

11. Наставление по судебно-медицинскому вскрытию мертвых тел / В. Б. Шигеев, С. В. Шигеев. – М. : типография «August Borg», 2014. – С. 140.

12. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. – С. 73.

И. Л. Старикова^{1, 2}, Н. В. Коршунов², М. И. Губайдуллин¹,
Р. Я. Сафин^{1, 2}, В. Л. Коваленко¹

РАЗРЫВЫ АНЕВРИЗМ И РАССЛОЕНИЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ДУГИ АОРТЫ КАК ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

¹ *кафедра патологической анатомии и судебной медицины
ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России,*

² *ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской
экспертизы», г. Челябинск*

Введение. Внезапная сердечная смерть остается одной из актуальных тем для изучения как клиницистами, так и танатологами. В современном понимании внезапная сердечная смерть – это ненасильственная смерть вследствие сердечной патологии, когда остановка кровообращения развивается в течение часа от момента манифестации острых симптомов и ей предшествует внезапная потеря сознания [2]. Ключевыми словами в понятии внезапной сердечной смерти являются отсутствие связи с травмой и отравлением, а также неожиданность и быстрота наступления. Основным недостатком современного понятия является продолжительность развития симптомов и необходимость присутствия свидетелей, которые бы эти симптомы и их продолжительность зафиксировали. В большинстве случаев такие свидетели отсутствуют. Поэтому к внезапной сердечной смерти позволительно относить случаи смерти людей с различным предшествующим статусом и различной степенью риска смерти, главное, что смерть наступила «внезапно» и «непредсказуемо». Несмотря на многообразие и многочисленность исследований с использованием морфо-функциональных методов [4,5], до сих пор не выработано единого определения внезапной сердечной смерти, не сложилось целостного представления о диагностике внезапной сердечной смерти, остался

неясен круг заболеваний, приводящих к ней. Внезапная сердечная смерть является следствием внезапной остановки кровообращения и необратимым исходом. Внезапная остановка кровообращения может произойти и в результате гемотампонады сердца, по причине разрыва аневризм и расслоения восходящей части дуги аорты.

Цель работы. На основе клинико-анатомического сопоставления при смерти от разрыва аорты выяснить нозологическую принадлежность страдания и дать рекомендации по формулированию танатологического заключения.

Материалы и методы. Для установления нозологического профиля сердечно-сосудистой патологии, приведшей к разрыву и расслоению аорты проведен анализ 163 случаев внезапной смерти от сердечно-сосудистых катастроф по данным Челябинского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2014 год. Среди них были отобраны случаи, в которых непосредственной причиной смерти стала гемотампонада сердца, вследствие разрыва аневризм и расслоения аорты. Наряду с изучением документации судебно-медицинских аутопсий, ретроспективно анализировались медицинские карты амбулаторного и стационарного больного, исследовались парафиновые блоки с использованием специальных методов окрашивания гистологических препаратов (альциановым голубым, по Ван-Гизону и по Харту).

Результаты и обсуждение. Разрывы аневризм и расслоение восходящей части дуги аорты, осложненные гемоперикардом зарегистрированы в 12 случаях (7,3 % из всех изученных случаев). Остановка сердца в связи с гемотампонадой выявлена у 10-ти мужчин в возрасте от 37 до 87 лет (в среднем $52,5 \pm 4,3$ года) и двух женщин 41–79 лет. В 10-ти наблюдениях смерть регистрируется на догоспитальном этапе (дома, в общественных местах), в 2-х случаях – в стационарах (в кардиореанимационном отделении на 1 сутки). Из первичной медицинской документации известно, что пятеро человек страдали заболеваниями сердца, в том числе гипертонической болезнью – четверо, еще двое пациентов перенесли инфаркт миокарда. Незадолго до летального исхода четверо больных предъявляли жалобы на боли в груди или в области живота.

У 4 человек надклапанный разрыв аорты с ее расслоением произошел на фоне гипертонической болезни. У всех в анамнезе – повышение артериального давления на протяжении нескольких лет (показатели варьировали от 180 на 100 мм рт. ст. до 220/100 мм рт. ст.). Объем излившейся крови в полость перикарда достигал 250–400 мл (в среднем 320 мл). Проведенное нами исследование стенки аорты

в зоне разрыва подтверждает роль медионекроза в формировании расслаивающей аневризмы органа. В этой ситуации гипертоническая болезнь оценивается как фоновое страдание и при шифровке первоначальной причины смерти по МКБ – 10 (I 71.0) вводится дополнительный код – I 10 – эссенциальная [первичная] гипертензия.

В 4-х случаях разрыв аорты произошел при синдроме Гзеля-Эрдгейма. Во всех случаях количество крови, излившейся в сердечную сорочку, варьировало в пределах 200–600 мл (в среднем 300 мл). Основанием для постановки этого диагноза явилось выявление в гистологических срезах среднего слоя аорты в зоне разрыва и в других отделах множественных мелких кистовидных полостей, заполненных альцианположительной субстанцией, не окрашивающихся после воздействия раствором гиалуронидазы. В этих участках в эластических и коллагеновых волокнах клеточные элементы не определялись. Эластические волокна, сохранившиеся в среднем слое аорты, при окраске по Харту неравномерно воспринимали краситель, выглядели набухшими, а местами – фрагментированными, в таких участках также определялось повышенное содержание гликозаминогликанов. Интима аорты представлялась утолщенной за счет гиперплазии гладкомышечных клеток, увеличения количества тонких коллагеновых волокон, отложений мукоидных веществ. В этих 4 случаях основным заболеванием является надклапанный разрыв аорты (кодируется как первоначальная причина смерти рубрикой I 71.0 МКБ – 10), а синдром Гзеля-Эрдгейма – как сочетанное заболевание.

Разрыв атеросклеротической аневризмы аорты выявлен в 3-х случаях, смерть наступила от разрыва аневризм восходящей части дуги аорты в области изъязвленной атеросклеротической бляшки. Количество крови, излившейся в полость перикарда, варьировало от 100 до 400 мл (в среднем 312,5 мл). В этих случаях основным заболеванием является разрыв атеросклеротической аневризмы аорты, (кодируется как первоначальная причина смерти рубрикой I 71.1 МКБ – 10).

Разрыв аорты при неспецифическом аортоартериите зарегистрирован нами у мужчины 37 лет. За 3 часа до наступления смерти появились интенсивные боли за грудиной. Макроскопически перикард напряжен, в его полости 300 мл жидкой крови. При гистологическом исследовании в стенке аорты наблюдается картина продуктивного воспаления — клеточные скопления преимущественно располагаются в наружной трети меди и представлены круглыми, лимфоидными и плазматическими клетками. Гладкие мышцы подвергались деструкции. Отмечались множественные очаги эластолиза, а сохранившиеся волокна деформированы и фрагментированы. Медия резко атро-

фична, «сдавлена» широкой фиброзной порванной интимой и муфтой утолщенной адвентиции. Интима резко утолщена и представлена плотной соединительной тканью.

Таким образом, при летальных сердечно-сосудистых катастрофах разрывы аневризмы и расслоение восходящей части дуги аорты регистрируются на наших материалах в 7,4% наблюдений. Расслоение восходящей части дуги аорты в МКБ 10 отражено в рубрике I 71.0 в следующей формулировке: «Расслаивающая аневризма аорты (разорванная) (любой части)». Считаем, что в отечественной литературе более четко выдержан патогенетический (исторический) принцип обозначения этого страдания: «Надклапанный разрыв аорты с формированием расслаивающей аневризмы ее» [1,3]. В наших наблюдениях этот эквивалент нозологической единицы возник у пациентов, страдавших гипертонической болезнью, синдромом Гзеля-Эрдгейма, неспецифическим аортоартериитом. Проведенные нами исследования подтверждают роль медионекроза (различного происхождения) в формировании расслаивающей аневризмы органа. Гипертоническая болезнь оценивается как фоновое страдание и при шифровке первоначальной причины смерти по МКБ – 10 (I 71.0) вводится дополнительный код – I 10- эссенциальная [первичная] гипертензия. Синдром Гзеля-Эрдгейма и неспецифический аортоартериит рассматриваются как сочетанное заболевание. Разрыв атеросклеротической аневризмы аорты отражен в рубрике I 71.1 МКБ – 10 в аналогичной формулировке. Непосредственной причиной смерти в изученных нами случаях является остановка сердца в связи с его гемотампонадой.

Использованная литература

1. Абрикосов, А. И., Струков, А. И. Патологическая анатомия. Государственное издательство медицинской литературы, 1961. – 360 с.
2. Давыдовский, И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезни человека. – Москва: Медгиз, 1958. – Т.2. – 692 с.
3. Бокерия, Л. А. Внезапная сердечная смерть /Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревитшвили, Н. М. Неминуший. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 272 с.
4. Кактурский, Л. В. Внезапная коронарная смерть, 2000. – 127 с.
5. Рыбакова, М. Г. Внезапная сердечная смерть: Пособие для врачей / Под ред. проф. Г.Б. Ковальского. – Санкт-Петербург: ГПАБ, 2000. – Вып.34. – 32 с.