



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Консервативное лечение расслаивающейся аневризмы аорты



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Аневризма аорты

Патологическое локальное расширение участка магистральной артерии, обусловленное слабостью ее стенок.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Расслаивающаяся аневризма аорты

Дефект оболочки аневризматически расширенной аорты, сопровождающийся образованием гематомы, продольно расслаивающей сосудистую стенку с формированием ложного канала.



Классификация расслаивающей аневризмы аорты ДеБейки

Тип I – разрыв в восходящей части аорты и распространяется до брюшной:

- слепой мешком в дистальных отделах аорты;
- дистальный разрыв аорты (дистальная фенестрация).

Тип II – разрыв в восходящей части аорты с образованием слепого мешка проксимальнее плечевого ствола.

Тип III – разрыв в нисходящей части аорты дистальнее левой подключичной артерии:

- слепой мешок выше диафрагмы;
- слепой мешком в дистальных отделах брюшной аорты;
- дистально и ретроградно на дугу и восходящую часть аорты, заканчиваясь слепыми мешками;
- дистальная фенестрация на брюшной аорте.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Классификация по течению

- острые (от нескольких часов до 1-2 дней);
- подострые (от нескольких дней до 3-4 недель);
- хронические (несколько месяцев).



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Лечение расслаивающейся аневризмы аорты

При остром расслоении наиболее рациональным является дифференцированный подход к тактике лечения в зависимости от типа расслоения и развития осложнений. Лекарственная терапия показана больным как начальный этап лечения, до момента проведения аортографии и обеспечения оперативного лечения.

Срочная операция необходима при угрожающем разрыве аневризмы, прогрессирующем расслоении, выраженной аортальной недостаточности, при образовании мешковидной аневризмы, а также при неэффективности проводимой терапии, не снимающей болевого синдрома, и при «неуправляемой» гипертензии. Показанием к операции является также наличие крови в перикарде или плевральной полости.



Медикаментозная терапия

Лекарственная терапия в острой и подострой стадиях болезни рекомендуется:

- больным с III типом расслоения,
- пациентам с предполагаемым I типом расслоения, но при стабильном течении процесса,
- больным с высокими факторами риска (обычно старше 50 лет),
- а также в тех случаях, когда место фенестрации не удастся выявить на аортограмме и при отсутствии контрастирования ложного канала.

Следует также придерживаться консервативного метода лечения при ее эффективности у больных, у которых с момента расслоения прошло более 14 дней.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Задачи медикаментозной терапии

Предотвращение прогрессирования расслоения аорты и нормализация гемодинамики и гомеостаза.

Для этого проводится управляемая гипотензия. Необходимы постоянный контроль за уровнем артериального давления, диуреза, мониторингирование ЭКГ. Каждые 12 часов проводится рентгенологический контроль грудной клетки с целью выявления динамики размеров аневризмы и наличия жидкости в плевральных полостях и перикарде.

Как показывает опыт, риск операций, производимых в хронической стадии процесса при стабилизации гемодинамики и гомеостаза, а также вследствие укрепления наружных слоев аорты в сегменте расслоения, значительно уменьшается, чем в острой и подострой стадиях.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Первоначально проводится симптоматическая терапия проявлений болевого синдрома и иных нарушений:

- при снижении показателя сатурации ниже 90% назначается оксигенотерапия через назальный катетер/маску объемом 4-6 л/мин;
- адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков (препараты выбора – морфин 10 мг, фентанил 0,01 мг) и бензодиазепинов (диазепам 0,01 мг) внутривенно или внутримышечно.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

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.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Для быстрого снижения высокого АД прибегают к внутривенной инфузии нитропруссида натрия или нитроглицерина при обязательном одновременном применении β -блокатора.





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

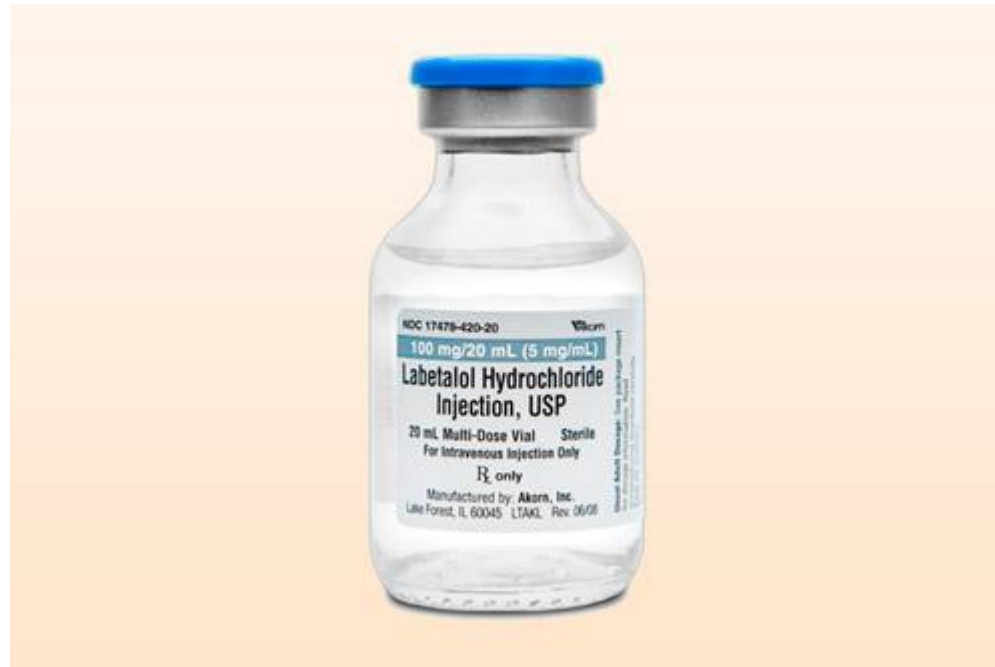
Для быстрого снижения сократимости миокарда производят внутривенное введение β -блокаторов в возрастающей дозе до достижения ЧСС 50–60 в минуту.

Препарат выбора – эсмолол в дозе 500 мкг/кг в течение 1 мин (нагрузочная доза), затем 50 мкг/кг/мин в течение последующих 4 мин; поддерживающая доза – 25 мкг/кг/мин или менее; возможен перерыв между повторными введениями — 5–10 мин; при недостаточном эффекте в течение первых 5 мин двух доз повторно вводят нагрузочную дозу, затем в течение 4 мин – 100 мкг/кг/мин (при повторных попытках возможно увеличение дозы до 150 мкг/кг/мин, затем до 200 мкг/кг/мин).



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Снижения АД и уменьшения ЧСС одновременно можно добиться при помощи лабетолола (10 мг внутривенно в течение 2 минут, далее 20-80 мг каждые 10-15 мин до максимальной дозы 300 мг, в качестве поддерживающей меры – инфузии 2-20 мг в минуту).





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

При противопоказаниях к β -блокаторам можно использовать антагонисты кальция, замедляющие ритм сердца (верапамил, дилтиазем).





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

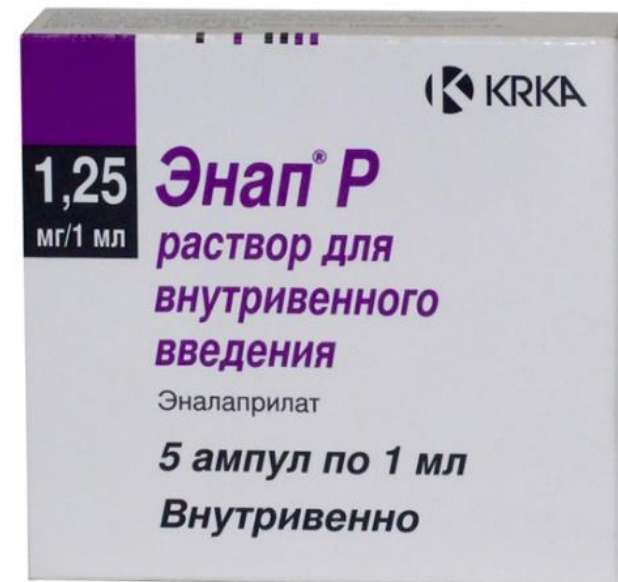
Прием короткодействующих препаратов нифедипина внутрь или под язык может привести к быстрому снижению АД, однако сопряжено с риском возникновения рефлекторной тахикардии, эти средства не следует назначать без предварительного введения β -блокатора.





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

При вовлечении в расслоение артерий почек для снижения АД наиболее эффективным может быть внутривенное введение ингибитора ангиотензин–превращающего фермента (эналаприл 0,625 - 5 мг каждые 4 – 6 ч).





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

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).





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Спасибо за внимание