

**Контакты:**

Уртаева Кристина Узбековна  
Email: urtaevakristina20ak@mail.ru

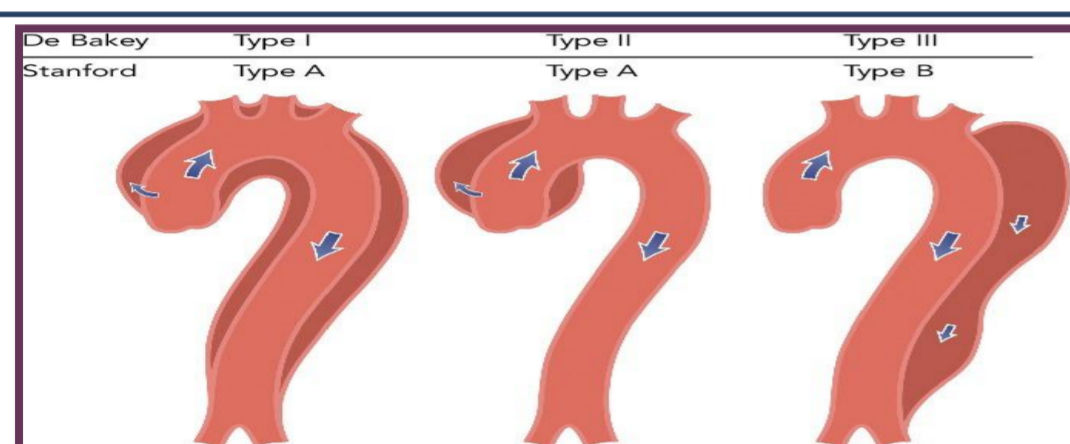
Уртаева К.У.<sup>2</sup>, Румянцев Ю.И.<sup>1</sup>, Принц Г.Д.<sup>1,2</sup>, Дорошенко Д.А.<sup>1,2</sup>, Зубарева Е.А.<sup>2</sup>

1 - ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ», 2 - РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Актуальность**

Частота **разрыва аневризмы аорты** увеличивается с возрастом пациентов, среди которых преобладают (до 65%) мужчины от 59 до 69 лет, и составляет от **5,6-7,5 случаев на 100 тысяч** населения (*Клин рекомендации РФ*).

Своевременная и точная диагностика нестабильности и риска разрыва аорты может влиять на тактику лечения пациента и улучшить прогноз заболевания, в том числе у **пациентов, ранее оперированных по поводу острого аортального синдрома**.



<https://cr.minzdrav.gov.ru/clinrec>

**Цель работы:**

Демонстрация возможностей мультимодального подхода в диагностике патологии аорты у пациента, **ранее оперированного по поводу острого аортального синдрома**.

**Результаты и обсуждения:**

При УЗИ органов брюшной полости: картина **аневризмы инфраренального отдела аорты**. При проведении исследования достаточно информативно визуализировалась состояние стенки сосуда, образования ложного и истинного просвета. При ЦДК определялось изменение кровотока в виде значительной турбуленции.

При МСКТ была проведена **оценка патологического процесса на протяжении, сформировано топографо-анатомическое представление о болезни и выбран метод лечения**. После эндоваскулярного вмешательства на аорте МСКТ позволила оценить положение стента, его проходимость и выявить **наличие признаков парапротезной инфекции** в инфраренальном отделе.

**Материалы и методы:**

В основу работы положен анализ литературных источников и возможностей различных методов визуализации в выявлении аневризмы аорты и ее осложнений, а также представление и разбор клинического случая из собственной практики.

**Пациент М., 59 лет**, расслоение аневризмы аорты, **3В тип по DeBakey**, с формированием интрамуральной гематомы в инфраренальном отделе брюшной аорты.

**Жалобы** на боль в грудной клетке и области эпигастрия, слабость, лихорадку до 38 С.

Факторы риска:

- Атеросклероз
- Гипертоническая болезнь
- возраст (59 лет)
- курение



Рис. 1 а, б, в. МСКТ до операции: аневризматические расширения нисходящего грудного, инфраренального отделов аорты

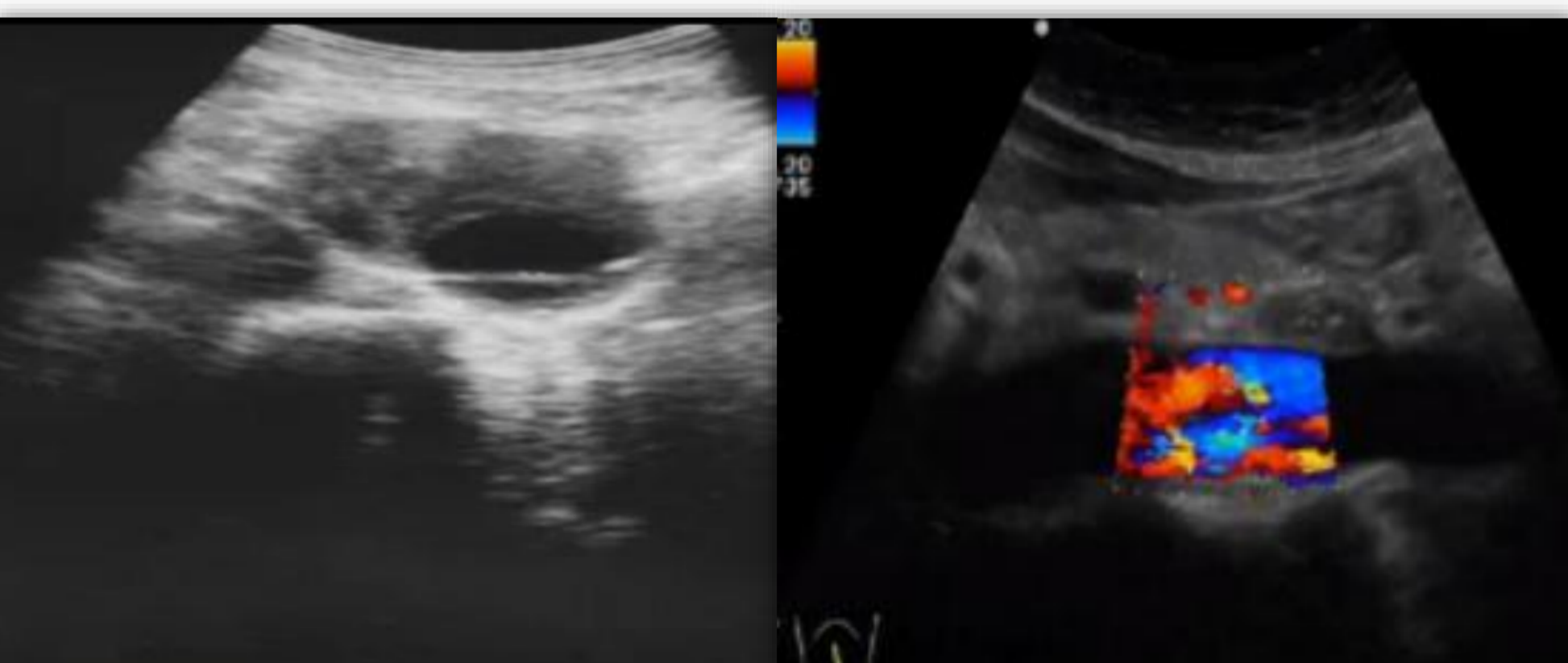


Рис.2 а, б. УЗИ до операции: расслаивающаяся аневризма в инфраренальном отделе

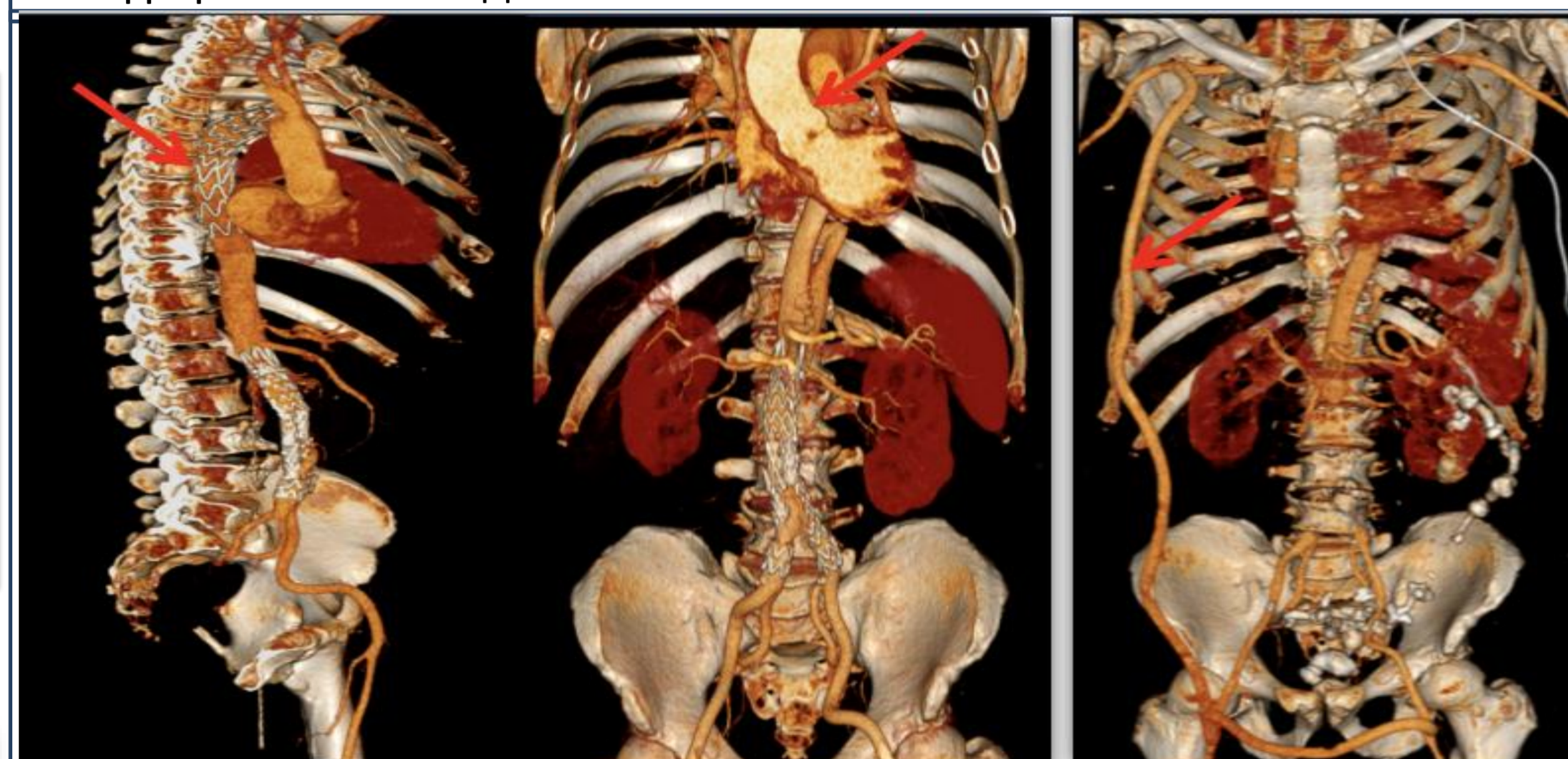


Рис.3.КТ-ангиография в динамике после эндопротезирования брюшного и грудного отделов аорты



Рис. 5. КТ-ангиография: подключично-бедренное, бедренно-бедренное шунтирование



Рис. 4. УЗИ после эндопротезирования брюшной аорты

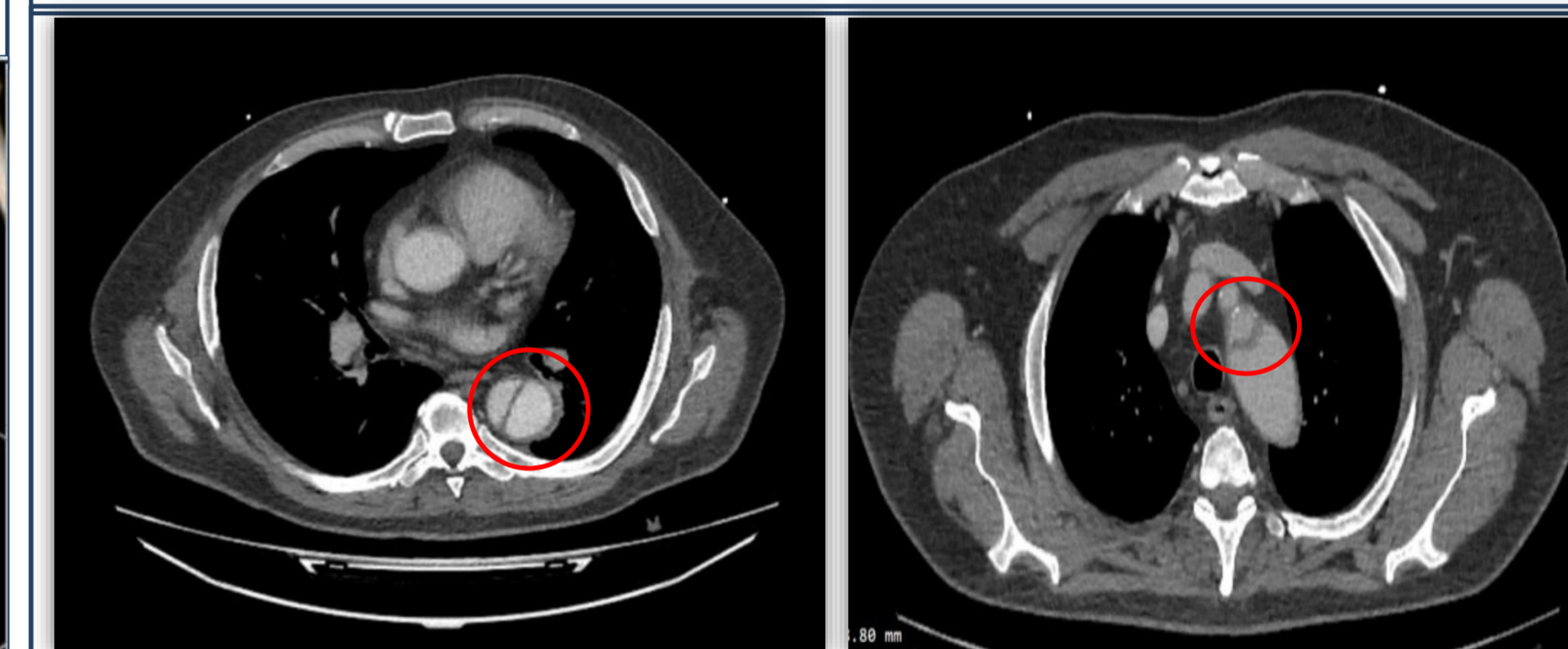


Рис. 6 . КТ-аортография, аксиальный срез. Красным обозначено расслоение нисходящей части аорты с формированием ложного просвета

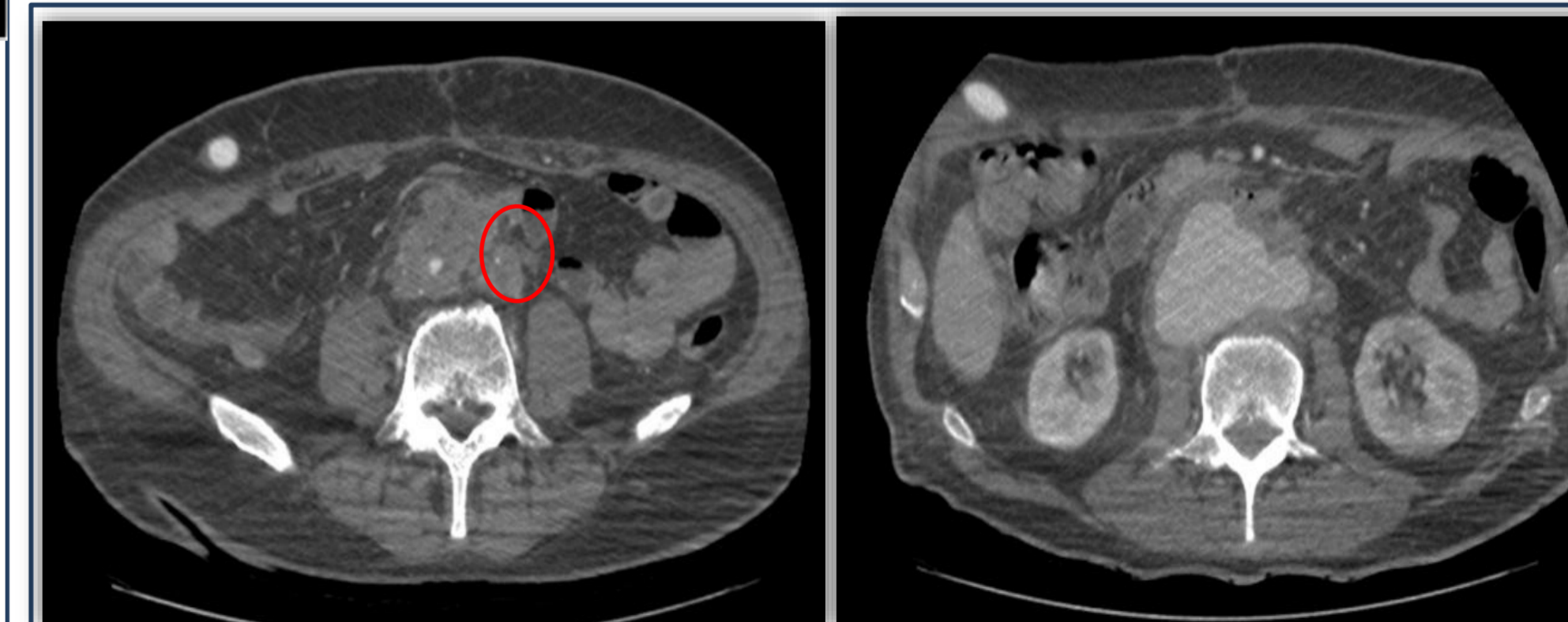


Рис.7. КТ-панаортография: затек контрастного препарата в инфраренальном отделе

**Заключение:**

Клинический случай демонстрирует, что **разрыв аорты после проведенных эндоваскулярного и/или открытого протезирования аорты**, является достаточно редким, но **жизнеугрожающим осложнением отдаленного послеоперационного периода**. В фокусе особого внимания следует рассматривать участки аорты, искусственно «выключенные из кровотока», в т.ч. как потенциальное место **повреждения стенки и инфекционных осложнений**. В связи с этим такие пациенты требуют динамического контроля в рамках сформированной **особой группы наблюдения**.