

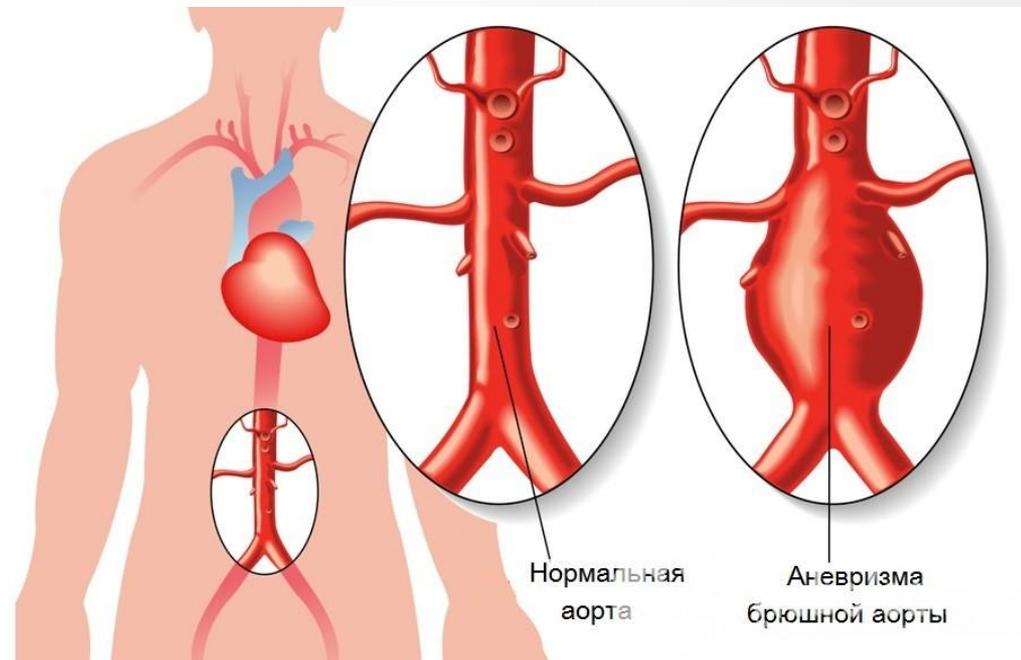
Инфраренальная аневризма аорты

Выполнила:
Студент 512 группы
лечебного факультета
Киселёва Ю. В.

Аневризма брюшной аорты

Расширение аорты, в 1,5 раза превышающее ее диаметр.

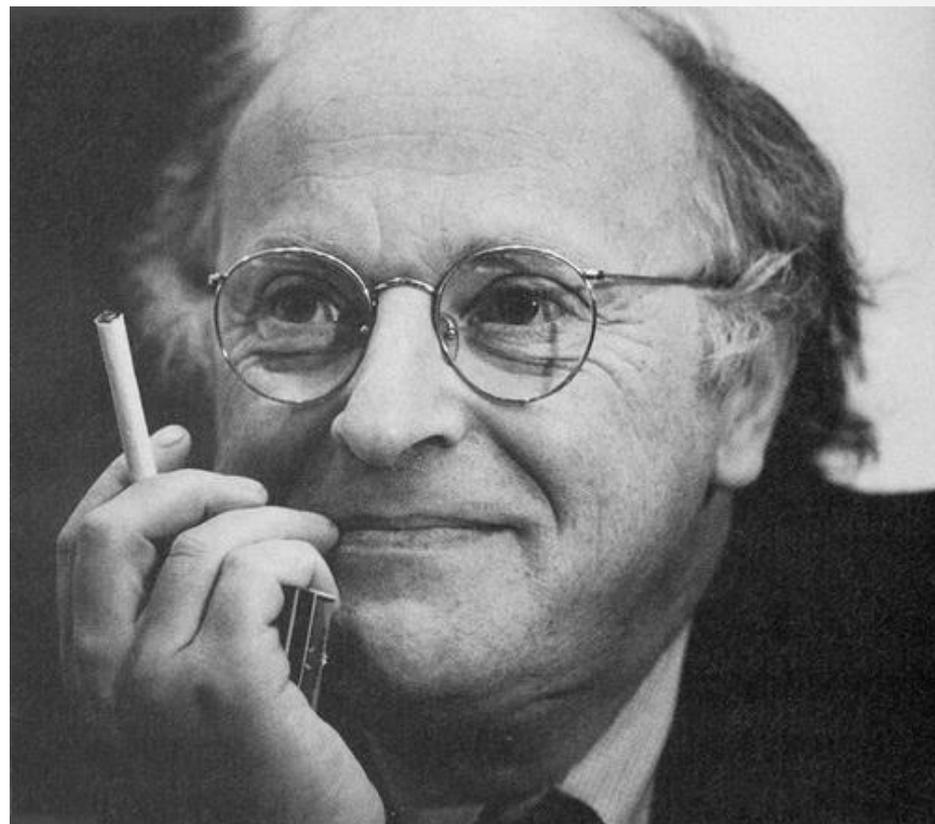
Дилатация более 3 см.



Эпидемиология

5,9%

У белых курящих
мужчин в возрасте
50–79 лет.



Классификация

По этиологии:

Врожденные

Приобретенные

воспалительные (специфические и неспецифические)

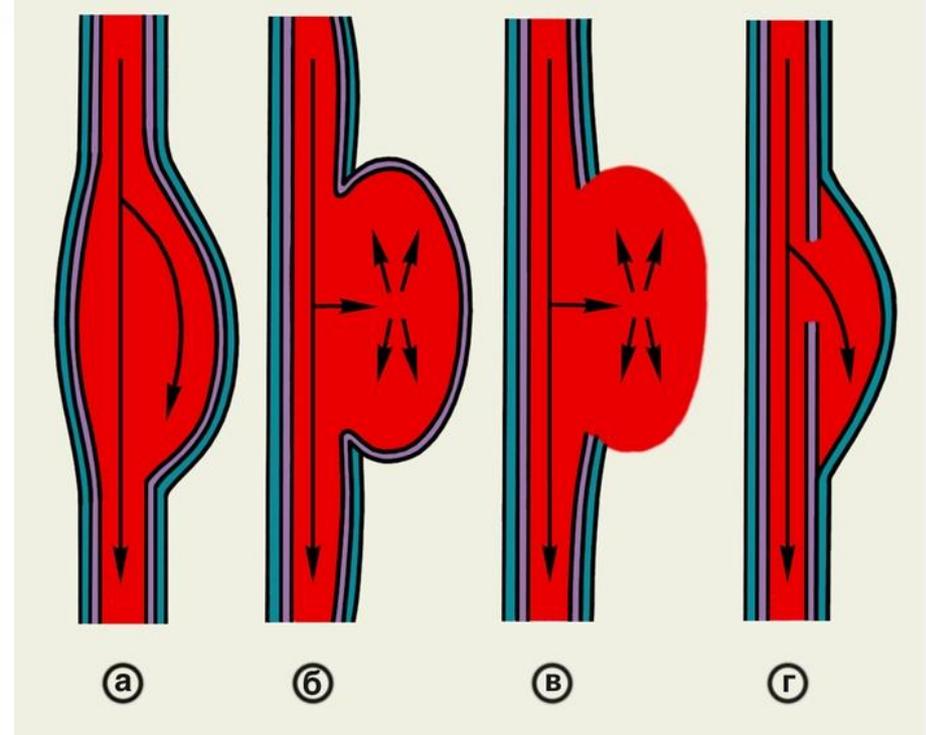
невоспалительные (атеросклеротические, травматические)

По морфологии

Истинные

Ложные

Расслаивающие



а — истинная

б — грыжевидная

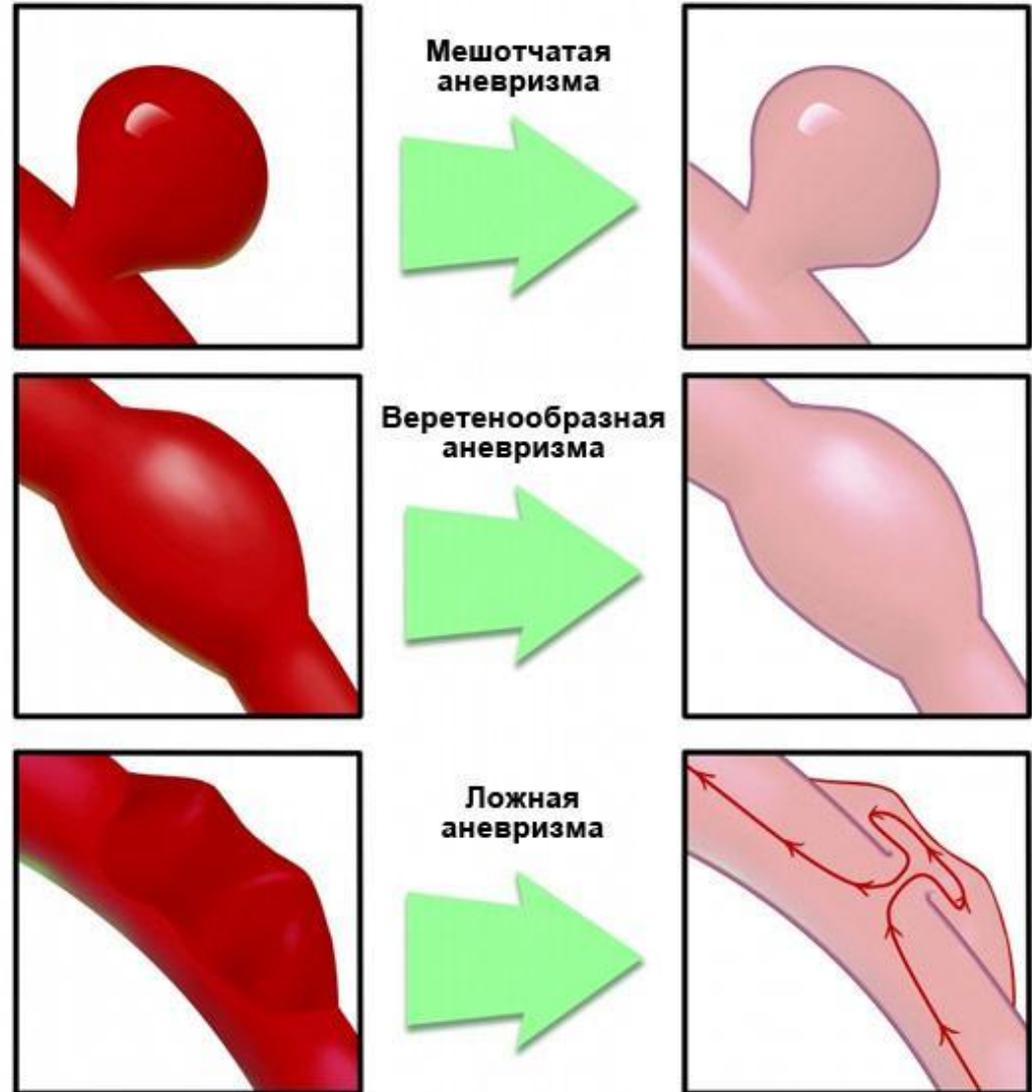
в — ложная

г — расслаивающая

По форме

Мешковидная
Диффузная

Виды аневризм по форме и внутренней структуре



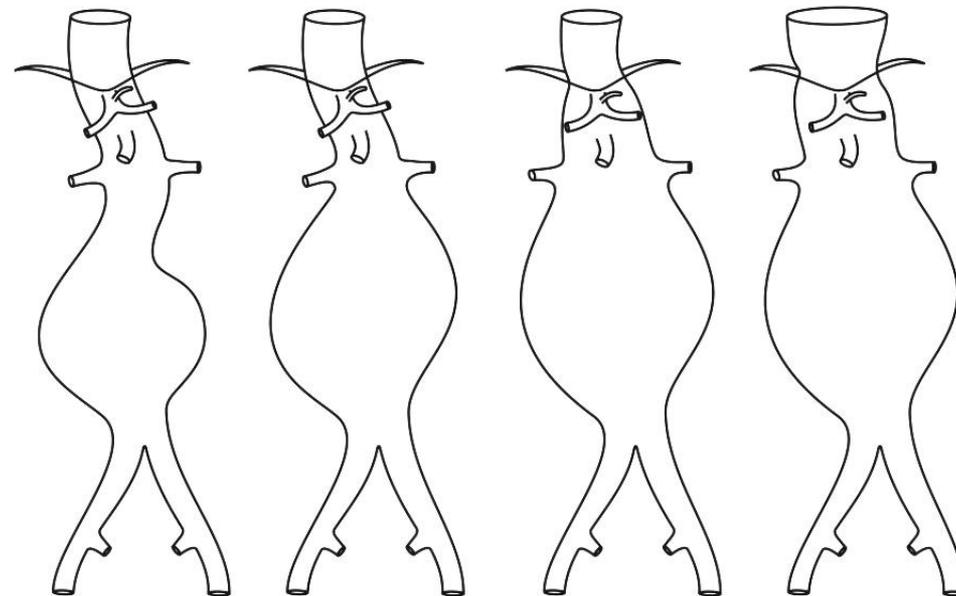
По анатомическому распространению

Инфраренальная

Юкстаренальная

Супраренальная

Торакоа



а.

б.

в.

г.

По клиническому течению

Неосложненные

Асимптомные
малые (< 55 мм)

Асимптомные (> 55
мм)

Симптомные

Осложненные

Острые
симптомные

Разрыв
аневризмы

Образование
внутренних

свищей

Тромбоз
аневризмы,

Атипичные

Микотические

Воспалительные

Факторы риска

Мужской пол

Возраст 50-79 лет

Генетическая
предрасположенность

Курение

Гиперлипидемия



Этиопатогенез

Атеросклеротические изменения.

Дегенерации меди.

Увеличение нагрузки на сосудистую стенку.

Снижение ее резистентности к нагрузкам.



Клиническая картина

Жалобы на: наличие пульсирующего образования в животе, тупую боль в животе или в спине.

Болевой синдром:

Боли постоянные, продолжительность часы-дни, не связаны с движениями.

Угроза разрыва- боли резко усиливается, не стихающий жгучий характер, с локализацией в пояснице или нижней части живота, иногда с иррадиацией в пах, ягодицы или нижние конечности.

Разрыв аневризмы- внезапной резкая интенсивная боль в пояснице и брюшной полости,

Патогномоничная триада разрыва :

1. Боли в пояснице и/или в животе
2. Наличие пульсирующего образования в брюшной полости и
3. Гипотензия.

Физикальное обследование

Осмотр: пульсирующее опухолевидное образование в брюшной полости.

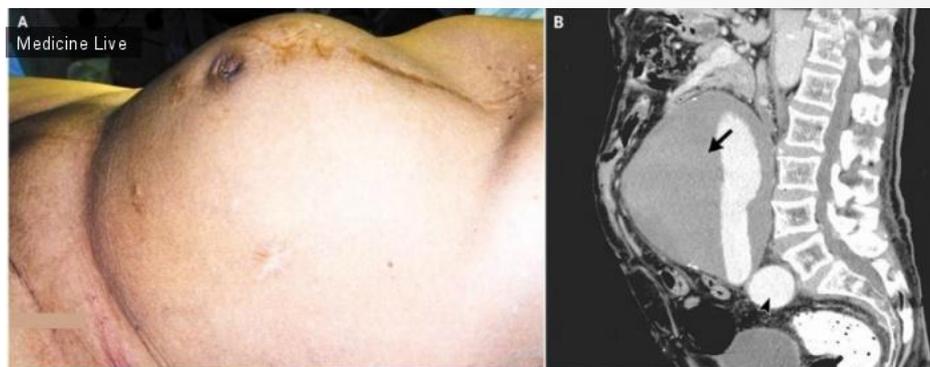
Пальпация: пульсирующее образование в эпигастрии или мезогастрии.

При пальпации аневризма:

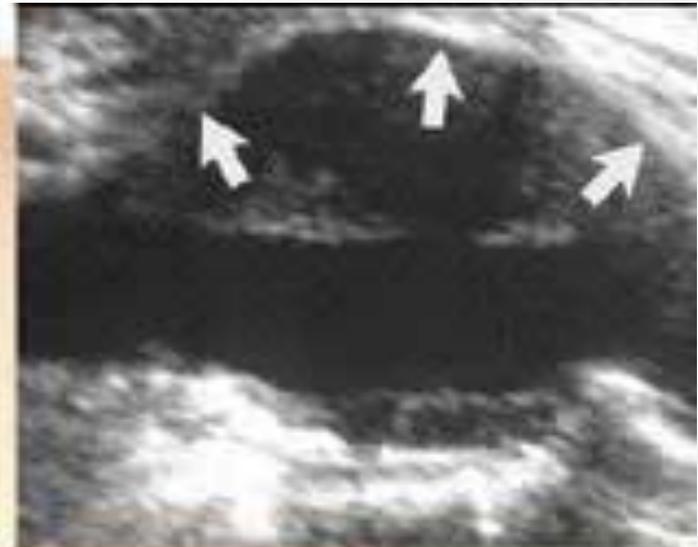
- плотная
- пульсирует синхронно с сокращениями сердца
- округлой или продолговатой формы
- малоподвижная
- малоблезненная

Аускультация: сосудистые шумы (систолический шум) в проекции аневризмы.

Пульс: тахикардия при разрыве.

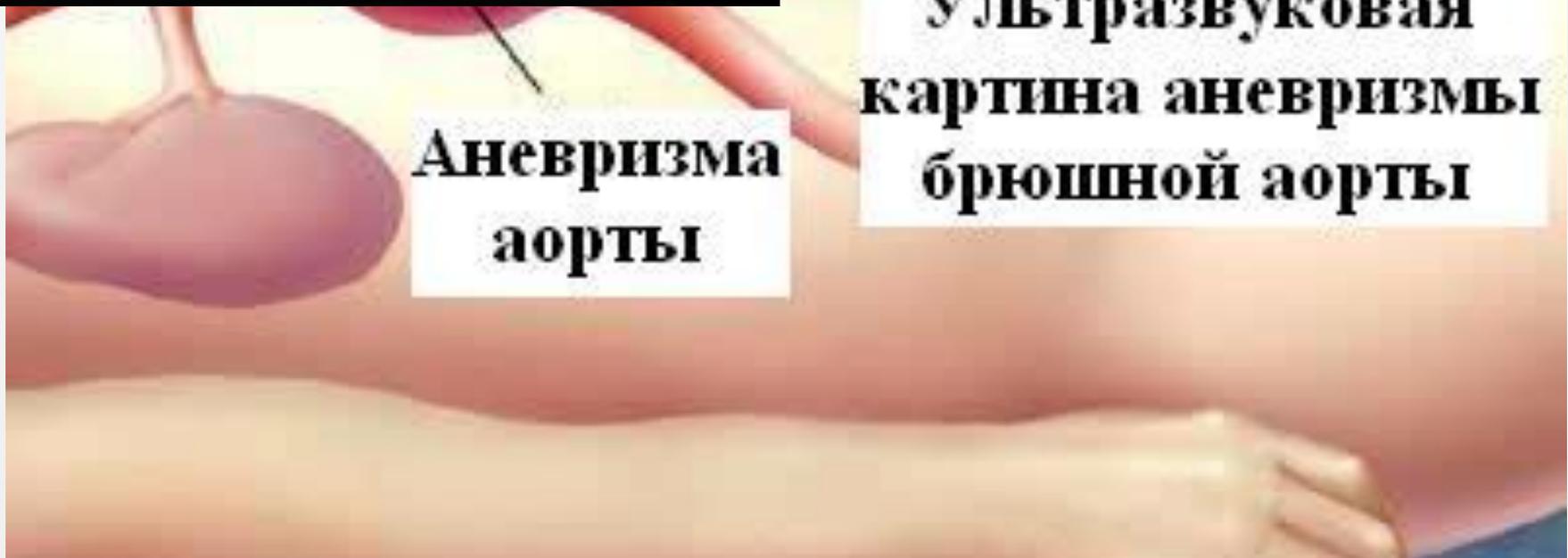


УЗИ

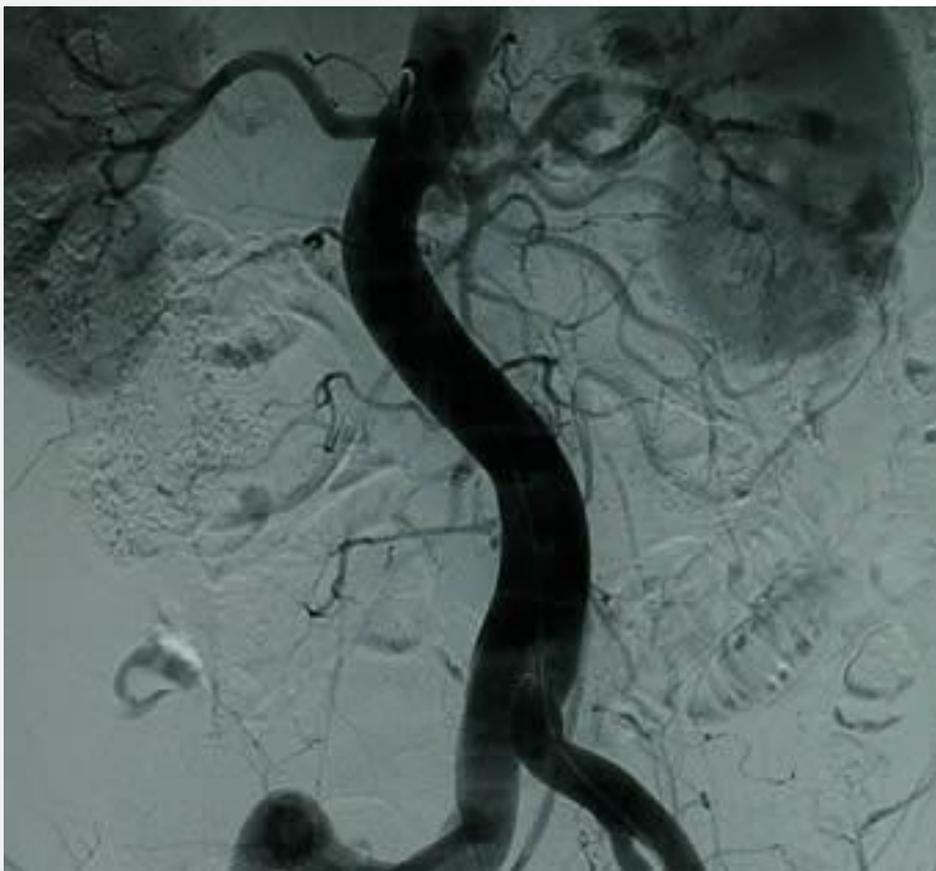


**Ультразвуковая
картина аневризмы
брюшной аорты**

**Аневризма
аорты**



Ангиограмма



KT



Fig. 84.2a

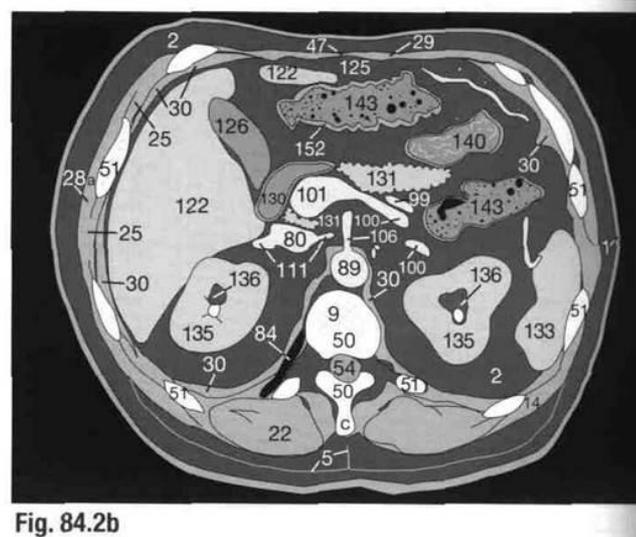
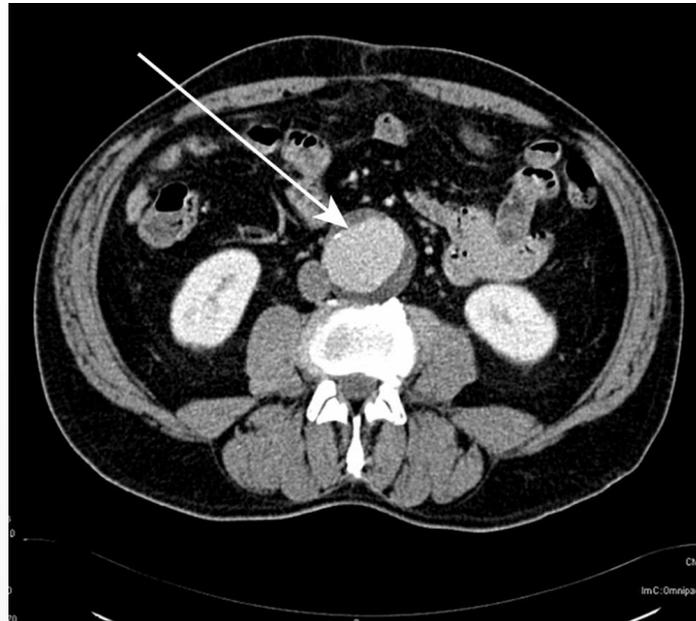
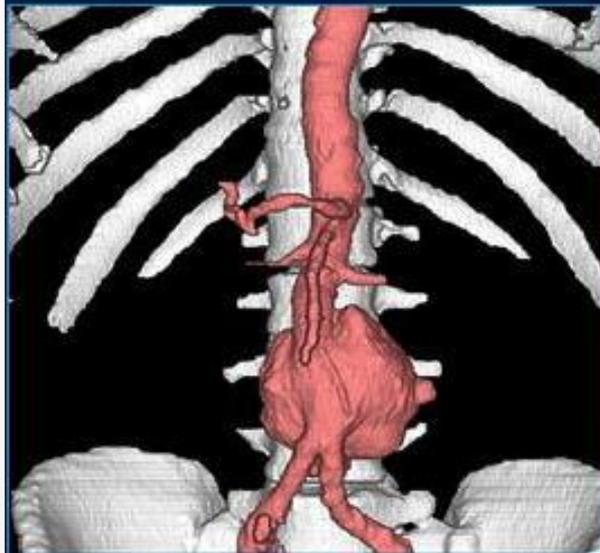


Fig. 84.2b



MPT



Лечение

Режим

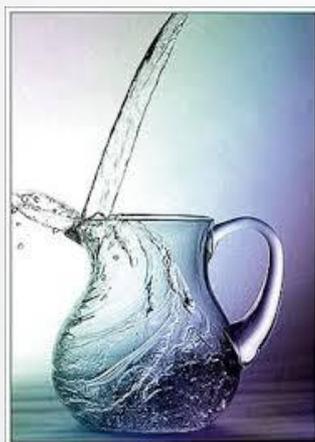
I — строгий
постельный

II — постельный

III — палатный
(полупостельный)

IV — свободный
(общий)

Диета – №10



Консервативная терапия

Месяц до
оперативного
вмешательства:

-Статины

-Аспирин 75–300 мг



Показания к операции

Асимптомные аневризмы:

Диаметр более 4,5 см у женщин и более 5,0 см у мужчин

Рост более 6 мм в год

Наличие дочерних аневризм

Эксцентричное расположение тромба в аневризматическом мешке;

Мешковидная форма

Зафиксированная тромбоэмболия из полости аневризмы

Симптомные аневризмы:

Немедленное оперативное лечение при клинической триаде:

-боли в животе и/или в пояснице

-пульсирующее образование в брюшной полости

-гипотензия

Оперативное лечение независимо от диаметра.

Предоперационная оценка риска сердечно-легочных осложнений

Высокий риск:

Острый коронарный синдром

Нестабильная или тяжелая стенокардия III–IV степени

Недавно перенесенный инфаркт миокарда (<1 месяца)

Декомпенсированная застойная сердечная недостаточность

Существенные нарушения ритма сердечных сокращений

Выбор вида операции

- Плановая открытая операция:
 - Диаметр асимптомной аневризмы 5 см-М, 4,5 см-Ж
 - Увеличение диаметра асимптомной аневризмы 6 мм/год
 - Без риска ссс осложнений (низкий риск)

- Экстренная открытая операция:
 - Признаки разрыва аневризмы
 - Симптомная аневризма без риска ссс осложнений (низкий риск)

- Эндопротезирование:
 - Асимптомная аневризма, высокий риск ссс осложнений, подходящая анатомия

Открытая плановая операция

Антибиотик за 30 минут до выполнения разреза на коже.

Поддержание температуры тела.

Обезболивание- ЭТН

После реконструкции аневризмы - установить эпидуральный катетер для обезболивания в послеоперационном периоде.

Оперативный доступ- лапаротомия продольная или поперечная
забрюшинный разрез,
торакофренолюмботомия.



Протезы

Дакроновый вязаный или тканый протезы.

При необходимости-импрегнированные коллагеном, альбумином или желатином.



Политетрафторэтилен (ПТФЭ).



Этапы

Подготовка аорты к пережатию.

Введение 5000 ЕД гепарина.

Пережатие аорты с помощью зажимов тот час под почечными артериями, пережатие подвздошных артерий.

Продольное рассечение аорты в области аневризмы.

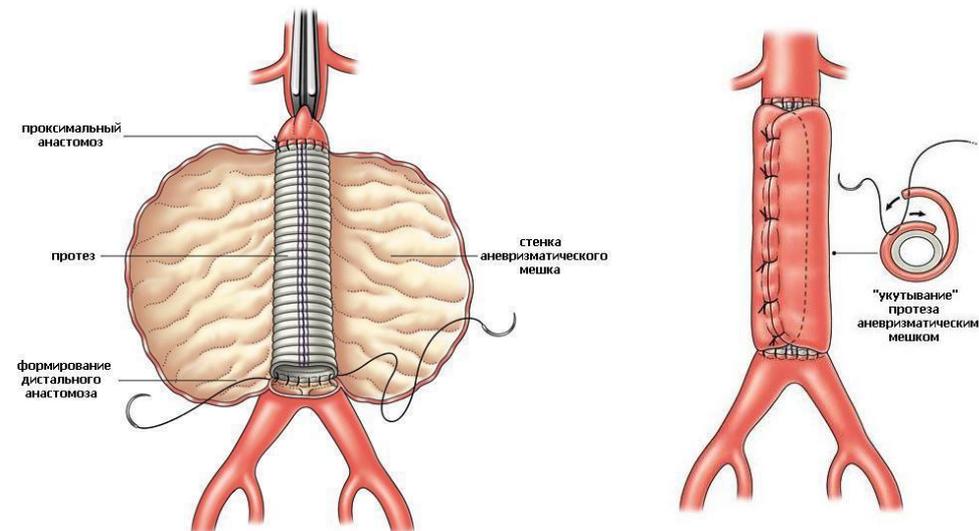
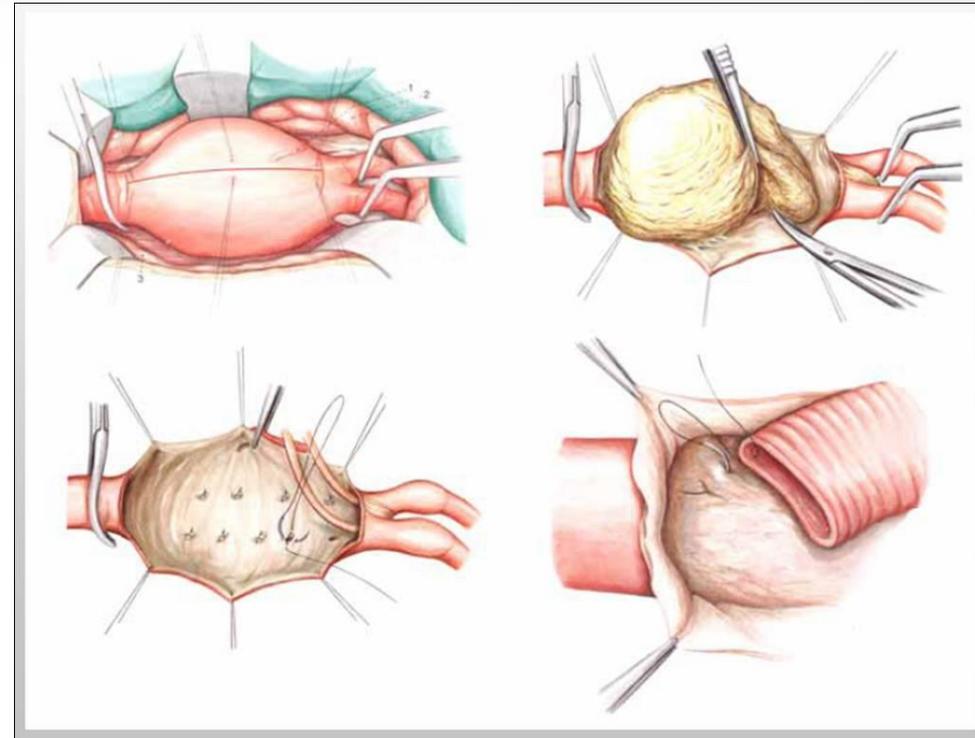
Удаление атероматозных и тромботических масс, промывание полости физиологическим раствором до «чистой воды», прошивание поясничных артерий.

Подбор протеза необходимого диаметра.

Подшивание его к аорте в области «шейки».

Снятие зажимов после полного восстановления проходимости аорты.

Зону аорты с протезом «укутывают» остаточными тканями аневризматического мешка по типу «муфты».



Эндоваскулярное вмешательство

Скорректировать имеющуюся кардиальную патологию.

Введение физиологического раствора начать за 12 часов до вмешательства, продолжать в течение 24 часов.

Размер эндопротеза должен превышать размеры шейки аневризмы на 15–20%.

Обезболивание- местную анестезию

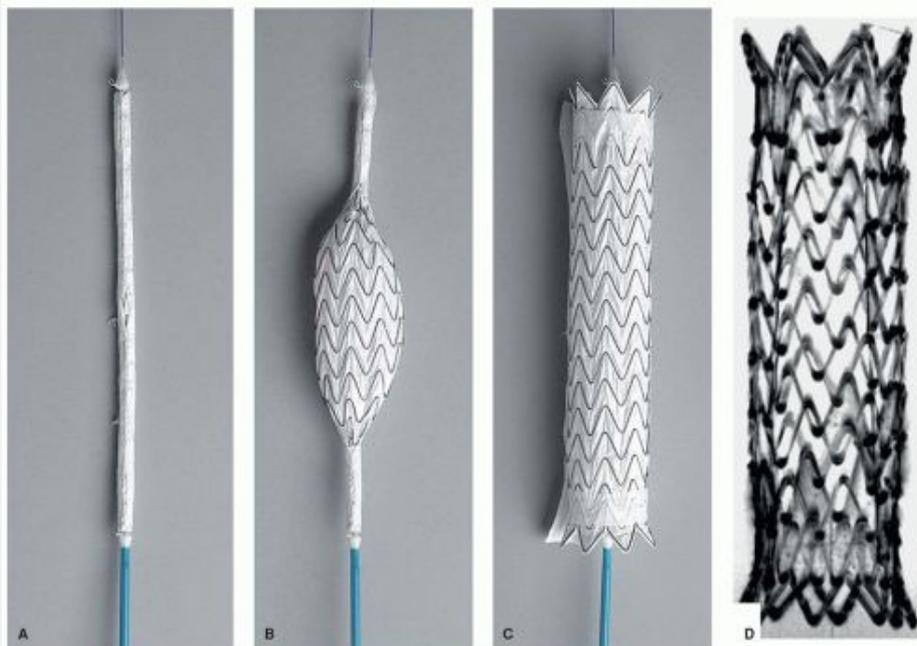
Доступ- Чрескожный доступ

Обезболивание в послеоперационном периоде- НПВС, наркотические анальгетики внутривенно.

Пациенты из отделения интенсивной терапии переводятся на этаж либо в течение нескольких часов после операции или к вечеру дня операции, им разрешается пить сразу после операции. Больным разрешают принимать пищу и двигаться в день операции.



Стент-графт



Этапы

Седативные препараты внутривенно, местная анестезия.

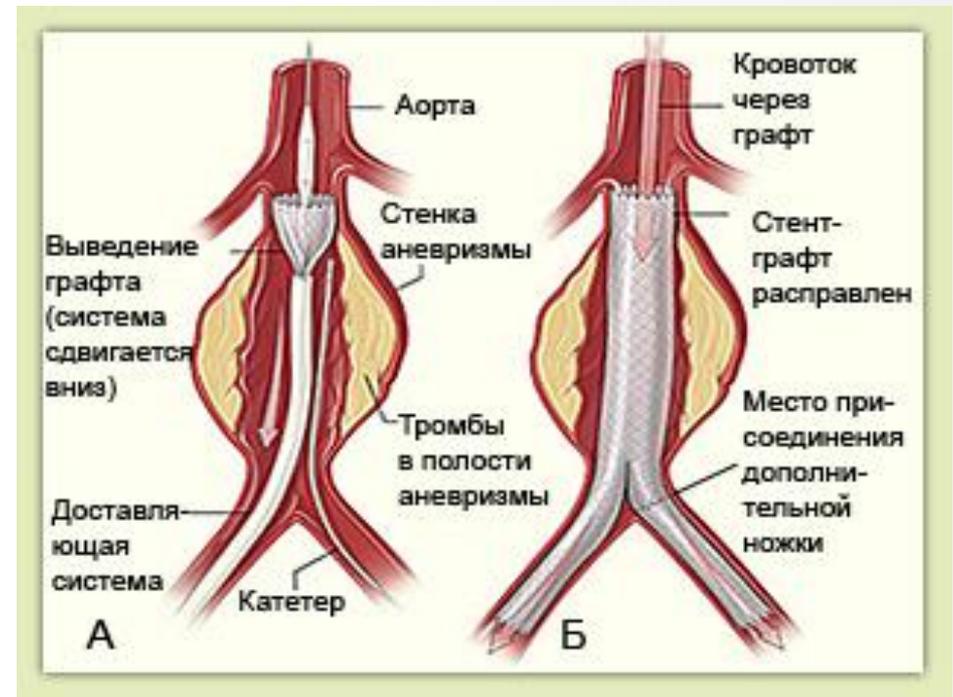
Небольшой разрез кожи в паховой области.

Выделение из мягких тканей бедренной артерии, установка в просвет артерии специального катетера.

В просвет аорты вводят размещенный на специальном катетере эндографт.

Размещение эндографта осуществляют под контролем рентгенографического оборудования. Стент фиксируется в просвете аорты.

В начале из правого бедренного



Использованная литература

- 1. Рекомендации ESC (Европейское общество кардиологов) по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014 г.
- 2. Клинические рекомендации «Аневризма брюшной аорты» 2016 г.
- 3. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты. Москва, 2013 г.
- 4. Клинический протокол диагностики и лечения: аневризма брюшной аорты. Казахстан. 2015 г.