**Аневризмы. Аневризма грудной аорты. Аневризма брюшной аорты. Аневризма периферических сосудов**

Аневризма расширение артерии, обусловленное слабостью стенки или ее разрушением. Она может быть одиночной или множественной. Аневризма может быть обусловлена врожденным заболеванием стенки сосуда, атеро и артериосклерозом, травмой, сифилитическим и микотическим поражением. Иногда аневризма возникает за суженным участком сосуда (постстенотическая). По форме различают мешковидную и веретенообразную аневризму, ложную (стенка представлена фиброзной тканью) и истинную (в аневризме сохранена внутренняя оболочка сосуда). При одновременном поражении артерии и вены может развиться артериовенозная аневризма. В ряде случаев происходит отслойка внутренней оболочки артерии, при этом кровь расслаивает стенки сосуда, образуя скопление крови.расслаивающая аневризма.

Ложная аневризма. После разрыва артерии чаще травматического генеза в окружающих тканях образуется периваскулярная пульсирующая гематома.

Симптомы: припухлость, изменение цвета кожи, боль и ощущение пульсации. Возможно сдавление рядом расположенных венозных сосудов. Ложная аневризма может стать источником тромбоэмболии периферических сосудов, проявляющейся внезапным ослаблением пульса и симптомами ишемии тканей.

Лечение. Если коллатеральное кровообращение обеспечивает сохранение функции конечности и в ране нет нагноения, с оперативным лечением можно не торопиться; в таком случае операцию выполняют через несколько недель после заживления раны. При ишемии периферического отдела конечности, опасности разрыва и увеличении гематомы, а также при развитии тромбоэмболических осложнений показана немедленная операция.

Истинные аневризмы. Аневризма грудного отдела аорты чаще обусловлена дегенеративными изменениями средней оболочки аортальной стенки (кистозная дегенерация, синдром Марфана, сифилис, атеросклероз). Чаще развивается в проксимальном отделе восходящей аорты, сопровождается расширением створок аортального клапана.

Симптомы, течение. Возраст больных 4060 лет. Первым симптомом часто является недостаточность аортального клапана (см. Пороки сердца). Реже мешковидная аневризма может обусловить сдавление верхней полой вены, трахеи. При исследовании обнаруживают характерные признаки недостаточности аортального клапана с типичным диастопическим шумом. При рентгенологическом исследовании выявляют значительное расширение восходящей аорты. Причиной смерти таких больных может быть прогрессирующая левожелудочковая недостаточность. Оперативное лечение показано при нарастающих гемодинамических нарушениях, обусловленных недостаточностью аортального клапана и/или прогрессирующим расширением восходящей аорты. Операция заключается в протезировании восходящей аорты и аортальных клапанов.

Аневризма дуги аорты чаще является следствием ее атеросклеротического поражения, реже она возникает в результате закрытой травмы грудной клетки. При этом от момента травмы до развития аневризмы может пройти значительный срок (от 3 мес до 20 лет).

Симптомы, течение. Атеросклеротическоепоражение отмечается у больных в возрасте около 60 лет. Клиническая картина обусловлена атеросклеротическим поражением сосудов сердца, головного мозга, местно могут быть явления сдавления ветвей дуги аорты. При травматическом происхождении аневризмы характерны боль в грудной клетке, парез возвратного нерва, одышка. Важное значение имеет рентгенологическое исследование грудной клетки, выявляющее расширение и кальциноз дуги аорты. Аортография позволяет точно установить характер изменений стенки аорты.

Лечение оперативноепротезирование дум аорты и ее ветвей.

Прогноз серьезный.

Аневризма нисходящего отдела грудной аорты обусловлена атеросклерозом, сифилитическим поражением, травмой.

Симптомы. Чаще болеют мужчины в возрасте 5070 лет. Атеросклеротическая аневризма обычно локализуется в проксимальном отделе нисходящей аорты. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение аортымешковидное (чаще сифилитическая аневризма) или веретенообразное (атеросклеротическая аневризма).

Диагноз подтверждают с помощью компьютерной рентгеновской томографии грудной полости, а также аортографии.

Лечение оперативное иссечение аневризмы с аллопротезированием.

Расслаивающая аневризма обусловлена разрывом интимы, который возникает преимущественно в области восходящей части аорты. Способствуют расслоению аорты синдром Марфана, высокое АД, беременность, идиопатический кифосколиоз. Кровь через дефект внутренней оболочки устремляется в стенку аорты, разрушает среднюю оболочку и отделяет внутреннюю оболочку от наружной.

Осложнения: разрыв аневризмы, сужение просвета аорты и отходящих от нее сосудов.

Симптомы, течение. Основной симптом резкая нарастающая боль в грудной клетке. Болевой синдром очень выражен, иногда сопровождается шоком, причем усиление болевого синдрома совпадает с повышением АД.

Диагноз основывается на данных обзорного рентгенологического исследования органов грудной полости, компьютерной рентгеновской томографии и аортографии. В течение первых суток после возникновения расслоения аорты погибают 25% больных, в течение недели50%, месяца 75%. Более года живут только 10% больных. Причиной смерти является разрыв расслаивающей аневризмы и кровотечение в полость перикарда, средостение, плевральную полость.

Лечение. Экстренные мероприятия заключаются в снижении АД до 100120 мм рт. ст., уменьшении скорости вентрикулярного выброса с помощью бетаблокаторов. Эти мероприятия уменьшают распространение расслоения аневризмы. Оперативное вмешательство, при котором производят протезирование сегмента аорты, показано при выраженной недостаточности аортального клапана, возникшей на почве расслаивающей аневризмы, при увеличении расслаивающей гематомы и угрозе разрыва, при знлчительном сужении основных ветвей аорты, при доказанном поступлении крови в перикард и плевру, безуспешной консервативной терапии и некорригируемой артериальной гипертензии. Летальность при таких вмешательствах составляет 1020%, пятилетняя переживаемость около 50%.

Аневризма брюшной аорты возникает, как правило, в результате атеросклероза. Локализуется она преимущественно ниже места отхождения почечных артерий.

Симптомы, течение. Клиническая симптоматика скудная. Примерно 40% аневризм являются случайной находкой при клиническом или рентгенологическом исследовании. В начале заболевания больной может отмечать периодически возникающую боль в животе без четкой локализации и ощущение пульсации. Затем слева от позвоночника начинают определять пульсирующее образование, при аускультации стенотические шумы. Затем возникает боль в животе после приема пищи, отмечаются явления перемежающейся хромоты. Боль нарастает, если аневризматический мешок сдавливает спинапьные корешки.

Диагноз основывается на данных клинического оборудования (пульсирующая опухоль слева от позвоночника), обзорной рентгеноскопии брюшной полости (кальциноз анавризматического мешка), ультразвукового исследования, компьютерной рентгеновской томографии. Дифференциальный диагноз проводят с забрюшинной опухолью и опухолью поджелудочной железы.

Лечение только оперативное резекция аневризмы с протезированием.

Прогноз. 90% нелеченых больных погибают в течение года от разрыва аневризмы. Массивное кровотечение возникает в забрюшинное пространство, свободную брюшную полость, при наличии соустьяв просвет желудочнокишечного тракта или нижнюю полую вену. Летальность при этом составляет 90%. Реже возникают тромбоэмболические осложнения.

Аневризма периферических сосудов развивается в результате артериосклероза, травм, иногда аррозии сосуда, Возможны врожденные аневризмы. Редко аневризмы периферических артерий локализованы в висцеральных артериях, артериях головного мозга.

Симптомы, течение. Характерно нарушение артериального кровообращения периферических отделов конечности или органа. Одновременно может быть нарушение опока венозной крови за счет сдавления аневризмой вены. При длительном существовании аневризмы могут быть симптомы сдавления и оттеснения соседних органов с нарушением их функции. Местно определяется пульсирующая опухоль с типичным стенотическим шумом.

Диагноз подтверждается с помощью ультразвуковой доплерографии, компьютерной рентгеновской томографии, ангиографии.

Осложнения: тромбозы и эмболии периферических отделов сосуда, разрыв аневризмы с кровотечением. С увеличением диаметра аневризмы опасность ее разрыва возрастает.

Лечение. При увеличении аневризмы, развитии тромбоэмболических осложнений и угрозе ее разрыва показано оперативное лечение. Характер операции зависит от локализации аневризмы.

Артериовенозная аневризмапатологическое сообщение между артерией и веной. В отличие от физиологических артериовенозных анастомозов при артериовенозной аневризме нет замыкательного механизма и физиологической регуляции его функции. Артериовенозные аневризмы могут быть врожденными (боталпов проток1, болезнь Паркса Вебера с образованием между артерией и веной массивных гемангиоматозных зон и др.). Приобретенные аневризмы встречаются чаще (80%), они обусловлены травмой (чаше колющего или режущего характера) артерии и вены, разрывом артериальной аневризмы в сопровождающую вену, реже биопсией стенки сосуда или наложением артериовенозного шунта для проведения гемодиализа. Сообщение между артерией и веной может происходить с образованием или без образования аневризматического мешка. В последнем случае следует говорить об артериовенозном свище. Такие свищи могут быть одиночными и множественными. Они могут располагаться в непосредственной близости от сердца и на периферии. Функциональное влияние свища на сердце и крупные сосуды зависит от локализации и степени кровотока через него. Свищ обусловливает сброс крови с развитием гипоксии периферических тканей. Потери объема крови из артериального колена свища в венозное тем больше, чем больше диаметр свища и ближе ксердцу он расположен. Сброс крови из артерии в вену приводит к перегрузке правого сердца. Организм стремится компенсировать недостаточный кровоток на периферии увеличением сердечного выброса, спазмом периферических сосудов и увеличением объема циркулирующей крови («больной кровит в собственную венозную систему»).

Симптомы, течение. Пальпируемая пульсирующая опухоль, «машиноподобный» шум над свищом, расширение проксимальных вен с пульсацией варикозных узлов, расширение проксимапьного отдела артерии с образованием дополнительных петель на ангиограммз, периферические свищи приводят к развитию симптомов хронической артериальной недостаточности. При пережатии приводящей артерии или свища иногда исчезает шум, урежается пульс и повышается АД (симптом НиколадониДобровольской).

Осложнения: правожелудочковая недостаточность, варикозные или ишемичесдае язвы, отеки, застойный дерматит конечности.

Лечение только оперативное. Целью его является ликвидация свища с восстановлением кровотока по артерии и вене. Это достигается путем пересечения свища с укрытием дефектов стенки артерии и вены. Такая реконструкция производится при артериовенозных свищах, расположенных проксимальнее локтевого или коленного сустава. При локализации дистальнее этих суставов может быть произведена перевязка всех приводящих и отводящих артерий и вен.

Прогноз при своевременном оперативном лечении благоприятный. Чем раньше произведена оперативная коррекция, тем меньше и более обратимы нарушения кровообращения и изменения миокарда.

Аневризма сердца. Инфаркт миокарда в 1015% случаев осложняется развитием аневризмы. Большая часть постинфарктных аневризм располагается на передней стенке левого желудочка у верхушки сердца. Реже причиной аневризм являются травмы, ревматизм,

Симптомы, течение. Небольшие аневризмы (менее 4 см) могут протекать бессимптомно. Как правило, имеются нарушения функции миокарда, обусловленные основным заболеванием. Определяются увеличение границ сердца, прекордиальная пульсация, на ЭКГ характерная застывшая монофазная кривая, типичная для инфаркта миокарда. При рентгенологическом исследовании обнаруживают выбухание контура сердца. Размер и точную локализацию аневризмы устанавливают с помощью рентгенокимографии. Необходимо тщательное исследование функции миокарда катетеризация полостей сердца с исследованием диастолического давления и др. Показанием к операции является опасность разрыва аневризмы, нарастающая левожелудочковая недостаточность, тромбоэмболические осложнения, рецидивирующая желудочковая тахикардия.

Операция заключается, как правило, в субтотапьном иссечении аневризматического мешка. Послеоперационная летальность составляет 515%.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>