

## ПЕРВИЧНЫЙ АРТЕРИИТ ДУГИ АОРТЫ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Быстрицкая Н.С., Хардикова Е.М.

Курский государственный медицинский университет,  
кафедра внутренних болезней №1. г. Курск

**Ключевые слова:** первичный аортоартериит, болезнь Такааясу.

**Резюме:** васкулит коронарных артерий – возможная причина развития инфаркта миокарда (ИМ). Своевременное его распознавание может оказать решающее влияние на исход болезни. Инфаркт миокарда, обусловленный коронарным артериитом, имеет ряд особенностей в патоморфологии, клинике и требуют специфических лечебных подходов.

**Resume:** vasculitis of the coronary arteries is a possible cause of myocardial infarction (MI). Timely recognition of it can have a decisive impact on the outcome of the disease. Myocardial infarction caused by coronary arteritis has a number of features in pathomorphology, clinic and requires specific therapeutic approaches.

**Актуальность.** Заболеваемость составляет 1,2-3,6 случаев на 1.000.000 населения. Иммуногенетическими маркерами являются антигены HLA A10, B5, Bw52, DR2. В развитии патологии артерий при данном заболевании принимают участие Т-лимфоциты [1].

**Цель:** описать клиническую картину пациентки с неспецифическим аортоартериитом. Изучить ряд особенностей в патоморфологии, клинике и лечебных подходах при инфаркте миокарда, обусловленным коронарным аортериитом.

**Задачи:**

- 1) описать клиническую картину пациентки с первично выявленным инфарктом миокарда на фоне наличия неспецифического аортоартериита;
- 2) исследовать особенности патоморфологии, клиники и лечения пациентов данной группы.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, поступившей в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра бюджетного медицинского учреждения Курской областной клинической больницы. Для диагностики клинического случая были использованы клиничко-лабораторные методы исследования: исследование тропонинов крови; инструментальные методы исследования: электрокардиография, эхокардиография (эхо-КГ), коронароангиография (КАГ), R-графическое исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшного отдела аорты, КТ ангиография торакоабдоминальной аорты [2].

Данные были получены методом выкопировки данных из карт стационарного больного (форма 033У) за выбранный период. Обработка и графическое представление данных проводилось с помощью компьютерных программ, в том числе MS Excel 2013 и Statistica 10.0 [3].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пациентка К., 38 лет, поступила в отделение неотложной кардиологии РСЦ БМУ Курской областной клинической

больницы с жалобами на выраженные жгучие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, провоцируемые незначительной физической нагрузкой или в покое. Так же больная отмечала снижение аппетита, потерю в весе 5 кг за полгода, слабость в мышцах конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей, одышку при ходьбе, сердцебиение, головные боли, головокружение.

Известно, что с 34 лет пациентка страдала артериальной гипертензией (АГ). Постоянной антигипертензивной терапии не получала, при повышении АД принимала каптоприл в дозе 25 мг сублингвально.

Из анамнеза настоящего заболевания известно, что считает себя больной в течение последних трёх недель, когда впервые возникли интенсивные давящие боли за грудиной, продолжительностью более часа.

Из анамнеза жизни известно, что страдает синдромом раздраженного кишечника, частыми запорами. Аллергоанамнез не отягощен. Мать больной перенесла ИМ в возрасте 44 лет. Курит 20 лет (менее 1 пачки в день).

Объективно при поступлении: общее состояние средней степени тяжести, положение вынужденное, сознание ясное, цвет кожи и видимых слизистых оболочек- бледный, подкожно-жировой слой развит- слабо, лимфатические узлы не пальпируются. Снижение пульсации на плечевой артерии слева, гипотрофия мышц нижних конечностей. ЧДД 17'. Дыхание жесткое, сухие, свистящие хрипы при форсированном выдохе. Тоны сердца ритмичные. Шум над обеими подключичными артериями и брюшным отделом аорты. Пульс 64 уд/мин. АД 110/75 мм.рт.ст. Живот правильной конфигурации, мягкий, безболезненный. Стул оформленный, частота 1 раз в 3-5 дней в сутки. Печень не пальпируется. Пузырные точки безболезненны. Дизурические явления отсутствуют. Почки не прощупываются.

В течение первых двух суток пациентка находилась в палате интенсивной терапии.

Данные лабораторно-диагностических исследований:

Тропониновый тест положительный.

На ЭКГ: ритм синусовый, Замедление атриовентрикулярной проводимости. Q-ИМ нижней стенки, переход в рубцевание.

При эхокардиографии: ФВ ЛЖ- 64%. Зона гипо-а-кинеза в нижней стенке левого желудочка (в базальных отделах).

Коронароангиография: тип кровоснабжения- правый. Ствол левой коронарной артерии не изменен. Передняя нисходящая артерия: стеноз 50% на границе проксимальной и средней трети. Огибающая артерия: стеноз 30% в дистальной трети.

R- графическое исследование ОГК: Легочные поля воздушны. Легочный рисунок умеренно обогащен в прикорневых зонах. Корни структурны. Купола диафрагмы четкие. Синусы свободны. Срединная тень не расширена.

УЗИ брюшного отдела аорты: С.В.- 2,8; восходящий отдел-2,4. В зоне дуги д аорты 2,1-1,9 см, перешеек- 1,6; Δ Р мах нисходящей аорты- 9,0 мм.рт.ст. Нисходящая аорта d- 1,7 см. d брюшного отдела аорты в мах участке- 1,9 см. На уровне висцеральных артерий- 1,8 см; инфраренальном отделе d=1,4 см. Интима

неравномерно утолщена, в инфраренальном отделе мах до 3,1 мм. Показатели кровотока по грудному и брюшному отделов аорты в пределах нормы.

КТ ангиография торакоабдоминальной аорты: признаки расширения (61 мм) среднего отдела восходящей аорты, диффузного утолщения стенки аорты и магистральных артерий, гемодинамически значимого стеноза устья правой позвоночной артерии (80-85%), гемодинамически значимого стеноза левой подключичной артерии (85%). КТ картина может соответствовать аортоартерииту (синдром Такаясу).

После консультации ревматолога и проведенных лабораторно-диагностических исследований был поставлен заключительный клинический диагноз: ИБС: острый Q- инфаркт миокарда нижней локализации. Постинфарктная стенокардия II С по Braunwald. Killip I. Неспецифический аортоартериит, III тип по Покровскому, активность II с поражением дуги аорты, брюшного отдела аорты, плечевых коронарных артерий, легочной артерии, «сетчаток ливедо», генерализованный амиотрофический синдром.

**Выводы:** в постановке диагноза «неспецифический аортоартериит» особое значение имеет проведение обширной дифференциальной диагностики, учитывая большую редкость данной патологии, а именно исключение распространенных заболеваний соединительной ткани, инфекционных заболеваний, паранеопластический синдром [4].

Данный клинический случай доказывает, что диагностика неспецифического аортоартериита в настоящее время остается трудной задачей из-за неспецифичности многих симптомов болезни, в связи с чем от момента первых симптомов до клинического диагноза проходит большое количество времени [5].

#### Литература

1. Бокерия, Л.А. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий/ Л.А. Бокерия, А.В.Покровский, Г.Ю. Сокурено.- Москва, 2013. – 72 с.
2. Насонов, Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации.- Москва: ГЭОТАР-Медиа.- 2015.
3. Покровский, А.В. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)/ А.В. Покровский, А.Е. Затилов, В.И. Юдин.- М.:ИРСИС.-2012.
4. Смитиенко И.О. Клинические варианты органных поражений, оценка активности и прогноза артериита Такаясу: автореферат дис. ... канд. мед. н./ Смитиенко Илья Олегович.- 2013.- 22 с.
5. Чихладзе, Н.М. Клинические проявления поражения сердечнососудистой системы при неспецифическом аортоартериите/ Н.М. Чихладзе, О.А. Сивакова, И.Е. Чазова//Системные гипертензии. – 2012. – № 4.