

**Ергард Н.М.,**

*асистент кафедри судової медицини*

*Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*

## **ГЕМОПЕРИКАРД ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.**

**Анотація:** Стаття присвячена гострій ішемічній хворобі серця. В статті викладений клінічний випадок із судово-медичної практики виявлення гемоперикарду серця у чоловіка 1939 року народження внаслідок ускладнення гострого інфаркту міокарда.

**Аннотация:** Статья посвящена острой ишемической болезни сердца. В статье изложен клинический случай из судебно-медицинской практики выявления гемоперикарда сердца у мужчины 1939 года в результате осложнения острого инфаркта миокарда.

**Summary:** The article is devoted acute ischemic heart disease. In the article the clinical case of forensic practice identifying haemopericardium heart of a man born in 1939 as a result of complications of acute myocardial infarction.

Термін "ішемічна хвороба серця" походить від грецького слова ішемія (ischo - затримувати, зупиняти і haema – кров). Ішемічна хвороба серця (ІХС) - це гостра чи хронічна дисфункція серцевого м'яза, яка зумовлена порушенням рівноваги між енергетично-кисневою потребою міокарда і коронарним кровообігом.

Синонімом ІХС, який часто зустрічається в зарубіжній літературі, є коронарна хвороба. Згідно рекомендації ВООЗ поняття "ішемічна хвороба серця" включає раптову коронарну смерть, стенокардію, інфаркт міокарда, післяінфарктний кардіосклероз, порушення серцевого ритму, серцеву недостатність .

В наш час, коли людина, зловживає алкоголем та тютюнопалінням, перевтомлюється на роботі, підвержена нервовим потрясінням та фізичному перенапруженню, схильна до переїдання та вживає неправильно збалансоване

харчування і оточена постійними стресовими факторами в таких умовах, серед усіх форм ішемічної хвороби серця, перше місце займає інфаркт міокарда.

Отже, інфаркт міокарда (*infarctus myocardi*) - це вогнищевий некроз серцевого м'яза внаслідок гострого порушення його кровопостачання.

Переважає інфаркт міокарда виникає на фоні атеросклеротичного ураження коронарних артерій, проте, основними патогенетичними чинниками цього захворювання є коронаротромбоз, стенозуючий коронаросклероз і довготривалий коронароспазм з оклюзією. У більшості випадків безпосередньою причиною інфаркту є утворення тромба у вінцевих артеріях. Встановлено, що коронаротромбоз виникає внаслідок розриву атеросклеротичної бляшки і виходу в кров'яне русло тромбогенних факторів. Такі стани як гіперкоагуляція крові, гіперліпідемія, зміна тонуусу вінцевих судин, пов'язана з діяльністю серця, фізичні і психічні перевантаження є провокуючими факторами. Рідше (переважно у людей молодого віку) до виникнення інфаркту веде виражений і тривалий спазм незмінених коронарних артерій. Цьому сприяють психоемоційні перенапруження, вживання кокаїну та алкоголю. У молодих людей причиною інфаркту міокарда можуть бути вроджені аномалії вінцевих судин серця, аортальний стеноз, емболія при інфекційному ендокардиті або тяжка гостра кровотеча [1,3].

Якщо розглядати інфаркт міокарда з патогенетичної точки зору, то він виникає внаслідок поєднання судинного і метаболічного факторів патогенезу. При морфологічному дослідженні серцевого м'язу було виявлено раптове припинення припливу крові у відповідній ділянці серцевого м'язу, де спочатку розвивається ішемія, а потім вже некроз. Навколо ділянки некрозу виникають запальні зміни з утворенням грануляційної тканини. Через 3-5 тижнів на місці інфаркту утворюється із сполучної тканини рубець [4].

За локалізацією, найбільш часто інфаркт міокарда розвивається в передній стінці лівого шлуночка. Друге місце за частотою займає інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка. Некротичні зміни в міжшлуночкової перетинці спостерігаються в 10-15 % випадках серед різних варіантів

локалізації інфаркту міокарда, на бокову стінку він розповсюджується в 4-5 % випадків, на сосочкові м'язи - в 30 %.

За глибиною ураження серцевого м'яза розрізняють трансмуральний інфаркт міокарда - від епікарда до ендокарда, інтрамуральний - з локалізацією вогнища некроза в товщині міокарда, а також субепікардіальний і субендокардіальний інфаркт міокарда (частіше пов'язаний зі стенозуючим атеросклерозом і не супроводжується оклюзією чи тромбозом судини).

За поширеністю некротичного вогнища розрізняють дрібновогнищевий і крупновогнищевий інфаркт міокарда (розвиток якого, як правило, пов'язаний з оклюзією великих вінцевих гілок).

Найбільш частими ускладненнями інфаркту міокарда є розрив серця з тампонадою серця (гемоперикардом), тромбемболічні ускладнення, гостра та хронічна аневризма серця, післяінфарктний синдром Дресслера, раптова коронарна смерть, порушення ритму та провідності, кардіогенний шок та гостра серцево-судинна недостатність [2].

Наводимо клінічний випадок із судово-медичної практики розриву серця з наступною його тампонадою на фоні гострого інфаркту міокарда:

«16.10.2014 року був виявлений труп гр. Л., 1939 року народження, за місцем його проживання без ознак насильницької смерті. Для встановлення причини смерті труп гр. Л. слідчими органами направлено до відділу судово-медичних експертиз трупів Київського міського бюро судово-медичної експертизи. **При зовнішньому дослідженні трупа:** труп чоловічої статі, правильної тілобудови, помірної вгодованості. Довжина тіла 180 см. Шкірні покриви тіла загалом блідо-синюшного кольору. Трупне залякання добре виражено в усіх досліджуваних групах м'язів. Трупні плями синюшно-фіолетового кольору, виявляються на задньо-боковій поверхні тіла, при дозованому натискуванні бліднуть та відновлюють своє забарвлення через 7 хвилин. Гнильні зміни не виражені. Шкіра обличчя блідо-синюшна. На волосистій частині голови пошкоджень не виявлено. Очі закриті, зіниці рівномірно розширені, слизові оболонки їх білесувато-рожевого кольору, без крововиливів. Кістки та хрящі носа на дотик цілі. Отвори носа та вушні ходи

вільні, чисті. Рот закритий, слизова оболонка губ синюшна, язик в порожнині рота. На шиї пошкоджень не виявлено. Грудна клітка симетрична, на дотик ціла. Живіт вище рівня реберних дуг. Зовнішні статеві органи розвинені правильно за чоловічим типом. Задньопрохідний отвір зімкнутий, шкіра навколо нього чиста. Кінцівки розвинені правильно, кістки на дотик цілі. Будь-яких тілесних ушкоджень та особливостей розвитку при зовнішньому огляді не виявлено. **Результати внутрішнього дослідження:** при розтині черевної порожнини трупа стороннього запаху не відчувається. Підшкірно жирова клітковина в області груді 2,0 см, в області живота 4,0 см. Сальник помірно виражений, рівномірно вкриває петлі кишківника. Розміщення органів черевної порожнини правильне. Шлунок та петлі кишківника вздуті газами. Очеревина чиста, гладка, блискуча. В черевній порожнині вільної рідини та злук не виявлено. Діафрагма справа та зліва ціла. Реберні хрящі розсікаються легко. Переднє середостіння частково вповнено жировою клітковиною. Легені вповнюють плевральні порожнини, в плевральних порожнинах вільної рідини немає. Навколосерцева сумка ціла, в її порожнині містяться до 350 мл темно-червоних рихлих згортків крові, які заповнюють усю порожнину навколосерцевої сумки (Рис. 1):

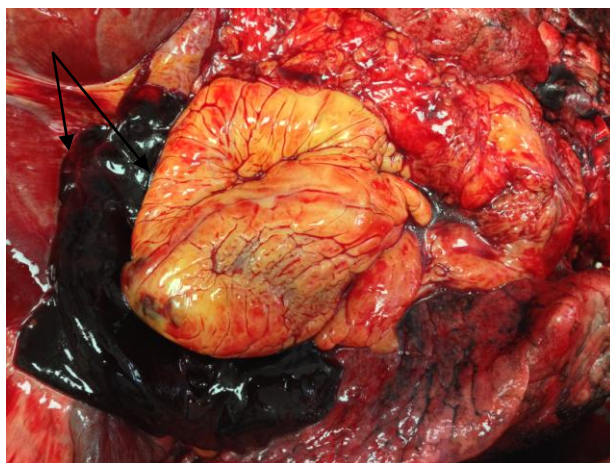


Рис. 1

З порожнини серця та магістральних судин виділяється темно-червона рідка кров із рихлими згортками червоного кольору. Серце мішкоподібної форми, розмірами 15x11x10 см. Епікард містить значну кількість жирової клітковини за ходом судин. На передньо-боковій поверхні лівого шлуночка (ближче до верхівки серця) ділянка з крововиливами, розмірами 8,0x6,0, темно-

червоного кольору. У ділянці верхівки серця є ділянка з крововиливами, розмірами 5,0x4,0 см, темно-червоного кольору; на фоні вказаного крововиливу є ділянка розриву стінки лівого шлуночка, розмірами 0,5x0,8 см та глибиною до 0,8 см (Рис. 2):

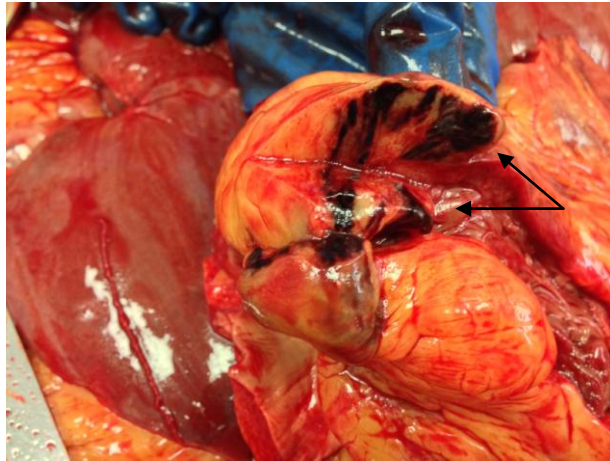


Рис. 2

Периметр правого венозного отвору 12,5 см, лівого 13 см. В порожнині серця міститься темна рідка кров із рихлими згортками червоного кольору. М'яз серця дряблої консистенції, на розрізах нерівномірного кровонаповнення, бурувато-червоного кольору, з численними добре вираженими дрібними білесувато-сірими прожилками сполучної тканини. На передньо-боковій стінці лівого шлуночка виявлена ділянка ішемії міокарду розмірами 4,0x4,0 см, білісіватого кольору, щільна на дотик, просочена кров'ю на всі шари, на розрізі виділяються ділянки заміщення серцевого м'яза сполучною тканиною та крововиливи (Рис. 3):

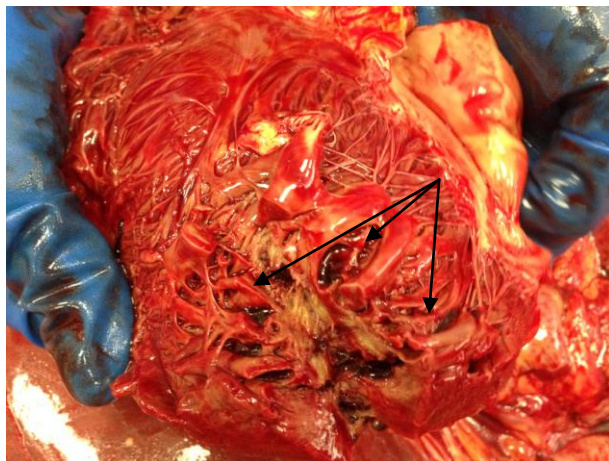


Рис. 3

На верхівці лівого шлуночка виявлена ділянка ішемії міокарду розмірами 2,0x3,0 см, білісіватого кольору, щільна на дотик, просочена кров'ю на всі шари, на розрізі виділяються ділянки заміщення серцевого м'яза сполучною тканиною, крововиливи та на їх фоні - ділянку розриву стінки лівого шлуночка (Рис. 4):

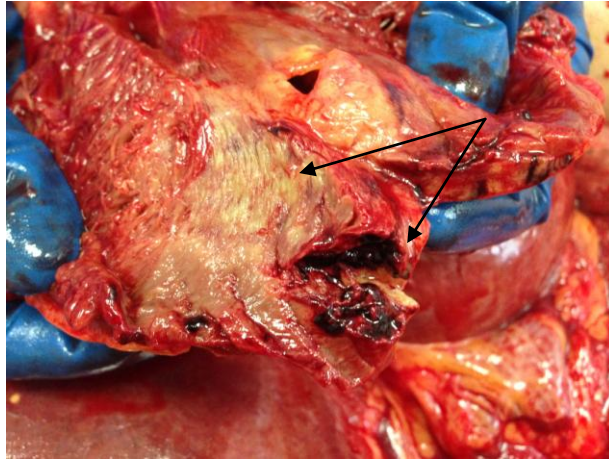


Рис. 4

Товщина стінки лівого шлуночка 2,0 см, правого 1,0 см. Двостулковий та тристулковий клапани тонкі, рухомі, біля основи ущільнені. Внутрішня оболонка серця волога, блискуча, без крововиливів. Ширина аорти над клапанами 8,5 см, клапани її біля основи ущільнені, рухомі. Внутрішня оболонка аорти білесувато-жовтого кольору з чисельними фіброзно-кальцинозними, місцями виразковими атеросклеротичними бляшками. Ширина легеневої артерії на розрізі над клапанами 7,5 см, клапани її гладкі, рухомі, внутрішня оболонка жовтувато-рожевого кольору, гладенька. Вінцеві артерії серця на розрізах зяють, вистоять над поверхнею розрізу, стінка їх потовщена, кальцинована атеросклеротичним бляшками, просвіт на багатьох ділянках нерівномірно звужений на 2/3, місцями до крапкового атеросклеротичними бляшками кам'янистої щільності.

При судово-гістологічному дослідженні ішемічних ділянок серця було виявлено атеросклеротичну трансформацію стінки субепікардіальної артерії (з відкладаннями холестерину та солей, що звужили просвіт до 1/4 початкового просвіту), дрібні крововиливи жирової тканини підепікардіально в ділянці розташування описаної вени, підепікардіальної артерії, зріз міокарда з щелевидним розшаруванням стінки, в якому кров з ознаками гемолізу,

дифузний крововилив під ендокардом, ознаки безядерного міокарда, на ділянці фрагментації якого пухкі скупчення еритроцитів, в ділянці замісного кардіосклерозу - малокровна артеріальна судина з вогнищевими переорієнтуваннями ядер ендотелію, різко виражений набряк міжпучкової строми, в якій повнокровна дистонічна вена та малокровні артерії з ознаками спазму.

Отже, на підставі даних судово-медичної експертизи трупа гр. Л. та результатів судово-гістологічного дослідження було встановлено діагноз: "Ішемічна хвороба серця: гострий інфаркт міокарду, що ускладнився гемоперикардом (І 23.0)".

### **Література:**

1. Антонченко І.В. Вісник аритмології / І.В. Антонченко, С.В. Попов, Г.М. Савенкова // Тези доповідей. – Кардіостім - 1998. - № 8. - С. 53.
2. Бурчинський Г. І. Внутрішні хвороби / Під. ред. проф. Г.І. Бурчинського // 4-е вид. – Київ. – Вища школа. - 2000. – С. 656.
3. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина / В.І. Денисюк, О.В. Денисюк// Таємниці, стандарти діагностики та лікування. – Вінниця. - ДП ДКФ. - 2006. – С. 704.
4. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни сердечно-сосудистой системы.- Москва. – Медицина.- 1979. – С. 217-241.