

# КОРЕМНАТА АНЕВРИЗМА – ТИХИЯТ УБИЕЦ

---

Проф. Д-р М. Станкев, д-р Н. Николов, д-р Г. Димитров  
Национална Кардиологична Болница - София

Аневризмата на абдоминалната аорта (ААА) е третата водеща причина за смърт при мъже на 60 или повече години. Тя е получила прозвището “тихият убиец”, тъй като аневризмата може бавно и неусетно да увеличава размера си, без да причинява никаква симптоматика.

ААА не може да бъде диагностицирана при рутинно физикално изследване (освен при много слаби пациенти и голям размер на аневризмата) и често остава неоткрита, докато не се верифицира при случаен ехографски преглед или докато не руптурира.

При руптуриралите ААА смъртността, според различни автори, е между 50-90%.

Етиологията на ААА е все още неясна и дискутабилна. Струва си да се споменат някой от най-аргументираните теории: атеросклеротична, инфекциозна, генетична и др.

Към рисковите фактори следва да споменем:

- пол – мъжкият пол преваляра
- Високо кръвно налягане
- Бяла раса
- Атеросклероза

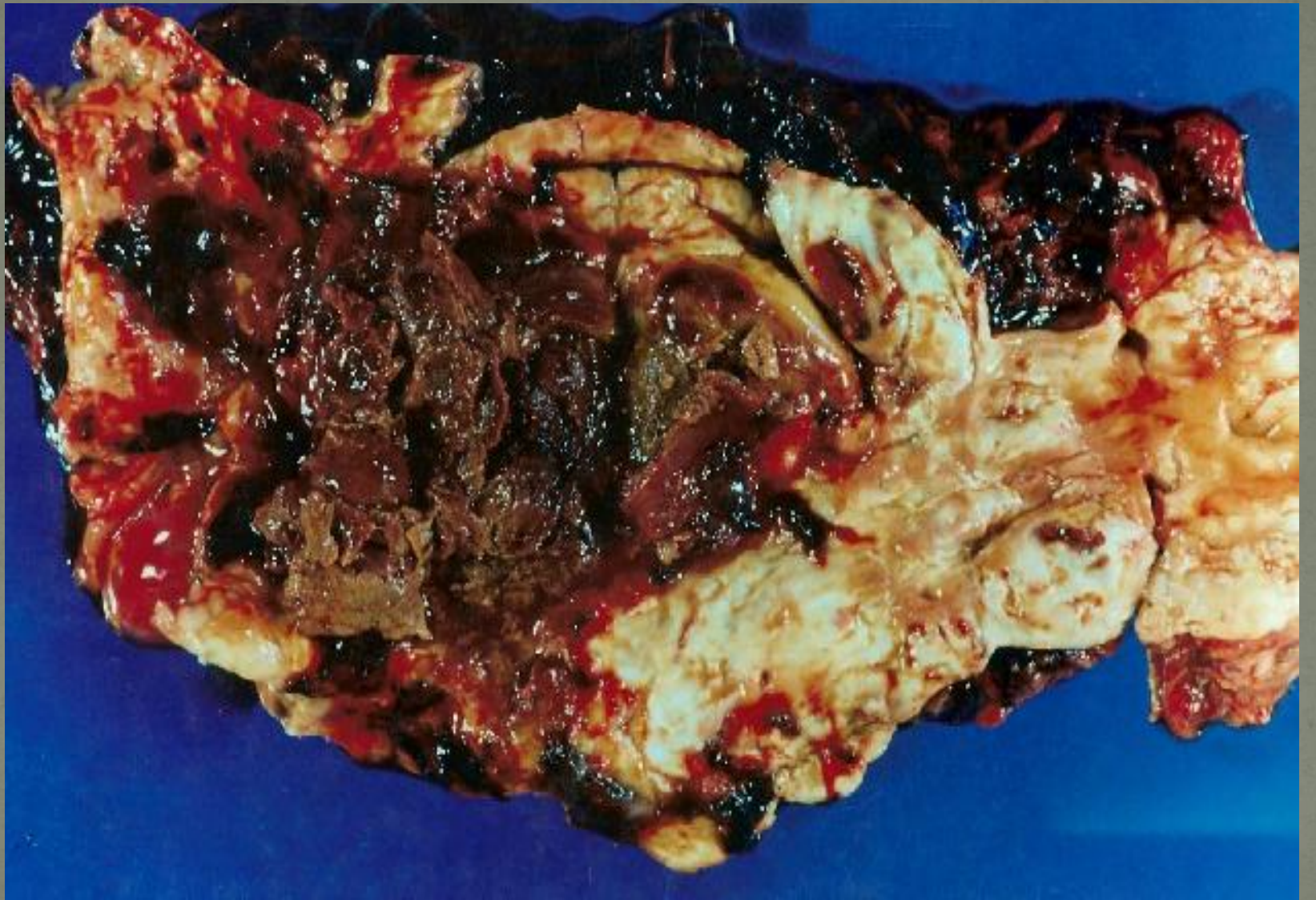
- Тютюнопушене
- Генетични – например синдром на Мърфан
- Фамилна анамнеза за ААА
- Висок холестерол
- Инфекции и травма

При растежа на ААА, риска от руптура нараства от 3-15% при аневризма 5см до 20-50% при размер 7см и повече.

Смъртността при планова интервенция е под 1%.

От всички симптоми и усложнения на ААА, ще обърнем специално внимание на най-тежкото и животозастрашаващо: руптурата, от където идва и прозвището ѝ “тихият убиец”.

За съжаление класическата триада от симптоми на руптурата: болка (най-често в кръста, ирадираща към кръста и/или слабините), хипотензия и пулсираща формация в корема са представени само в 25-50% от пациентите.



Различните места на руптура обуславят и широкия диапазон симптоми, които могат да се наблюдават.

Най-често руптурата е по задната стена на аневризмата в задния ретроперитонеум – 80% от случаите. Тук е характерен големия ретроперитонеален хематом, като последния може да бъде наблюдаван в лумбалната част на гърба, латералните флангове на корема, скротума/срамните устни и ингвиналните зони.

Предна интраперитонеална руптура – най-неблагоприятния вариант за пациента, хеморагията може да бъде толкова тежка, че в повечето случаи пациента не достига до болница.

AAA може да руптурира към всеки един орган в коремната кухина в който е в съседство.

Аортокавална фистула – тук симптоматиката е болка, пулсираща формация и постоянен трил при абдоминална аускултация. Освен това други симптоми са: диспнея, тахикардия, цианоза, оток на долните крайници, пулсиращи периферни вени, отслабени периферни пулсации на долните крайници и др.

Аорторенална фистула – касае се за фистула към лява ренална вена, симптоматиката включва болка, хематурия и т.нар. тих лев бъбрек.



Руптура към черво – аортодуоденална и аортоентерална фистула (хематемеза, мелена, хематохезия). Тук характерното е, че няма ексцесивно кървене, а по скоро внезапно, бързо и малко по обем изкървяване от стомашно-чревния тракт.

Руптура към черен дроб – симптоматиката е подобна на холелитиазна криза. Това е много рядко усложнение и носи името на един велик физик – симптом на Айнщайн.

# ДИАГНОСТИКА

- цветна ехо-доплерова сонография
- скенер ангиография.
- Лабораторни изследвания/Хб, Лев, Креатинин, Урея/
- RR , пулс
- Съзнание
- Диуреза

# Ехо Доплерова сонография

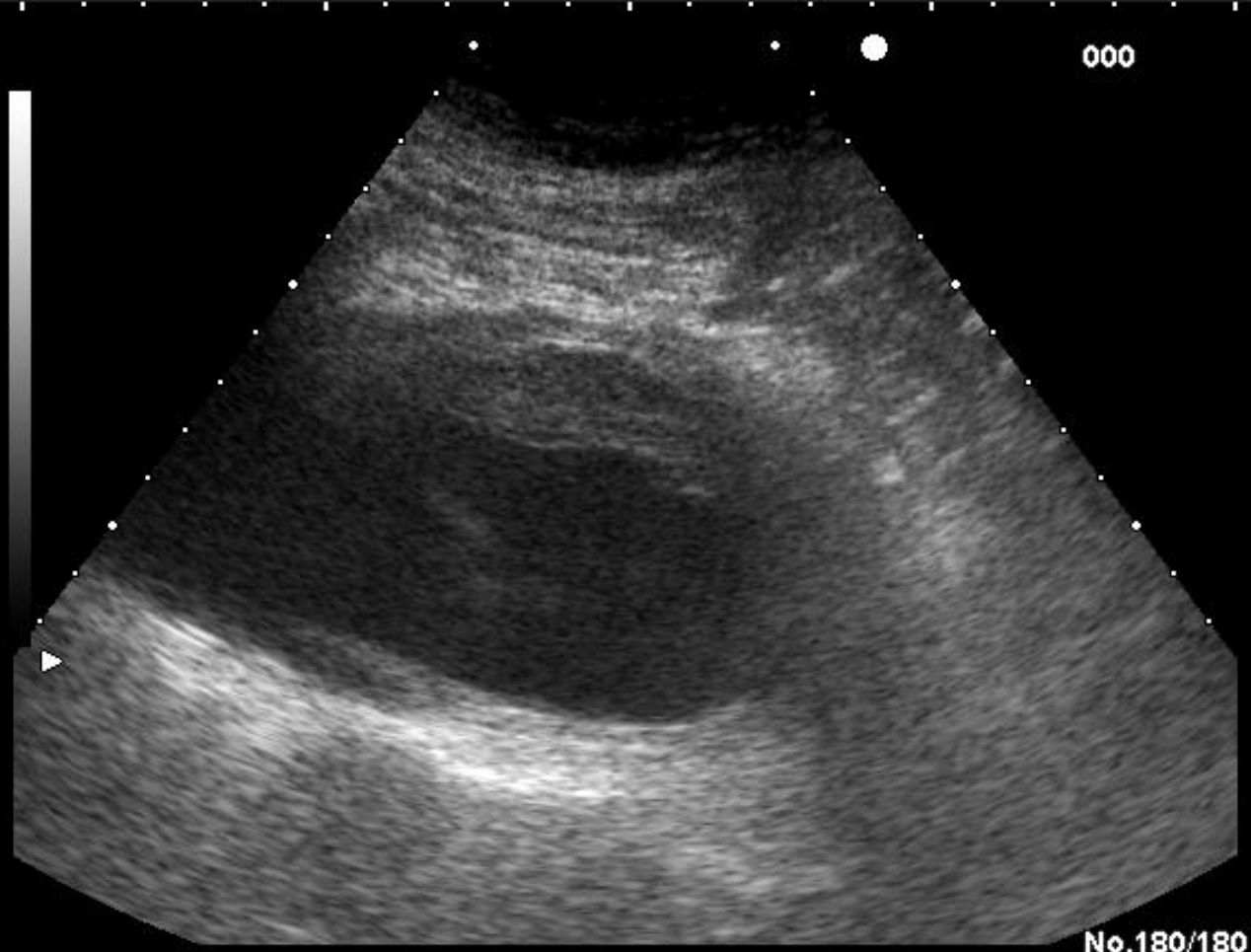
Установяват се следните параметри:

- разположението на аневризмата спрямо бъбречните артерии,
- наличието на шийка (дължина и диаметър),
- ангулация на сака
- дължина и максимален диаметър на аневризмата
- наличие на тромбоза в сака,
- ангажиране на илиачните артерии.

HITACHI Nationalna kard.bolniza,Sofia  
FR:30 D, D

P:H MI 1.0  
DD

14-JAN-08 12:35:33



No.180/180

BG:10 75/2/2/0/-/5/4

C514 dTHI-G Kidney

155mm

1 Review

2 SPD;

3 ODM

4

5 Volume

6 Ratio-Dis

7 Ratio-Area

При изследване на пациент с руптурирала ААА ехо-доплеровата сонография не е категорично доказателна, и е необходимо да се подкрепи със скенер ангиографско изследване.

Наличието на следните признаци (пристенен хематом до ААА и свободна течност в коремната кухина) обаче в съчетание с клиничната находка е достатъчно за правилната диагноза.

# Компютърна Томография

## Предимства

Прецизира топографията

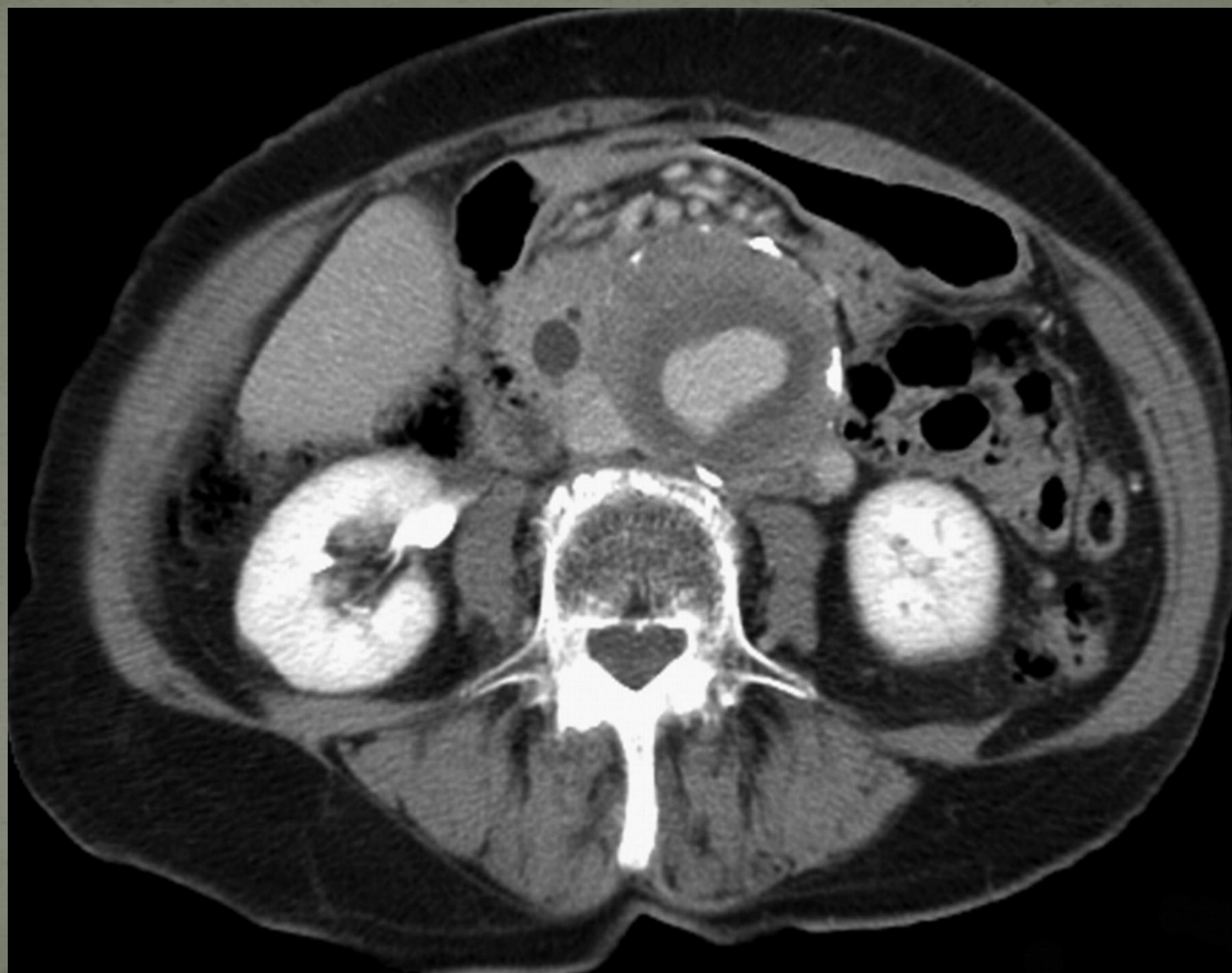
Локализира руптурата

Информация за екстравазат в ретроперитонеума

## Недостатък

Отнема време

38% от пациентите са със СТ



# ЛЕЧЕНИЕ

Лечението на руптуриралите ААА в условията на спешност е изключително трудно и е голямо предизвикателство към съдовия специалист.

От особена важност е бързото транспортиране на пациента към специализирано лечебно заведение, бърза и адекватна диагностика, предоперативна подготовка и операция на болния.

За момента в България най-разпространения метод на лечение е отворена операция.



# ЛЕЧЕНИЕ

Лечението на руптуриралите ААА бива оперативно и ендоваскуларно.

Отворената хирургия се състои в резекция на аневризмата и интерпониране на протеза. Според засягането или не на илиачните артерии интерпозицията може да бъде на : права протеза, аорто-биилиачна или аорто-бифеморална и в много редки случаи лигатура и прошивка на аневризмата и екстраанатомичен байпас.

Ендоваскуларната интервенция се състои в имплантиране на ендографт, също прав или бифуркационен или имплантиране на мултилейър стент (Cardiatis).

# Нашият Опит

В КСХА към НКБ за периода от  
януари 2007 - декември 2012г.  
са оперирани по спешност  
**55 пациенти с руптури на ААА.**

Средната възраст на пациентите е била  
**67.64** години.

Съотношението мъже : жени =  
10 (90,1%) : 1 (9.9%).

Извършените реконструкции са:

- Аорто-бифеморален байпас – 22
- Интерпозиция на права протеза – 25
- Аорто-би( уни-)илиачен байпас – 3
- Аксило-бифеморален байпас – 1
- Неосъществена съд. реконструкция - 4

# РЕЗУЛТАТИ

40 пациенти са изписани в добро общо състояние.

Починали в ранния следоперативен период:

“ Mors in tabulae” : 4

През първите 24-часа : 5

Починали до 14-ти следоперативен ден : 6

Леталитетът общо за оперираните пациенти с руптури на ААА в клиниката – 27.27%

Причините за смърта са:

- Остра кръвозагуба
- Миокарден инфаркт
- Бъбречна недостатъчност
- Респираторни усложнения

Времето до хоспитализацията е средно  
30.27 часа.

Времето от хоспитализация до операция е  
средно 2.55 часа

Най-тежките случаи с изразен спад на RR,  
необходимост от допамин, липса на диуреза и  
др. са наложили максимална експедитивност в  
подготовката за оперативно лечение

# ДИСКУСИЯ

Правилният подход при диагностициране на болни с руптура на ААА, в болнични заведения без клиника по съдова хирургия, е бърз транспорт с реанимобил.

Не е желателно извършване на много детайлни изследвания.

Ехография на абдоминалната аорта в съчетание с клиничната картина е достатъчна за поставяне на диагнозата.

# ДИСКУСИЯ

- Извършването на скенер ангиография е желателно при стабилни хемодинамично пациенти. То дава най-добрата информация за наличието на руптура и анатомичните съотношения на ААА с околните тъкани.
- При пациенти с тежка хипотония е по-добре да се извърши само ехо-доплерово изследване и бърза оперативна намеса.
- С това ще се увеличи броят на достигащите до операционната маса пациенти с ААА, което им дава шанс за успешен изход от заболяването.



# ДИСКУСИЯ

Като заключение трябва да наблегнем на следното - винаги трябва да се спазва едно от основните правила в съдовата хирургия: намери ли се аневризма на коремната аорта  $>4\text{cm}$  за жени и  $>5\text{cm}$  за мъже, както и аневризми без пристенен тромб или със ексцентричен строеж, включително “пъпкуване” на аневризмата или симптоматична такава, последната трябва да се интервенира във възможно най-кратки срокове, ако състоянието на пациента позволява и имаме неговото съгласие и колаборативност.

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО