

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

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Сакович В. А.

Проверил: д.м.н., профессор Дробот Д. Б.

Реферат

Разрыв аневризмы грудного отдела аорты

Выполнил: врач-ординатор 2 года обучения
Уфимов Ю.В.

Красноярск 2023

Разрыв аневризмы грудного отдела аорты:

Под аневризмами грудной части аорты понимают локальное или диффузное расширение ее просвета, превышающего нормальный диаметр аорты в 2 раза и более.

Классификация.

Классификация аневризм грудной части аорты достаточно сложна, поскольку требуют своей оценки не только локализация аневризмы по сегментам аорты, но и ее этиология, форма, структура стенки аневризмы, клиническое течение самого заболевания (бессимптомное, неосложненное и осложненное).

Сегментарная классификация аневризм грудной части аорты представляется наиболее целесообразной, так как во многом позволяет дифференцировать клинические симптомы и тактику оперативного лечения. Выделяют аневризмы:

- 1) синуса Вальсальвы ;
- 2) восходящей части аорты;
- 3) дуги аорты;
- 4) нисходящей части аорты;
- 5) грудной и брюшной частей аорты;
- 6) комбинированные аневризмы (по локализации).

Этиология.

Классификация аневризм грудной аорты по этиологии может быть представлена в настоящее время следующим образом: 1) врожденные заболевания стенки аорты (болезнь Марфана, синдром Элерса—Данлоса, фиброзная дисплазия); 2) приобретенные заболевания: а) воспалительные—специфические и неспецифические аортиты, микотические аневризмы, послеоперационные (обусловленные инфекцией); б) невоспалительные, дегенеративные (атеросклероз, аневризмы трансплантатов, послеоперационные, обусловленные дегенеративными изменениями стенки аорты, дефектами протезов и шовного материала); в) механические (гемодинамические—постстенотические, в том числе после наложенных анастомозов, и травматические); г) идиопатические (медионекроз Эрдгейма, медионекроз во время беременности). В зависимости от локализации аневризм соотношение их по этиологии носит различный характер. В более ранних сообщениях доказано, что сифилитический аортит, поражающий аорту на всем протяжении, клинически чаще проявляется в виде аневризм восходящей части аорты и ее дуги.

Клиника

аневризм грудной части аорты чрезвычайно variabelна и обусловлена в основном размерами аневризматического мешка, его локализацией и протяженностью, а также этиологией заболевания. В ряде случаев аневризмы могут протекать практически бессимптомно и стать случайной находкой при профилактическом осмотре. В других случаях клиника носит весьма скудный характер. Ведущим симптомом аневризм грудной части аорты является боль, обусловленная либо самим заболеванием стенки аорты (сифилитический мезаортит, неспецифический аортит), либо растяжением стенки аорты, либо компрессией близко расположенных органов. При аневризме восходящей части аорты боли обычно локализуются в области сердца и за грудиной.

Типичные стенокардитические боли обычно обусловлены либо компрессией венечных артерий, либо их стенозированием, сопутствующих основному процессу (атеросклеротическому или воспалительному). Симптомы сердечной недостаточности (одышка, сердцебиение, головокружение и пр.) обычно характерны для больных с недостаточностью аортального клапана. При больших аневризмах восходящей части аорты, вызывающих компрессию верхней полой вены, больных беспокоят обычно головные боли и отечность лица, шеи и рук. При аневризмах дуги аорты больные жалуются на боль за грудиной и в межлопаточной области, что обусловлено растяжением и сдавлением аортальных нервных сплетений. Компрессия пищевода приводит к явлениям дисфагии, а в дальнейшем к нарушению питания стенки пищевода, небольшим пищеводным кровотечениям—предвестникам прорыва аневризмы грудной части аорты в пищевод. У трети больных одним из ведущих симптомов являются одышка и стридор, которые обусловлены компрессией трахеи, левого бронха, легочных сосудов. Компрессия корня левого легкого приводит к застойным явлениям, частым пневмониям. Вследствие сдавления возвратного нерва возможно развитие характерной симптоматики с осиплостью голоса, сухим кашлем. Сдавление блуждающего нерва вызывает брадикардию, слюнотечение. Эти же симптомы могут развиваться и при аневризме начального сегмента нисходящей части аорты. Раздражение периаортального симпатического сплетения приводит к развитию аортально-плечевого синдрома, проявляющегося болями в левой лопатке, плече и в предплечье. Вовлечение в процесс межреберных артерий на значительном протяжении с их окклюзией может привести к ишемии спинного мозга, вплоть до развития нижних парапарезов и параплегий. Реже возможно сдавление лимфатического протока с развитием отека верхней половины левого плечевого пояса. Компрессия тел позвонков может вызвать их узурацию, дегенерацию, смещение с образованием кифоза. Компрессия нервов и сосудов приводит к радикулярным и межреберным невралгиям.

Клиника аневризм грудной и брюшной части аорты обусловлена несколькими факторами: компрессией соседних тесно расположенных органов—кардиального отдела желудка,

двенадцатиперстной кишки, вовлечением в процесс висцеральных артерий. Основными жалобами являются боли в животе, отрыжка, ощущение переполнения желудка, тяжесть в эпигастрии. Боли могут быть связаны с приемом пищи. Одновременно отмечаются тошнота, рвота, явления дисфункции кишечника, похудание. Больные отмечают усиленную пульсацию в животе. Если аневризма не распространяется на инфраренальный сегмент аорты, пальпировать пульсирующее образование в животе не удастся. В тех случаях, когда удастся пальпировать пульсирующее образование в эпигастрии, оно практически неотделимо от реберной дуги, плотное, напряженное, неподвижное и болезненное.

Осложнения аневризм грудной части аорты с их разрывом или прорывом в соседние органы обычно возникают остро, приводят к шоку и сердечно-сосудистому коллапсу или же к острой сердечной недостаточности. Таковы случаи прорыва аневризмы в верхнюю полую вену, пищевод, трахеобронхиальное дерево, а также в полость перикарда, в плевральную полость, забрюшинное пространство. При прорыве аневризмы в систему верхней полой вены остро развиваются картины синдрома верхней полой вены, усиленная пульсация сосудов шеи и сердечная недостаточность. При прорыве аневризмы трахеобронхиальное дерево развивается картина массивного легочного кровотечения, при прорыве в пищевод—рвота кровью, а в двенадцатиперстную кишку—мелена. Симптомы эмболизации периферических артерий не столь характерны, однако, могут иметь место вследствие отрыва тромботических масс из аневризматического мешка или вследствие изъязвления атеросклеротических бляшек. Редко картина эмболии периферических артерий может быть первым симптомом аневризмы.

Лечение.

Разорвавшиеся аневризмы грудного отдела аорты без лечения всегда бывают фатальными. Они требуют немедленного хирургического вмешательства, так же как аневризмы с подтеканием крови и находящиеся в состоянии острого расслаивания или острой клапанной регургитации. Хирургическое вмешательство предполагает срединную стернотомию (для аневризм восходящей части и дуги аорты) или левостороннюю торакотомию (для аневризмы нисходящего отдела и торакоабдоминальных аневризм), последующее иссечение аневризмы и установку синтетического протеза. Катетерное эндоваскулярное стентирование (установка эндопротеза) в нисходящем отделе аорты находится в процессе изучения как менее инвазивная альтернатива открытому хирургическому вмешательству. При экстренном оперативном лечении 1-месячная смертность составляет приблизительно 40-50 %. У выживших больных высока частота серьезных осложнений (например, почечная недостаточность, дыхательная недостаточность, серьезная патология нервной системы).