

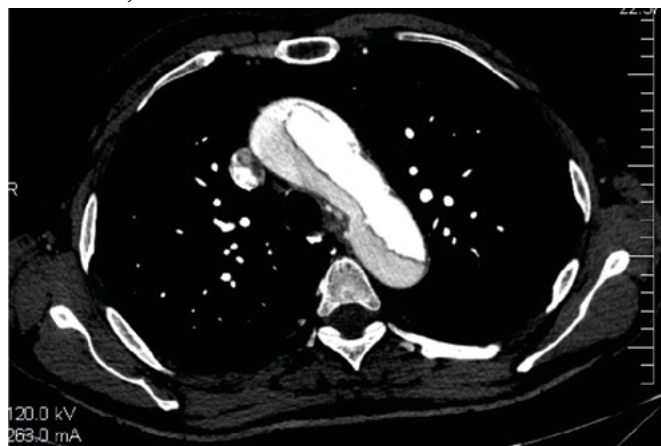
liečba naďalej ostáva doménou kardiochirurgie a pre život zachraňujúcu liečbu je nesmierne dôležitá rýchla diagnostika (1).

Popis pacientov

V práci uvádzame troch pacientov s ADAA, ktorí boli diagnostikovaní v priebehu 4 mesiacov v roku 2016 na Oddelení urgentného príjmu (OUP) v Univerzitnej nemocnici v Martine (UNM).

Prvý pacient bol 62-ročný muž, normostenik, s negatívnou RA na kardiovaskulárne ochorenia, fajčiar, hypertonik v liečbe inhibítormi angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI), ktoré užíval pravidelne a hodnoty tlaku krvi (Tk) sa podľa dokumentácie dlhodobo pohybovali v pásme vyšších normálnych hodnôt. V deň príhody pri oprave auta sa chcel postaviť z viac ako 10minút trvajúcej skrčenej polohy, zatočila sa mu hlava, nohy ho neudržali, nedokázal chodiť, padal k zemi, súčasne mal problémy s artikuláciou, bolesti hlavy nemal. S uvedenými ťažkosťami bol rýchlou zdravotnou službou (RZS) privezený na OUP v UNM. Pri vstupnom vyšetrení pacient bolesti na hrudníku nemal, dýchavičný nebol. Vstupné EKG bolo bez patológie a boli realizované základné krvné odbery. Vyšetrujúci lekár nepopisuje šelest na srdci, akcia srdca bola pravidelná 88/min., Tk bol 120/78 mmHg, pulzácie na periférnych artériách boli hmatné. Vstojí pacient padal. Vhľadom na uvedené bolo realizované neurologické vyšetrenie so záverom: Suspektná náhla cievna mozgová príhoda (NCMP) v oblasti mozgového kmeňa pod obrazom vestibulo-cerebelárneho syndrómu, s doporučením doplniť CT mozgu s angiografiou mozgových artérií na vylúčenie ischemie v oblasti mozgového kmeňa. Počas CT vyšetrenia boli vyhodnotené laboratórne vyšetrenia, ktoré boli bez patológie, D-dimér vyšetrený nebol. Pacient podstúpil CT mozgu s angiografiou so záverom: Multiinfarktová encefalopatia, ascendentná aorta je dilatovaná na 45 mm, disekcia aorty začína od aortálnej chlopne v celom jej priebehu, šíri sa na truncus brachiocephalicus dx. a a. subclavia dx. a proximálnu tretinu a. carotis communis (ACC) dx., pokračuje na descendentnú aortu, z pravého lumenu odstupujú trunci coeliacus, a. mesenterica superior a a. renalis sin., a. renalis dx. odstupuje z nepravého lumenu, disekcia končí v oblasti bifurkácie abdominálnej aorty (obr. 1). Pacient bol prevezený na Kardiochirurgiu v SÚSCCH v Banskej Bystrici, kde podstúpil operáciu: Extirpáciu a suprakoronárnu náhradu ascendentnej aorty lineárnou protézou Albograft N. 28 mm. Pooperačný priebeh bol komplikovaný paroxyzmálnou fibriláciou predsiení, febrilným stavom bez potvrdeného zdroja infekcie, ktorý bol zvládnutý empirickou antibiotickou liečbou a akútnym obličkovým zlyhávaním, zvládnutým konzervatívne. Za 3 mesiace od urgentnej operácie bol kontrolne vyšetrený na Ambulancii pre choroby aorty v SÚSCCH v Banskej Bystrici, kde podstúpil kontrolné transtorakálne echokardiografické (TTE) vyšetrenie srdca so záverom: dilatácia ľavej komory (ĽK) srdca na 63 mm bez jej dysfunkcie, aortálna chlopňa s ľahkými degeneratívnymi zmenami všetkých troch cípov s regurgitáciou do 1. stupňa a kontrolné CT vyšetrenie s kontrastom so záverom: Reziiduálna disekcia torakoabdominálnej aorty s patentným falošným lumenom, v proximálnej časti aortálneho oblúka široké entry a subtotálny kolaps hrudnej aorty, a. renalis dx. sa plní z falošného lumenu, bez známk malperfúzie, propagácia disekcie na proximálne úseky vetiev aortálneho oblúka bez progresie. Uvedený nález bol kon-

Obr. 1. CT vyšetrenie, ascendentná aorta



Obr. 2. CT vyšetrenie, ascendentná aorta



zultovaný na kardiochirurgickom seminári v NÚSCCH v Bratislave ako aj na intervenčnom pracovisku s doporučením konzervatívneho postupu vzhľadom na morfológiu postihnutia. Na ďalšiu plánovanú kontrolu sa nedostavil, ostal v evidencii spádového kardiológa. V decembri 2019, tri roky po operácii je pacient bez ťažkostí, pokračuje v liečbe ACEI, beta-blokátor a warfarín. S ďalším invazívnym postupom napriek poučeniu o svojom zdravotnom stave nesúhlasí.

Druhý pacient bol 44 ročný muž, s negatívnou RA na kardiovaskulárne ochorenia, normostenik, bez chronických ochorení, nefajčiar. V deň príhody v klude pocítil nevýraznú bolesť na hrudníku, ktorá spontánne ustúpila do 15 min. Následne mu ochrnula pravá dolná končatina, čo bolo príčinou jeho prevozu RZS na OUP v UNM. Pri vyšetrení na OUP pacient bolesti na hrudníku nemal, dýchavičný nebol, bol plne orientovaný, vyšetrujúci lekár popisuje na srdci pravidelný rytmus 88/min., systolický šelest s maximom nad aortou s propagáciou do karotíd, Tk bol 117/80mmHg, pravá dolná končatina bola paretická, periférne pulzácie boli hmatné. Vstupné EKG bolo bez patológie, v krvnom obraze bola prítomná leukocytóza 11,00 (3,9...10), bola zvýšená hodnota D-diméru na 4,14 mg/l (0,10...0,50), zvyšné výsledky boli v norme. Vzhľadom na dominujúcu pravostrannú monoparézu pravej dolnej končatiny bol vyšetrený neurológom so záverom: NCMP supratentoriálne bilaterálne a cerebellum bilaterálne. Pacientovi bolo doplnené CT vyšetrenie