



## Дифференциальная Диагностика Расслоения Аорты И Инфаркта Миокарда

1. Кодирова Ш. А.

Received 6<sup>th</sup> Oct 2022,  
Accepted 5<sup>th</sup> Nov 2022,  
Online 12<sup>th</sup> Dec 2022

<sup>1</sup> 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 Bekey 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