

liekov ovplyvňujúcich rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení sú indikované statíny, samozrejmosťou je stop fajčenie a vylúčenie veľkej fyzickej námahy (8). Hlavné symptómy ADAA sú zhrnuté na Obr. 6, náhle vzniknutá bolesť na hrudníku je jej najčastejším a najtypickejším príznakom. Nevyskytuje sa však u všetkých pacientov, alebo nemusí byť dominantná (1, 3), ako sme to videli u nášho prvého a druhého pacienta. DA je takmer vždy spojená s komplikáciami, príčinou ktorých je antegrádna a/alebo retrográdna propagácia diseckcie na odstupujúce artérie (koronárne, cerebrálne, spinálne, viscerálne), ktoré vedú k ischemii v postihnutej oblasti a DAA môže byť príčinou tamponády, ruptúry aorty alebo aortálnej regurgitácie (10). Aortálna regurgitácia je spôsobená dilatáciou alebo roztrhnutím anulu a chlopňových cípov, dislokáciou cípov chlopne alebo interferenciou intimálneho flapu s jej cípmi (1, 11). Ischémia myokardu sa môže prejavovať u 10–15 % pacientov a je zapríčinená okrem propagácie diseckcie upchatím lumenu koronárnej artérie intimálnym flapom, na EKG sa väčšinou prejavuje ako infarkt myokardu a spolu so zvýšenými hladinami troponínu môže spôsobiť fatálne chyby pri diagnostike bolesti na hrudníku (1, 12), ako sme to videli u našej pacientky. U našej pacientky bolo prvé EKG hodnotené lekárom RZS, ako vidieť na EKG (Obr. 3), sú prítomné elevácie ST segmentu, ale chýbajú recipročné depresie ST segmentu, teda nejednalo sa o typický EKG obraz akútneho koronárneho syndrómu s eleváciami ST segmentu, čo potvrdil aj operačný nález, ostium pravej koronárnej artérie nebolo postihnuté diseckciou. Neurologické komplikácie sú často dramatické a zastierajú pravú príčinu javu (1, 13), ako sme to videli u našich dvoch pacientov. Základ v diagnostike ADAA tvorí anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, EKG, zhodnotenie hemodynamického stavu a u stabilných pacientov stratifikácia pravdepodobnosti DA. V roku 2010 Americká asociácia ACC/AHA publikovala odhad rizika diseckcie založený na troch skupinách rizikových faktorov: vysoko rizikové predisponujúce stavy, vysoko rizikový charakter bolesti a vysoko rizikové znaky pri klinickom vyšetrení (Obr. 7). Ak je prítomný faktor z jednotlivých skupín, počíta sa ako jeden bod, čiže pri 0-1-2-3 bodoch sa postupne zvyšuje odhadované riziko DA a treba to zväžiť pri diagnostickom postupe (1). Rogers a spol. v roku 2011 zhodnotili pacientov registrovaných v rokoch 1996-2009 v International Registry of Acute Aortic Dissectiona potvrdili, že uvedené klinické znaky, ktoré boli navrhnuté ACC/AHA v roku 2010 sú vysoko senzitivná pomôcka v stratifikácii pravdepodobnosti DA u stabilných pacientov ako ADD-RS (Aortic Dissection Detection Risk Score) (14). U nášho prvého a druhého pacienta v úvode ochorenia nebol známy predisponujúci rizikový stav, chýbala náhle vzniknutá bolesť na hrudníku, dominoval neurologický deficit, čo viedlo k tomu, že na ADAA nemyslelo. U tretieho pacienta, ženy, rovnako chýbal známy predisponujúci rizikový stav, dominovala charakteristická bolesť na hrudníku, prvým vyšetrujúcim lekárom bol prehliadnutý diastolický šelest nad aortou a na základe chybného zhodnoteného EKG bola pacientka manažovaná ako akútny koronárny syndróm. Dnes najbežnejšie používaným vyšetrením pri podozrení na DA je CT vyšetrenie s kontrastom, ktoré je rýchlo vykonateľné a bežne dostupné, má senzitivitu 100% a špecificitu 98% a dokáže ju temer s istotou vylúčiť alebo potvrdiť. Kľúčovým nálezom je zistenie intimálneho flapu, ktorý oddeľuje dva lumeny, ďalej zistenie priemeru aorty, dĺžku a priemer falošného

a pravého lumenu, a vzdialenosť intimálnej trhliny k odstupujúcim vitálnym artériám (6, 15). Môžeme sa však stretnúť aj s falošne pozitívnymi nálezmi, pričom väčšina diagnostických omylov je spôsobená kombináciou malej skúsenosti vyšetrujúceho lekára a prítomnosti pohybových artefaktov simulujúcich flap v ascendentnej aorte, ktorý sa zobrazuje ako pohyblivý intraluminálny defekt náplne a je spôsobený pohybom pulzujúcej ascendentnej aorty medzi end-diastolou a end-systolou, pretože koreň aorty a príhlá časť proximálnej ascendentnej aorty sa pobybuje s ľavou komorou (16). V tomto prípade je potrebné zmraziť pulzácie a pohyby aortálnej steny a tak efektívne eliminovať pohybové artefakty predovšetkým v oblasti aortálnej chlopne a koronárnych artérií, čo je možné pomocou CT vyšetrenia s EKG gatingom, ktorý rozlíši flap od artefaktu (1). Napriek tomu CT vyšetrenie s kontrastom má superiornu výpovednú hodnotu v diagnostike a zistenie rozsahu ADAA a detekcii ostatných akútnych aortálnych syndrómov. Na druhej strane TTE vyšetrenie srdca sa využíva hlavne u kriticky nestabilných pacientov, u ktorých môže potvrdiť diagnózu ADAA a taktiež sa môže používať za účelom monitoringu na operačnej sále prípadne v pooperačnom období (1). Iniciálnou liečbou pacientov s ADAA je medikamentózna liečba na kontrolu arteriovej hypertenzie a bolesti. V liečbe arteriovej hypertenzie sú preferované krátko účinkujúce betablokátory podávané intravenózne, ktoré znižujú Tk a pulz a ochraňujú myokard pred ischemiou. Hodnoty systolického Tk by sa mali pohybovať v rozmedzí 100 až 120 mmHg a pulzu 60/min., na kontrolu bolesti je preferovaný morfín (6). Vazodilatačná liečba ako blokátoxy kalciového kanála alebo nitráty sú indikované v emergentnej situácii na redukciu vysokých hodnôt Tk (1), ktorú naši pacienti nevyžadovali. Na rozdiel od akútnej diseckcie descendentnej aorty, kde sú dnes preferované intervenčné výkony v subakútnom štádiu po predchádzajúcej konzervatívnej liečbe, zlatým štandardom v liečbe ADAA je chirurgická liečba, ktorej hlavným cieľom je prevencia ruptúry aorty, tamponády srdca a zníženie aortálnej regurgitácie. Ďalšou dôležitou súčasťou operácie je zlepšiť prekrvenie diseckciou postihnutých artérií (1, 3, 12). Základom chirurgickej liečby je reseckcia poškodeného segmentu aorty a zabránenie vstupu krvi do falošného lumenu, ako primárnu intimálnu trhlínu (entry), tak aj prípadne ďalšie trhlíny (reentry) v priebehu aorty. Pri voľbe operácie zohráva dôležitú úlohu aortálna chlopňa. V prípade, že aortálna chlopňa je trojčipá a nie je postihnutá aortálnou regurgitáciou alebo centrálnou regurgitáciou kvôli dilatácii anulu, je možné vykonať tzv. zachovnú operáciu aortálnej chlopne. Jednou z nich je Davidova operácia, reimplantácia aortálnej chlopne do tubulárneho graftu, nakoniec sa do graftu reimplantujú koronárne artérie. Ďalšou alternatívnou je klasická alebo modifikovaná Yacoubova operácia, ktorá bola realizovaná u nášho prvého pacienta, pri ktorej sa reimplantuje len aortálny sínus a tým pádom je tu väčšie riziko pre neskoršiu dilatáciu anulu. Môže to vyriešiť dodatočná anuloplastika, kde sa pomocou anulárných ringov alebo sutúr posilňuje samotný anulus. Davidova operácia na špecializovaných pracoviskách môže byť uplatnená taktiež u pacientov s BAV a s aortálnou regurgitáciou, ktorá má iný pôvod ako dilatácia anulu. Tieto tzv. zachovné operácie napriek časovej a technickej náročnosti zbavujú pacienta nevýhod spojených s implanovými chlopňovými náhradami (1, 17). V prípade akýchkoľvek