

**МЕХАНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
(лекция)**

УДК: 61.616.12: 616.12-008

Разрывы сердца у больных инфарктом миокарда (ИМ) обусловлены обширным некрозом миокарда, процессами миомаляции. Разрывы делят на внешние (разрыв свободной передней стенки ЛЖ) и внутренние (разрыв межжелудочковой перегородки, папиллярных мышц). Внешние разрывы сердца встречаются примерно у 1-3 % больных ИМ, разрывы МЖП - у 2-4%, сосочковых мышц - у 1%. Факторами риска разрывов сердца являются пожилой возраст, женский пол, артериальная гипертензия, первый обширный ИМ. Чаще разрывы сердца развиваются на 3-6 сутки ИМ, когда процессы миомаляции наиболее выражены, а рубцевание только начинается, хотя эти осложнения могут встречаться и с 1 до 14 суток заболевания. В диагностике разрывов сердца важны клинические проявления и эхокардиография.

Внешний разрыв сердца может быть причиной смерти в 15% случаев. Клинически проявляется в виде остановки кровообращения, артериальное давление снижается до нуля с потерей сознания, исчезает периферический и центральный пульс, на ЭКГ какое-то время может сохраняться синусовый ритм (электромеханическая диссоциация), при сокращении левого желудочка кровь поступает в полость перикарда, развивается тампонада сердца. Иногда при неполном разрыве свободной стенки, прикрытом тромбом, формируется псевдоаневризма сердца, состояние также крайне опасное, поскольку в любой момент может произойти полный разрыв с гемотампонадой. Как правило, больные умирают внезапно. Частота внешних разрывов уменьшается при применении бетаблокаторов, раннем восстановлении перфузии с помощью тромболитиков или ангиопластики, увеличение частоты разрывов происходит при наличии факторов риска, позднем (более 12 часов) использовании фибринолизиса.

Разрыв МЖП является причиной летальных исходов в 5% случаев ИМ. В половине случаев разрывы МЖП развиваются у больных ИМ передней, в половине - задней и нижней локализации. Внезапно появляется грубый пансистолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром у нижнего левого края грудины. Пальпаторно можно определить систолическое дрожание. При переднеперегородочном ИМ разрыв МЖП локализуется ближе к верхушке сердца, при нижнем- в базальном отделе. При разрыве МЖП происходит сброс крови из правого желудочка в левый, развивается правожелудочковая недостаточность, тяжесть и степень прогрессирования которой зависят от функции правого желудочка и размера дефекта МЖП. Как правило, разрывы МЖП чаще встречаются при обширных, трансмуральных ИМ, множественном поражении коронарных артерий, что значительно утяжеляет прогноз заболевания. При развитии разрыва МЖП

требуется экстренное хирургическое лечение, летальность при этом снижается со 100% до 50%. Более перспективными являются меры по ограничению зоны ИМ, это ранний, догоспитальный тромболитизис, ангиопластика со стентированием коронарных артерий.

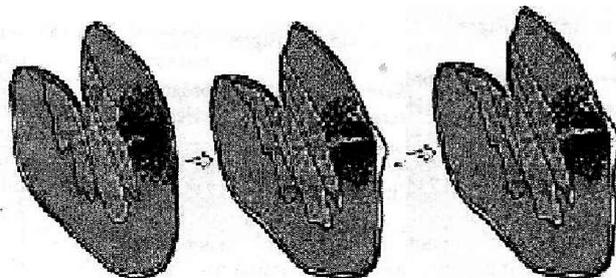


Рис.1. Подострый внешний разрыв миокарда и возникновение гемотампонады у больного с трансмуральным ИМ.

Разрыв сосочковых мышц в подавляющем большинстве случаев возникает при ИМ нижней, задней стенки ЛЖ, при этом размер некроза может быть небольшим. Клинически разрыв папиллярных мышц проявляется острой митральной недостаточностью, выслушивается грубый систолический шум на верхушке, нарастают симптомы левожелудочковой недостаточности, вплоть до отека легких. Интенсивность систолического шума зависит от ряда факторов - величины, линейной скорости и степени турбулентности ретроградного потока крови, при тяжелой митральной недостаточности, когда отверстие клапана в систолу оказывается полностью открытым, шум может не выслушиваться или быть весьма незначительным. Наиболее эффективным методом лечения является срочное хирургическое лечение, послеоперационная летальность при этом достигает 10%. Предпочтительнее проводить реимплантацию разорванной сосочковой мышцы, хотя может быть выполнено и протезирование клапана. Часто, до 50% случаев нижнего ИМ, появляется митральная недостаточность без признаков разрыва сосочковых мышц. В таких ситуациях речь идет о дисфункции сосочковых мышц, «ишемической» митральной недостаточности. При успешной реперфузии, медикаментозной или инвазивной, митральная регургитация может уменьшиться или даже исчезнуть.

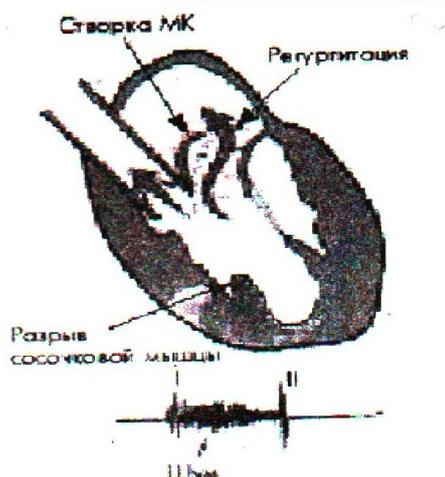


Рис.2. разрыв сосочковой мышцы и образование пролапса створки митрального клапана (МК) с регургитацией крови в левое предсердие во время систолы желудочка.



Рис.3. Двухмерная эхокардиограмма, зарегистрированная у больного с инфарктом миокарда заднебазальных отделов ЛЖ и заднемедиальной сосочковой мышцы, разрывом папиллярной мышцы с формированием острой недостаточности митрального клапана.

Для дифференциальной диагностики разрыва МЖП и папиллярных мышц проводят доплерэхокардиографию.

В неясных случаях необходима катетеризация легочной и периферических артерий. Определяют насыщение крови кислородом в правом желудочке и правом предсердии. Значительно большее насыщение крови кислородом в правом желудочке по сравнению с правым предсердием свидетельствует о разрыве МЖП.

Медикаментозное лечение заключается в применении диуретиков вазодилататоров, симпатомиметиков, дигоксина, антагонистов альдостерона, ингибиторов АПФ и др.

Литература:

1. Heart Disease 6th Edition: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Eugene Braunwald.
2. Acute myocardial infarction, in: Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Ed. by Braunwald E. Philadelphia, W.B.Saunders Company, pp. 1184-285.
3. Harrison's Principles of internal medicine/ 14th Edition.
4. ST-Elevation Myocardial Infarction: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction - Executive Summary. J Am Coll Cardiol 2004; 44:671-719.
5. ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 2008; 52:2046-2099.
6. Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation EHJ 2008;29:2909-2945.
7. Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Ad.; j Am Coll Cardiol. 2009; 53:1-90, doi:10.1016/j.jao.2008.11.013 (Published online 26 March 2009).

Рецензент: к.мед.н., доцент Каганович С.Ф.