

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образ**о**вания «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

 Кафедра факультетской терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой: дмн, профессор, Шестерня П.А.

Проверила: кмн, Пелипецкая Е.Ю.

РЕФЕРАТ

Тема: «Расслаивающая аневризма аорты»

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Специальность «кардиология»

Каюмов Д.Д.

 Красноярск 2023г.

Оглавление

 1 .Введение

1. Определение
2. Классификация
3. Этиология
4. Клиническая картина
5. Лабораторные исследования
6. Инструментальные исследования
7. Лечение
8. Список используемой литературы

**Введение**

 - Расслоение аневризмы аорты до настоящего времени остается актуальной проблемой в связи с трудностью диагностики и высокой летальностью. Несмотря на современные возможности диагностики расслаивающей аневризмы аорты с применением неинвазивных визуализирующих методов, процент диагностических ошибок остается высоким в связи со значительным разнообразием проявлений и «клиническими масками» данного заболевания.

**Определение:**

 - Расслаивающая аневризма определяется как разрушение среднего слоя ее стенки, спровоцированного внутристеночным попаданием крови, с результирующим разделением слоев стенки аорты и последующим формированием искусственного и ложного просветов, с или без сообщения между ними. В большинстве случаев инициирующим состоянием является разрыв интимы, вследствие чего кровь попадает в плоскость расслоения - в среднюю оболочку аорты. Далее следующим этапом следует либо разрыв аорты в случае разрушения адвентиции, либо повторное попадание крови в просвет аорты через второй разрыв интимы.

Классификация

 В клинической практике используется две классификации расслаивающих аневризм аорты.

Классификация по M. De Bakey: Тип I – Расслоение распространяется на дугу аорты;

Тип II – Расслоение ограничено только восходящей аортой;

Тип III – Расслоение только в нисходящем отделе аорты.

 Стэнфордская классификация:

Тип А – Все расслоения в восходящей аорте (независимо от места разрыва);

 Тип Б – Все расслоения дистальнее левой подключичной артерии.



**Этиология:**

Актуальных данных по эпидемиологии расслаивающей аневризмы мало. По литературным данным заболеваемость РА оценивается в шесть случаев на сто тысяч человек в год. Заболеваемость выше среди мужчин и увеличивается с возрастом. Прогноз хуже у женщин, в результате атипичных проявлений и поздней диагностики. К предрасполагающим факторам расслоений аорты относятся заболевания и состояния, сопровождающиеся кистозной дегенерацией медии: длительно существующая артериальная гипертензия, врожденные дефекты соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса — Данлоса, Тернера), поликистозная болезнь почек, пожилой возраст (60–70 лет); врожденные пороки сердца (коарктация аорты, бикуспидальный или одностворчатый клапан); атеросклероз аорты; беременность; травма грудной клетки, сильное физическое и эмоциональное напряжение; системные васкулиты (особенно часто гранулематозный, гигантоклеточный артериит); химические и токсические воздействия (наркотики, например, кокаин); ятрогенные причины.

**Клиническая картина**

 Боль в груди является наиболее частым симптомом острого расслоения аорты. Резко начавшаяся сильная боль в груди и/или в спине является наиболее типичной. Боль может быть острой, разрывающей, похожей на удар ножом и, как правило, отличается от других причин боли в груди; резкость ее начала является наиболее специфической характеристикой. Боль в передней части грудной клетки чаще ассоциируется с расслоением типа А, в то время как у пациентов с расслоением типа B чаще имеется боль в спине или животе Боль может мигрировать из точки возникновения в другие области, следуя за распространением зоны расслоения по ходу аорты.

 Ишемия и инфаркт миокарда которые могут быть следствием расширения ЛП аорты с последующим сдавлением или закрытием устьев коронарных артерий или распространения процесса расслоения на коронарные артерии. При тотальной обструкции коронарных артерий при ЭКГ могут выявляться признаки инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Кроме того, ишемия миокарда может усугубляться острой аортальной недостаточностью, гипертензией или гипотонией, шоком у пациентов с или без ранее имевшей место ишемической болезни сердца. Аортальная регургитация при РА включает расширение корня аорты и кольцо аортального клапана, разрыв кольца или створок клапана, смещение одной из створок ниже линии закрытия клапана, потери области фиксации створок, и физическое воздействие отслоенной интимы на закрытие аортального клапана. Мезентериальная ишемия возникает у 5% пациентов с расслоением типа А. Клинические проявления заболевания бывают коварными. Боли в животе часто неспецифичны, отсутствие болевого синдрома встречается в 40% случаев; следовательно, диагноз часто запаздывает для спасения кишечника и пациента.

 Гипотония и шок могут развиться вследствие разрыва аорты, острой тяжелой аортальной недостаточности, обширной ишемии миокарда, тампонады сердца, ранее существовавшей дисфункции левого желудочка, или тяжелой кровопотери.

Обширные плевральные выпоты вследствие кровотечения из аорты в средостение и плевральную полость редки, потому что эти пациенты, как правило, не доживают до прибытия в больницу. Обморок является важным начальным симптомом расслоения. Этот симптом связан с повышенным риском внутрибольничной смертности, потому он часто связан с опасными для жизни осложнениями, такими, как тампонада сердца или расслоение ветвей дуги аорты. Почечная недостаточность может встречаться при начале заболевания либо манифестировать во время лечения в больнице с частотой до 20%. Она может быть следствием почечной гипоперфузии или инфаркта почки, вторичной по отношению к вовлечению почечных артерий в РА, или развиваться из-за длительной гипотонии

Лабораторные исследования

Нет лабораторных исследование специфичных для расслоения аорты, но они используются для дифференциальной диагностики с другими острыми 5 состояниями и осложнениями расслоения аорты. У пациентов, поступивших в клинику с болью в груди и подозрением на расслоение аорты требуется проведение следующих лабораторных исследований: ОАК - может наблюдаться снижение количества эритроцитов и гемоглобина, вследствие разрыва аневризмы и развития кровотечения, может быть лейкоцитоз – вследствие сопутствующего инфекционного процесса. Увеличение КФК, тропонинов Т и I (обязательный забор для дифференциальной диагностики с ОИМ, так же может быть повышение при отрыве/сдавлении КА). Д-димер – при расслоении часто отмечается повышение уровня Д-димера вследствие тромбообразования в ложном просвете, так же при дифференциальной диагностике с ТЭЛА. Алт/Аст – поражении чревного ствола и ишемии печени, креатинин/мочевина – при поражении при развитии почечной недостаточности вследствие поражения почечных артерий С-РБ, прокальцитониновый тест – для дифференциальной диагностики с сепсисом.

**Инструментальные исследования**

 **ЭхоКГ**. Диагностика расслоения при стандартной TT-ЭхоКГ в М-режиме и двумерной эхокардиографии базируется на обнаружении отслоенной интимы в аорте. Чувствительность и специфичность ТТ-ЭхоКГ находится в диапазоне 77-80% и 93-96%, соответственно, при поражении восходящей аорты. Другими критериями являются полная обструкция ложного просвета, центральное смещение кальцификации интимы, отделение слоев интимы от тромба, и сдвиг различных слоев стенки во время пульсации аорты

 **Компьютерная томография.**

Основной находкой на изображениях после введения контраста является интимальная мембрана, разделяющая два просвета. Основная роль при визуализации без контрастного усиления отводится обнаружению медиально смещенных кальцинатов аорты или самой интимы. Основная роль мультидетекторной КТ состоит в предоставлении конкретных, точных данных о распространении расслоения, в том числе о длине и диаметре аорты, ИП и ЛП, вовлечении сосудов и расстояния от разрывов интимы до жизненно важных ветвей аорты. Выпуклая поверхность интимы направлена, как правило, в сторону ЛП, который окружает ИП. ЛП обычно характеризуется замедленным кровотоком и большим диаметром, и может содержать тромбы.

 **Магнитно-резонансная томография.**

МРТ считается ведущим методом для диагностики РА, с чувствительностью и специфичностью 98%. Она отчетливо отражает распространение заболевания и визуализирует дистальный отдел восходящей аорты и дугу аорты Идентификация интимы при МРТ остается ключевой находкой, как правило, выявляемой в первую очередь на спин-эхо неконтрастных последовательностях. ИП вызывает перерыв сигнала, в то время как в ЛП наблюдается более высокая интенсивность сигнала, указывающего на турбулентный ток.

 **Лечение**

Ниже представлены начальные лечебно диагностические мероприятия, которые следует проводить при подозрении на РА в соответствии с рекомендациями группы экспертов Европейского общества кардиологов.

• Сбор детального анамнеза и полный осмотр (при возможности).

 • Обеспечение венозного доступа, анализы крови (ОАК, КФК, тропонин I (Т), Д димер, гематокрит, липиды).

• ЭКГ в 12 отведениях.

 • Мониторирование артериального давления и ЭКГ.

• Обезболивание (морфин).

• Снижение систолического артериального давления, предпочтительно β адреноблокаторы (пропранолол, метопролол, эсмолол), при противопоказаниях - антагонисты кальция.

• Транспортировка в ОРИТ.

• При тяжелой артериальной гипертензии дополнительно вазодилататоры.

 • Трансторакальная (трансэзофагеальная) ЭхоКГ.

• МСКТ

**Всем пациентам с расслаивающей аневризмой аорты показано.** **Хирургическое лечение.**  На сегодняшний день опубликованы результаты успешного лечения острого расслоения грудной аорты типа A с помощью гибридного стент-графта “E-vita open plus” Главной целью имплантации данного стент-графта при расслоении аорты является закрытие разрывов интимы, исключение из кровотока ложного канала путем его компрессии кондуитом, установленным в истинный просвет, что впоследствии способствует тромбированию ложного канала. Тромбоз ложного канала предотвращает 7 дальнейшее расширение аорты. Расслоение грудной аорты типа B является показанием для стентирования нисходящей аорты. Однако в случаях увеличения диаметра аорты в зоне прикрепления стента (более 40 мм), ангуляции дуги аорты или наличия расслоения в левой подключичной артерии с дополнительными разрывами интимы в дистальном направлении могут значительно осложнять эндоваскулярное лечение и требуют использования альтернативных процедур. Процедура “замороженного хобота слона” является лучшей альтернативной при расслоении аорты типа B, осложненной ретроградной диссекцией, и позволяет снизить общую летальность до 10–30%. СтентГрафт это протез, который состоит из двух частей, одна вставляется внутрь аорты эндоваскулярно на поражённый участок, вторая часть вручную пришивается на место, которое замещает удаленный участок аорты. Эндоваскулярное лечение грудной аорты (thoracic endovascular aortic repair — TEVAR) направлено на стабилизацию РА и предотвращение развития поздних осложнений путем инициации процесса ремоделирования аорты. Облитерация области проксимальной фенестрации интимы путем имплантации покрытого стент-графта перенаправляет поток крови в ИП, тем самым улучшая дистальную перфузию. Тромбоз в ЛП приводит к его уменьшению, концептуально предотвращает дегенерацию аневризмы и, в конечном счете, ее разрыв, с течением времени. Поражение артерий нижних конечностей, выраженная извитость подвздошных артерий, ангуляция дуги аорты с формированием острых углов, а также отсутствие проксимальной посадочной зоны для стент-графта являются факторами, определяющими показания к открытому хирургическому лечению острого расслоения типа B. Цель открытого хирургического вмешательства состоит в протезировании нисходящей аорты дакроновым протезом и перенаправлении кровотока в истинную полость.

**Список используемой литературы**

 1. РЕКОМЕНДАЦИИ ESC ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ АОРТЫ, 2014 2. Л.А. Бокерия. В.И. Бураковский. СЕРДЕЧНО СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ Л.А. 1989 3. Солодкова И.В. РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА. 2020 4. П. В. Долотовская, И. В. Грайфер, С. В. Ефремов, Н. В. Фурман. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ, 2009 5. Бейшенкулов М.Т., Тагаева А.К, Калиев К.Р. РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ. 2016 6. Б.Н. Козлов, Д.С. Панфилов, К.В. Завадовский, В.В. Саушкин, М.С. Кузнецов, Г.Г. Насрашвили, А.В. Андриянова, В.М. Шипулин ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ ДУГИ АОРТЫ, 2006