



Қолқа аневризмасы

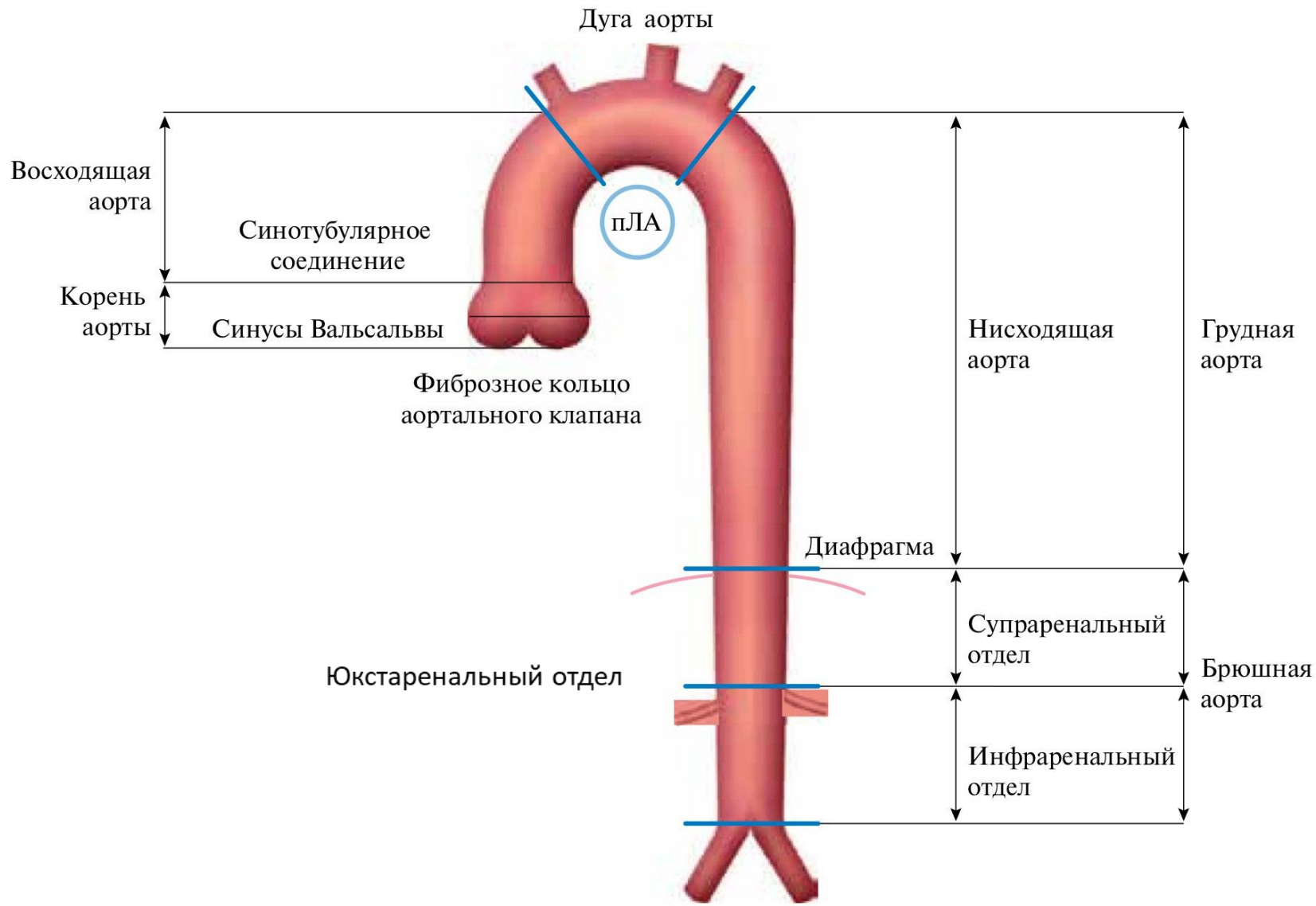
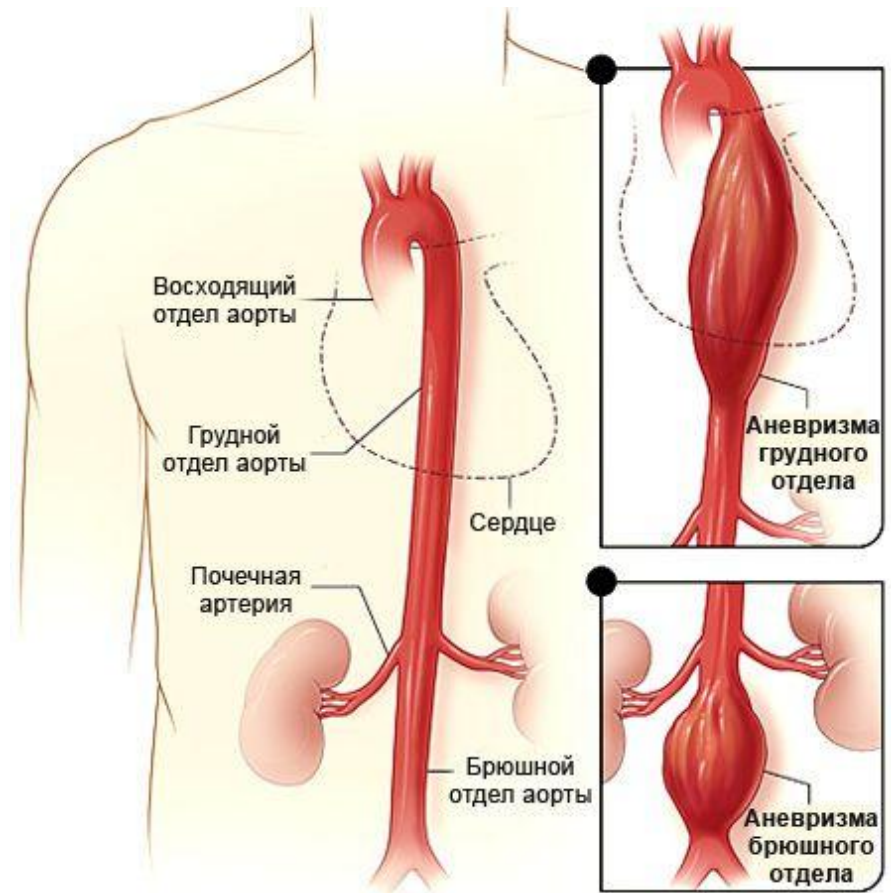


Рис. 1. Сегментарное деление восходящей и нисходящей аорты. пЛА — правая ветвь легочной артерии.

Эпидемиология

- Қолқа ауруларының ішінде 2 орын
- 1,4-8,2% науқастарда бұл ауру 50 жастан 79 жас аралығында дамиды
- Ер адамдарда әйел адамдармен салыстырғанда 2-14 есе жиі кездеседі
- Кеуде бөлігінің аневризмасының 40 % қолқаның жоғары көтерілетін бөлігінде дамиды.
- 35% науқастарда ешқандай белгілерсіз өтеді
- Асқынулардан мерт болу пайызы 60-70%

- «Аневризма» термині негізінен грек тілінен алынып, “кеңею” немесе “созылу” деген мағына береді. Аневризма ірі қантамырлар мен аортаның медиалды қабатының деструкциясы мен әлсіреуі нәтижесінде дамиды.



Этиология мен патогенезі

- Ортаңғы қабат пен адвентитиаға байланысты аорта қабырғасының жұқаруы немесе қалыңдауы
- Қабыну немесе атероматозды массаға байланысты ішкі өзгерістер
- Эластикалық жақтаудың бұзылуы

Аорта қабырғасындағы дегенеративті және қабыну өзгерістері

- Ортаңғы қабықтың бұлшықет-серпімді элементтерінің липоидоз, атероматоз және плазма мен лимфоидты жасушалардың жинақталуы салдарынан зақымдануы
- Ваза-вазорумның бұзылуы және тамыр қабырғасының дұрыс тамақтанбауы
- Серпімді мембраналар мен бұлшықет қабатының бұзылуы олардың тыртықты ұлпамен алмастыруына әкеледі

Тәуекел факторлары

- Жасы 65-тен жоғары, еркек жынысы, генетикалық бейімділік
- Артериялық гипертензия (аорта қабырғасындағы кернеудің жоғарылауы)
- Дислипидемия, қант диабеті Атеросклероз
- Шылым шегу
- ӨСП
- Қан тамырларының қабынуы - аорта қабырғасындағы цитокиндер деңгейінің жоғарылауымен және матрицалық металлопротеаздар өндірісінің жоғарылауымен байланысты
- Жарақаттар

Жіктелуі

Локализация: кеуде, торакоабдоминальды (іштің және іштің)
аневризмалары

Көлемі бойынша: кішкентай - 5 см дейін;

орташа - 5-7см;

үлкен - 7-10 см;

алып - 10 см-ден асады

Кезеңдері бойынша:

жедел - 2 аптаға дейін

субакут - 2 апта - 3 ай

созылмалы - 3 айдан астам

Жіктелуі

Аневризма қапшығының құрылымына қарай:

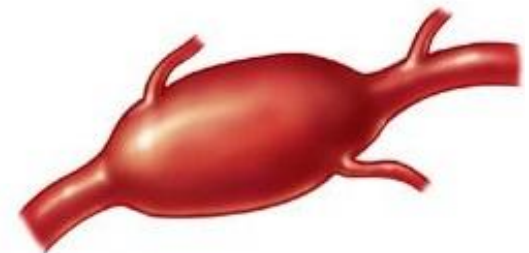
- Шынайы
- Жалған

Түрі бойынша:

- Буылтырық тәрізді
- Қапшық тәрізді



Мешотчатая аневризма



Фузиформная
(веретенообразная)
аневризма

Торакоабдоминальды аневризмалар Е. S. Crawford бойынша

- I тип - сол жақ бұғанаасты артериядан қолқаның аралық сегментіне дейін
- II тип - сол жақ бұғанаасты артериядан қолқалық бифуркация деңгейіне дейін
- III тип - төмен түсетін кеуде қолқасының ортасынан қолқалық бифуркацияға дейін
- IV тип - он екінші қабырғааралық кеңістіктен қолқалық бифуркацияға дейін

Іш қуыс қолқа аневризмалары

А.В. Покровский бойынша

- I тип - висцеральды және бүйрек артериялары қатысатын іш қуысының қолқасының проксимальды сегментінің аневризмасы;
- II тип - инфра-ренальды сегменттің аневризмасы, қолқа бифуркациясының қатысуысыз
- III түрі - қолқа бифуркациясы және мықын артериялары қатысатын инфрақызыл сегменттің аневризмасы;
- IV түрі - іш қуысы қолқасының толық зақымдануы.

Белгілері

Кеуде қолқа аневризмасы

Көбінесе олар асимптоматикалық болып табылады, кездейсоқ патологияға байланысты немесе скрининг аясында басқа мүшелерді тексеру кезінде байқалады.

Тыныс алудың қысқаруы
Қиын немесе жұту кезінде аурсыну
Жөтел
қарлығыуы
Кеуде бойында ауырсыну,
ауырсыну арқаға, иыққа беріледі
Дисфагия
Жоғарғы қуыс көктамырсиндромы

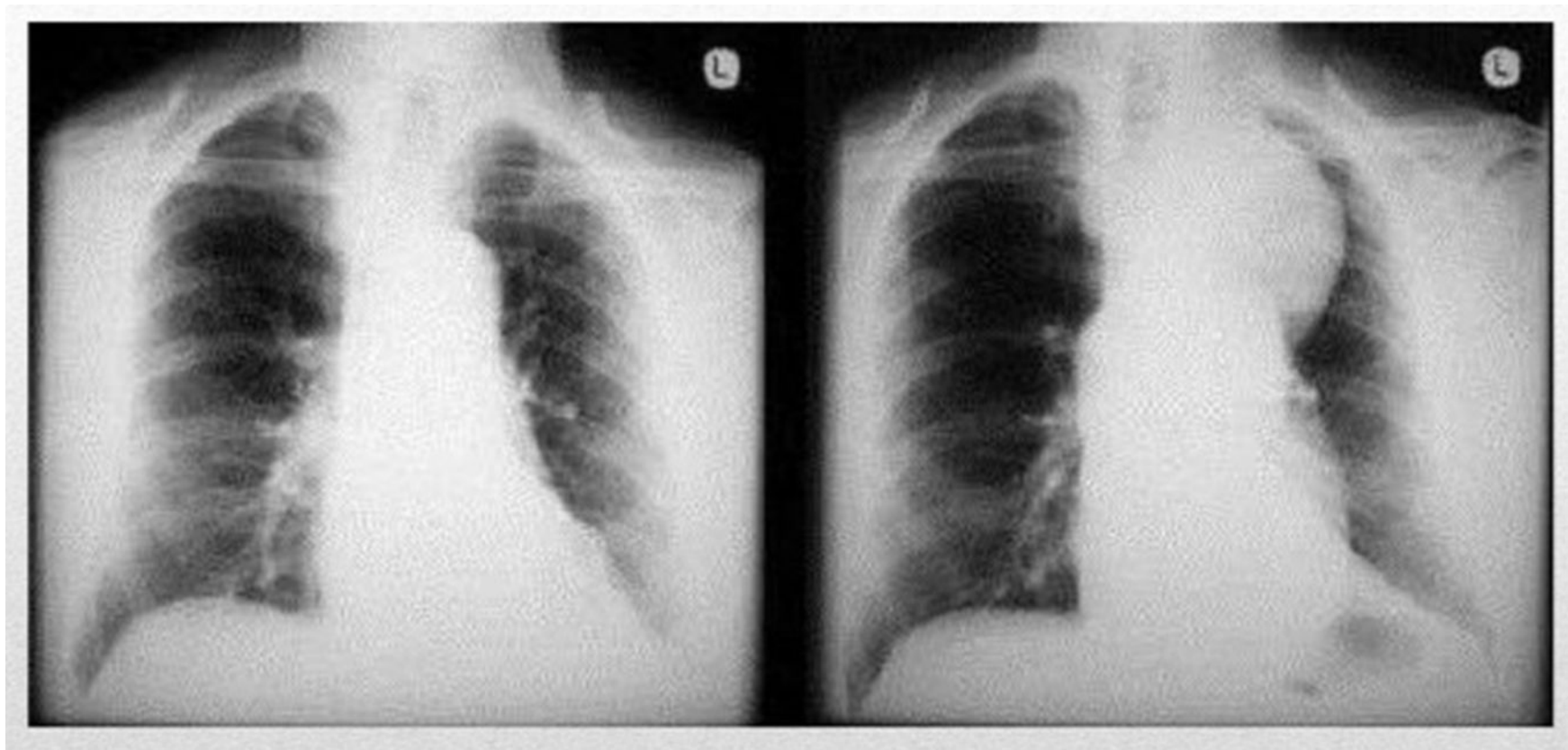
Іш қуысы қолқа аневризмасы

Іште тұрақты немесе үзік-үзік
аурсыну
Ыңғайсыздық
Асқазандағы діріл сезімі
Біраз тамақтанғаннан кейін «толып
кету» сезімі
Дизурия
Аяқтың ісінуі

Қолқа аневризмасын диагностикалау

- Аннамнез жинау
- Рентгенография
- ТТ-ЭхоКГ
- Ультрадыбыстық зерттеу
- АА диагнозындағы алтын стандарт:
- MSCT
- МРТ

Кеуде рентгени

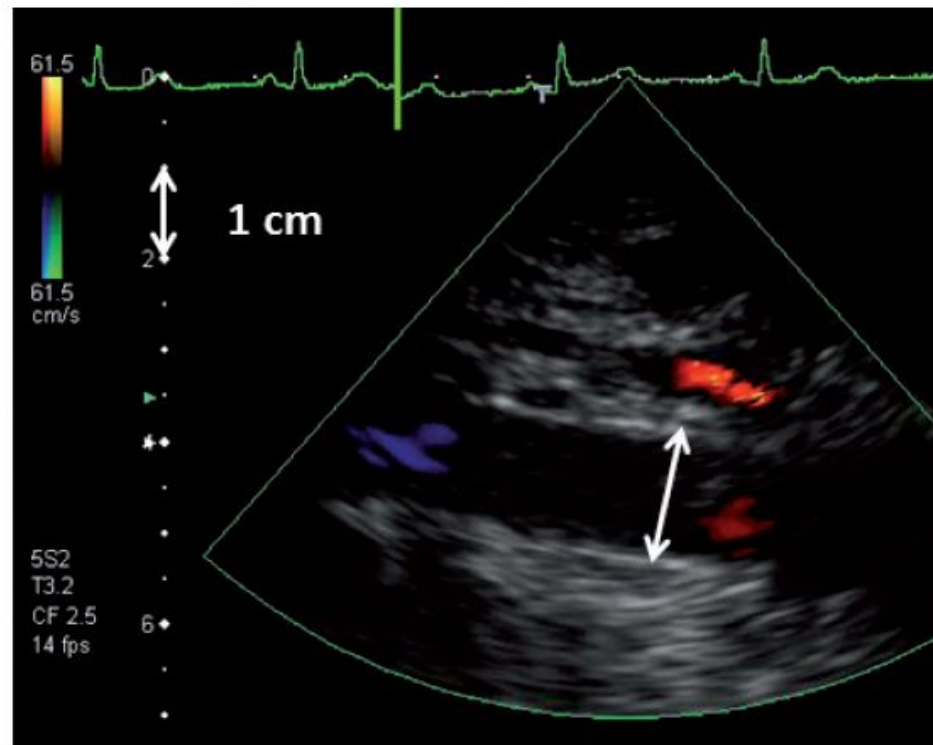


Қолқаның ультрадыбыстық доплерографиясы

Абдоминальная аорта

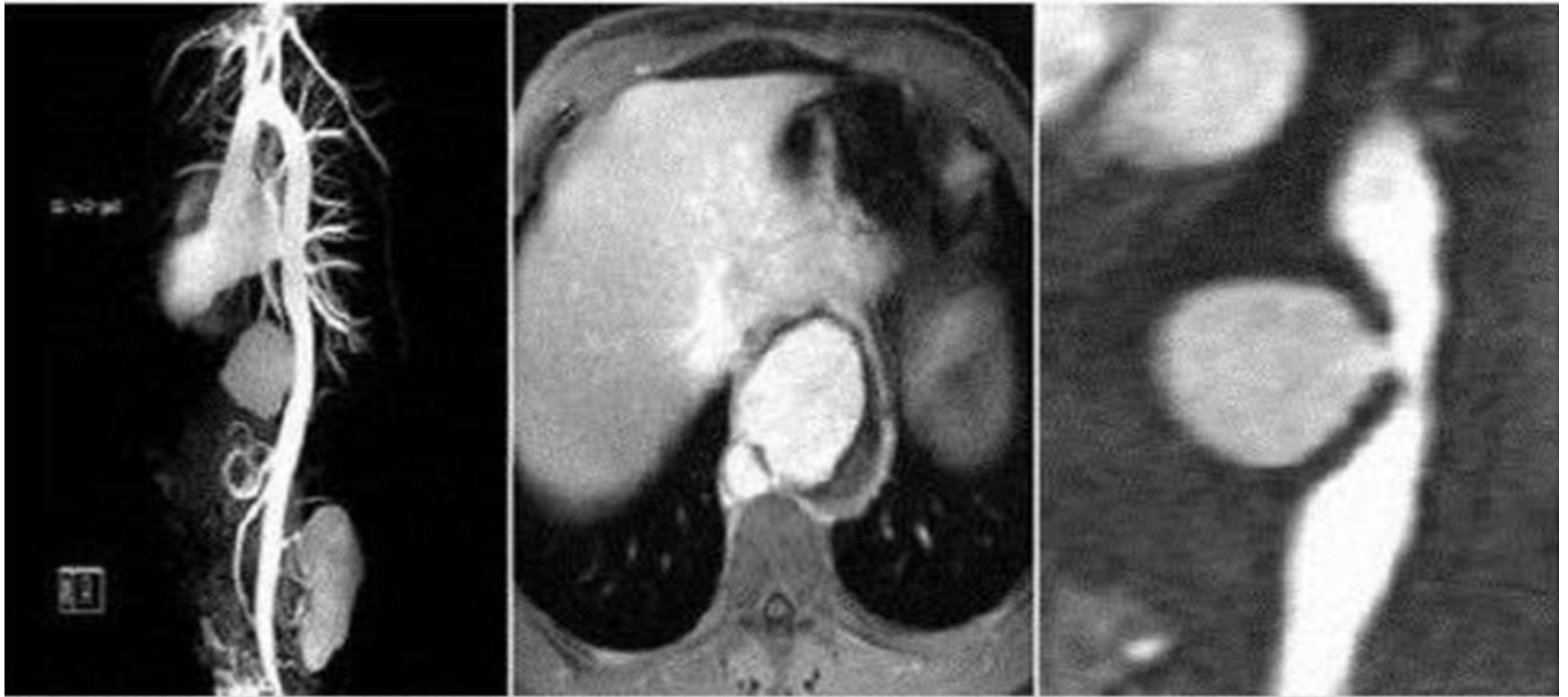
Изображение по короткой оси

Изображение по длинной оси

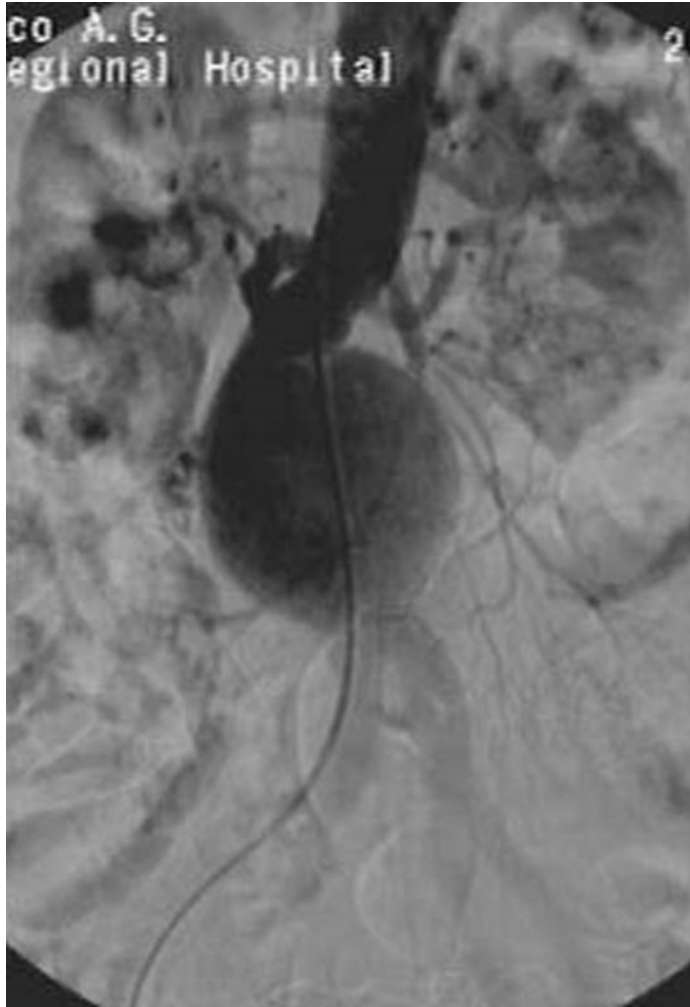


- Ультрадыбыстық зерттеу нәтижелері бойынша іш қуысының көлденең және бойлық кескіні, диаметрлі өлшеулермен

MPT



Қолқаартериография

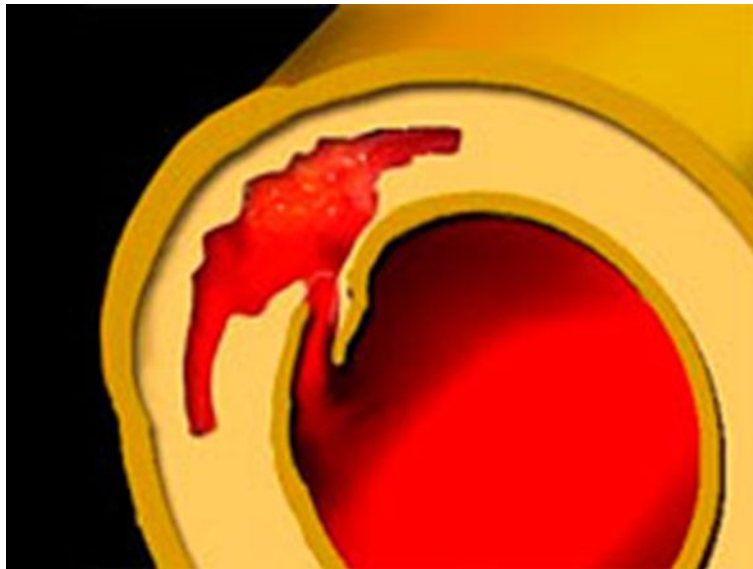


Аневризманың өсу қарқыны

- Төменгі кеуде қуысының аневризмалары жоғарғыға қарағанда тез өседі (жылына 3 мм)
- Аорта бөлу қаупінің едәуір артуы аорта диаметрі 60 мм-ден асқанда, төменгісі 70 мм-ден асады және мөлшері жылына 10 мм-ге өскенде пайда болады.

Қолқа аневризмасының шабырлануы

- Қолқа қабырғасының қабаттарының бөлінуімен және олардың арасында хабарлама жасамай нағыз арна мен жалған арнаның пайда болуымен қабырға ішілік қан ағынымен қоздырғышты жою.
- Көбінесе инициативті күй - бұл жарылу



Қолқа аневризмасының шабырлануының жіктелуі

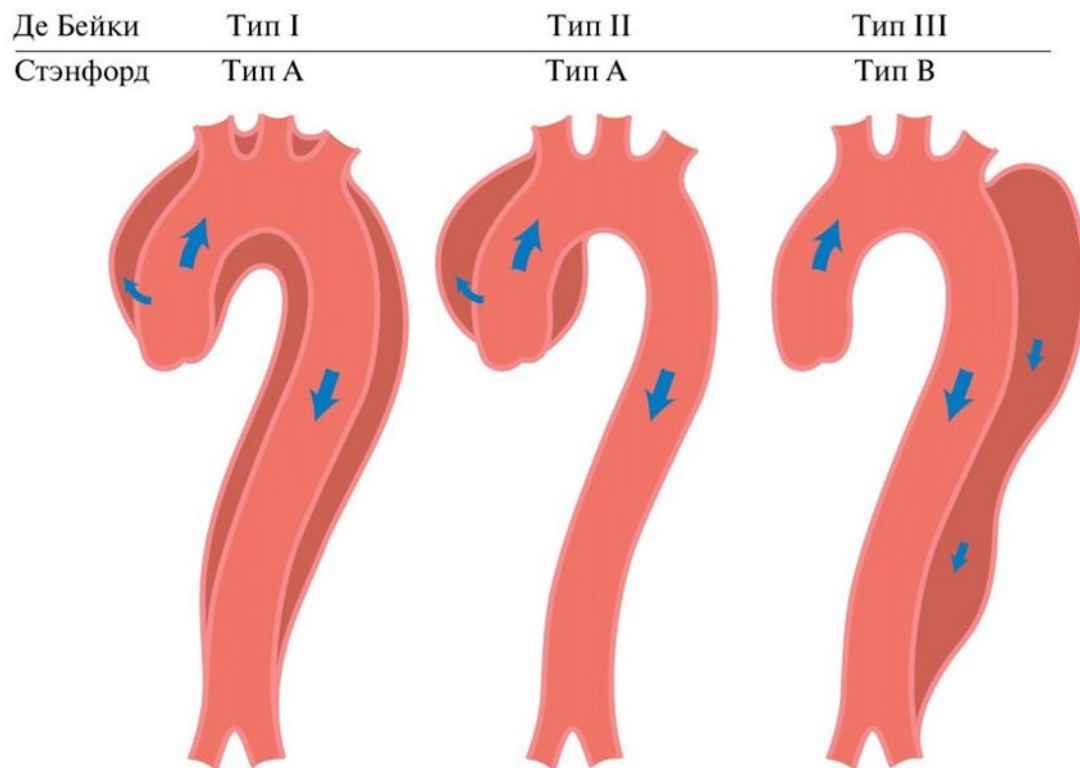


Рис. 4. Классификация РА по ее распространению.

Примечание: схемы РА класс 1, в котором выделяют типы I, II, и III по De Bakey [1]. Также изображены классы по Stanford A и B. В типе III выделяют подтипы III A в III C. (подтип зависит от вовлечения грудной или брюшной аорты, по Reul и др. [140]).

DeVakey бойынша қолқа аневризмасының шабырлануы

- I тип – шабырлану өсіп келе жатқан қолқадан басталып, аркага дистальды, көбінесе төмен түсетін қолқаға дейін созылады;
- II тип - шабырлану басталады және көтерілетін қолқамен шектеледі;
- III тип - шабырлану төмен түсетін қолқамен басталады және шектеледі, оның екі қосалқы түрі бар: шабырлану диафрагманың үстінде, шабырлану диафрагмадан төмен орналасқан кезде.

Стенфорд бойынша қолқаның шабырлануы

тип А — жоғарғы қолқа қамтитын шабырлану, басталған жеріне қарамастан (70%)

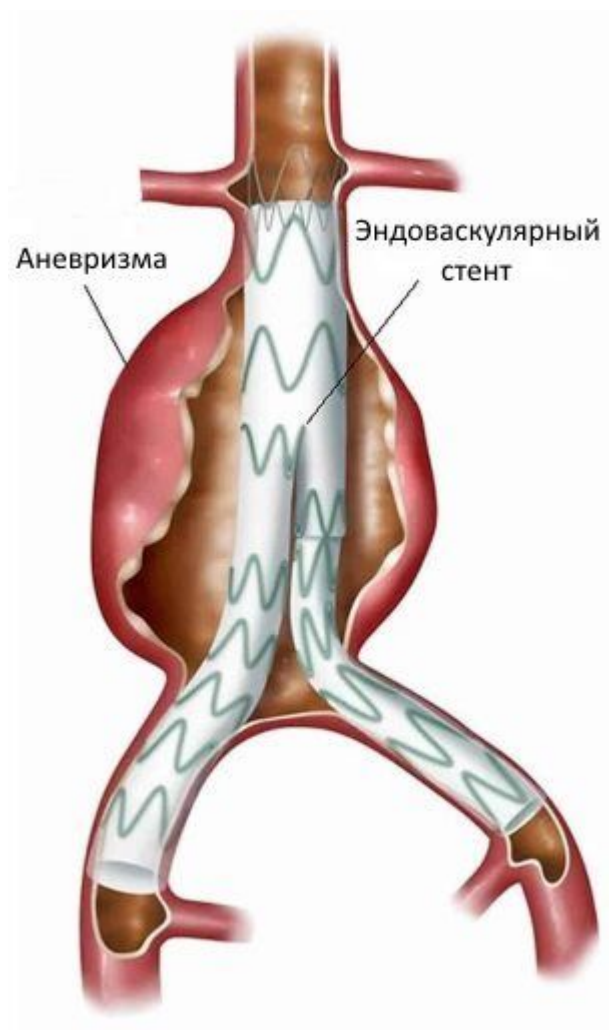
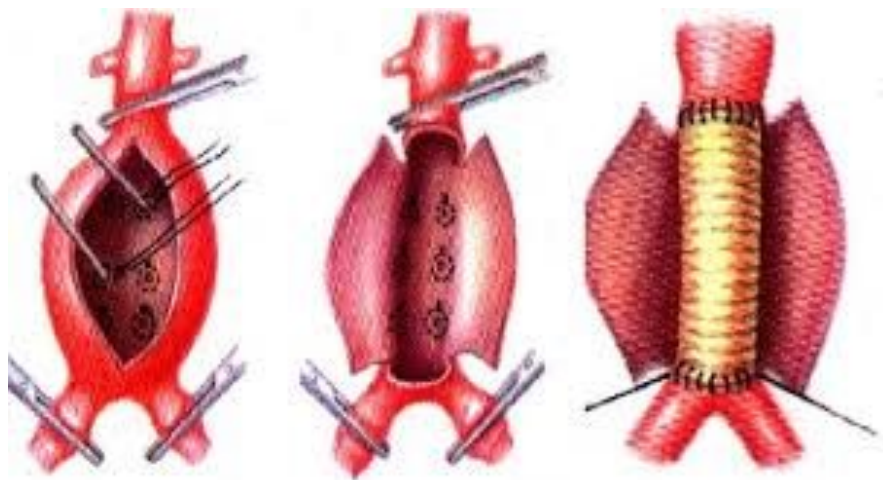
тип В — жоғарғы қолқаны қамтымайтын шабырлану

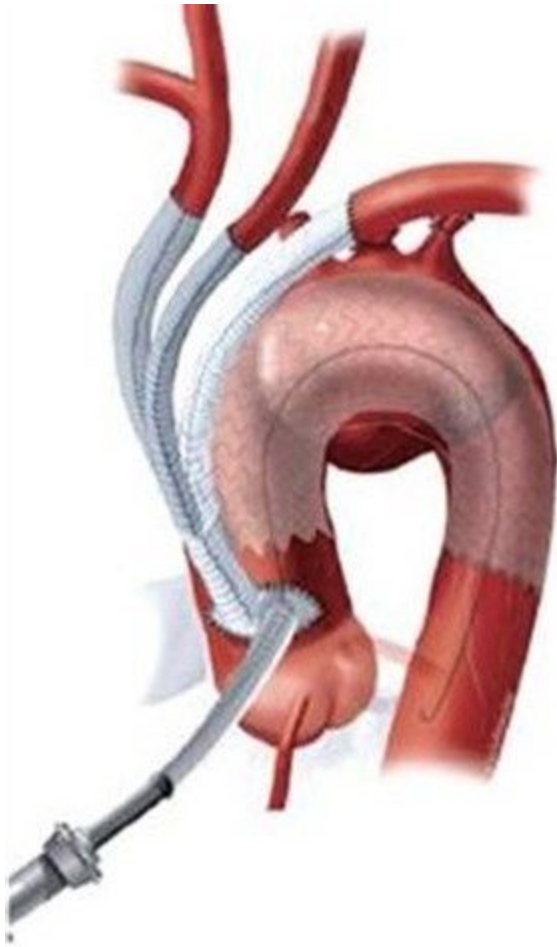
Терапия принциптері

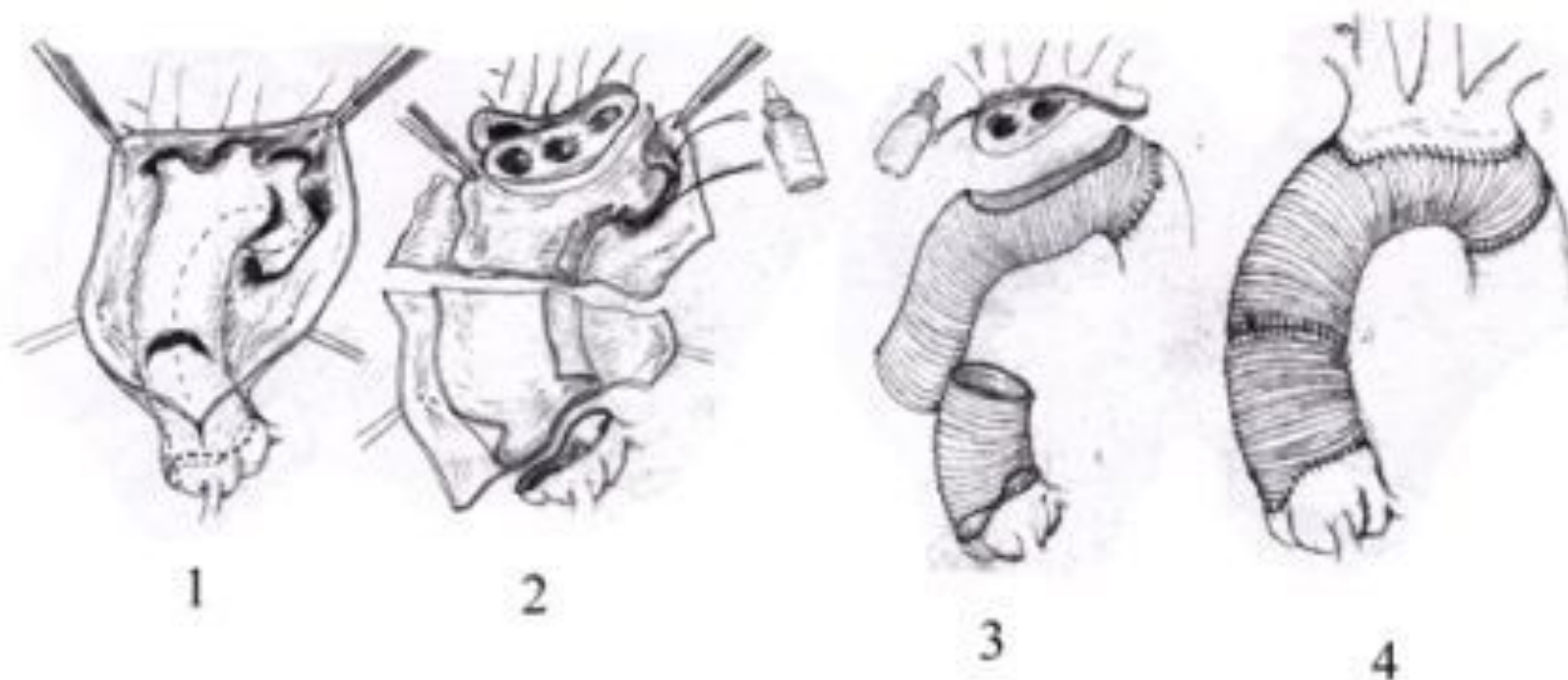
- ЖҚА қауіп факторларына әсер ету
- Темекіні тастау (АВА жылына 0,4 мм кеңеюін тездетеді)
- Қалыпты дене белсенділігі
- Холестеринды төмендету, статиндер
- Қан қысымы мен жүректің жиырылу қызметін төмендету арқылы аорта қабырғасына деформациялау әсерін азайту:
- Қан қысымы 140/90 мм рт.ст.-ден төмен.
- қан қысымының күрт ауытқуын болдырмау
- антигипертониялық терапия
- антитромбоцитарлы емдеу: ацетилсалицил қышқылы - күніне 70-300 мг
- Әр 6 ай сайын специалистке қаралу

Оперативті ем

- Хирургиялық емдеу әдісі туралы шешім жеке негізде, анатомия, патология, қатар жүретін ауруларға сәйкес қабылданады.
- Науқас ашық отадан өтуі мүмкін болғанда немесе анатомиялық сипатты себептерінен эндопротездеуге сәйкес келмесе немесе операциядан кейінгі кезеңде жүйелі тексеруден өте алмаса, ашық операция жасау керек.







Протезирование восходящего отдела и дуги аорты