

# Клінічні спостереження

УДК: 616.136:616.13-007.64-001.5

DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2019.01.089>

## РОЗРИВ РОЗШАРОВУЮЧОЇ АНЕВРИЗМИ ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ РАЙОННОГО СПЕЦІАЛІСТА)

*Ломей Я.І.<sup>1</sup>, Лещак В.В.<sup>2</sup>, Ломей Ю.Я.<sup>1</sup>, Ігнатів О.І.<sup>1</sup>*<sup>1</sup> Сtryйська ЦРЛ, м. Сtryй, Україна<sup>2</sup> Сtryйське районне відділення КЗ ЛОР "Львівське обласне бюро судово-медичної експертизи", м. Сtryй, Україна

### Реферат

Серцево-судинні захворювання, особливо у людей похилого віку, у структурі захворюваності і смертності посідають перше місце. Вони є фоновими для розвитку інших патологічних станів. У нашому випадку дифузний артеріо-атеросклероз судин у хворого, особливо аорти, призвів до розвитку розширюючої аневризми черевного відділу аорти, яка ускладнилася розривом з гострою масивною внутрішньочеревною крововтратою, гемоперитонеумом, з фатальним кінцем. Вона часто дебютує непомітно чи незначним дискомфортом гастроентерологічного профілю.

**Мета.** Нагадати всім про важкість своєчасної діагностики та ефективного лікування розширюючої аневризми черевного відділу аорти.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано клінічний випадок захворювання у хворого О., 75 років, з нашої практичної роботи, подано результати лабораторно-клінічного та інструментального обстеження. Проте істинну причину важкості стану хворого прижиттєво встановити не вдалося.

**Результати й обговорення.** Упродовж життя та в процесі виробничої діяльності сучасна людина свідомо або не свідомо зазнає впливу, часом одночасного й комбінованого, різних чинників, дія яких іноді шкідливо відбивається на її здоров'ї. З плином часу негативні наслідки їх накопичуються, акумулюються, вражаючи при цьому чи не найбільше серцево-судинну і нервову системи. Порушення макро- і мікроциркуляції часто слугують фоном для розвитку інших патологічних станів. Людина з віком "обростає/збагачується" низкою взаємообумовлених, конкуруючих захворювань, спостерігається поліморбідність із синдромом взаємного обтяження в їх перебігу. Так, наприклад, сьогодні поширений чомусь такий нездоровий бренд: під час застілля людина переїдає, вживаючи несумісну у засвоєнні і перетравленні їжу (насищену консервантами, стабілізаторами, ароматизаторами тощо), п'є при цьому алкогольні напої, каву і палить. Так до якої ж межі потрібно перевантажувати, стимулювати і збуджувати свій організм, вдаючись до вище згаданих шкідливих звичок?! Потрібно у всьому дотримуватись міри. Описаний клінічний випадок наглядно демонструє важкість встановлення етіології захворювання, тобто не завжди постановка діагнозу лежить на поверхні. Початок утворення аневризми аорти помітити практично ду-

же важко. Період невеликого розтягнення стінок аорти, який триває від кількох місяців чи років, фактично нічим не проявляється. На невиражений дискомфорт у животі зазвичай мало хто звертає увагу, тим паче у старшому віці. Застосовані наявні в нашому арсеналі методи обстеження та лабораторної діагностики не сприяли виявленню цього грізного стану. Крапку у виявленні істинної причини важкого стану хворого поставила, на жаль, лише автопсія покійного.

**Висновок.** Наведений опис хвороби пацієнта О. підтверджує думку про труднощі в діагностиці даної патології, зумовленої наявністю неспецифічних, іноді мало виражених, симптомів гастроентерологічного профілю, на що несвоєчасно звертають належну увагу як хворі, так і медичні працівники. Слід застосовувати уже доступні на даний момент ультразвукові та комп'ютерні методи діагностики судин, причому раніше, частіше та в динаміці, особливо при неясних патологічних станах, тим більше у осіб похилого віку. Не все так гладко і просто виявляються та лікуються хворобливі стани у нинішній час. Чомусь останнім часом мало надається належної уваги профілактиці захворювання.

**Ключові слова:** похилий вік, дифузний артеріо-атеросклероз судин, розширююча аневризма черевного відділу аорти, розрив її, масивна внутрішньочеревна крововтрата

### Abstract

## RUPTURE OF A DISSECTING ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA (A CASE FROM THE PRACTICE OF A DISTRICT SPECIALIST)

*LOMEI Ya.I.<sup>1</sup>, LESHAK V.V.<sup>2</sup>, LOMEI Yu.Ya.<sup>1</sup>, IGNATOV O.I.<sup>1</sup>*<sup>1</sup> Stryi CRP, Stryi, Ukraine<sup>2</sup> Stryisky District Branch of the CP of the LOR "Lviv Regional Office of Forensic Medical Examination", Stryi, Ukraine

Cardiovascular diseases, especially in the elderly, are ranked first in the structure of morbidity and mortality. They serve as a background for the development of other pathological conditions. In our case, diffuse arterio-atherosclerosis of the vessels in the patient, especially the aorta, led to the

development of a dissecting aneurysm of the abdominal aorta, which was complicated by the rupture with acute massive intraperitoneal haemorrhage, hemoperitoneum, leading to a fatal end. The disease often starts unnoticed or with insignificant gastrointestinal discomfort.

**Aim.** Drawing attention to the complexity of timely diagnosis and effective treatment of the dissecting abdominal aortic aneurysm.

**Material and Methods.** The clinical case of the disease in the patient O., 75 years old, was analyzed; the results of the laboratory-clinical and instrumental examination were presented. However, the true cause of the severity of the patient's condition was not established on time.

**Results and Discussion.** Throughout life and in the process of industrial activity, a modern person consciously or unknowingly undergoes the influence, sometimes simultaneous and combined one, of various factors, the effect of which is sometimes detrimental to their health. Over time, their negative effects are accumulated, targeting primarily cardiovascular and nervous system. Disturbances of macro- and microcirculation often serve as a background for the development of other pathological conditions. With age, an individual is "overgrown" with a number of interconnected, concurring diseases; there is a polymorbidity with a syndrome of mutual exacerbation in their course. For example, today an unhealthy brand is popular: during a feast people overeat, consuming foodstuffs incompatible in the digestion and absorption (saturated with preservatives, stabilizers, flavors, etc.), accompanied by drinking alcohol, coffee and smoking. So to what limits does one need to overload, stimulate and excite one's body by resorting to the above-mentioned harmful habits?! It is necessary to practice moderation in all respects. The described clinical case clearly demonstrates the difficulty in establishing the etiology of the disease, that is, not always the diagnosis lies on the surface. The beginning of the formation of aortic aneurysms is very difficult to notice in practice. The period of insignificant stretching of the aortic walls, which lasts from a few months to years, actually does not manifest itself. A mild discomfort in the abdomen usually goes unnoticed, especially at an older age. The available to us methods of examination and laboratory diagnostics failed contribute to the detection of this grave state. Unfortunately, only the autopsy of the deceased has had the final say in revealing of the true cause of the serious condition of the patient.

**Conclusion.** The following description of the disease of the patient O. confirms the point about the difficulties in the diagnosis of this pathology, due to the presence of nonspecific, sometimes slightly expressed, gastrointestinal symptoms, which are not paid timely attention by either patients or healthcare workers. The ultrasound and computer methods of vascular diagnostics, available at present, should be used earlier, more frequently and in

dynamics, especially in unclear pathological conditions, all the more in the elderly. Detecting and treating morbid conditions at the present time is not always smooth and easy. For some reason, in recent years little attention has been paid to preventing disease.

**Key words:** elderly age, diffuse arterio-atherosclerosis of vessels, dissecting aneurysm of the abdominal aorta, rupture of aneurysm, massive intraperitoneal blood loss

## Вступ

Парадокс сучасного життя поєднує підвищений ритм, постійну зайнятість і зростаючу гіподинамію з всепоглинаючою залежністю. ХХІ століття - століття інформаційного буму. Безкінечні потоки нової інформації різного змісту, іноді негативної, виливаються на нас звідусіль: з телефонів, планшетів, комп'ютерів, телевізорів, радіо, преси. До того ж так, що іноді голова йде обертом. Згідно спостережень, сучасна людина проводить за комп'ютером або телефоном до 80% свого часу, робочого чи вільного. Поглинаючи такий обсяг інформації, наш мозок працює на межі можливостей. Природно, що через деякий час він може "збуритись". І, як правило, це проявляється у зниженні пам'яті і концентрації уваги, а, отже, виникненням нових проблем від перевтоми та прийняття неадекватних рішень у потрібний момент [1]. Таке ставлення до свого здоров'я не могло не дати жалюгідних результатів. Різко зросла смертність від розвитку важких захворювань. І левова частка належить хворобам серця і судин. Наводимо повчальний випадок з нашої практичної роботи розриву розшаровуючої аневризми аорти черевного відділу з розвитком фатальної внутрішньочеревної кровотечі.

## Матеріал та методи

08.03.2017 р. о 12.20 год. на стаціонарне лікування в реанімаційне відділення Стрийської ЦРЛ поступив хворий О., 75 років, житель районного центру, зі скаргами на виражену загальну слабкість, блювання чорним вмістом, анорексію, пітливість. Доправлений з дому бригадою ЕМД МК з наданням по дорозі транспортування необхідної медичної допомоги згідно уніфікованого клінічного протоколу [2].

Anamnesis morbi. Зі слів сина, батько

хворіє другу добу. 07.03.2017 р. десь о 17.00 год. впав на вулиці внаслідок запаморочення. Наступного дня в 11.45 год. син виявив батька лежачим на підлозі в квартирі (проживав самотньо). Скільки часу знаходився у такому стані, уточнити не вдалося. Останні десятиліття хворів артеріальною гіпертензією на тлі ЦВХ (церебро-воскулярної хвороби). Ліки приймав спорадично, час від часу, при погіршенні загального самопочуття.

Anamnesis vitae. Туберкульоз, вірусний гепатит, цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка син у батька заперечував. Кури́в. Алкоголь вживав помірно. Алерго- та медикаментозний анамнези не обтяжені.

Status praesens objectivus. Загальний стан хворого вкрай важкий. У мовний контакт не вступає, голос не чує. Очі розплющені. Зіниці OD=OS, фотореакція в'яла. Менінгеальних знаків не виявлено. Симптом Бабінського від'ємний обабіч. Правильної будови тіла, нормального відживлення. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. Множинні підшкірні гематоми голови, тулуба, кінцівок. АТ 70/40 мм рт.ст. на обох руках. Пульс - 124 уд./хв.; ритмічний, слабого наповнення і напруження. Тони серця глухі, систолічний шум на верхівці і аорті, де й акцент II тону. ЧД - 26/хв., ритмічне. Над легеньми на тлі жорсткого дихання вологі хрипи у незначній кількості в задньо-нижніх відділах, більше праворуч. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Живіт м'який, бере участь у акті дихання, на пальпацію не реагує. Печінка по краю правої реберної дуги. Селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Фізіологічних випорожнень не було.

Діагноз: гостра шлунково-кишкова кровотеча (коагулопатія)? Гостра судинна недостатність II-III стадії. Гіпоглікемія. Множинні підшкірні гематоми голови, тулуба, кінцівок.

Консультації 08.03.2017 р.

Хірург. Скарги та гемодинамічні показники попередні. Живіт звичайної форми, не болючий, симптомів подразнення очеревини не виявлено. Per rectum: ампула прямої

кишки вільна, без калових мас та патологічних утворів. На рукавичці - сліди звичайного калу. Даних за гостру шлунково-кишкову кровотечу не виявлено.

Травматолог. Скарги попередні. Об'єктивно відмічаються множинні підшкірні гематоми синьо-фіолетового забарвлення в правій інфраорбітальній ділянці, на всій поверхні обох плечей, передпліч, кистей, грудній клітці по передньо-задніх поверхнях, животі, в ділянці тазу з обох сторін, стегон. Діагноз: ЗЧМТ? Забій грудної клітки з обох боків. Множинні підшкірні гематоми голови, тулуба, кінцівок.

УЗД ОЧП. Вільної рідини в черевній, плевральних порожнинах не виявлено. У печінці - ознаки хронічного гепатиту, структура її без додаткових об'ємних включень. Жовчний міхур розмірами приблизно 8,0x5,0 см, без гострих запальних змін, в просвіті візуалізується конкремент до 29 мм. Значне виповнення та розширення шлунка, пілороспазм. Окремі паретичні фрагменти кишечника, більше праворуч, пневматоз його. Реакції лімфовузлів черевної порожнини та селезінки не відмічаються. Підшлункова залоза з чіткими, окресленими контурами, без об'ємних та гострих запальних змін. Нирки структурно збережені, чашечно-мискова система не розширена, без порушення відтоку сечі. Suspicio tumor prostatae: діаметр її до 5,8 см, неправильної форми, вузлові структури різної щільності.

У 12.42 год. із-за неможливого налагодження інфузії в периферичну вену після обробки операційного поля йодинолом під місцевою анестезією Sol. Novocaini 0,25 % - 7,0 проведена катетеризація v. subclavia dextra катетером 1,4 мм в діаметрі. Зворотний ток крові отримано, вільний. Забір крові на біохімічні аналізи. Аускультативний контроль. Катетер фіксовано до шкіри лігатурою. Асептична пов'язка. Проводиться інфузійна терапія колоїдно-кристалоїдних розчинів.

Лабораторно-клінічні обстеження в день поступлення. Загальний аналіз крові (ЗАК): еритроцити -  $3,2 \times 10^{12}$  г/л, Нb - 146 г/л, лейкоцити -  $8,2 \times 10^9$  г/л, еозинофіли - 2%, ней-

трофіли паличкоядерні - 18%, а сегментоядерні - 57%, лімфоцити - 20%, моноцити - 3%, ШОЕ - 7 мм/год. Глюкоза крові - 3,0 (приймальне відділення), у 18.00 год. - 4,0 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін - 14,0 мкмоль/л, АСТ - 2,1, а АЛТ - 1,65 мкмоль/л, тимолова проба - 1,0 од., сечовина - 18,6 ммоль/л, креатинін - 310,0 мкмоль/л, загальний білок крові - 52 г/л. Група крові: 0 (I), Rh (+) - позитивна. Коагулограма крові: протромбіновий індекс - 88%, протромбіновий час - 17 сек., час рекальцифікації плазми - 1 хв. 58 сек., загальний фібриноген - 2,6 г/л. Електроліти крові: калій - 5,81, натрій - 140,9, хлориди - 108,79, nCa - 0,80 (pH=7,4), iCa - 0,82, TCa - 1,6 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: жовта, каламутна, еритроцити - 1-2, а лейкоцити - 10-12 в п/з, епітелій - "++", білок - 0,264 г/л.

ЕКГ: ритм синусовий, 128 уд./хв. Лівограма. Дифузне порушення процесів реполяризації в міокарді.

09.03.2017 р. о 09.40 год. - повторний огляд хірурга. Стан хворого важкий. Скарги на виражену загальну слабкість, сухість у роті. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. АТ 80/40 мм.рт.ст. на обох руках. Пульс - 100 уд./хв., ритмічний. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Живіт м'який, симетричний, не болючий, бере участь у акті дихання. По назогастральному зонду виділено 200 мл застійного шлункового вмісту, крові немає.

09.03.2017 р. о 10.35 год. - консультація невролога. Клініко-неврологічне обстеження мало інформаційне. Доцільно провести КТ ГМ: на момент обстеження об'ємних процесів та вогнищевих змін ГМ не виявлено.

09.03.2017 р. о 12.30 год. - повторний огляд хірурга. Стан хворого важкий. Словесно-тактильному контакту не доступний. Зіниці розширені. АТ - 60/40 мм.рт.ст. Пульс на периферичних артеріях не визначається. Шкірні покриви блідо-синюшні, язик сухий, обкладений нальотом. Живіт м'який, пальпаційно чутливий, більше ліворуч. Перистальтика кишечника вислуховується. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. По на-

зогастральному зонду - застійний вміст шлунка. Діурез зі стимуляцією - 100 мл. Повторний ЗАГ: еритроцити -  $3,0 \times 10^{12}$  г/л, гемоглобін - 130 г/л, лейкоцити -  $8,3 \times 10^9$  г/л, ШОЕ - 9 мм/год.

10.03.2017 р. - Rtg-графія черепа (в двох проекціях № 3666): травматичної кісткової патології склепіння черепа не виявлено. Rtg-графія ОГК (пряма проекція № 3667): легенева тканина звичайної пневматизації. У коренях - враження вогнищевих тіней. Легеневий малюнок дещо збагачений в нижньо-базальних відділах. Куполи діафрагми чіткі, синуси вільні. Серце, аорта - вікові зміни.

10.03.2017 р. у 00.15 год. у хворого на тлі інтенсивної терапії наступила зупинка кровообігу. Проведені реанімаційні заходи були безрезультатними, у 00.30 год. - констатовано біологічну смерть.

Дані судово-медичної експертизи. Зовнішнє дослідження. На верхній та нижній повіках правого ока є горизонтально розміщений синець 6,0×1,0 см бурого кольору. На підборідді ліворуч є вертикально розміщене садно 2,5×1,0 см. На передній поверхні лівого коліна є синець неправильної округлої форми, розміром 7,2×7,1 см, фіолетового кольору, без чітких контурів, на тлі якого є неправильної округлої форми садно, розміром 1,5×1,5 см. На задній поверхні проекції лівого ліктьового суглобу є вертикально розміщене садно 3,5×1,5 см. На задній поверхні лівої кисті, а саме в проекції тіл другої-п'ятої п'ястих кісток, є синець неправильної округлої форми 4,2×4,1 см, синьо-бурого кольору. Всі пошкодження покриті підсохлою темно-коричневою кіркою, розміщеною вище рівня неушкодженої оточуючої шкіри.

Внутрішнє дослідження. Очеревина гладка, волога, блискуча, без зрощень і крововиливів. У черевній порожнині виявлено до 1,5 л рідкої крові та велику кількість пухких згортків крові темно-червоного кольору. Шлунок і петлі кишківника помірно роздуті газами. Шлунок цілий, містить до 150 мл темно-сірої густої рідини. Слизова оболонка його світло-рожева, складчаста, а кишківника - блідо-рожева. Серце неправильної конічної фор-

ми, розмірами 14×12×10 см, масою 490 г, з помірною кількістю жиру на поверхні. В камерах серця - сліди рідкої крові темно-червоного кольору. Міокард на дотик в'ялий, на розтині - світло-коричневий, неоднорідно забарвлений, з множинними дрібними сполучнотканинними прошарками сіро-білого кольору. Товщина м'яза лівого шлуночка - 2,1, а правого - 0,8 см. Клапани серця великих судин вологі, горохуваті, з кальцифікатами. Вінцеві артерії на розтині зяють, стінки потовщені, просвіт їх наполовину, а місцями і більше, закритий твердими нашаруваннями біло-сірого кольору. Аорта зі сторони інтими в ділянці дуги, грудного та черевного відділу - з множинними сіро-жовтими плямами, фіброзно-ліпідними бляшками, поодинокими атероматозними змінами різних форм та розмірів. Окрім того, в черевному відділі аорти спостерігаються звизракування і явища деструкції, ріжеться з хрустом. В місці поділу черевної аорти на праву та ліву загальні клубові артерії відмічається наявність неправильної округлої форми, розміром з кулак дорослої людини, мішкоподібне розширення. В передній стінці його - горизонтально розміщений розрив розшаровуючої аневризми, розмірами 1,0×1,5 см, з нерівними краями. Стінка аорти в місці розриву різко потоншена і мішкоподібно розширена, з крововиливами темно-червоного кольору. На розрізі її відмічається розшарування стінки аорти на окремі листки зі згортками крові темно-червоного кольору між ними. У просвіті гортані, трахеї, бронхів - харкотиння сірого кольору. Легені не виповнюють плевральні порожнини, поверхня яких ззовні і на розтині світло-коричневого кольору. Передміхурова залоза розмірами з індиче яйце, різко щільна на розрізі, сіро-біла, тяжиста, неоднорідна. Судини ГМ з боку його основи на розтині зяють. Стінка їх потовщена за рахунок поодиноких щільних фіброзно-ліпідних нашарувань сіро-білого кольору. Головний мозок на розтині білого і сірого кольору, з великою кількістю точкових плям темно-червоного кольору. Для додаткових експертиз трупа вилучено: кров - для судово-

токсикологічної експертизи на наявність спиртів (етилового, метилового, пропілового, бутилового та амілового спиртів не виявлено); шматочки внутрішніх органів - для судово-гістологічного дослідження: крововиливи в товщі атеро-кальценозно зміненої аорти, дистрофічні зміни печінки та нирок, гострі порушення гемомікроциркуляції в ГМ та печінці, гнійний бронхіт, периваскулярний кардіосклероз та гіпертрофія міокарда, склероз судин ГМ, серця, легень та нирок, гіперплазія передміхурової залози.

### Результати й обговорення

У людини відбуваються вікові зміни у всіх органах і тканинах. Особливо це стосується серцево-судинної, як опорно-рухової та нервової систем. Остання відіграє головну роль в нейрогуморальній регуляції всіх процесів життєдіяльності/забезпечення організму. Із віком людина, із одного боку, набуває певного життєвого досвіду, а з другого - "збагачується", обростає різними захворюваннями. Якщо вона першого позбувається або може втрачати в різному ступені вираженості внаслідок зниження пам'яті й концентрації уваги, то кількість захворювань може лише збільшуватися, спостерігається поліморбідність - поєднання захворювань із взаємно обтяжливими наслідками і перебігом. Це значно погіршує якість життя Homo sapiens. А сприяє цьому негативний вплив різних, часто в комбінації, несприятливих факторів середовища проживання останньої. За відомим висловом, у людини є стільки захворювань, скільки десятків років життя. Очевидно, це не буде відповідати нинішньому поколінню. Переважаюча кількість (95%) теперішніх випускників шкіл мають хронічні захворювання, іноді по два та більше. Це становить неабияку загрозу для держави. Що ж чекає нас в прийдешньому, коли майбутнє нації - практично все підростаюче покоління, є хворим?! Так, наприклад, карієсні зуби (95-100% захворюваність), як хронічне джерело інфекції, є однією з передумов виникнення десятків хвороб та вираженого обтяження їх

перебігу [3]. Із віком у стінці судин, аорти зменшується кількість еластичних волокон, збільшується вміст колагенових, відбувається ліпоїдна інфільтрація шарів стінки з відкладанням солей кальцію і утворенням атеросклеротичних бляшок [4]. Небезпека наростання описаної хвороби полягає у високому ризику несподіваного розриву випнутої та стоншеної стінки аорти. Це викличе швидку та масивну внутрішню кровотечу, яку іноді просто неможливо зупинити. Початок утворення аневризми помітити практично дуже важко. Невелике розтягнення стінок аорти фактично нічим не виявляється. Цей період може тривати від кількох місяців або років. Виявляється вона, здебільшого, випадково при оглядах або під час обстеження з іншого приводу. Вперше при аневризмі аорти симптоми з'являються при значних її розмірах. На не виражений дискомфорт у животі, зазвичай, мало хто звертає увагу, тим паче у старшому віці. Подальше наростання патології характеризується наступними виявами: тупий біль з відчуттям розпирання, постійне відчуття тяжкості ліворуч від пупка та пульсації всередині живота, диспептичними явищами (неприємна відрижка, втрата апетиту, постійна нудота) та порушення формування стільця, тягнучі болі в попереку, оніміння ніг і постійне відчуття холоду в них, тощо. Ускладнений перебіг захворювання, тим більше у разі розриву стінки судини, виявляється яскраво вираженими симптомами, що супроводжується швидким наростанням больового синдрому, який не знімається знеболювальними середниками, та розвитком картини гострої внутрішньої масивної крововтрати. Серед етіологічних чинників найбільш поширеним є атеросклероз аорти, на долю якого припадає 80%. Фактично, будь-яка токсемія, чи то інфекційна (бактерії, віруси, паразити, грибки), чи хімічна, дисметаболічна може сприяти цьому процесу. А саме: туберкульоз, сифіліс, сепсис, ВІЛ-інфіковані, колагенози, цукровий діабет та інші патологічні процеси із порушенням обміну речовин викликають аорти. Генетичні захворювання, дисплазія

сполучної тканини (напр., синдром Марфана, Данлоса-Елерса) сприяють розвитку аневризми судин, аорти. Не скидаються з рахунку і травми живота, хребта або грудної клітки, найчастіше отримані під час ДТП, при сильному ударі об кермо, чи після падіння з висоти або проникаючого поранення. Встановлено найбільш сприятливі фактори цієї патології: особи чоловічої статі (у 4 рази частіше, ніж у жінок) у віці старше 50 років, в анамнезі мають прямих родичів з подібним захворюванням, тривалий час палять, зловживають алкоголем, хворіють на цукровий діабет, ожиріння, хронічну серцеву недостатність, артеріальну гіпертензію. Деякі моменти можуть призвести до розриву хворобливо зміненої стінки аорти: значне чи різке фізичне навантаження, гіпертонічний криз, сильне напруження м'язів черевного пресу. При підозрі та для візуалізації точного топографічного розміщення аневризми аорти застосовують УЗД ОЧП, КТ, МРТ, іноді рентгенографію черевної порожнини. Одним із радикальних методів лікування аневризми аорти, між іншим не завжди вдалих, є реконструктивні операції з протезуванням ураженої частини в екстреному чи плановому порядку. У консервативній терапії спеціальних лікарських засобів для усунення самої аневризми поки що не існує. Таким хворим призначається превентивне, стримуюче лікування з метою зниження ризику можливого розриву судин: гіпотензивні, кардіотропні, ліпідо- і цукрознижуючі, протизапальні, антимікробні, антикоагулянтні, дезагрегантні середники тощо.

Отже, смерть хворого О. наступила внаслідок розриву стінки розширюючої аневризми черевного відділу аорти, який ускладнився розвитком гострої внутрішньочеревної кровотечі з масивною крововтратою. Цьому могли посприяти патологічні зміни аорти у вигляді атеросклерозу із явищами атеросклерозу та звирозкування, які протікали на тлі хронічної ішемічної хвороби серця (стенозуючий атеросклероз коронарних судин та дифузний кардіосклероз). А наявні зовнішні тілесні ушкодження могли утвори-

тися від дій тупих твердих предметів внаслідок ударів до таких при падінні/падіннях, в тому числі із висоти власного зросту, незадовго до настання смерті. За ступенем тяжкості стосовно живих осіб вони відносяться до легких і в прямому причинному зв'язку із настанням смерті не перебувають. У покійного не виявлено наявності спиртів у крові.

Таким чином, як підсумок, необхідно жити в гармонії із самим собою та навколишнім світом. Не накопичувати негативні емоції (гнів, злість, заздрість, зазнайство та інші), які, подібно іржі, що роз'їдає метал, руйнують душу і тіло людини. Потрібно вести здоровий спосіб життя, втілювати повсякденно раціональне і збалансоване харчування, уникати шкідливих звичок, займатись розумними фізичними навантаженнями та коригувати/уникати дії агресивних хвороботворних факторів [5]. Щодо цього проводити доступну роз'яснювальну санітарно-просвітню роботу серед широких верств населення як на прийоми, так і у ЗМІ, чомусь призабуту з недалекого минулого, піднести її на вищий рівень. Як наголошував великий Микола Пирогов, "фунт профілактики рівний пуду лікування", тобто поінформований - значить озброєний відповідними знаннями [6]. Профілактика у декілька разів дешевша за лікування, вона сприяє збереженню необхідної якості життя людини.

## Література

1. First-aid kit (Summer). Stop the Earth, or how to get rid of dizziness. 2017. p. 10. Ukrainian: (Аптечка (Літо). Зупиніть Землю, або як позбутись запаморочення. 2017. - С. 10).
2. Unified clinical protocol of EMD. Approved by order of the Ministry of Health of Ukraine. - January 15, 2014, 34. Ukrainian: (Уніфікований клінічний протокол ЕМД. Затверджено наказом МОЗ України. - 15 січня 2014, № 34).
3. Masnyi Z. Deadly dangerous diagnosis to our medicine. Z. Masnyi. Folk health. Medical Journal of the Ukrainian Medical Association in Lviv. 2018. 5(350): P. 1. Ukrainian: (Масний З. Смертельно небезпечний діагноз нашої медицині / З. Масний // Народне здоров'я. Медичний часопис Українського лікарського товариства у Львові. - 2018. - № 5 (350). - С. 1).
4. ВМЕ: 29 tons. Ed. acad. B.V. Petrovsky 3rd form. Moscow: The Soviet Encyclopedia. 1975. 2: P. 74, 85. Russian: (БМЭ: В 29 т. / За ред. акад. Б.В. Петровського. 3-е вид. Москва: Радянська енциклопедія. 1975. - Т. 2. - С. 74, 85).
5. Lomei Ya.I. High price of insight. Stomach trauma: Who is to blame? Ya.I. Lomei, V.O. Olkhovsky, Yu.Ya. Lomei. Emergency medicine: from science to practice. 2016. 2(18): P. 103-108. Ukrainian: (Ломей Я.І. Висока ціна прозріння. Тупа травма живота: хто винен? / Я.І. Ломей, В.О. Ольховський, Ю.Я. Ломей / Екстрена медицина: від науки до практики. - 2016. - № 2 (18). - С. 103-108).
6. Ostrovsky M.M. Success is a team game! M.M. Ostrovsky. Therapia. Ukrainian Medical Bulletin. 2017. 9(123): P. 6. Ukrainian: (Островський М.М. Успіх - це командна гра! / М.М. Островський // Therapia. Український медичний вісник. - 2017. - № 9 (123). - С. 6).