

другими расстройствами мочеиспускания (58,5%) по сравнению с женщинами, которые оперированы по поводу "чистого" НМпН- 26,7%.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкин. – Минск: «Высшая школа», 2014. – 399с.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АОРТЫ ПРИ МЕДИАНЕКРОЗЕ ГЗЕЛЯ-ЭРДГЕЙМА

Трушко О.А.¹, Черевань Е.Л.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

²Гродненское областное патологоанатомическое бюро

Научный руководитель – асс. Бутолина К.М.

Актуальность. Медианекроз аорты Гзеля-Эрдгейма – редкое и сложное для прижизненной диагностики заболевание, в основе развития которого лежит поражение эластического каркаса средней оболочки аорты с развитием специфических патоморфологических изменений. Обычно оно завершается расслоением и разрывом стенки аорты. Смертельные осложнения, как правило, развиваются без каких-либо предшествующих клинических симптомов и часто становятся причиной внезапной смерти. Вместе с тем, ряд авторов указывают, что хирургический метод лечения является основным эффективным методом в лечении этой тяжелой группы больных [1]. Установить причину расслоения и разрыва сосудистой стенки возможно только после ее морфологического изучения.

Цель и задачи. Изучить макро- и микроскопические изменения аорты у больных с синдромом Гзеля – Эрдгейма, умерших от разрыва расслоившейся аорты.

Материалы и методы исследования. Материалом явились данные протоколов патологоанатомических вскрытий из архива УЗ «ГОПАБ» за 2012г.

Результаты и обсуждения. В 2012 г. от разрыва расслоения аорты умер 31 человек. Из них 2 случая (6,5%) были представлены синдромом Гзеля-Эрдгейма. В одном наблюдении идиопатический медианекроз аорты был диагностирован после вскрытия 67-летнего мужчины. Он проявлялся субтотальным поражением аорты с вовлечением плечеголового ствола и левой общей сонной артерии с участками расслоения и формирования цилиндрических аневризм в надклапанном и надбифуркационном отделах и осложнился разрывом задней стенки надбифуркационного отдела аорты, массивной забрюшинной гематомой и гемоперитонеумом. Заболевание характеризовалось острым началом и быстрым прогрессированием. Пациент был доставлен в стационар в крайне тяжелом состоянии и умер через 8 часов после поступления. Макроскопически дуга аорты была расширена до 7,5 см, стенка толщиной до 3,5см, с расслоением, заполненным свернувшейся кровью. В брюшном отделе (в 2,5см от места бифуркации) также

определялось расширение аорты до 9,0 см цилиндрической формы на протяжении 12,0 см с расслоением стенки, толщина которой была до 2,5 см. На задней стенке аневризмы отмечался дефект Z-образной формы. Интима аорты, а также ее крупных ветвей, включая подвздошные артерии с единичными атеросклеротическими бляшками. При гистологическом исследовании стенка аорты значительно утолщена, слоистое строение не определяется, интима в виде нечеткой рыхлой полоски с обширными участками некроза эластических волокон и неравномерной лейко- и лимфогистиоцитарной инфильтрацией, тромботическими массами. Медиа в виде рыхлой прослойки с тотальными некробиотическими и некротическими изменениями, тромботическими массами.

Во втором случае синдром Гзеля-Эрдгейма отмечался у 57-летней женщины, поступившей в стационар с диагнозом «Инфаркт миокарда, впервые выявленная стенокардия» и умершей внезапно на третьей сутки. Определялось тотальное расслоение стенки аорты на всем протяжении с формированием «двустволки», вовлечением правой венечной артерии, сосудов дуги аорты и подвздошных артерий. При осмотре отпрепарированной аорты: длина окружности в восходящем отделе 11см, грудном отделе 10,7см, брюшном отделе 10,3см. Интима аорты серо-желтого цвета гладкая, рыхлая. В надклапанном отделе аорты (в 2,0см выше задней створки аортального клапана) определялся сквозной дефект Z-образной формы. В полости перикарда содержались сгустки крови и жидкая кровь. При микроскопическом исследовании стенка аорты в виде рыхлой полоски с участками расслоения по ходу средней оболочки и клиновидной формы кровоизлиянием. Эластические волокна медики утратили параллельную ориентацию, отечны и разрыхлены скоплениями гомогенной базофильной субстанции со скудной макрофагальной реакцией. В зонах наибольшего скопления базофильных масс отмечалось появление безъядерных участков.

Выводы. Морфологические изменения аорты при медианекрозе Гзеля-Эрдгейма характеризовались развитием аневризм или тотальным расширением просвета аорты, расслоением и разрывом ее стенки. Разрывы локализовались над аортальным клапаном и в надбифуркационной зоне. При гистологическом исследовании в наибольшей степени изменения были выражены в средней оболочке аорты, вплоть до развития в ней медианекроза. Атеросклеротические изменения в данных наблюдениях отсутствовали или были представлены единичными фиброзными бляшками.

Литература

1. Белов, Ю.В. Хирургическое лечение аневризматической болезни аорты, обусловленной соединительнотканной дисплазией / Ю.В.Белов, А.П. Генс, А.Б. Степаненко // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН – 2005. - №3 (41). – С. 46-46.