

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ХАРЬКОВ Е.И, КАРПУХИНА Е.О., ИВАНОВ А.Г.

УДК 616.12:616.127-005.8

### РАЗРЫВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТА ОБРАЗОВАВШИМСЯ ТРОМБОМ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Е.И. Харьков, Е.О. Карпухина, А.Г. Иванов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.  
В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;  
кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н.,  
проф. Е. И. Харьков; кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. –  
д.м.н., проф. Л.С. Поликарпов.

***Резюме.** Представлено редкое клиническое наблюдение – случай внутреннего разрыва сердца у больного с острым инфарктом миокарда с самопроизвольным закрытием дефекта образовавшимся тромбом.*

***Ключевые слова:** инфаркт миокарда, разрыв межжелудочковой перегородки.*

Харьков Евгений Иванович – д.м.н., проф. зав. каф. внутренних болезней педиатрического факультета КрасГМУ; e-mail: [Narcov-50@mail.ru](mailto:Narcov-50@mail.ru).

Карпухина Елена Олеговна – к.м.н., доцент каф. пропедевтики внутренних болезней; тел. 8(391)2469408.

Иванов Александр Геннадьевич – к.м.н., доцент каф. пропедевтики внутренних болезней; тел. 8(391)2469409.

Разрывы межжелудочковой перегородки (МЖП) возникают в 1-2% случаев инфаркта миокарда (ИМ) и в 12% от всех видов разрыва миокарда (РМ)

[1,2]. Как и внешние разрывы, внутренние чаще возникают в острый период инфаркта миокарда с преимущественной локализацией процесса в переднеперегородочной области при тяжелых многососудистых поражениях коронарных сосудов. Гемодинамические нарушения обусловлены резким снижением выброса из левого желудочка (ЛЖ) и увеличением объема крови в легких, что клинически проявляется кардиогенным шоком и отеком легких. На частоту развития внутренних разрывов может оказывать влияние проводимая терапия, в частности тромболизис.

Считается, что все пациенты с разрывами межжелудочковой перегородки без кардиохирургического вмешательства погибают, причем более половины из них – в течение ближайшей недели [3]. В литературе описаны единичные случаи выживания больных с разрывом МЖП.

Приводим собственное наблюдение случая разрыва МЖП с самопроизвольным закрытием дефекта образовавшимся тромбом.

*Больной А. 74 лет* находился на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ №6 им. Н.С. Карповича города Красноярска, по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), острого Q волнового заднедиафрагмального инфаркта миокарда. На 7-е сутки от момента госпитализации рецидивировал интенсивный болевой приступ, на ЭКГ – рецидив ИМ в области задней стенки с распространением на правый желудочек (ПЖ). На фоне рецидива возникла полная атрио-вентрикулярная (а-в) блокада с трансформацией в а-в блокаду I степени на 3-й день, появились сложные нарушения ритма в виде суправентрикулярных экстрасистол, рецидивирующих пароксизмов фибрилляции предсердий, увеличились проявления тотальной сердечной недостаточности. На 13-е сутки на фоне рецидивирующего болевого синдрома наступила клиническая смерть. Реанимационные мероприятия оказались неэффективны.

Данные патологоанатомического исследования. Тип кровоснабжения крайне правый. Выраженный стенозирующий атеросклероз с поражением нисходящей ветви левой (ЛКА) и правой коронарных артерий (ПКА) с окклюзией

последней атеросклеротической бляшкой на 2/3. В просвете ПКА тромб до 5 см в длину. На задней стенке правого желудочка больших размеров хроническая аневризма с толщиной стенки 2 мм, сформированная в области крупного постинфарктного рубца, который распространяется на МЖП и заднюю стенку левого желудочка. В верхней трети МЖП – перфоративное отверстие с рваными краями, сообщающее полости правого и левого желудочков, и прикрытое рыхлыми тромбами. По периферии постинфарктного рубца на задней стенке правого желудочка множественные бледно-желтого цвета свежие очаги некроза, расположенные интрамурально и имеющие кровоизлияния. Гистологически: постинфарктный рубец состоит из грубоволокнистой соединительной ткани, в которой определяются островки погибших кардиомиоцитов. По периферии рубца обширные участки миокарда с признаками некроза с полнокровными сосудами микроциркуляторного русла, стаз и агрегация эритроцитов, кровоизлияния разной величины. Выраженный отек стромы миокарда.

Разрыв МЖП и тромб, закрывавший дефект, оказались патологоанатомической находкой.

При изучении катамнеза выяснено, что на протяжении многих лет больной страдал гипертонической болезнью, ИБС, проявляющуюся приступами стенокардии напряжения, нарушениями сердечного ритма и проводимости (а-в блокада, пароксизмы фибрилляции предсердий, желудочковая экстрасистолия). За 5 месяцев до смерти госпитализировался в кардиологическое отделение по поводу ангинозных приступов и полной а-в блокады. Состояние расценено как прогрессирующая стенокардии, а-в блокада на фоне терапии регрессировала в а-в блокаду I степени. ЭхоКГ исследование больному не проводилось. В истории болезни не зарегистрировано появление внутрисердечных шумов, в частности грубого систолического шума, свидетельствующего о разрыве МЖП. С учетом патологоанатомических данных можно предположить, что пациент в тот период перенес изолированный инфаркт миокарда правого желудочка, осложненный разрывом МЖП, который не был диагностирован.

Диагностика инфаркта миокарда правого желудочка представляет трудности вследствие отсутствия специфической симптоматики в сравнении с ИМ левожелудочковой локализации.

По литературным данным, изолированный инфаркт миокарда правого желудочка находят на аутопсии в 0,1 – 1,5% случаев. Значительно чаще встречается сочетанное поражение левого и правого желудочка (5 -14%). Большинство исследователей считают, что правый желудочек поражается при остром ИМ задней стенки и задне – перегородочной области. Распространение ИМ передней стенки левого желудочка на правого желудочка является редким исключением. Основными диагностическими особенностями ИМ правого желудочка является сердечная недостаточность по большому кругу кровообращения при отсутствии застоя в малом круге. Электрокардиографически определяется сочетание признаков острого ИМ задней стенки левого желудочка с изменениями конечной части желудочкового комплекса в правых грудных отведениях. При исследовании кардиоспецифических ферментов отмечается несоответствие между высоким уровнем ферментов и распространенностью повреждения левого желудочка. Гемодинамические изменения характеризуются синдромом малого сердечного выброса. Из инструментальных методов при разрывах сердца наибольшее значение имеет ультразвуковое исследование (как трансторакальное, так и чреспищеводное), отмечается увеличение размеров правого желудочка и парадоксальные движения межжелудочковой перегородки [3].

Данный клинический случай представляет интерес тем, что во время инфаркта миокарда правого желудочка, который не был диагностирован, произошел разрыв МЖП. В дальнейшем в этой области организовалась хроническая аневризма, а дефект перегородки закрылся тромбом с организацией последнего, что сохранило пациенту жизнь и относительно стабильное течение заболевания. Случай разрыва МЖП на фоне изолированного инфаркта миокарда правого желудочка – редкость, а самопроизвольное закрытие – казуистика.

# SPONTANEOUS CLOSURE OF BROKEN INTRAVENTRICULAR SEPTUM BY FORMED THROMBI IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

E.I. Kharcov, E.O. Karpukhina, A.G. Ivanov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The paper present rare clinical observation of spontaneous closure of the internal cardiac damage by formed thrombi in patient with acute myocardial infarction

**Key words:** myocardial infarction, break of intraventricular septum.

## Литература

1. Белова Е.О. Разрывы сердца при инфаркте миокарда в стационаре и на догоспитальном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995. – 25с.
2. Строжаков Г.И. Разрывы миокарда // Сердце. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 224-225.
3. Steinbeck G., Andresen D., Seidl K. et al. Defibrillator implantation early after myocardial infarction //N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 361, № 15. – P. 1427-1436.