

Клиническое подозрение на расслаивающую аневризму аорты



Визуализация аорты

- чреспищеводная эхокардиография
- компьютерная томография с введением контрастного вещества
- магнитный резонанс
- **аортография**



Подтверждение наличия расслаивающей аневризмы аорты



Хирургическое лечение:

- метод выбора при остром проксимальном расслоении
- острое расслоение в дистальном отделе при наличии осложнений



Медикаментозное лечение:

- метод выбора при неосложненном **ДИСТАЛЬНОМ расслоении**
- стабильное изолированное расслоение **дуги аорты**
- стабильное хроническое расслоение (**неосложненное расслоение давностью 2 нед и более**)

Примечание: Клиническое подозрение на **расслаивающую аневризму** аорты возникает на основании данных анамнеза, физикального обследования, рентгенографии грудной клетки и ЭКГ. К острой относят **расслаивающую аневризму** давностью менее 2 нед, к хронической - существующую более длительное время. Среди осложнений этого состояния - прогрессирование поражения с вовлечением жизненно важных органов или конечностей, разрыв или угроза разрыва (например, формирование мешотчатой **аневризмы**), регургитация в аортальном клапане (встречается очень редко), ретроградное распространение расслоения на восходящую аорту, невозможность контролировать боль и АД медикаментозно, синдром Марфана. К проксимальной относят **расслаивающую аневризму** с вовлечением восходящего отдела и дуги аорты, к дистальной - локализирующуюся ниже отхождения левой подключичной артерии.

Симптомы заболевания:

- во многом зависят от локализации поражения;
- характерно внезапное начало с появления сильной "разрывающей" боли;
- боль чаще всего локализуется за грудиной, в межлопаточной области, в пояснице (характерно изменение ее локализации по мере прогрессирования расслоения);
- возможна потеря сознания;
- выявляются как гипертония, так и гипотония (следует предварительно убедиться, что АД не определяется на сосуде, вовлеченном в процесс расслоения);
- при надклапанной локализации поражения возможно появление регургитации в аортальном клапане (в тяжелых случаях приводящей к сердечной недостаточности), тампонады сердца;
- дефицит пульса, снижение амплитуды пульсации на сосудах, вовлеченных в разрыв;

- возможно появление симптомов ишемии миокарда, головного и спинного мозга, конечностей, органов брюшной полости.

Рентгенография грудной клетки:

- находки неспецифичны, часто не помогают диагностике;
- возможно расширение тени аорты (иногда с наличием характерного выпячивания в месте расслоения), реже средостения, появление жидкости в плевральной полости (чаще слева);
- нормальная рентгенограмма диагноза не исключает.

ЭКГ в 12 отведениях:

- при отсутствии характерных изменений можно исключить ишемию миокарда как причину боли в грудной клетке;
- наличие изменений, характерных для инфаркта миокарда (чаще нижней локализации), расслаивающую аневризму аорты не исключает.

Методы визуализации аорты:

- выбор метода во многом зависит от возможностей и опыта;
- чреспищеводная эхокардиография особенно показана при нестабильном состоянии больного (может быть быстро выполнена у постели больного, а также в операционной непосредственно перед оперативным вмешательством, не требует прекращения мониторингового наблюдения и проводимых терапевтических мероприятий);
- компьютерную томографию с введением контрастного вещества можно использовать в случае, если чреспищеводная эхокардиография недоступна;
- магнитный резонанс чаще применяют у больных, чье состояние стабильно, при хронической форме заболевания;
- аортографию используют в случаях, когда определенный диагноз не был установлен с **помощью** указанных выше исследований.

Методы медикаментозного лечения:

- к основным целям лечения относят снижение АД и сократимости миокарда;
- желаемый уровень систолического АД - 100 - 120 мм рт. ст. или самый низкий уровень, не вызывающий ишемии сердца, головного мозга и почек у страдающих гипертонией;
- для быстрого снижения высокого АД прибегают к внутривенной инфузии нитропруссид натрия или нитроглицерина при обязательном одновременном применении β -блокатора;
- для быстрого снижения сократимости миокарда производят внутривенное введение β -блокаторов в возрастающей дозе до достижения ЧСС 50 - 60 в 1 мин (пропранолол - по 1 мг через 3 - 5 мин до достижения эффекта или до общей дозы 0,15 мг/кг с повторением через 4 - 6 ч по 2-6 мг; эсмолол - болюс 30 мг, далее инфузия 3-12 мг/мин);
- обеих целей можно добиться при **помощи** лабетолола (10 мг внутривенно в течение 2 мин, далее 20 - 80 мг каждые 10 - 15 мин до максимальной дозы 300 мг, в качестве поддерживающей меры - инфузии 2 - 20 мг/мин);
- при противопоказаниях к β -блокаторам можно использовать антагонисты кальция, замедляющие ритм сердца (верапамил, дилтиазем);
- прием короткодействующих препаратов нифедипина внутрь или под язык может привести к быстрому снижению АД даже в рефрактерных случаях, однако сопряжено с риском возникновения рефлекторной тахикардии, по-видимому, эти средства не следует назначать без предварительного введения β -блокатора;
- при вовлечении в расслоение артерий почек для снижения АД наиболее эффективным может быть внутривенное введение ингибитора ангиотензин-конвертирующего фермента (эналаприл 0,625 - 5 мг каждые 4 - 6 ч);

- при клинически значимой гипотонии необходимо быстрое внутривенное введение жидкости; в рефрактерных случаях проводится инфузия прессорных агентов (предпочтительнее норадреналина; допамин применяется только в низких дозах для стимуляции мочеотделения).

Хирургическое лечение:

- при подозрении на разрыв аорты, а также на тампонаду сердца необходимо как можно быстрее доставить больного в операционную;
- срочность и целесообразность оперативного вмешательства зависят от локализации поражения, давности возникновения расслоения и наличия осложнений