

ди серця, гострої аортальної недостатності, гемотораксу або гемомедіастинуму.

Випадок із практики. Пацієнт Р. 56 років із тривалим анамнезом куріння (40 пачко-років), надійшов у кардіоцентр 22.01.2024 року із посиланням на дискомфорт в грудях, ниючий біль в ділянці серця, який то посилювався, то зменшувався, серцебиття, помірну задишку, періодичні запаморочення. Захворів місяць тому – раптово під час фізичного навантаження відчув нестерпний біль у грудній клітці та між лопатками із кількаразовою втратою свідомості. Поступово інтенсивність болю зменшилася. Вважаючи, що біль в грудях пов'язаний із захворюванням хребта, без консультації кардіолога, пацієнт лікувався в масажному кабінеті (5 процедур), однак поліпшення не спостерігалось. Самолікування продовжувалось протягом майже 4 тижнів. При аускультатії серця (під час госпіталізації) над аортою прослуховувався діастолічний шум аортальної недостатності. Під час ЕхоКГ 24.01.2024 р. в просвіті розширеної аорти виявлений клапоть відшарованої інтими, який вільно тріпотів, рух інтими був хвилеподібним і не повторював рух стінок аорти. Добре візуалізувались два просвіти – несправжній мав більший діаметр, ніж справжній, наповнювався переважно в діастолу, а не в систолу, як це візуалізувалось в справжньому просвіті. Встановлено діагноз підгострого розшарування висхідної аорти із поширенням на проксимальний відділ дуги аорти. Стан пацієнта розцінено як РА тип II за DeBakey, тип A за Stanford, ускладнене відносною аортальною недостатністю. Ургентно в умовах штучного кровообігу, глибокої гіпотермії та “циркуляторного арешту” із антеградним захистом головного мозку на відкритому серці проведено супракоронарне протезування висхідного відділу аорти судинним протезом Medtronic #30.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Пацієнт продовжив лікування під спостереженням реабілітолога, кардіолога-терапевта та сімейного лікаря. Отримує фармакотерапію: аспірин, розувастатин, бісопролол, еплеренон, периндоприл, торасемід, форксигу.

Дискусія. Розшарування аорти у цьому випадку мало типовий початок – шок (раптовий нестерпний біль в грудях, повторні синкопе, міграція болю) та період уявного благополуччя, який тривав близько 1-го місяця. Під час ЕхоКГ – дослідження спостерігалась патогномонічна ознака РА – несинхронна із рухом стінок аорти індуляція інтими та вільне тріпотіння відшарованого клаптя інтими в просвіті аорти над аортальним клапаном, що характерно для гострого та підгострого перебігу РА. В протезуванні аортального клапана необхідності не було, він був інтактним, тому виконано супракоронарне протезування аорти. Серед можливих причин РА, до яких

відносять аортосклероз, гіпертензію, дисліпідемію, цукровий діабет, неспецифічний аортоартеріт, двостулковий аортальний клапан, синдроми Марфана та Гзеля – Ердгейма, статус куріння) найбільш ймовірними у цього пацієнта є куріння та синдром Гзеля – Ердгейма (кістозний медіанекроз висхідної аорти). Останнє підтверджує ліпідограма (холестерин – 2,6 ммоль/л, тріацилгліцерини – 1,1 ммоль/л).

Висновки. 1. Підгостре розшарування аорти, на відміну від гострого, має кращий прогноз для виживання. 2. Супракоронарне протезування висхідної аорти (модифікація операції Бенталла) є найбільш безпечним хірургічним варіантом для розшарування аорти типу A Stanford. 3. Гіпотетичною причиною РА у пацієнта Р. є статус куріння (40 пачко-років) та синдром Гзеля – Ердгейма.

Розшаровуюча аневризма аорти на ґрунті феохромоцитом.

Огляд клінічного випадку

Т.М. Соломенчук ¹, О.Ю. Кисіль ¹,
Ю.І. Шаваров ², О.М. Голуб ², А.А. Махнюк ²,
К.С. Гель ²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Лікарня Святого Пантелеймона
Першого територіального медоб'єднання, Львів

Мета – проаналізувати рідкісний клінічний випадок успішного лікування 44-річного пацієнта з вторинною артеріальною гіпертензією, спричиною феохромоцитомою лівого наднирника, що ускладнилася розшаровуючою аневризмою аорти (РАА), і представити позитивний результат лікувальної стратегії.

Результати. Вторинна артеріальна гіпертензія (АГ) розвивається у 80–90 % хворих із феохромоцитомою. Якщо феохромоцитому вчасно не розпізнати і не лікувати, то такий стан може загрожувати життю пацієнта. Що і сталося в даному клінічному випадку: виникло ускладнення тривалої АГ – розшаровуюча аневризма аорти (РАА).

Огляд клінічного випадку. Хворий Л., 44 роки, перебував на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіології та реперфузійної терапії Центру серця та судин КНП ІТМО м. Львова ВП „Лікарня Святого Пантелеймона” з 10.11.23 по 06.12.2023. Поступив зі скаргами на тиснучий біль в грудній клітці та надчеревній ділянці, підвищення АТ до 180–160/100–90 мм рт. ст., відчуття нестачі повітря. Курить біля 20 років, працював шофером. З анамнезу: АГ більше 8–10 років. За 2 роки до госпіталізації проведено комп'ютерну томографію (КТ) органів черевної порожнини з довенним контрастуванням, де вияв-

лена аденома лівого наднирника, рекомендовано повторити через рік.

Хронічну РАА за De Bakey type I встановлено при мультиспиральній КТ-ангіографії грудної та черевної аорти з внутрішньовенним контрастним підсиленням. Діагноз: Розшарування грудної частини аорти. Розшаровуюча аневризма аорти (De Bakey type I) з переходом на проксимальний сегмент лівої підключичної артерії, з повним тромбозом несправжнього просвіту висхідної аорти і дуги та частковим тромбозом низхідної аорти. Вторинна артеріальна гіпертензія, важкий перебіг, стадія ІІІ, ступінь 3, кардіоваскулярний ризик 4 дуже високий. Аденома лівого наднирника. Феохромоцитома. Сечокам'яна хвороба (конкремент правої нирки).

Проведено оперативне втручання 14.11.23: ендопротезування низхідного відділу аорти стентграфтом Valiant Captiva 32 mm × 28 mm × 157 mm після відходження лівої підключичної артерії. З метою дообстеження хворому зроблено гормональне дослідження: метанефрин загальний у добовій сечі 745,0 мкг/24 год (норма – менше 350 мкг/24 год). Пацієнт поступив 06.12.23 у відділення №1 Центру хірургії та онкохірургії КНП «І ТМО м. Львова» ВП «Лікарня Святого Пантелеймона» і був прооперований: тотальна адреналектомія, однобічна, лапароскопічна зліва, перебував на лікуванні до 11.12.23. Після чого повторно госпіталізований у відділення кардіології та реперфузійної терапії Центру серця та судин КНП «І ТМО м. Львова» ВП «Лікарня Святого Пантелеймона» для стабілізації стану, корекції антигіпертензивної терапії. 18.12.23 знято післяопераційні шви. Виписаний додому в задовільному стані з рекомендаціями і перебуває під спостереженням кардіолога із застосуванням фармакологічної терапії.

Висновки. У цьому клінічному випадку має місце вчасна діагностика важкої вторинної АГ, яка розвинулася на ґрунті феохромоцитомі і призвела до грізного ускладнення – РАА. Застосована лікувальна тактика: операція ендопротезування низхідного відділу аорти, після якої – лапароскопічна лівобічна тотальна адреналектомія, і наступна медикаментозна підтримка дозволили досягнути позитивного результату, а саме, продовжити життя пацієнта.

Вплив тривалості первинного ПКВ у пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST на прогноз захворювання

С.О. Чайчук, М.М. Долженко

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Сучасне лікування гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегмента ST базується на негайній реваскуляризації інфаркт-залежної артерії (ІЗА). Швидке відновлення кровотоку по ІЗА має першочергове значення для порятунку ішемізованого міокарда та обмеження розміру зони інфаркту. Водночас терміни реваскуляризації не-ІЗА були довгий час невизначеними в рекомендаціях щодо лікування гострих коронарних синдромів. Останні дані досліджень свідчать про переваги та безпеку негайної повної реваскуляризації не-ІЗА під час процедури первинного перкутанного втручання (ПКВ).

Мета – оцінити вплив та безпеку розширення процедури первинного ПКВ з проведенням повної реваскуляризації у пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST на короткостроковий прогноз.

Матеріали та методи. Обстежено 120 пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST та проаналізовано дані щодо характеристик первинного ПКВ. Усі пацієнти були розділені на групу повної (n=60) та групу неповної (n=60) реваскуляризації. До групи повної реваскуляризації увійшли пацієнти яким проводили стентування не-ІЗА як одномоментно під час процедури первинного ПКВ, так і стадійно впродовж періоду госпіталізації. Усі пацієнти пройшли загальноклінічне лабораторне обстеження, біохімічний аналіз крові. Ехокардіографічне дослідження виконували за стандартним протоколом з визначенням основних показників — кінцеводіастолічний (КДР), кінцевосистолічний розмір (КСР), кінцеводіастолічний (КДО) та кінцевосистолічний об'єм (КСО), фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), діаметр лівого передсердя (ЛП).

Результати. В ході дослідження виявлено, що об'єм втручання (зниження балів шкали анатомічної складності ураження SYNTAX) був пов'язаний з пролонгацією загального часу втручання (коефіцієнт кореляції $r=0,2$; $p<0,05$).

За результатами спостереження встановлено, що збільшення тривалості втручання було асоційоване з динамікою приросту кількості лейкоцитів. Так, у підгрупі пацієнтів, що не мала приросту рівня лейкоцитів протягом найближчих 72 годин, середній час втручання ($26,7 \pm 18$ хв) був на 14,4 хв менший у порівнянні з підгрупою пацієнтів без динаміки лейкоцитозу (середній час втручання $41,1 \pm 26,7$ хв, $p = 0,022$).

Згідно з проведеним кореляційним аналізом підгрупи пацієнтів з приростом лейкоцитів більше 30 % виявлено прямий позитивний взаємозв'язок пролонгації втручання з рівнем лейкоцитозу (коефіцієнт кореляції $r=0,44$; $p<0,05$) протягом найближчих 72 годин (рис. 1).