Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Реферат на тему:

**«Аневризма грудного и брюшного отделов аорты»**

**Пенза 2008**

**План**

Введение

1. Острая расслаивающая аневризма аорты

2. Аневризмы грудной аорты

3. Растущие и перфоративные аневризмы брюшной полости

Литература

**Введение**

Аневризма может возникать в любой части аорты. Хотя в отсутствие симптомов больные не попадают в сферу деятельности врача неотложной помощи, наличие симптомов требует быстрой и точной диагностики и неотложного лечения. За позднее обращение к врачу, диагностическую ошибку или неадекватную терапию больные часто расплачиваются жизнью.

**1. ОСТРАЯ РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ**

Острая расслаивающая аневризма — наиболее частое катастрофическое поражение аорты. Ежегодно заболевание возникает у 5—10 человек на каждый миллион популяции и встречается в 2—3 раза чаще, чем острый разрыв аневризмы брюшной аорты. В отсутствие лечения это заболевание неизбежно ведет к смерти больного. Смертность составляет 28 % в первые сутки, 50 % — в течение двух суток и 70 % — к концу первой недели. В течение 3 месяцев умирают 90 % таких больных. Мужчины заболевают гораздо чаще женщин. У подавляющего большинства больных имеется гипертензия.

***Этиология.*** Общий конечный механизм заболевания — некроз среднего слоя стенки аорты, обычно вследствие атеросклероза. Однако примерно у 10 % таких больных имеется кистозное перерождение средней оболочки, связанное с синдромом Марфана. Некроз среднего слоя сосудистой стенки наблюдается также во время беременности, при коарктации аорты, врожденных аномалиях крупных сосудов и при различных гормональных нарушениях. Половина случаев заболевания у молодых женщин приходится на время беременности.

***Классификация.*** Расслаивающие аневризмы грудной аорты классифицируют в соответствии с локализацией поражения, а не с местом разрыва. По классификации Дебеки, I тип расслоения включает восходящую часть аорты, а также различной длины участки дистальной аорты; II тип ограничивается только восходящей аортой без вовлечения в процесс дуги или более дистальных ее отделов; III тип — это расслоение нисходящей части аорты, которое начинается обычно дистальнее места отхождения левой подключичной артерии и чаще всего затрагивает всю нисходящую аорту (на всем ее протяжении) вплоть до подвздошных артерий. Многие авторы объединяют I и II типы, поскольку принципы лечения и прогноз в обоих случаях одинаковы. По данным Дебеки, расслаивающая аневризма восходящей части аорты встречается в 36 % случаев, а расслаивающая аневризма нисходящей аорты — в 63 %*.*

***Проявления.*** От 70 до 90 % соответствующих пациентов поступают с интенсивными болями, которые невозможно перенести. Загрудинная боль, иррадиирующая в живот или ноги, хотя и является классическим симптомом данного состояния, на самом деле встречается не часто. Боль может локализоваться в спине, эпигастрии и (или) конечностях. Наиболее важные характеристики боли — ее выраженность и быстрое развитие. Больные могут поступать с явлениями острого инсульта вследствие окклюзии мозговых сосудов или с параплегией, вызванной ишемией спинного мозга. У 22 % больных имеются застойная сердечная недостаточность и отек легких. Острая ишемия одной из нижних конечностей как начальное проявление наблюдается реже.

Артериальное давление может быть повышенным, нормальным или сниженным. Его измеряют на обеих руках и одной из ног. Существенная разница давления в разных конечностях позволяет предположить диагноз острой расслаивающей аневризмы аорты. Аналогично этому следует заподозрить наличие заболевания у больного, имеющего одновременно острую загрудинную боль и острый неврологический дефицит (что редко наблюдается при инфаркте миокарда).

***Диагностика.*** Наиболее важное значение имеет дифференциальная диагностика данного состояния и острого инфаркта миокарда. Реже острую расслаивающую аневризму аорты можно спутать с инсультом, острым животом, эмболией легочной артерии или острой ишемией конечности вследствие тромбоза или эмболии.

Кроме разницы давления в конечностях, при объективном исследовании может отмечаться шум, характерный для аортальной недостаточности, а также признаки тампонады сердца или шумы у основания шеи, в области живота или над бедренными артериями, которые ранее отсутствовали.

У 90 % таких больных имеются отклонения на электрокардиограмме; однако изменения, сравнимые с наблюдаемыми при остром инфаркте миокарда, встречаются редко.

Сразу же необходимо получить рентгенограмму грудной клетки. Нормальная рентгенологическая картина встречается редко. Рентгенологические признаки, указывающие на острую расслаивающую аневризму аорты, включают следующее:

1) расширение средостения;

2) изменение конфигурации грудной аорты в сравнении с прежними снимками;

3) распространение тени аорты за пределы ее кальцифицированных стенок;

4) появление "горба" на дуге аорты;

5) плевральный выпот, чаще всего слева.

Для подтверждения диагноза у всех больных с подозрением на острую расслаивающую аневризму аорты осуществляется аортография. В последнее время при обследовании таких больных применяется компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением. Обычно удается увидеть ложный просвет с его гематомой и определить протяженность аневризмы. Однако это исследование не заменяет артериографии, и его целесообразность в острой ситуации, вероятно, ограничена.

***Лечение.*** Лучшее, что может сделать врач неотложной помощи, — это заподозрить наличие заболевания и начать соответствующие диагностические исследования. При отсутствии оборудования для окончательной диагностики и(или) лечения данного заболевания следует как можно быстрее перевести больного в учреждение, располагающее необходимым оборудованием. При наличии у больного гипертензии осуществляется постоянная внутривенная инфузия нитропруссида с помощью насоса. Необходим частый контроль артериального давления (предпочтительно использование постоянного внутриартериального катетера). Возможно парентеральное введение таких препаратов, как метилдопа и пропранолол, для длительного контроля артериального давления. При гипотензии для восстановления состояния больного обычно используются небольшие количества кристаллоидного раствора или крови.

Хотя некоторые авторы полагают, что при расслаивающей аневризме аорты во всех случаях следует прибегать к неотложной операции, большинство исследователей считают необходимым следующее: больного нужно поместить в палату интенсивной терапии; артериальное давление должно поддерживаться на самом низком уровне, совместимом с достаточной перфузией периферических тканей, внутренних органов и центральной нервной системы; должен осуществляться тщательный мониторинг. Однако, несмотря на медикаментозное лечение, операция должна проводиться у больных с недостаточностью аортального клапана вследствие аневризмы, с тампонадой сердца, угрожающим разрывом аорты или постоянными болями, а также тех, у кого артериальное давление не поддается контролю. Больных, чье состояние стабилизируется под влиянием медикаментозной терапии и у кого имеется аневризма восходящей части аорты, следует оперировать на 10— 14-й день стабилизационного периода. Относительно долгосрочного лечения больных с аневризмой нисходящей аорты мнения расходятся. Отдаленные результаты хирургического и медикаментозного лечения в подобных случаях примерно одинаковы. Однако данные недавнего исследования Дебеки и соавт., согласно которым наиболее частой причиной смерти в отдаленный период у наблюдавшихся 467 больных были последующее формирование и разрыв аневризмы аорты, свидетельствуют в пользу хирургического лечения аневризмы во всех случаях.

**2. АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ**

Аневризмы грудной аорты чаще всего локализуются в ее нисходящей части, но они могут наблюдаться и в восходящей аорте.

***Этиология.*** Раньше наиболее частой причиной аневризмы грудной аорты был сифилис, но благодаря активной борьбе с этим заболеванием теперь его место занял атеросклероз. Такие аневризмы могут наблюдаться у больных с синдромом Марфана и кистозным некрозом средней оболочки сосудов. Частой причиной аневризмы грудной аорты служит и травма, но, строго говоря, в таких случаях речь идет о псевдоаневризмах, которые не будут здесь обсуждаться.

***Проявления.*** Примерно в 50 % случаев диагноз ставится случайно при рентгенологическом исследовании грудной клетки. Сообщалось, что 42 % больных при первом обращении к врачу жалуются на боли в спине или груди. Симптомы появляются обычно вследствие сдавливания или эрозии окружающих тканей или в результате явного разрыва аневризмы. Крупные аневризмы (редко встречаются в настоящее время) могут подвергать эрозии позвоночник или ребра. Могут наблюдаться дисфагия при сдавливании пищевода, хриплость голоса из-за натяжения гортанного нерва, кашель, связанный с бронхиальной компрессией, или кровохарканье вследствие сдавления левого легкого. Отмечается также кровохарканье, обусловленное эрозией пищевода или бронха.

***Прогноз.*** В отсутствие лечения прогноз заболевания плохой. Точные данные привести трудно, так как большинство серийных исследований проводилось давно и в них отмечен высокий процент сифилитических аневризм. Тем не менее, установлено, что средняя продолжительность жизни не леченых больных с аневризмой нисходящей аорты составляет 2,4 года, а 5-летняя выживаемость - всего 20 %. По данным большинства наблюдений, средняя продолжительность жизни после появления симптомов не достигает 1 года.

***Диагностика.*** Диагноз ставится на основании рентгенологического исследования грудной клетки и аортографии. Подозрение вызывает расширение тени средостения или аорты. Серийные снимки обнаруживают расширение грудной аорты, что указывает на образование аневризмы. В ситуациях, не требующих неотложных мероприятий, целесообразно также КТ-сканирование. В конце концов, для выяснения размеров и протяженности аневризмы приходится прибегать к аортографии.

***Лечение.*** Врачу неотложной помощи не приходится сталкиваться с бессимптомными больными. Тем не менее, такие больные должны быть обеспечены адекватным наблюдением. Наличие симптомов аневризмы без ее разрыва требует госпитализации больного для проведения тщательного и оперативного обследования.

Это заболевание лечится хирургически. Оперировать следует всех больных с симптоматической аневризмой или документированным увеличением ее размеров. Больные с бессимптомной аневризмой подвергаются операции, если позволяет их общее состояние.

**3. РАСТУЩИЕ И ПЕРФОРАТИВНЫЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Аневризмы брюшной аорты встречаются примерно у 2 % населения. В 98 % таких случаев аневризмы бывают подпочечными, что облегчает как диагностику, так и хирургическое лечение. Приблизительно 90 % аневризм брюшной аорты имеют атеросклеротическую природу; в небольшом проценте случаев они имеют сифилитическое или миотическое происхождение.

Более 80 *%* аневризм брюшной аорты при их выявлении бывают бессимптомными и не требуют неотложной помощи. Но симптоматическая или перфоративная аневризма представляет диагностическую и лечебную дилемму. Это состояние встречается не часто и диагностируется лишь после сознательного поиска подтверждающих его признаков и многообразных путей его проявления. Во избежание излишнего затягивания диагностического процесса и для достижения успеха в достаточном проценте случаев лечение следует начать уже только на основании клинического подозрения.

Растущая аневризма характеризуется интактностью стенки, при этом симптомы вызываются компрессией и воспалением окружающих структур. В таких случаях разрыв неизбежен. Перфоративная аневризма в какой-либо точке теряет целостность стенки. Если при этом кровотечение тампонируется забрюшинными тканями, то артериальное давление у больного при начальном обследовании может оставаться нормальным.

***Проявления.*** Пациенты с подобным заболеванием поступают в отделение по поводу внезапного появления боли. Больной испытывает сильную и постоянную боль, которая не проходит при изменении положения тела. Она может локализоваться в пояснице, в левом или правом боку, вокруг пупка или в области таза. Боль может иррадиировать в бедра, тестикулы или в промежность. Характер боли не имеет четких особенностей, поэтому наличие аневризмы брюшной аорты следует предположить у любого пациента старше 50 лет с внезапно начавшейся болью в животе. По своей природе боль скорее является соматической, нежели висцеральной. Это обусловлено сдавлением соматических сенсорных нервов забрюшинного пространства растущей аневризмой или гематомой. Поэтому у больных может иметь место неврологический дефицит, вызванный сдавлением бедренного или седалищного нерва.

При пальпации живота обычно обнаруживается пульсирующее образование. Однако пульсация может маскироваться забрюшинной гематомой или низким артериальным и пульсовым давлением. При первом осмотре нормальное давление определяется у 70 % больных, так что гемодинамическая стабильность пациента не должна разубеждать врача в диагнозе аневризмы.

Наличие растущей или перфоративной аневризмы брюшной аорты следует предположить у любого пожилого человека, поступившего с внезапно начавшейся абдоминальной болью, у которого при пальпации живота определяется новообразование (пульсирующее или нет), а также у гипотензивных пациентов с аналогичным пальпируемым образованием. Не существует лабораторных исследований, которые могли бы подтвердить данный диагноз. В острой ситуации неприменимо ультразвуковое исследование, а также КТ-сканирование аорты или артериография. За время проведения этих исследований больной вполне может умереть.

***Лечение.*** Радикальным методом лечения растущей или перфоративной аневризмы брюшной аорты является хирургическая операция. Задача врача неотложной помощи — как можно быстрее направить больного в операционную.

При необходимости транспортировки больного следует ввести два широкопросветных внутривенных катетера и баллонный катетер Фолея. Больного транспортируют, не дожидаясь получения результатов лабораторных исследований, анализа крови или рентгенографии. Если при начальном обследовании состояние больного стабильно, то внутривенная жидкость вводится со скоростью, поддерживающей диурез, но не повышающей артериальное давление. У больных с нестабильным состоянием или у прибывших в отделение неотложной помощи с гипотензией восстановление с помощью жидкости проводится до достижения уровня систолического артериального давления 90—100 мм рт. ст. При необходимости транспортировки гипотензивного больного можно использовать военные противошоковые брюки. Большого опыта применения этого вида терапии нет, но он представляется разумной дополнительной мерой поддержания у больного артериального давления.

В клинике, располагающей всем необходимым для лечения аневризмы, больного в стабильном состоянии следует как можно быстрее направить в операционную. Все остальные исследования и подготовка больного к операции осуществляются именно здесь. У больного, прибывшего в отделение неотложной помощи в нестабильном состоянии, устанавливают два широкопросветных внутривенных катетера, после чего переводят его прямо в операционную. При тяжелой гипотензии, не курирующейся введением жидкости и сосудосуживающих препаратов, а также при полной остановке сердца, которую не удается преодолеть закрытым массажем сердца, введением жидкостей и вазопрессорных агентов, необходимо проконтролировать состояние аорты выше почечных артерий. Это лучше всего сделать в операционной. В случае недоступности операционной жизнь больного могут спасти переднебоковая торакотомия и окклюзия грудной аорты, которые проводятся в палате неотложной помощи. Выживание больных в таких случаях зависит от восстановления кровотока по почечным и брыжеечным сосудам в пределах 30—45 минут.

***Прогноз.*** Смертность при этом заболевании, по данным большинства центров, составляет в среднем около 45 %. Прогноз лучше у тех больных, чье состояние при поступлении определяется как стабильное; в таких случаях в ряде центров добиваются снижения смертности до 15 %, но чаще до 30-35 %. У больных, поступивших в нестабильном состоянии, прогноз плохой; смертность колеблется от 60 до 80 %. Спасение больных этой группы зависит от быстроты, с которой будет поставлен диагноз и начато лечение.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год