



## АНЕВРИЗМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ПИЩЕВОДА

Тимен Л. Я.<sup>1</sup>, Шерцингер А. Г.<sup>2</sup>, Жигалова С. Б.<sup>2</sup>, Чикунова Б. З.<sup>3</sup>, Маркаров А. Э.<sup>1</sup>, Федотов Е. В.<sup>1</sup>, Назарьев П. И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница № 20, Москва

<sup>2</sup> Российский научный центр хирургии имени акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва

<sup>3</sup> Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Тимен Леонид Яковлевич  
105215, Москва, Сиреневый бульвар, д. 41, кв. 3  
Тел.: 8 (499) 965 4250, 8 (910) 429 8755, 471 3362  
E-mail: teemen@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Представлены два случая аневризмы грудного отдела аорты с перфорацией в пищевод и летальным исходом. Трудности в диагностике были обусловлены редкой встречаемостью данной патологии, недостаточным опытом клиницистов, а также отсутствием в процессе наблюдения характерных признаков аортоэзофагеальной фистулы.

**Ключевые слова:** аортоэзофагеальная фистула, перфорация пищевода.

### SUMMARY

Aneurysms of a chest department of an aorta with esophageal perforation two cases are presented and a lethal outcome. Difficulties in diagnostics have been caused by rare occurrence of the given pathology, insufficient experience of clinical physicians, and also absence during supervision of characteristic attributes Aorto-esophageal Fistula.

**Keywords:** aorto-esophageal fistula; esophageal perforation.

Известно, что значительное число различных болезней протекает нетипично и под маской другой патологии. В подобных случаях сложности диагностики обусловлены присутствием эффекта клинической мимикрии и необходимостью быстрой постановки диагноза в условиях дефицита времени при экстренных ситуациях. Редкая встречаемость отдельных заболеваний и недостаточный опыт клиницистов служат причиной нередких ошибок в клинико-эндоскопической практике.

### АОРТОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ФИСТУЛА

В 1557 году Везалий впервые сообщил об аневризме грудной части аорты. Аневризма аорты в 25% случаев расположена в грудном отделе. В любой момент может произойти ее расслоение или разрыв, что приводит к массивному внутреннему кровотечению и смерти. Полость аневризмы служит

субстратом для тромбообразования и последующей тромбоэмболии в дистально расположенные артериальные сосуды. Из госпитализированных больных выживают только 20–30%. Причины возникновения аневризм грудного отдела аорты — наследственная предрасположенность, ожирение, гипертоническая болезнь, курение, синдром Марфана, сифилис, туберкулез, травмы.

Клиническая симптоматика носит неопределенный характер. Нетипичные симптомы отмечены приблизительно в 50% наблюдений: боли в области нижней челюсти, шеи, грудной клетки и спины; кашель, охриплость голоса, брадикардия, слюнотечение, синдром Горнера, ишемические нарушения со стороны головного и спинного мозга, синдром сдавления верхней полой вены, дисфагия, затрудненное дыхание. Патогномоничные признаки (триада Chiary): нарастающие загрудинные боли, пульсация стенки пищевода, массивное кровотечение

после «светлого промежутка». Иногда аневризма грудного отдела аорты протекает бессимптомно.

Прогноз при нелеченых аневризмах неблагоприятный. Причины смерти — прорыв аневризмы в различные органы, в том числе в пищевод (35–40%), сердечная недостаточность (20–36%), сдавление трахеобронхиального дерева (4–20%). Только около 10% больных с аневризмой остаются живыми в течение 2 месяцев, но отдельные больные могут жить продолжительное время. Летальность при хирургическом лечении расслаивающейся аневризмы 20–40%. Диагностика аневризм осуществляется с помощью рентгенографии грудной клетки, эхографии сердца, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, ангиографии. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) наряду с радиографией в настоящее время признана наиболее информативным методом диагностики аортоэзофагеальной фистулы, не имеющим альтернативы в экстренных ситуациях. При этом на уровне 25–30 см от верхних резцов определяется компрессия пищевода вследствие выбухания пульсирующей стенки, покрытой массой излившейся крови. В случаях массивного кровотечения фистула не видна [1–3].

## НАБЛЮДЕНИЯ

Больная К., 64 лет, доставлена в стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. АД — 100/70 мм рт. ст., ЧСС — 100 в мин. Постгеморрагическая анемия. Сопутствующие заболевания: распространенный атеросклероз с поражением аорты и коронарных артерий, хронический бронхит, эмфизема легких, хронический пиелонефрит, ожирение. При ЭГДС выявлены подслизистое полиповидное образование на уровне верхней трети пищевода, покрытое сгустками темной крови, эрозивно-язвенный гастрит, массивное, состоявшееся в просвет желудка, кровотечение. С момента поступления проводилась стабилизация гемодинамики, сердечно-легочной недостаточности и коррекции анемии. Через 16 часов больная погибла от внезапного рецидива массивного кровотечения.

Патологоанатомическое заключение: смерть больной наступила в результате разрыва стенки (1,5 x 0,8 см) расслаивающейся аневризмы дуги аорты (7,0 x 6,0 x 8,0 см) с перфорацией стенки пищевода (1,5 x 1,0 см) и массивным кровотечением в полость желудочно-кишечного тракта на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии.

Больной А., 82 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, рвоту алой кровью, черный стул. За час до поступления на фоне указанных жалоб была кратковременная потеря сознания. 30 лет назад оперирован в связи с острой кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом. В течение последних нескольких лет страдает хронической анемией неясной этиологии, аденомой предстательной железы.

Объективно — состояние тяжелое. Спутанное сознание. Кожные покровы бледные. Язык сухой, с белым налетом. Симптомов раздражения брюшины нет. ЧСС — 90 в мин, АД — 100/50 мм рт. ст., Нв — 50 г/л, Нт — 0,16, глюкоза — 8,7. Экстренная ЭГДС в операционной на фоне инфузионно-трансфузионной терапии: слизистая пищевода, желудка и двенадцатиперстная кишка бледная. Сгустки темной крови в пищеводе; в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки — значительное количество темной жидкой крови. Источник кровотечения не выявлен. Через 6 часов после стабилизации гемодинамических показателей (ЧСС — 100 в мин, АД — 110/60 мм рт. ст.) выполнена повторная ЭГДС в условиях операционной: в верхней трети пищевода обнаружена полиповидная гиперплазия 4–5 мм с перифокальной инфильтрацией, покрытая алой кровью, в связи с чем биопсия не произведена (рис. 1, 2 см. на цветной вклейке).

Слизистая желудка и двенадцатиперстная кишка бледная, с множественными геморагиями, в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки — умеренное количество темной жидкой крови. Заподозрено объемное образование зоны верхней трети пищевода с признаками состоявшегося кровотечения. Через 2 часа при ЭГДС констатирована отрицательная динамика — значительное увеличение объема гиперплазии (рис. 3 см. на цветной вклейке). В связи с угрозой рецидива кровотечения выполнен экстренный превентивный эндоскопический гемостаз — подслизистая инфильтрация зоны выявленной гиперплазии *Sol. glucosae* 20% — 20,0 (рис. 4 см. на цветной вклейке).

Спустя сутки состояние стабильное. Пациент адекватен. Жалобы на небольшую слабость. ЧСС — 80 в мин, АД — 120/70 мм рт. ст., Нв — 52 г/л, Нт — 0,17. Продолжена гемостабилизирующая терапия. Через 2 суток после поступления при динамической ЭГДС отмечена трансформация полиповидной гиперплазии в бугристое образование, покрытое гематином (рис. 5 см. на цветной вклейке). В просвете желудка и двенадцатиперстной кишки — значительное количество гематина черного цвета. Произведен повторный превентивный гемостаз (*Sol. glucosae* 20% — 100,0), а затем для уточнения характера патологии в пищеводе произведена рентгенография органов грудной клетки, при которой заподозрены аневризма дуги и нисходящей части грудного отдела аорты, а также опухоль средостения.

К исходу вторых суток — рецидив кровотечения, гипотония (АД — 60/40 мм рт. ст., ЧСС — 120 в мин). По страховочному желудочному зонду получено 200,0 мл алой крови.

ЭГДС — компрессия верхней трети пищевода, обусловленная выбуханием пульсирующей



стенки пищевода с участком изъязвления 7–8 мм. Из устья изъязвления выступает фиксированный сгусток крови. **Заключение: рецидив кровотечения из аневризмы грудного отдела аорты с прорывом в пищевод.** Решение консилиума: источник кровотечения до конца неясен. В результате продолженной консервативной терапии в течение последующих двух суток отмечена положительная гемодинамика: АД — 110/70 мм рт. ст., ЧСС — 90 в мин., Нв — 68 г/л, Нт — 0,20.

На пятые сутки после поступления на фоне относительного благополучия возникло профузное кровотечение с одномоментной кровопотерей изо рта до 1,0 л алой крови и летальным исходом. Посмертный диагноз соответствовал патологоанатомическому.

Патологоанатомический диагноз: хроническая аневризма (7 х 6 х 6 см) грудного отдела аорты с разрывом стенки (1,0 см) и перфорацией пищевода (диаметр устья — 1,0 см), незначительные сращения между соустьями перфоративных отверстий; отрыв тромба хронической аневризмы дуги аорты, флотация тромба с обтурацией места перфорации,

хронические аневризмы нисходящей аорты, слабо выраженный атеросклероз аорты 1–2-й степени (рис. 6 см. на цветной вклейке).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Сложность прижизненной диагностики аортоэзофагеальной фистулы в приведенных случаях была обусловлена редкой встречаемостью данной патологии, продолжительным отсутствием в процессе лечения визуальных патогномичных признаков поражения, а также болевого синдрома. В первом наблюдении эндоскопистом вследствие недостаточного опыта не зафиксирована компрессия и передаточная пульсация стенок пищевода. Полипoidная гиперплазия верхней трети пищевода (второе наблюдение), сформированная в результате расслоения стенок аорты и пищевода, была расценена как объемное образование пищевода -источник кровотечения, что привело к диагностической ошибке и неправильной тактике лечения: выполнению эндоскопического гемостаза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия. 2-е изд. — М.: Медицина, 1996.
2. Cho Y., Suzuki S., Katogi T. et al. Esophageal perforation of aortic arch aneurysm treated free of mediastinitis without manipulating esophagus // Depart. Cardiovasc. Surg. — 2003. — P. 314–317.

3. Reardon M. J., Brewer R. J., LeMaire S. A. et al. Surgical management of primary aorto-esophageal fistula secondary to thoracic aneurism // Baylor College of Medicine. — USA: Houston, 2008. — P. 967–970.