

Є.Х. Заремба, А.В. Пастушок,  
В.З. Макара

Львівський національний  
медичний університет  
ім. Данила Галицького

## РОЗШАРОВУЮЧА АНЕВРИЗМА АОРТИ В ПОЄДНАННІ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

### Резюме

У статті розглянуто клінічний випадок розширюючої аневризми аорти, поєднаної з інфарктом міокарда, та акцентовано увагу фахівців на проблемі диференціальної діагностики цих патологій.

### Ключові слова

Розширююча аневризма аорти, інфаркт міокарда.

Під нашим спостереженням перебував хворий Б. 70 років, що надійшов до інфарктного відділення ЛШМД 10.03.2015 р. о 15 год. 30 хв. зі скаргами на стискаючі болі за грудниною, які не знімалися прийманням нітратів, болі в епігастрії з іррадіацією в хребет, задишку при фізнавантаженні, відчуття перебоїв у роботі серця, запаморочення, різку загальну слабкість. Вважає себе хворим протягом останніх двох годин. Скарги виникли при підвищенні АТ до 240/120 мм рт. ст. З анамнезу життя відомо, що хворів на гіпертонічну хворобу протягом 10 років. Гіпотензивні засоби приймав нерегулярно.

Доставлений бригадою швидкої медичної допомоги з діагнозом: гострий живіт. Перфоративна виразка шлунка? У приймальному відділенні оглянутий хірургом, який виключив гостру хірургічну патологію. На ЕКГ виявлено негативні зубці Т у V1-V4, незначний підйом ST у цих відведеннях, часту політопну екстрасистолію. Хворого госпіталізовано до інфарктного відділення з діагнозом: ІХС. Гострий інфаркт міокарда. Болі в епігастрії розцінено як гастралгічну форму ІМ.

Під час огляду хворого виявлено: загальний стан хворого дуже тяжкий. Свідомість затьмарена, шкірні покриви та видимі слизові блідо-ціанотичного кольору, вкриті холодним потом. Перкуторно над легеньми ясний легеневиий звук, аускультативно везикулярне дихання. ЧД — 22/хв. Ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см. Ритм серця неправильний (12-15 екстрасистол/хв); тони різко ослаблені, акцент II тону над аортою, ЧСС — 60/хв, АТ — 60/40 мм рт. ст. Живіт здутий, болючий в епігастрії та правому підребер'ї. Набряки відсутні.

ЕхоКГ-ознаки гіпертензивного серця, порушення сегментарної скоротливості по передній стінці. Атеросклероз аорти. Від коронарографії родичі відмовились.

Діагноз: ІХС. Гострий інфаркт міокарда по передній стінці ЛШ, ускладнений кардіогенним шоком, шлуночковою екстрасистолією. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст. СН II А ст.

© Є.Х. Заремба, А.В. Пастушок, В.З. Макара

Невідкладна допомога: Sol. Morphini hydrochloridi 1% 1,0 в/м, Sol. Dormini 200 мг, розведений у 250 мл 5% р-ну глюкози, в/в кр. повільно.

10.03.2015 р. о 20 20-й год. утримувалися болі за грудниною і в епігастрії. Загальний стан хворого залишався тяжким. Серцевий ритм неправильний (10-12 екстрасистол/хв), тони різко ослаблені, ЧСС — 68/хв АТ — 90/60 мм рт. ст. Живіт здутий, болючий в епігастрії та в правому підребер'ї. Сечовиділення відсутнє.

11.03.2015 р. о 1 год. 20 хв. у хворого виник напад інтенсивного стискаючого болю за грудниною, посилювався біль в епігастрії та правому підребер'ї. Повторно введено Sol. Morphini hydrochloridi 1% 1,0 в/м.

11.03.2015 р. о 1 год. 45 хв. біль в епігастрії та за грудниною зменшився. АТ — 80/50 мм рт. ст. Хворий заснув.

Дані лабораторного обстеження від 10.03.2015 р. Загальний аналіз крові: Hb — 102 г/л, лейкоцити — 16,0 Г/л (е. — 0%, п. — 5%, с. — 84%, л. — 10%, м. — 1%). Біохімічний аналіз крові: цукор крові — 7,16 ммоль/л, АлАТ — 0,86 ммоль/л, креатинін — 0,216 ммоль/л. Від 11.03.2015 р. Загальний аналіз крові: Hb — 72 г/л, лейкоцити — 14,0 Г/л (е. — 0%, п. — 4%, с. — 85%, л. — 10%, м. — 1%).

11.03.2015 р. о 8-й год. стан раптово погіршився, хворий втратив свідомість. Зіниці розширилися, АТ і пульс не визначалися. На ЕКГ — асистолія. Реанімаційні заходи були неефективні, о 8 год. 40 хв. констатовано біологічну смерть.

Заключний діагноз: ІХС. Гострий інфаркт міокарда по передній стінці ЛШ, ускладнений кардіогенним шоком, частою шлуночковою екстрасистолією, асистолією (11.03.2015 р. 8 год. 00 хв.). Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст. СН II Б ст. Розширююча аневризма аорти.

Протокол розтину: серце — вага 450 г, у порожнині його рідка кров і темно-червоні згустки. Серцевий м'яз щільний, на розрізі з прошарками сполучної тканини й одним блідо-сірим післяінфарктним рубцем 6х5х0,8 см, розміщеним у міжшлуночкової перетин-

ці під ендокардом. По краю рубця вогнища, підозрілі на свіжі некрози міокарда. Вінцеві артерії звужені на 30-50%.

Гістологічне дослідження: серце — виражений дифузно-вогнищевий кардіосклероз, гіпертрофія і фрагментація м'язових волокон із вогнищами некрозу, некробіозу та лейкоцитарною інфільтрацією.

Аорта — стінка ріжеться з хрускотом, інтима вкрита жовтими бляшками. У субренальному відділі черевної аорти — розшаровуюча атеросклеротична аневризма розмірами 14x2 см, порожнина якої частково тромбована рихлими масами бурого кольору. Заочеревинна жирова клітковина справа темно-багряного кольору, просочена кров'ю. Розміри зони розриву аневризми встановити не вдалося.

Клініко-патологічний епікриз. Основною патологією померлого чоловіка 70 років слід вважати конкуруючі захворювання: розрив розшаровуючої атеросклеротичної аневризми черевної аорти та гострий повторний інфаркт міокарда по краю рубця міжшлункової перетинки. Обидва захворювання розвинулися на тлі гіпертонічного кризу. Безпосередня причина смерті — геморагічний шок.

Особливістю цього випадку є важка диференціальна діагностика розшаровуючої аневризми аорти, зумовлена наявністю конкуруючого захворювання — гострого інфаркту міокарда. На першому етапі обстеження хворого не запідозрено розшаровуючої аневризми, оскільки не проведено УЗД черевного відділу аорти. Заключний діагноз сформульовано правильно за рахунок прогресуючої анемії. Випадок свідчить про необхідність популяризації знань лікарів щодо клініки та «клінічних масок», під якими перебігає розшаровуюча аневризма аорти.

Розшаровуюча аневризма аорти виділяється в особливий вид аневризм. Вона характеризується розшаруванням власної стінки аорти на різному протязі з утворенням двох каналів для кровотоку [1]. Спостерігається в 0,25-2% усіх аутопсій. Прижиттєва діагностика є складною і не перевищує 25-33% [2, 4]. Розшаровуюча аневризма аорти вимагає своєчасної точної діагностики, що є обов'язковою умовою успішного хірургічного лікування. Точна діагностика можлива при комплексному використанні сучасних методів дослідження, зокрема ультразвукової ехо-

графії, комп'ютерної томографії, рентгеноконтрастної аортографії [3].

Утворюється аневризма найчастіше при атеросклеротичних змінах стінки аорти у хворих із супутньою артеріальною гіпертензією або у молодих людей при кістозному медіонекрозі, синдромі Марфана, у вагітних жінок, при надмірних фізичних навантаженнях. При надриві зміненої інтими спочатку утворюється внутрішньостінкова гематома, потім розшаровуюча аневризма. Розшарування йде зазвичай по дегенеративно зміненій середній оболонці [5].

У клінічному перебігу розшаровуючої аневризми виділяють два етапи: перший відповідає розриву інтими аорти, утворенню внутрішньостінкової гематоми і початку розшарування, другий характеризується повним розривом стінки аорти з наступною кровотечею. На першому етапі її розвитку виділяють форми перебігу: гостру, яка закінчується летально за декілька годин; підгостру, яка перебігає декілька днів або два-чотири тижні; та хронічну — тривалість якої визначається місяцями.

Для гострої форми аневризми характерні болі за грудниною, в спині або епігастральній ділянці, які рідко іррадіюють у ший і верхні кінцівки. Сильний раптовий біль, який то зникає, то знову з'являється, може вказувати на подальше розшарування стінки аорти. Як правило, в перший момент розвитку аневризми у хворого підвищується АТ, який потім знижується [7].

Такий початок захворювання дає підстави підозрювати у хворих розвиток гострого інфаркту міокарда. Для диференціальної діагностики дуже важливо, що різкий біль при розшаровуючій аневризмі майже не знімається наркотичними анальгетиками, має хвилеподібний мігруючий характер, поступово поширюється вздовж хребта. На ЕКГ у ряді випадків можуть реєструватися інфарктоподібні зміни внаслідок компресії вінцевих артерій розшаровуючою гематомою або рефлекторним порушенням коронарного кровообігу при подразненні стінки аорти. Розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти може перебігати під такими «клінічними масками»: гострий живіт, перфоративна виразка, шлунково-кишкова кровотеча, гострий панкреатит або холецистит, гостра кишкова непрохідність, гострий пієлонефрит, інфаркт нирок, паранефрит [6, 7].

#### Список використаної літератури

1. Аневризма грудної аорты: клиника, диагностика, хирургическое лечение / Л. Ситар, И. Кравченко, В. Попов [и др.] // Doctor. — 2003. — № 2. — С. 39-41.
2. Почепцова Е.Г. Расслаивающая аневризма аорты / Е.Г. Почепцова, В.И. Целуйко // Ліки України. — 2010. — № 5. — С. 8-13.
3. Белов Ю.В. Клинико-инструментальная диагностика аневризм нисходящей и торакоабдоминальной аорты / Ю.В. Белов, Р.Н. Комаров // Хирургия. — 2007. — № 2. — С. 10-13.
4. Diagnosis of thoracic aortic dissection. Magnetic resonance imaging versus transesophageal echocardiography / C.A. Nienaber, R.P. Spielmann, Y. von Kodolitsch [et al.] // Circulation. — 1992. — Vol. 85. — P. 434.
5. Жураев Р.К. Розшарування аневризми аорти: визначення, етіологія, патоморфологія, класифікація, клініка, діагностика та лікування / Р.К. Жураев // Серце і судини. — 2012. — № 3. — С. 102-107
6. Зербино Д.Д. «Кардіальні маски» при розшаровуючій аневризмі аорти / Д.Д. Зербино, Ю.Г. Кияк, Ю.И. Кузык // Український кардіологічний журнал. — 2002. — № 3. — С. 79-82.
7. Розшаровуючі аневризми грудної аорти: варіанти перебігу та результати хірургічного лікування / Л.Л. Ситар, І.М. Кравченко, В.І. Кравченко [та ін.] // Серце і судини. — 2010. — № 1. — С. 22-26.

Надійшла до редакції 12.05.2016