

УДК 616-091.5

СЛУЧАЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Купцова А. Н., Воропаев И. Ю.

**Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец;
к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Коарктация (сужение) аорты — врожденный порок сердца, встречающийся как в изолированном виде, так и в сочетании с другими пороками сердца [1]. В данной статье будет описан клинический случай изолированной коарктации аорты с закрытым артериальным протоком. Такой вид изменения аорты является наиболее распространенным среди всех случаев данного порока.

Цель

Описание клинического случая коарктации аорты, изучение морфологических и клинических особенности патологии.

Материал и методы исследования

Использовались протокол патологоанатомического вскрытия и медицинская литература, содержащая актуальную информацию о врожденных пороках сердца, оригинальные макрофотографии пораженного участка аорты (секционный материал).

Пациент В., 24 года, обратился в поликлинику по месту жительства, где было отмечено высокое артериальное давление — 210/110 мм рт. ст. Из анамнеза заболевания известно, что пациент в течение 2-х лет страдает артериальной гипертензией (принимал эналаприл 10 мг 2 р/д.) Ввиду наличия осложненного гипертензивного криза был направлен в стационар. В стационаре состояние пациента прогрессивно ухудшалось, через 10 ч после поступления произошла остановка сердечной и дыхательной деятельности. Проведенные реанимационные мероприятия не дали результата и была констатирована биологическая смерть.

Клинический диагноз: Врожденный порок сердца, недостаточность двухстворчатого и аортального клапанов, дилатация восходящего отдела аорты, левого предсердия. Регургитация митрального клапана 1 ст., трикуспидального клапана 1 степени. Аневризма аорты? Тромбоэмболия легочной артерии? Остры коронарный синдром? Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4, Н1.

Макроскопическое описание: Сердце увеличено в объеме (преимущественно за счёт левых отделов) — его масса составляют 600 г., размеры 13х13х8 см. Миокард плотный, на срезе буро-красного цвета. В полостях сердца и крупных сосудов имеются крупные свёртки крови, наблюдается гипертрофия сосочковых мышц, вокруг левого коронарного сосуда определяется геморрагическое пропитывание перикарда, клапаны сердца прозрачные и тонкие. Толщина стенки левого желудочка 2,5 см, и в его переднебоковой стенке присутствуют очаги неравномерного кровенаполнения миокарда. Интима аорты в брюшном отделе гладкая, цвета «слоновой кости».

На 5 см ниже места отхождения левой подключичной артерии определяется сужение аорты в виде «песочных часов», длиной 2,5 см, в самом узком месте, диаметром сужения — 0,4 см с серповидной складкой в центре (рисунок 1). Интима аорты, ниже места сужения с атеросклеротическими пятнами и полосками. Внутренняя стенка аорты на 3,5 см выше аортального клапана имеет дефект клиновидной формы, на вершине которого просматривается продольный разрыв с рваными краями длиной в 1,5 см (рисунок 2). В месте этого де-

фекта обнаруживается расслоение стенки аорты с геморрагическим пропитыванием средостения.



Рисунок 1 — Коарктация аорты

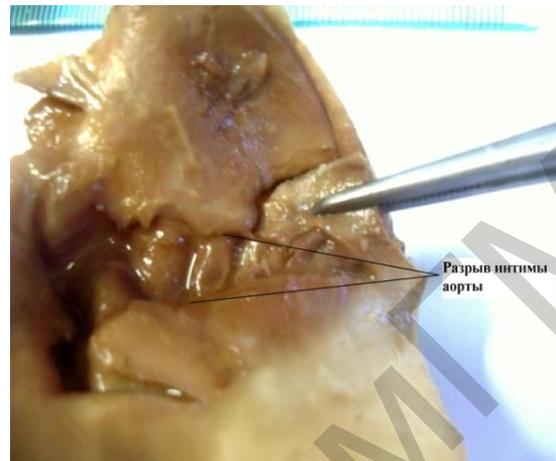


Рисунок 2 — Дефект интимы аорты

Микроскопическое исследование: Определяется гипертрофия кардиомиоцитов. В месте дефекта аорты дифференцируется локальная дезорганизация средней оболочки с развитием фиброза и диффузным кровоизлиянием в адвентициальную оболочку, как и в месте отслойки. Другие органы: полнокровие сосудов почек, надпочечников, печени, лёгких.

После вскрытия выставлен заключительный патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание: Изолированная коарктация аорты с закрытым артериальным протоком (I тип), в месте перехода дуги в грудной отдел.

Осложнения: Вторичная артериальная гипертензия выше места сужения. Гипертрофия левых отделов сердца с формированием недостаточности митрального и аортального клапанов. Разрыв внутреннего слоя стенки аорты в месте застарелого организовавшегося дефекта с формированием расслаивающей аневризмы надклапанного отдела. Гемотампонада полости перикарда.

Результаты исследования и их обсуждение

Коарктация аорты — довольно распространенная патология среди всех врожденных пороков сердца (8 %), у мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Причины появления дефекта до конца не известны. Более чем в 90 % всех случаев врожденного порока сердца сужение аорты располагается в области перешейка, то есть в области короткого отрезка дуги аорты после отхождения от неё левой подключичной артерии [2]. Средняя продолжительность жизни при таком врожденном пороке редко превышает 40 лет.

Характерным признаком для коарктации аорты является развитие артериальной гипертензии в сосудах проксимальнее места сужения (сонные артерии, дуга и восходящая часть аорты и т.д.), так как происходит повышение сопротивления кровотоку, нарушение оттока в нисходящую часть аорты, следствием чего является гиперволемия в сосудах, находящихся выше места коарктации. В месте дефекта образуется внутренняя серповидная мембрана или диафрагма. В результате таких изменений давление в верхней половине тела может достигать значений 200 мм рт. ст. Со временем в развитие артериальной гипертензии вносит свой вклад активация системы «ренин–ангиотензин II — альдостерон» в следствие ишемии почек, которая развилась в связи с недостаточностью кровообращения в нижней половине туловища.

В настоящее время используются 2 общепринятые классификации коарктации аорты. Первая делит все коарктации на инфантильный тип, при ко-

тором коарктация находится проксимальнее открытого артериального протока с высокой смертностью в раннем детском возрасте, и постдуктальный (взрослый) тип, при котором во многих случаях коарктация сочетается с другими пороками сердца. По второй классификации выделяют 4 типа сужения: изолированная коарктация аорты; коарктация аорты в сочетании с открытым артериальным протоком; коарктация аорты в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки; коарктация аорты в сочетании с другими врожденными пороками сердца.

Любая коарктация аорты характеризуется неблагоприятным течением, особенно в случаях сочетания с другими пороками, и является абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства. Наиболее целесообразно проведение коррекции в промежутке от 7 до 9 лет. Риски операции зависят от возраста, тяжести состояния и анатомических особенностей порока. В грудном возрасте проводится интимопластика аорты лоскутом левой подключичной артерии. В возрасте старше 1 года наиболее оптимальна резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец». При возрасте пациента старше 10 лет резекция проводится с использованием синтетического протеза. Наиболее опасное из послеоперационных осложнений — острая ишемия спинного мозга из-за пережатия аорты во время операции с возникновением стойких парезов и параличей. Развивается данное осложнение в 0,4 % случаев при пережатии аорты в диапазоне от 30 минут до 4 часов.

Подтверждающим методом в диагностике является эхокардиография, в сомнительных случаях проводится контрастная аортография через подлопаточную ветвь подключичной артерии. На рентгенограмме видна узурация («зарубки») на нижнем крае ребер [3].

Выводы

Исходя из полученных данных и ссылаясь на ранее упомянутые факты, данный клинический случай отражает морфологические и клинические особенности коарктации аорты, являющейся врожденным пороком развития сердечно-сосудистой системы. Кроме того, были отмечены способы диагностики и подчеркнута значимость своевременного лечения представленной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по кардиологии / Н. А. Манак [и др.]; сост. и ред. Н. А. Манак. — Минск: Беларусь, 2003. — 624 с.
2. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 10. Диагностика болезней внутренних органов и сосудов / А. Н. Окорочков // Мед. лит. — 2005. — 384 с.
3. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / В. Кумар [и др.]; пер. с англ.; под ред. Е. А. Коган: в 3 т. — Т. 1, Гл. 1–10. — М.: Логосфера, 2014 — 624 с.

УДК 616.12-002.772-07-091.5

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кухарева Т. Ю., Медведева К. Д.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. В. Тищенко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) — заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной острой ревматической