

2. Состояние пациентов в исследуемой группе в 2/3 случаях – тяжелое.
3. Наиболее частым из ранних осложнений ОКСспСТ на догоспитальном этапе являлась ОН – 29 чел. (82,8%).
4. В исследуемой группе ОКСспСТ, осложнившийся аритмиями достоверно чаще после проведенной терапии повышалось (восстанавливалось) САД на 16%, ДАД на 27%, снижалась ЧСС на 30% и уменьшалась ЧД на 15%.
5. Большинство пациентов с ОН имели II ст. по Killip – 25 из 29 чел.
6. В группе ОН после проведенной терапии выявлено достоверное урежение ЧСС на 16%.
7. Проведенное лечение на этапе СМП оказалось эффективно у всех исследуемых пациентов.

Список литературы:

1. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с.
2. Острый коронарный синдром / под ред. А.Л.Сыркина. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2019 – 528 с.
3. Приказ № 457 н МЗ РФ «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром трансмуральном инфаркте миокарда». 05 июля 2016 года.
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С.Ф. Багненко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. - с.37-46
5. Borja Ibanez. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017/BorjaIbanez; StefanJames; StefanAgwall и др//Российский кардиологический журнал. - 2018. - №23(5). - р. 109-110

УДК 616.132.13

Слаутин В.Н., Архипов К.В., Попов А.А.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ГЗЕЛЯ – ЭРДГЕЙМА –
КИСТОЗНЫЙ МЕДИОНЕКРОЗ АОРТЫ. РАССЛАИВАЮЩАЯ
АНЕВРИЗМА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ДУГИ АОРТЫ С РАЗРЫВОМ**

Кафедра Госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Slautin V.N., Arkhipov K.V., Popov A.A.

**CLINICAL CASE: THE SYNDROME GZELLA – ERDHEIM-CHESTER –
CYSTIC MEDIONECROSIS OF THE AORTA. DISSECTING ANEURYSM
OF THE ASCENDING AORTIC ARCH WITH A RUPTURE**

Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: vas-slautin@yandex.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай пациента, доставленного в экстренном порядке в приёмное отделение

Annotation. The article presents a clinical case of a patient who was delivered in an emergency to the emergency Department.

Ключевые слова: Аневризма аорты с разрывом, идиопатический кистозный медионекроз, расслоение аорты, клинический случай, Синдром Гзеля-Эрдгейма.

Key words: Aortic aneurysm with rupture, idiopathic cystic media necrosis, aortic dissection, clinical case, Gzel-Erdheim Syndrome.

Введение

Острые аортальные синдромы – это внезапно возникшие ситуации со схожими клиническими признаками, характеризующиеся поражением аорты [4].

Синдром Гзеля – Эрдгейма – идиопатический кистозный медионекроз аорты, в основе развития которого лежит поражение эластического каркаса средней оболочки аорты (медии) — лизис эластического каркаса с накоплением гликозаминогликанов. Чаще встречается у лиц мужского пола молодого или среднего возраста. Исход – расслоение и разрыв аорты с клиникой массивной кровопотери.

Сложности диагностических мероприятий (отсутствие специальных методов исследований), отсутствие опыта ранней диагностики данной патологии в общетерапевтическом звене многократно повышает уровень летальности у данных пациентов.

Основываясь на диагностических возможностях общетерапевтического звена, мы проанализировали и описали клинический случай идиопатического кистозного медионекроза с разрывом аорты у пациента 26 лет с целью повышения эффективности выявления данной патологии.

Цель исследования – демонстрация сложности диагностики расслоения аорты на фоне идиопатического кистозного медионекроза.

Материалы и методы исследования

При подготовке данной статьи мы опирались на анамнестический, клинический, лабораторно-инструментальный, ретроспективный методы.

Описание клинического случая

Мужчина 26 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в экстренном порядке в приемное отделение с предварительным диагнозом: Ушиб грудной клетки слева. Пневмогемоторакс слева. Травматический шок 2-3 степени.

На момент госпитализации в клинику у пациента: сознание – оглушение, артериальное давление 60-80/40 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 120 ударов в минуту, частота дыхания – 38 в минуту.

Со слов врача бригады скорой медицинской помощи, анамнез заболевания следующий: шесть дней назад после занятий спортом (поднимал штангу) появились боли в грудной клетке слева, состояние ухудшалось, вызвал бригаду СМП.

Из анамнеза жизни известно, что последняя госпитализация была восемь месяцев назад в отделение сосудистой хирургии, куда пациент поступил с клиникой перитонита, с диагнозом: Отрыв верхней ягодичной артерии слева. Разрыв места слияния подвздошных вен слева. Гематома забрюшинного пространства. В ходе лечения выявлена Госпитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония, ДН 1. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, терапевта по месту жительства.

На этапе скорой медицинской помощи проведено лечение:

- 1.Sol. Sterophundini 500.0 внутривенно капельно,
- 2.Sol. Dopamini 200 мг внутривенно капельно,
- 3.Sol. Phentanili 0,1 мг внутривенно струйно.

При поступлении в приёмное отделение осмотрен дежурным хирургом. Объективно: состояние тяжелое, сознание – оглушение. Кожа бледно – розовая, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. Дыхание резко ослаблено слева, справа – жёсткое. Хрипов, шума трения плевры нет. При пальпации грудной клетки подкожной эмфиземы, крепитации нет. Пальпация безболезненная. Частота дыхания 24 в минуту. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Поясничная область не изменена, безболезненная.

На КТ грудной клетки костно-травматических повреждений нет, субтотальное затемнение левой плевральной полости, плотность 50-60 НУ, смещения средостения нет. Не исключалось наличие плеврального выпота.

Для проведения плевральной пункции больной транспортирован в операционную. Во время транспортировки в операционную состояние резко ухудшилось, выросла одышка, частота дыхания 30 в минуту, Артериальное давление 60/20 мм рт. ст. Появилась потребность в катехоламинах. Выполнена плевральная пункция слева. Жидкости, воздуха не получено.

Дежурным хирургом-травматологом было исключено травматическое повреждение. Данных за травму внутренних органов нет.

В связи с отсутствием травмы, изменениями в ОАК (лейкоцитоз), наличием затемнения по КТ, дестабилизацией гемодинамических параметров не исключалось наличие пневмонии, осложненной септическим шоком. Приглашен на консультацию дежурный терапевт.

Из осмотра дежурного терапевта обращает на себя внимание:

Органы дыхания: Частота дыхания 24 - 30 в минуту, SpO₂ не определяется. Голосовое дрожание усилено слева, перкуторный звук укороченный слева в подлопаточной и в аксиллярной областях. Подвижность легочного края ограничена слева на 3 см. Дыхание везикулярное, ослаблено слева в подлопаточной и в аксиллярной областях. Хрипов и шума трения плевры нет.

Органы кровообращения: Тоны сердца приглушены. Систолический шум на митральном клапане. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту, Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. на внутривенном введении Допамина 200 мг.

Лабораторные и инструментальные исследования

Общий анализ крови: сахар 18,7 ммоль/л; лейкоциты 57,8 10⁹/л; эритроциты 3,7 10¹²/л; гемоглобин – 104 г/л;

ЭКГ: Синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений 102 удара в минуту, метаболические изменения в миокарде.

КОС артериальной крови: рН-6.8; рСО₂-39; рО₂-107; ВЕ-27. КТ: Левосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония, КТ данных за гидроторакс не получено.

Предварительный диагноз

На основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований был поставлен предварительный диагноз:

Внебольничная левосторонняя полисегментарная пневмония тяжелой степени тяжести. Токсико-инфекционный шок 3 степени. Железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести, гипергликемия неясного генеза, лейкоцитоз.

Пациент госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии.

План лечения:

1. Sol. NaCl 0.9% 500,0 внутривенно капельно,
2. Норадреналин микроструйно 1,6 мкг/кг в минуту,
3. Цефтаролина фосамил 600 мг 2 раза в сутки,
4. Фамотидин 20 мг внутривенно.

В первичном осмотре врача анестезиолога-реаниматолога обращает на себя внимание ухудшение гемодинамики до 50/0 мм рт. ст. На периферических артериях левой верхней конечности пульс не определяется. Левая половина грудной клетки отстает от правой в акте дыхания. Пациент переведён на ИВЛ, выполнена катетеризация подключичной вены слева, начата инфузия адреналина внутривенно капельно.

В течение двух часов состояние резко ухудшалось, возрастала потребность в катехоламинах (с 1,6 мкг/кг до 3,2 мкг/кг/мин).

Через три часа от момента поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии на фоне прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности произошла остановка сердечной деятельности. Зафиксировано

состояние клинической смерти. Начаты реанимационные мероприятия. Зафиксирована биологическая смерть.

Тело направлено на аутопсию с диагнозом: Внебольничная левосторонняя полисегментарная пневмония, осложнённая гидротораксом ДН2. Осложнения: Инфекционно – токсический шок третьей степени тяжести. Отёк лёгких.

Патологоанатомический диагноз: Синдром Гзейля – Эрдгейма – кистозный медионекроз аорты. Расслаивающая аневризма восходящего отдела дуги аорты с разрывом.

Осложнения: Геморрагический шок: малокровие внутренних органов, «шоковая» почка, дистелектазы в лёгких, жидкая кровь в сосудах и полостях сердца, до 3500 мл жидкой крови в плевральной полости слева и в забрюшинном пространстве, геморрагическое пропитывание мягких тканей средостеня.

Результаты исследования и их обсуждение

Острый аортальный синдром часто может быть первым признаком заболевания, которое нуждается в быстрой диагностике и определении тактики ведения для улучшения экстремально неблагоприятного прогноза [4].

Несмотря на то, что менее половины всех пациентов с разрывом аорты прибывают в больницу живыми и смертность может достигать 54% за 6 часов и 76% через 24 часа после начала заболевания [4], в наших силах улучшить раннюю диагностику и, следовательно, выживаемость данных пациентов на общетерапевтическом этапе.

В данном клиническом случае, на предварительный диагноз «Внебольничная пневмония, осложнённая септическим шоком», указывают такие аспекты, как: заключение рентгенолога, лейкоцитоз, субфебрильная лихорадка, дестабилизация гемодинамических параметров, предшествующее наличие пневмонии в период предыдущей госпитализации.

Однако при более детальном изучении обращает на себя внимание:

1. Анамнез молодого пациента – спонтанный отрыв верхней ягодичной артерии слева, разрыв места слияния подвздошных вен слева; скорость развития заболевания;

2. Несоответствие клинической картины и тяжести состояния пациента, а именно: субфебрилитет, но резкое снижение АД, наличие рефрактерного шока, изменение кожного покрова левой верхней конечности и отсутствие пульса на ней.

3. Несоответствие клинической картины и инструментальных данных, а именно: выраженный лейкоцитоз, нехарактерный для пневмонии, плотность по результатам КТ (50-60 HU, что соответствует по плотности – Кровь - по шкале Хаунсфилда).

Выводы:

1. Данный клинический случай наглядно демонстрирует сложность дифференциальной диагностики расслаивающей аневризмы восходящего отдела дуги аорты с разрывом.

2. Несомненно, данные критические состояния, не смотря на их редкость, возникают и требуют более детального изучения с целью разработки методов их коррекции и алгоритмов оказания помощи на любом этапе.

Список литературы:

1. Константинов, Б. А. Аневризмы восходящего отдела и дуги аорты / Б. А. Константинов, Ю. В. Белов, Ф. В. Кузнецевский. – М., 2006. – 335 с.

2. Семенова Л.Н., Морова Н.А., Щербаков Д.В. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе. Омский научный вестник 2011;1(104): 149–54

3. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В. И. Бураковского, Л. А. Бокерия. – М. : Медицина, 1989. – 637 с.

4. Erbel R., Aboyans V., Boileau C. et al. 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

УДК 616-036.22

Степанова Е.А.¹, Смирнова С.С.^{1,2}

**ОТКРЫТЫЕ РЕАНИМАЦИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
РОССИЙСКОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПРАКТИК**

¹ЕНИИВИ ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, Екатеринбург,
Российская Федерация

²Кафедра эпидемиологии, социальной гигиены и организации
госсанэпидслужбы

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Stepanova E.A.¹, Smirnova S.S.^{1,2}

**OPEN REANIMATION: COMPARATIVE ANALYSIS OF RUSSIAN AND
FOREIGN PRACTICES**

¹ERIVI FBRI SRC VB «Vector» Rospotrebnadzor, Yekaterinburg, Russian
Federation

²Department of epidemiology, social hygiene and the organization of state sanitary
and epidemiological service

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation