

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Пришвина Н.В., Костылев А.И., Чураков О.Ю.

МУЗ «Городская больница № 2», г. Кострома

Цель исследования — изучить частоту встречаемости развития тромбэндокардита (ТЭ) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Обследовано 233 больных с впервые выявленным диагнозом ОИМ, подтвержденным клинико-лабораторными данными, динамикой электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиоскопии (ЭХОКС) на аппарате «Vivid system 5, 2002». Проведен анализ историй болезни у 52 пациентов с ОИМ, осложненным формированием острой аневризмы сердца (ОАС), что составило 22,3 процента от общего количества первичных ОИМ (233 случая). Среди них 28 мужчин (15 работоспособного возраста) и 24 женщины (3 работоспособного возраста).

При распределении острых первичных крупноочаговых инфарктов миокарда, осложненных острой аневризмой левого желудочка и тромбообразованием по локализации встречались передний инфаркт миокарда в 34 случаях (из них с образованием тромба в полости аневризмы у 10 пациентов), нижний инфаркт миокарда — 8 (с тромбом — 1), циркулярный инфаркт миокарда — 10 (2 из которых с образованием тромба). У 12 больных (23%) из 52 в области аневризмы обнаружены пристеночные тромбы, занимающие не более 1/5 полости левого желудочка.

Наиболее часто тромбообразование в полости левого желудочка при острой аневризме ЛЖ возникает у больных острым первичным крупноочаговым инфарктом миокарда передней локализации: у 10 пациентов (19,2%), реже циркулярной локализации: у 2 пациентов (3,8%) и у 1 больного нижним инфарктом миокарда (1,9%).

В большинстве случаев тромбы в полости левого желудочка были неоднородны по структуре, но не было отмечено ни одного эпизода артериальной эмболии. Клинически зафиксировано 7 (13,5%) случаев тромбэндокардита, сопровождающихся лихорадкой различной степени выраженности от 3 до 7 дней, повышением скорости оседания эритроцитов и лейкоцитозом. В 5 (9,6%) случаях развитие тромбэндокардита происходило на фоне пристеночных тромбов в передне-верхушечной

области на фоне острого переднего крупноочагового инфаркта миокарда. В 2 (3,8%) случаях эхокардиографически не удалось выявить пристеночных тромбов в полости левого желудочка.

В 4 случаях диагноз острой аневризмы был поставлен при выписке из стационара (в среднем на 25 день развития острого инфаркта) на основании ЭКГ данных и не был подтвержден на эхокардиоскопическом исследовании. Причина такого «расхождения диагнозов» вероятно в том, что эхокардиоскопическое обследование проводилось в этих случаях на 6—9 день ОИМ и ограниченный двигательный режим не способствовал расширению полости левого желудочка и не вызывал значительной нагрузки на некротизированную сердечную стенку. Кроме того, аневризма во всех 4 спорных случаях не диагностировалась на нижней стенке левого желудочка, где чаще всего встречается плоскостная аневризма, менее выраженная эхокардиоскопически. Так как аневризма формируется в течение 2—3 месяцев после острого некроза миокардиоцитов, целесообразна в этих случаях повторная ЭХОКС через 2—3 месяца после выписки.

Проведенное исследование показало, что ОАС явилась осложнением острого первичного инфаркта миокарда в 22,3 процента случаев (по данным литературы 15—25 процентов), пристеночное тромбообразование в полости аневризмы отмечено у 13 больных (25%), клинические проявления тромбэндокардита у 7 пациентов (13,5%).

ОАС, пристеночное тромбообразование и тромбэндокардит чаще осложняют острые крупноочаговые передней локализации среди первичных крупноочаговых инфарктов. Диагноз аневризмы левого желудочка требует учета ЭКГ и ЭХОКС признаков, а в спорных случаях необходимо решать вопрос о наличии аневризмы в более отдаленный период.

Возможны клинические проявления тромбэндокардита без подтверждения тромбов в полости левого желудочка эхокардиоскопически.