловлено наследственной дисплазией меди, а также аортитом инфекционной (сифилитический, бактериальный, бактериальный тромбаортит, атеро-язвенный аортит, бактериально-эмболический) и неинфекционной природы (развивается при спондилоартритах, ассоциированных с HLA-B27, псориатическом артрите, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, ревматоидном артрите). Этиологическим фактором стенозирующих аортитов могут становиться системные васкулиты (неспецифический аортоартериит, гигантоклеточный артериит) [6, 8–10]. Процесс, приводящий к расслаивающей аневризме аорты, часто протекает незаметно и манифестирует с сосудистой катастрофы.

В приведенном нами клиническом наблюдении причиной расслаивающей аневризмы аорты у женщины 33 лет стал медионекроз аорты (болезнь Эрджейма). Аортит, вероятно, носил вторичный характер, на что указывают отсутствие заболеваний, которые могли бы его вызвать, воспалительных изменений в крови и слабая выраженность лейкоцитарной инфильтрации (гистологически). У нашей пациентки с врожденным медионекрозом развитию расслаивающей аневризмы аорты способствовала нелеченая артериальная гипертония, наблюдавшаяся у нее с молодых лет. Представленный нами случай призван привлечь внимание врачей всех специальностей к необходимости настороженного отношения к болевому синдрому в груди у людей молодого возраста, в том числе у женщин, у которых клинические симптомы часто недооценивают, и проведения своевременной диагностики в максимально доступном объеме. ©



## Литература

1. Clouse WD, Hallett JW Jr, Schaff HV, Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, Melton LJ 3<sup>rd</sup>. Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture. *Mayo Clin Proc.* 2004;79(2):176–80. doi: <http://dx.doi.org/10.4065/79.2.176>.
2. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L, Szép L. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest.* 2000;117(5):1271–8. doi: <https://doi.org/10.1378/chest.117.5.1271>.
3. Лунева ЕБ, Рыжков АВ, Митрофанова ЛБ, Малев ЭГ, Пахомов АВ, Самохвалова МВ, Земцовский ЭВ. Редкий случай сифилитического аортита. *Российский кардиологический журнал.* 2014;(9):84–5. doi: 10.15829/1560-4071-2014-9-84-85.
4. Чарчян ЭР, Абугов СА, Поляков РС, Заклязьминская ЕВ, Румянцева ВА, Ховрин ВВ,

- Скворцов АА, Кабанова МН, Хачатрян ЗР, Опарина НВ. Синдром Шерешевского-Тернера в хирургии аорты: пример гибридного лечения аневризмы и расслоения торакоабдоминального отдела аорты. *Российский кардиологический журнал.* 2015;(5):111–7. doi: 10.15829/1560-4071-2015-5-111-117.
5. Кандинский АВ, Реева СВ, Митрофанова ЛБ, Басек ИВ, Земцовский ЭВ. Аневризма восходящего отдела аорты у пациентки с неклассифицируемым наследственным заболеванием соединительной ткани. *Российский кардиологический журнал.* 2013;(2):75–7. doi: 10.15829/1560-4071-2013-2-75-77.
6. Бадокин ВВ, ред. Ревматология. Клинические лекции. М.: Литтерра; 2014. 592 с.
7. Fikar CR, Koch S. Etiologic factors of acute aortic dissection in children and young adults. *Clin Pediatr (Phila).* 2000;39(2):71–80. doi: 10.1177/000992280003900201.
8. Европейское общество кардиологов. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014. *Российский кардиологический журнал.* 2015;(7):7–72. doi: 10.15829/1560-4071-2015-7-7-72.
9. Кэмм АД, Люшер ТФ, Серруис ПВ, ред. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 2289 с.
10. Иртыга ОБ, Гаврилюк НД, Воронкина ИВ, Успенский ВЕ, Малашичева АБ, Моисеева ОМ. Механизмы формирования аневризмы восходящего отдела аорты различной этиологии. *Российский кардиологический журнал.* 2013;(1):14–8. doi: 10.15829/1560-4071-2013-1-14-18.

## References

1. Clouse WD, Hallett JW Jr, Schaff HV, Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, Melton LJ 3<sup>rd</sup>. Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture. *Mayo Clin Proc.* 2004;79(2):176–80. doi: <http://dx.doi.org/10.4065/79.2.176>.
2. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L, Szép L. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest.* 2000;117(5):1271–8. doi: <https://doi.org/10.1378/chest.117.5.1271>.
3. Luneva EB, Ryzhkov AV, Mitrofanova LB, Malev EG, Pakhomov AV, Samokhvalova MV, Zemtsovsky EV. A rare case of aortitis in syphilis. *Russian Journal of Cardiology.* 2014;(9):84–5. Russian. doi: 10.15829/1560-4071-2014-9-84-85.
4. Tcharchan ER, Abugov SA, Polyakov RS, Zaklyazminkaya EV, Rumyantseva VA, Khovrin VV, Skvortsov AA, Kabanova MN, Khatchatryan ZR, Oparina NV. Shereshevsky-Turner syndrome

- in aortic surgery: an example of hybrid aneurysm treatment and dissection of thoracoabdominal aorta. *Russian Journal of Cardiology.* 2015;(5):111–7. Russian. doi: 10.15829/1560-4071-2015-5-111-117.
5. Kandinsky AV, Reeva SV, Mitrofanova LB, Basek IV, Zemtsovskiy EV. Ascending aortic aneurysm in a female patient with unclassifiable hereditary connective tissue disease. *Russian Journal of Cardiology.* 2013;(2):75–7. Russian. doi: 10.15829/1560-4071-2013-2-75-77.
6. Badokin VV, editor. *Rheumatology. Clinical lectures.* Moscow: Litterra; 2014. 592 p.
7. Fikar CR, Koch S. Etiologic factors of acute aortic dissection in children and young adults. *Clin Pediatr (Phila).* 2000;39(2):71–80. doi: 10.1177/000992280003900201.
8. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, Evangelista A, Falk V, Frank H, Gaemperli O, Grabenwöger M, Haverich A, Lung B, Manolis AJ, Meijboom F,

- Nienaber CA, Roffi M, Rousseau H, Sechtem U, Sirnes PA, Allmen RS, Vrints CJ; ESC Committee for Practice Guidelines. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2014;35(41):2873–926. doi: 10.1093/eurheartj/ehu281.
9. Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW, editors. *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine.* Oxford: Oxford University Press; 2009. 1424 p.
10. Irtyuga OB, Gavriluk ND, Voronkina IV, Uspenskiy VE, Malashicheva AB, Moiseeva OM. Pathogenetic mechanisms of ascending aortic aneurysm of varied aetiology. *Russian Journal of Cardiology.* 2013;(1):14–8. Russian. doi: 10.15829/1560-4071-2013-1-14-18.

# Dissecting aortic aneurysm in a young woman

Iova O.Yu.<sup>1</sup> • Morova N.A.<sup>2</sup> • Semenova L.N.<sup>1</sup> • Tsekhanovich V.N.<sup>1</sup> • Pavlov A.V.<sup>1</sup>

We present a case of thoracic aortic dissection in a 33-year-old woman. The diagnosis was difficult, and the right diagnosis was made 4 months after the initial clinical manifestation. Aortic dissection was caused by necrosis of the media combined with longstanding arterial hypertension. Surgical

intervention was performed timely and was effective.

**Key words:** dissecting aortic aneurysm, medionecrosis

doi: 10.18786/2072-0505-2017-45-3-258-261

**Iova Olesya Yu.** – MD, Cardiologist, Department of Cardiac Rehabilitation<sup>1</sup>  
 ✉ 26–28 Volgogradskaya ul., Omsk, 644106, Russian Federation. Tel.: +7 (904) 580 30 89.  
 E-mail: olesya-kirichenko@yandex.ru

**Morova Nataliya A.** – MD, PhD, Professor of Chair of In-hospital Therapy with Endocrinology Course<sup>2</sup>

**Semenova Lyudmila N.** – MD, Head of Department of Cardiac Rehabilitation<sup>1</sup>

**Tsekhanovich Valeriy N.** – MD, PhD, Head of Department of Cardiac Surgery<sup>1</sup>

**Pavlov Aleksandr V.** – MD, Head of Department of Pathological Anatomy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Omsk Regional Clinical Hospital; 3 Berezovaya ul., Omsk, 644111, Russian Federation

<sup>2</sup> Omsk State Medical Academy; 12 Lenina ul., Omsk, 644043, Russian Federation