

УДК: 616.132-07.64:616.8-07

*Д.Ш. Дюба, А.В. Ковалева, Н.Н. Зиновьева***НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ***Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк*

Резюме. Аневризма аорты тяжелое заболевание, требующее хирургического лечения, так как закономерным ее исходом является разрыв. Клиническая симптоматика аневризмы зависит в первую очередь от ее локализации и этапов развития патологического процесса. При этом возникают симптомы нарушения гемодинамики и симптомы сдавления окружающих органов. Знание неврологических синдромов при разрывах аорты, их правильная клиническая оценка должны помочь в постановке диагноза. Знание основных клинических проявлений этой болезни и тщательное обследование больных позволяют поставить правильный диагноз или хотя бы заподозрить разрыв аневризмы.

Ключевые слова: аневризма аорты, неврологические проявления, нарушения гемодинамики

Аневризма аорты тяжелое заболевание, требующее хирургического лечения, так как закономерным ее исходом является разрыв. Летальность, даже после плановых операций, достигает 6,5% [2, 6, 8]. В США ежегодно диагностируется 2000 случаев расслаивающей аневризмы аорты. Распространенность этого заболевания составляет 5–20 случаев на 1 млн населения в год [8]. При вскрытии внезапно умерших от нетравматических причин расслаивающая аневризма аорты выявляется в 1,5% случаев. При отсутствии лечения смертность в течение 3 месяцев составляет около 90% [6, 8, 9].

В настоящее время среди причин, приводящих к развитию аневризмы, первое место принадлежит атеросклерозу. У людей в возрасте старше 40 лет атеросклеротические изменения преобладают в брюшной аорте [1, 2, 6, 8, 9].

Самым важным этиологическим фактором является гипертензия, она имеется у 70–90% больных, у которых развивается расслаивающая аневризма аорты. Врожденные заболевания, приводящие к этому состоянию, включают синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса, врожденный дву-

створчатый аортальный клапан, коарктацию аорты, синдром Тернера, гигантоклеточный аортит и рецидивирующий полихондрит. Также имеется взаимосвязь с беременностью. Половина всех случаев расслоения стенки аорты у женщин моложе 40 лет возникает во время беременности, чаще всего в III триместре [2, 5, 6, 8].

Подобно острому инфаркту миокарда, внезапной сердечной смерти и остановке сердца расслаивающая аневризма подвержена циркадным и сезонным ритмам. Она чаще развивается в утренние часы и в зимние месяцы года. Эти изменения коррелируют с физиологическими колебаниями уровня артериального давления [3, 5, 7, 8].

Кроме того, описаны случаи расслаивающей аневризмы аорты после терапевтических или хирургических процедур, включая те из них, когда в аорту вводят устройства для контрапульсации или канюлизируют аорту или ее основные ветви. Существует мнение, что ятрогенная расслаивающая аневризма аорты является редким осложнением. Например, при ретроспективном анализе было установлено, что после операции на сердце аневризма развивается в 0,12–0,16% случаев [1, 4, 6].

Аневризма дуги аорты характеризуется ощущением боли и пульсации за грудиной. Боль может иррадиировать в шею, левую половину головы. Нередко наблюдается уменьшение звучности голоса (осиплость) вследствие сдавления возвратного нерва, синдром Горнера слева [4, 6].

Увеличивающееся выпячивание стенки аорты может смещать пищевод, трахею и бронхи. Возникает затруднение глотания, одышка (инспираторного типа), кашель. Распространение аневризмы вправо и в сторону может приводить к сдавлению верхней полой вены, развивается отек и цианоз лица, шеи, головная боль, приступы удушья, кровохарканье.

При вовлечении в процесс сонной и подключичной артерий могут появляться неврологические расстройства в виде головокружения, обморочных состояний, транзиторно-ишемических атак, инсультов [1, 2, 6, 7].

Аневризмы грудной аорты могут сдавливать пищевод (возникает дисфагия). Рано появляются корешковые боли, иногда одышка, кашель.

Атеросклеротическая аневризма брюшной аорты чаще развивается в дистальном отделе, на 2–4 см ниже места отхождения почечных артерий. Возникает боль в животе. Интенсивность боли различная, от тупой до нестерпимой. Характерна для такой локализации аневризмы — иррадиация боли в поясницу, в пах. Боли вызываются давлением аневризмы на нервные корешки и сплетения; на органы брюшной полости и забрюшинного пространства [3, 5, 6, 7].

Сведения о спинальных расстройствах при аневризмах аорты в литературе освещены были недостаточно. В единичных литературных источниках описывался так называемый миелитический синдром при росте аневризмы по направлению кзади. Авторы объясняли происхождение этого синдрома сдавлением или тромбозом межреберных артерий, что приводит к нарушению кровотока к спинному мозгу. У большинства больных с аневризмой аорты обнаруживаются очаговые спинальные симптомы. Они выражались снижением мышечной силы и гипотонией мышц, повышением коленных и ахилловых рефлексов, клонусов стоп и патологическими рефлексимами [4, 6, 8].

Можно выделить три основных аспекта, связанных с нарушением кровообращения в спинном мозге.

Первый связан с тем, что неврологические расстройства развиваются на начальных этапах формирования атеросклеротической аневризмы на уровне торакального отдела аорты, торакоабдоминального или абдоминального. Такие симптомы входят в комплекс клинических проявлений аневризмы и связаны с пристеночным формированием тромботических масс, окклюзирующих сегментные ветви пораженного аорты (межреберные, поясничные, крестцовые артерии, от одной из которых формируется крупная радикулотомедуллярная

артерия). Это необходимо для постановки диагноза врачам общей практики, неврологам и хирургам [4, 6, 8].

Второй, что спинномозговые расстройства при атеросклеротической аневризме могут отсутствовать и развиваются уже во время оперативного вмешательства на аорте. Как правило, они связаны с длительным клипированием аорты, перевязкой сегментов её ветвей, от которой формируется радикулотомедуллярная артерия. Нижний парапарез (параплегия) с нарушением чувствительности и функции тазовых органов в такой ситуации может развиваться и вследствие эмболизации снабжающей спинной мозг артерии. Эмболом служат атероматозные или тромботические массы на уровне аневризматического расширения аорты [2, 6, 8].

Третий аспект проблемы связан с мерами профилактики спинномозговых расстройств при хирургическом лечении аневризм аорты. В этом плане проводится нейрофизиологическое мониторирование электронейромиографических показателей.

По результатам проведенных ранее исследований пришли к выводам, что риск параплегии зависит от обширности и варианта поражения аорты, уменьшает риск грубой ишемии спинного мозга предоперационное исследование васкуляризации спинного мозга и применение во время экстракорпорального кровообращения гипотермии, встречающаяся послеоперационная параплегия зависит от многих факторов и не может быть тотально предупреждена хирургической техникой [2, 5, 6, 8].

Клиническая симптоматика аневризмы зависит в первую очередь от ее локализации и этапов развития патологического процесса. При этом возникают симптомы нарушения гемодинамики и симптомы сдавления окружающих органов.

С патологией аорты приходится сталкиваться врачам разных специальностей, но в основном терапевтам, неврологам, хирургам. Знание неврологических синдромов при разрывах аорты, их правильная клиническая оценка должны помочь в постановке диагноза.

Основными диагнозами, с которыми больные направляются с целью госпитализации в стационар, являются: острое нарушение церебрального и спиналь-

ного кровообращения, острый инфаркт миокарда, острый панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, язвенная болезнь желудка. Во всех случаях имели место значительные трудности в постановке диагноза разрыва аорты [2, 6, 5, 8, 9].

Этиологическими факторами, которые привели к образованию аневризмы аорты, являлись атеросклероз, гипертоническая болезнь и их сочетание, а также патология почек.

При аневризмах грудного отдела аорты больных беспокоили боли, сердцебиение и одышка. При аневризмах восходящей аорты наблюдались загрудинные боли, при аневризмах дуги аорты — боли в груди с иррадиацией в шею, плечо, спину. При аневризмах нисходящей аорты чаще наблюдались боли в спине и межлопаточной области. При больших аневризмах восходящего отдела аорты и дуги аорты больные отмечали головные боли, отечность лица, вызванные сдавлением верхней полой вены. Большие аневризмы нисходящей аорты с распространением в средостение вызывали осиплость голоса, что обусловлено сдавлением возвратного нерва, и кашель, связанный с давлением на трахею. В некоторых случаях отмечалась иррадиация болей в поясницу, реже в паховую область. Другим симптомом аневризмы брюшной аорты служило ощущение усиленной пульсации в животе, иногда тяжесть или распирающие [3, 6, 8, 9].

Разрыв аневризмы аорты у большинства больных как правило не приводит к моментальной смерти. Так, при расслаивающейся аневризме грудной аорты симптоматика зависит от этапов ее развития. Первый этап соответствует разрыву интимы аорты, образованию внутри стеночной гематомы и началу расслаивания. Вторым этапом характеризуется полным разрывом стенки аорты с последующим кровотечением. На первом этапе развития расслаивающейся аневризмы наблюдались три формы ее течения: острая, ведущая к смерти в течение нескольких часов или 1–2 дней; подострая, когда заболевание длится от нескольких дней до 2–4 недель, и хроническая, когда процесс продолжается несколько месяцев. Острое начало расслаивающейся аневризмы грудной аорты характеризуется жесто-

чайшими мучительными болями за грудиной, в области спины или эпигастрия, редко иррадиирующими в шею и верхние конечности, больной находится в состоянии двигательного беспокойства. У части больных развивалась грубая очаговая неврологическая симптоматика в виде гемипарезов, параплегий [4, 6, 8].

Клиническая картина разрыва аневризмы брюшной аорты (АБА) зависит в первую очередь от локализации прорыва. Принципиально важным является тот факт, что разрыв аневризмы брюшной аорты у большинства больных также не приводит к моментальной смерти. Основным симптомом разрыва является возникновение внезапной боли в животе или поясничной области. Иногда в первый момент боль точно не локализована, а в последующем ощущается в левой половине живота и в пояснице. У другой группы больных при прорыве аневризмы в забрюшинное пространство боли носят опоясывающий характер, что связано с давлением забрюшинной гематомы на нервные стволы и сплетения. Боли в животе и пояснице часто сопровождаются тошнотой и рвотой. Иногда больные жалуются на затруднение мочеиспускания или, наоборот, частые позывы к нему из-за раздражения гематомой мочеоточника или мочевого пузыря. Нередко аневризмы проявлялись неврологическими симптомами: нижним вялым парапарезом или параплегией, расстройством чувствительности по проводниковому типу, нарушением функций тазовых органов [1, 3, 6, 7, 9].

Дополнительные методы обследования позволяют выявить снижение гемоглобина, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, высокие показатели мочевины и креатинина.

С целью исследования причин и клинических проявлений разрыва аорты проведен анализ всех случаев заболеваний — аневризмы брюшного отдела аорты за 2013–2015 гг.

Из всех госпитализированных больных с заболеванием аневризма брюшного отдела аорты с неосложненной аневризмой госпитализировано 43 чел., с осложненной аневризмой 15 чел., с расслоившейся аневризмой 6 человек. На боли в животе жаловалось 37 человек из всех госпитализированных больных, у 12 больных был выявлен миелитический синдром. При

расслоении аневризмы у 4 больных боли носили опоясывающий характер.

Разработка четких критериев диагностики аневризм грудного и брюшного отдела аорты включающих в себя как лабораторные, так и инструментальные методы исследования с введением алгоритмов прежде всего для врачей общей практики является первостепенной задачей для сотрудников нашего отдела.

Анализ наших наблюдений и данные литературы показывают, что разрыв АБА представляет собой сложную диагностическую проблему. Спектр диагностических ошибок очень широк. Категория больных с разрывом АБА, у которых ошибочно диагностируют какое-либо заболевание группы «острого живота» — самая многочисленная. Наиболее частые ошибочные диагнозы: острый холецистит, панкреонекроз, деструктивный аппендицит и др. Боли в поясничной области, которые наблюдаются у большинства больных с разрывом аневризм брюшного отдела, могут навести на мысль об остром урологическом заболевании. Острая боль в пояснице, сопровождающаяся корешковым синдромом с иррадиацией болей в ноги, в ряде случаев служит основанием для постановки радикулярного синдрома. Знание основных клинических проявлений этой болезни и тщательное обследование больных позволяют поставить правильный диагноз или хотя бы заподозрить разрыв аневризмы.

D.Sh. Dyuba, A.V. Kovaleva, N.N. Zinovieva

NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF AORTIC ANEURISMS

Summary. *Aortic aneurysm severe disease requiring surgical treatment, as the natural outcome is the gap. Clinical symptoms of an aneurysm*

depends primarily on its location and the stages of development of the pathological process. While there are symptoms of hemodynamic instability, and symptoms of compression of surrounding organs. A knowledge of neurological syndromes rupture of the aorta, proper clinical evaluation should help in diagnosis. Insight of the main clinical manifestations of the disease and careful examination of patients allow you to make the correct diagnosis, or at least suspect rupture of the aneurysm.

Key words: *aortic aneurysm, neurological manifestations, disorders of hemodynamics*

ЛИТЕРАТУРА

1. Голосницкая Е.А.. Распространенность, клинические особенности и диагностика осложненных аневризм абдоминального отдела аорты / Е.А. Голосницкая // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 25–28.
2. Хирургия аорты и крупных периферических артерий / Де Бекей М.Е. [и др.]. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1960. – 88 с.
3. Аневризма аорты: факторы, определяющие прогноз // Г.В. Мясников [и др.] // Therapia. – 2011. – № 2. – С. 54–60.
4. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению аневризм брюшной части аорты / Никульников П.И. [и др.] // Практическая ангиология. – 2007. – № 12.
5. Успешное эндопротезирование аневризмы брюшного отдела аорты у больного с декомпенсированным циррозом печени / А.В. Светликов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. – Т. 167, № 6. – С. 125–126.
6. Спинальная ангионеврология. Руководство для врачей / Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., Тиссен Т.П. - Санкт-петербург-М: МЕД-пресс-информ, 2003. - С. 237-242.
7. Фуркало С.Н., Колесник В.А., Хасянова И.В. Отдаленные результаты эндоваскулярного лечения больных с мультифокальным атеросклерозом / С.Н. Фуркало, В.А. Колесник, И.В. Хасянова // Укр. кардіол. журн. – 2009. – № 11. – С. 34-38.
8. Greenhalgh R.M., Brown L.C., Powell J.T. et al. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm // New Engl. J. Med. – 2010.
9. Heider P. Endovascular repair of abdominal aorta aneurism / P. Heider // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4–5. – С. 88.