

РОЗШАРОВУЮЧА АНЕВРИЗМА ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ.

І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, Г. І. П'ятикоп, О. П. Юрченко.

Сумський Державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії,
радіаційної медицини та фізіатрії.

Резюме. Автори наводять дані літератури за якими розширююча аневризма частіше розвивається у осіб чоловічої статі віком понад 60 років. Факторами ризику буває гіпертонічна хвороба та атеросклероз. Діагностика має значні складнощі, в наслідок чого у значної частини хворих діагноз встановлюють лише на аутопсії. Автори діляться клінічним спостереженням при якому гострий перебіг процесу нагадував тромбоемболію мезентеріальних судин та гострий перитоніт. З допомогою ультразвукового дослідження було діагностовано розширення черевного відділу стінки аорти. Розрив останньої призвів до смерті через 9,5 годин після маніфестації процесу. Автори стверджують, що попередити летальний наслідок цього відносно рідкісного ускладнення допоможуть профілактичні диспансерні огляди із застосуванням УЗД у осіб групи ризику не менше одного разу на рік.

Ключові слова. Розширення аорти, діагностика.

Вступ. Розширююча аневризма аорти (РАА) –характеризується утворенням дефекта внутрішньої оболонки стінки аорти з постійним просочуванням крові у змінений середній шар, що призводить до утворення гематоми у стінці аорти з поступовим подовжнім її розширенням і формуванням додаткового каналу [4]. Термін РАА введений у клінічну практику Лаєнком у 1819 р., а визначення «розширююча гематома», запропонований ним же, використовувався пізніше [7].

Найчастіше формування розширюючої аневризми відбувається у дистальному напрямку, рідше – у проксимальному, за рахунок значного розширення псевдопрозору, що утворився внаслідок розширення стінки

судини (6). Проте, розшарування аорти саме по собі у частині випадків має помірний характер, або й взагалі відсутнє. Отже, збільшення об'єму аорти у цих випадках не спостерігається. Тому термін «розшарування аорти» (РА) в останні роки став загальноприйнятним і поширеним за кордоном, поступово замінивши термін «розшаровуюча аневризма аорти» [7].

Захворювання трапляється у 1 із 10 000 госпіталізованих, не враховуючи тих, що помирають на догоспітальному етапі. Патоморфологи констатують РА у 1 померлого на 400 аутопсій та у 1 із 100 померлих раптово(8). Отже, розшарування аорти – відносно рідкісне ускладнення, але потенційно дуже загрозливе для життя.

Серед усіх гострих патологічних процесів аорти її розшарування – найбільш часте захворювання, яке може виникнути у будь-якому відділі, та найчастіше трапляється у черевному. Приблизно 90% аневризм черевної аорти локалізуються нижче відходження ниркових артерій. У 2/3 хворих аневризми черевного відділу поширюються на одну чи й обидві здухвинні артерії. Частіше аневризми аорти виявляють у віці понад 60 років. У чоловіків цього віку аневризми розвиваються приблизно у 5% , що частіше у 5 разів, ніж у осіб жіночої статі [1, 4].

Летальність при розшаруванні аорти, за даними літератури, зумовлена не самим розривом інтими, а судинними ускладненнями за типом тромбоемболії чи розриву аорти. За відсутності лікування рання смерть при розшаруванні аорти у перший день маніфестації складає 1% , протягом 2-х тижнів помирає 75% госпіталізованих, а протягом першого року – більше 90% [7, 8].

Залежно від часу виникнення виділяють гострі аневризми, які перебігають менше 2 тижнів і хронічні, тривалість перебігу яких перевершує зазначений термін. За переважаючою кількістю авторів більше 2/3 РА відносяться до гострих [2, 7]. На початковому етапі РА відбувається розрив стінки аорти у місці найбільшого послаблення середніх і зовнішніх

відділів середнього шару, де він має мінімальну стійкість до супротиву пульсуючого кровотоку. Факторами ризику щодо розвитку РА (окрім віку і статі) буває стійка гіпертонія протягом декількох років. Окрім неї у розвитку ускладнення має значення атеросклероз та цукровий діабет. Загалом ця патогенетична група складає 90% серед усіх РА [7].

За даними літератури характер клінічної картини захворювання визначається трьома патологоанатомічними факторами, що супроводжують патологічний процес: розшаруванням стінки аорти, розвитком внутрішньостінкової гематоми та стисненням чи відривом гілок аорти, що кровопостачають відповідні органи, з наступною їх ішемією. Провідною ознакою РА буває біль [3]. Інтенсивність та особливості останнього залежать від втягнення у патологічний процес перелічених патологічних ланок, серед яких особливе значення має враження великих артеріальних гілок [9]. У більшості хворих при РА біль надзвичайної інтенсивності. Виникає раптово і буває максимально вираженим у перші години маніфестації. При розшаруванні черевного відділу аорти біль локалізується в епігастрії, гіпогастрії чи попереку й імітує захворювання шлунково-кишкового тракту, урологічні та інші патологічні процеси черевної порожнини [3, 7]. Розшарування черевного відділу аорти може визвати гостру ниркову чи печінкову недостатність, мезентеріальну ішемію та інфаркти інших ділянок тіла, що кровопостачаються артеріальними гілками, які відходять від цього відділу аорти. Разом з тим потрібно відзначити, що без втягнення у зону патологічного процесу бічних гілок аорти при хронічному розшаруванні останньої можливий безсимптомний його перебіг. У таких випадках ускладнення діагностується лише при розриві аорти чи й на аутопсії [2].

Отже, діагностика ускладнення надзвичайно складна. За численними даними літератури за допомогою існуючих інструментальних та лабораторних методів обстеження діагноз РА можна поставити тільки у

62% обстежених [6]. У 1/3 хворих діагноз верифікується лише на аутопсії [6, 7].

З огляду на те, що діагностика РА у більшості випадків, про що мова йшла вище, натикається на непереборні труднощі, актуальність проблеми стає очевидною, оскільки лише своєчасна діагностика ускладнення з доставкою хворого у спеціалізований центр залишає надії на сприятливе завершення події. Додатковим аргументом актуальності проблеми є те, що першими з хворими на це ускладнення стикаються лікарі швидкої чи невідкладної медичної допомоги, загальні ургентні хірурги і, можливо, лікарі загальної практики, які із зрозумілих причин недостатньо знайомі з даним захворюванням і, більше того, у своєму розпорядженні не мають належного обладнання для проведення відповідного обстеження. А час у таких випадках має без перебільшення життєве значення [5].

Мета дослідження. Базується на актуальності проблеми, де, на наш погляд, знайомство з кожним клінічним випадком РА може збагатити як науку у цій галузі, так і кожного практикуючого лікаря, оскільки двох хворих із тотожним перебігом захворювання не буває, а дане ускладнення відноситься до ряду рідкісних.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням протягом 1,5 години знаходився хворий В., віком 73 років, який був у невідкладному порядку доставлений до приймального відділення машиною екстреної медичної допомоги. Раніше подібних нападів захворювання не було.

Результати досліджень та їх обговорення. Лікар швидкої допомоги при направленні хворого до лікарні запідозрив гострий тромбоз мезентеріальних судин та перфорацію порожнистого органу. При шпиталізації до відділення хворий скаржився на біль у животі «ріжучого» характеру, найбільше він був вираженим у нижніх відділах живота. Біль іррадіював у спину, мав «пульсуючий» характер. Окрім цього хворий

скаржився на запаморочення, задуху, слабість і в'ялість у всьому тілі. Ознаки підсилювалися при щонайменшому русі.

З анамнезу захворювання стало відомо, що приблизно за 8 годин до госпіталізації при напрузі під час перебування у туалеті раптово з'явився сильний біль у животі «ріжучого» характеру, запаморочення, шум у вухах, різка слабкість, задуха. За допомогою дружини він із значними труднощами дістався до дивану та приліг. Прийняв знеболюючі таблетки і через деякий час біль у животі значно зменшився, дихати стало легше, зменшився шум у вухах. Проте якість особливе «відчуття важкості у всьому тілі» залишилось. Окрім цього з'явилося «відчуття пульсації» у ділянці пупка, якого раніше ніколи не було. Проте хворий цей феномен сприйняв як наслідок больового приступу, що не викликало у нього тривоги. Через 3 – 4 години спробував самостійно підвестись, але це спричинило посилення болей та збільшення «відчуття пульсації» у животі, збільшився шум у вухах, запаморочення і він змушений був прилягти. У лежачому положенні було дещо легше, однак відчуття «пульсуючого болю» у животі залишалось. Ще через 3 – 4 години хворий таки підвівся до туалету але відчув різке посилення болей у животі з іррадіацією у спину на рівні лопаток, «потемніло в очах» і він знепритомнів. Дружина терміново викликала машину екстреної медичної допомоги, працівниками якої була надана невідкладна допомога у вигляді ін'єкції спазмолітиків та проведена госпіталізація.

При вивченні хворого встановлено, що він страждав на ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу та атеросклероз. Проте до лікарів звертався дуже рідко, займався, головним чином, самолікуванням, оскільки вважав свій стан здоров'я задовільним. Постійно зловживав тютюнопалінням.

При об'єктивному огляді встановлено, що стан хворого вкрай тяжкий, хоча він залишається при свідомості, збуджений. На запитання відповідає

із запізненням і в'яло. Шкірні покриви воскоподібного кольору, покриті холодним липким потом, кінцівки на дотик холодні. Язик сухий, обкладений сірим нальотом.

Над легенями вислуховується везикулярне дихання, дещо послаблене у нижніх відділах. Частота дихальних рухів - 24-26 за хвилину. Тони серця глухі, ритмічні, частота серцевих скорочень – 106-108 за хвилину, системний артеріальний тиск – 70/0 мм рт ст, на периферійних артеріях пульс не визначається.

Живіт – звичайної форми, в акті дихання приймає участь обмежено, візуально чітко визначається виражена пульсація передньої черевної стінки, перистальтика кишківника відсутня. При пальпації живіт помірно напружений, болісний в усіх відділах - дещо більше у мезогастральній ділянці, перитонеальні симптоми відсутні. У ділянці пупа, більше зліва, пальпується утвір щільно-еластичної консистенції, розмірами 7 x 8 см з інтенсивною пульсацією. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Тонус анального сфінктера збережений, додаткових утворів не виявлено, сечовипускання не порушене.

Загальний аналіз крові: – Нв – 100 г/л; Ер – 2,4/10 x 12/л; Л -7,4/10 x 9/л; ШОЕ – 14 мм/год; згортання крові – 6'30"; загальний аналіз сечі – без відхилень від норми. ЕКГ –ознаки коронарної недостатності. УЗД органів черевної порожнини: у проекції черевного відділу аорти визначається її розширення до 75мм з розшаруванням стінки і великою кількістю пристінкових і внутрішньостінкових тромботичних мас та звуженим просвітом до 35мм.

Запідозрене розшарування черевного відділу аорти. Хворий госпіталізований до палати інтенсивної терапії. Проте невідкладні заходи по стабілізації стану хворого ефекта не давали. Скаржився на різке посилення пекучих болей унизу живота та спині, наростаючу задуху, слабкість; системний артеріальний тиск вище 70/30 мм рт ст підняти не

вдавалося. Під час чергового больового нападу хворий втратив свідомість, артеріальний тиск перестав визначатись, через декілька хвилин наступила зупинка серцевої діяльності. Проведені реанімаційні заходи ефекта не принесли. Констатована смерть.

Посмертний діагноз: гостра розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти, розрив гострої розшаровуючої аневризми черевного відділу аорти, гостра крововтрата. Супутній діагноз: ІХС, дифузний кардіосклероз, вторинна артеріальна гіпертонія II, ступінь I. Патологоанатомічний діагноз. Розрив аневризми черевного відділу аорти, кровотеча, анемія, гостра серцево-судинна недостатність, атеросклеротичний кардіосклероз.

Таким чином, чоловік 73 років, який у анамнезі страждав на атеросклероз, ішемічну та гіпертонічну хвороби серця, захворів гостро, «напружившись» у туалеті, що могло стати пусковим механізмом розшарування аорти. Проте протягом 8 годин залишався на «самолікуванні» і лише розрив аорти, тобто «ускладнення на ускладнення», змусив звернутися за швидкою допомогою. Доставлений у лікарню негайно, але у надзвичайно тяжкому стані. Клінічне мислення лікаря швидкої допомоги і хірурга було направлене на гострі процеси з якими потрібно диференціювати РА. Дослідження за допомогою ультрасоноскопії допомогло встановити запідозрений діагноз, але вже було запізно. Отже при підозрі на РА, хворого необхідно негайно консультувати кардіологом та судинним хірургом з метою імовірного виконання оперативного втручання за місцем діагностики, оскільки транспортування негативно впливає на перебіг процесу і може закінчитися несприятливо.

Висновки

1. Випадок смерті, зумовлений масивною кровотечею у зв'язку з гострим розшаруванням і наступним розривом черевного відділу аорти на фоні гіпертонії і атеросклерозу.

2. Фактор часу та територіальна віддаленість від спеціалізованої ангіохірургічної служби зменшують шанси по наданню допомог та врятуванню життя хворих при даному ускладненні.

3. Шанси на успіх значно збільшуються при своєчасному зверненні хворих до лікаря на профілактичні та диспансерні огляди з обов'язковим їх обстеженням методом УЗД, як найбільш доступним, безпечним і точним не менше 1 раз на рік.

4. Запідозрити РА чи РАА допоможуть клінічні прояви (різкий біль у мезо – чи гіпогастральній ділянці живота з іррадіацією у інші відділи живота та у спину і поперек) на тлі анемії та ознак розладу системного кровообігу (гіпотонія) за відсутності перитонеальних симптомів та провокуючих захворювань щодо можливого тромбозу мезентеріальних судин.

Література

1. Абугов С. А. Аневризма аорты : диагностика и лечение / С. А. Абугов, В. Б. Пономаренко // Терапевтический архив. – 2010 - № 9. – С. 59-63.
2. Зербіно Дю Д., Кияк Ю. Г., Кузик Ю. І. «Кардіальні» маски при розшаровуючій аневризмі аорти // Український кардіологічний журнал. – 2002. - № 3. – С. 79-82.
3. Кириллов Н. М., Бочкарева Л. Е., Канайкин В. Н. Трудности и возможности диагностики расслаивающих аневризм аорты // Клиническая Медицина. – 1988. – Т. 66, № 1. – С. 53-55.
4. Почепцова Е. Г. Рассливающаяся аневризма аорты / Е. Г. Почепцова, В. И. Целуйко // Ліки України. – 2010. – № 5(141) – С. 8-13.
5. Середюк В. М., Якимчук В. Н. Особенности течения расслаивающей аневризмы аорты // Врачебное дело. – 1990. - № 3. – С. 55-57.
6. Ситар. Л. Л., Кравченко И. Н. Аневризмы грудной аорты // Лікування та діагностика. – 1999-2000. - № 4-1. – С. 44-46.
7. Ситар Л. Л., Слета А. А., Расслаивающая аневризма аорты / По материалам Medicus amicus.
8. Finkelmeier B. A., Marolda D. Aortic dissection // J. Cardiovasc. Surg. – 2001.- Vol. 15, № 4. –Р. 15-24.
9. Savi C., Villa L., Civardi L., Condemi A. M. Расслоение аорты после родов // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2008. - № 9.

РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

И. Д. Дужий, И. Я. Гресько, Г. И. Пятикоп, А. П. Юрченко

Резюме. На основании данных литературы расслаивающая аневризма аорты чаще встречается у мужчин старше 60-ти лет. Факторами риска бывают гипертоническая болезнь и атеросклероз. Диагностика осложнения

сопровождается со значительными трудностями, вследствие чего у части больных диагноз определяют только при аутопсии. Авторы делятся клиническим наблюдением при котором острое течение процесса напоминало тромбоэмболию мезентериальных сосудов и острый перитонит. С помощью УЗИ было диагностировано расслоение брюшного отдела стенки аорты. Разрыв последней привел к смерти больного через 9,5 часов после манифестации процесса. Авторы убеждены, что предупредить летальный исход этого относительно редкого осложнения могут помочь профилактические диспансерные осмотры с применением УЗИ у больных группы риска не менее одного раза на год.

Ключевые слова: расслоение аорты , диагностика.

DISSECTIVE ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA

I. D. Duzhiy , I.Y. Gresko , G.I. Pyatikop , A.P. Yurchenko

Summary. On the basis of literature data the dissecting aortic aneurysm is more common for men older than 60 years . Risk factors are hypertension and atherosclerosis. Diagnosis of complications accompanied with great difficulties, as a result in some cases the diagnosis is determined only during autopsy . The authors share their clinical observation in which the process was like an acute thromboembolism of the mesenteric vessels and acute peritonitis . Bundle of abdominal aortic wall was diagnosed with ultrasound the help. Gap of above mentioned structure led to patient's death through 9.5 hours after the process manifestation. The authors are convinced that death prevention of this relatively rare complication can be reached by preventive medical checkups using ultrasonography in group risk patients at least once a year.

Keywords: aortic dissection , diagnosis .