

Streszczenie po polsku

Każde uszkodzenie tkanek i naczyń krwionośnych w ustroju człowieka powoduje aktywację procesu hemostazy. Proces ten polega na natychmiastowym skurczu naczyń krwionośnych, powstaniu czopa płytkowego w miejscu uszkodzenia i aktywacji krzepnięcia krwi, co prowadzi do powstania stabilnej sieci włókniaka w tworzącym się zakrzepie. Równocześnie zostaje aktywowany proces fibrynolizy rozpuszczający zakrzep, utrzymujący drożność naczyń i rozpoczynający przebudowę uszkodzonych tkanek. Proces fibrynolizy wykorzystywany jest także w leczeniu trombolitycznym stanów zakrzepowo-zatorowych. Występowanie w obrębie tętniaków aorty przyściennych zakrzepów wskazuje na ścisły związek między powstawaniem tętniaków a procesem hemostazy. Istnieje dość liczne piśmiennictwo dotyczące krzepnięcia krwi w tętniakach aorty, mniej liczne są publikacje o udziale w nich procesu fibrynolizy. Operacjom na tętniakach aorty brzusznej towarzyszą także zaburzenia procesu krzepnięcia krwi w postaci krwawień lub powikłań zakrzepowo-zatorowych. W pracy podjęto próbę oceny zmian okołoperacyjnych procesu fibrynolizy badając stężenia tkankowego aktywatora plazminogenu (t-PA), jego inhibitora (PAI-1 oraz D-Dimerów u chorych z tętniakiem aorty brzusznej leczonych metodą klasyczną lub wewnątrznacyniową. Badania prowadzone były na grupie 66 pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej (TAB) leczonych w trybie planowym w Oddziale Chirurgii Naczyniowej Ośrodka Badawczo-Rozwojowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. Grupą referencyjną, do której odniesiono wyniki badań, było 53 zdrowe osoby. Materiałem do badań była obwodowa krew cytrynianowa. Od chorych krew pobrano trzykrotnie: przed operacją, bezpośrednio po operacji i 24 godziny po zabiegu. Od osób zdrowych krew pobrano tylko raz. W osoczu cytrynianowym badanych oznaczono metodą immunoenzymatyczną stężenia trzech parametrów fibrynolizy: tkankowego aktywatora plazminogenu, jego inhibitora i D-Dimerów. Wyniki badanych parametrów porównano do grupy referencyjnej. Przeprowadzono szczegółową analizę statystyczną biorąc pod uwagę czynniki ryzyka i choroby towarzyszące, rodzaj operacji (klasyczna i wewnątrznacyniowa), rodzaj wszczepionego stentgraftu, a także wielkość tętniaka i skrzepliny przyściennej. U pacjentów z TAB obserwowano istotnie wyższą aktywność fibrynolityczną i wyższe stężenia t-PA, PAI-1 i D-Dimerów w porównaniu do grupy referencyjnej. Czynniki ryzyka (np. wiek, nadciśnienie tętnicze i choroby płuc) mogą wpływać na parametry fibrynolizy. U pacjentów z TAB operacje otwarte (OAR) i wewnątrznacyniowe (EVAR) zwiększały aktywność fibrynolityczną podwyższając znacznie stężenie D-Dimerów bez istotnych zmian w stężeniu t-PA i PAI-1. Dwa różne stentgrafty: Cook-Zenith i Gore – Excluder wszczepiane podczas operacji wewnątrznacyniowych nie powodowały istotnych różnic w stężeniach badanych parametrów. Wielkość tętniaka nie miała istotnego wpływu na stężenie t-PA, PAI-1 i D-Dimerów, natomiast wyższe stężenie t-PA i D-Dimerów obserwowano po operacji u pacjentów z TAB z większą skrzepliną przyścinną. Prawdopodobnie zabieg chirurgiczny uwalnia z zakrzepu t-PA i D-Dimery. Z przeprowadzonych badań wynika, że proces fibrynolizy bierze udział zarówno w patogenezie tętniaków aorty brzusznej, jak i podczas operacji na tętniakach