

1961, 5.— 17. Шулуток И. Б. Казанский мед. ж., 1935, 5.— 18. Ясакова О. И. Инфаркт миокарда (возрастные особенности, клиника, лечение и исходы). Автореф. докт. дисс., Свердловск, 1958; Врач. дело, 1956, 12.— 19. Dufek V. Tr. XIV Всесоюзного съезда терапевтов. М., Медгиз, 1958.— 20. Gertler M., White P. Coronary Heart Disease in Young Adults. Cambridge, 1954.— 21. Hunter A. L. Brit. med. J., 1959.— 22. Rosselli M., Lapi P. R., Antonini F., Sordi A. Folia Cardiologica, 1958, 6.— 23. Straube K. H. Ztschr. für gesamte innere Medizin. 1957, 9.

Поступила 19 марта 1964 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА ПРИ АНЕВРИЗМЕ И РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А. М. Токарева

Клиника пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института

Повторные инфаркты миокарда у больных аневризмой сердца нередко протекают с атипичной клинической симптоматикой и разнообразными ЭКГ-изменениями. Эти обстоятельства часто затрудняют диагностику свежего некроза. Клинические наблюдения показывают, что повторные инфаркты являются одной из частых причин смерти больных аневризмой сердца.

Перечисленные моменты послужили основанием для более подробного изучения клинической и ЭКГ-картины повторных инфарктов у лиц, страдающих аневризмой сердца.

Среди 72 больных с локализацией аневризмы в передней стенке левого желудочка у 13 была хроническая аневризма и свежий инфаркт миокарда, у 3 — рубцовые изменения после перенесенного инфаркта, повторный обширный инфаркт с образованием острой аневризмы передней стенки левого желудочка.

Повторный инфаркт у 8 больных протекал в виде ангинозного варианта, у 6 — смешанного ангинозно-астматического, у одного — астматического, у одного сопровождался приступом пароксизмальной тахикардии. Таким образом, по нашим данным, при повторных инфарктах миокарда наряду с типичной клинической картиной встречались и атипичные, что соответствует данным ряда авторов.

Длительность болевой приступы при повторных инфарктах была у наших больных различной — от нескольких минут до суток. Причем большинство больных (10 из 16) отмечали, что повторный инфаркт протекал у них значительно тяжелее по сравнению с первым. У 6 же больных отмечалось более легкое течение повторного инфаркта, боли носили кратковременный и неинтенсивный характер, а у двух вообще отсутствовал болевой синдром.

По нашим наблюдениям, продолжительный ангинозно-астматический вариант повторного инфаркта миокарда встречался при обширных некрозах, закончившихся образованием острой аневризмы.

При повторных инфарктах миокарда, точно так же как и при первичных, наблюдались симптомы сердечной и сосудистой недостаточности. Острая сосудистая недостаточность превалировала у 2 больных, сердечная недостаточность наблюдалась у 11. Из них недостаточность кровообращения III стадии была у 2, II-B ст. — у 3, II-A ст. — у 4, I ст. — у 2 больных.

Сочетание симптомов острой сердечной и сосудистой недостаточности было у 3 больных.

Аналогичные наблюдения приводят Б. А. Егоров (1927), М. И. Золотова-Костомарова (1950), В. Г. Попов и Н. А. Гватуа (1957), А. Л. Мясников (1960), С. В. Шестаков (1962) и др.

Развитие недостаточности кровообращения при повторных инфарктах миокарда, по мнению А. Л. Мясникова, обусловлено заменой сердечной мышцы соединительной тканью и тем самым ослаблением сократительной способности миокарда.

АД после возникновения инфаркта миокарда было повышено у 3 больных, понижено у 9, не изменилось у 4. Колебания АД при повторном инфаркте миокарда свидетельствуют о преобладании гипотонии, что соответствует литературным данным (А. И. Приказчиков, 1956, 1960).

При повторных инфарктах миокарда мы отмечали изменение частоты пульса, которое выражалось чаще всего в учащении. Так, среди 16 больных у 11 частота пульса колебалась в пределах 90—120.

Патологическая пульсация после повторного инфаркта миокарда возникла у двух больных с острой аневризмой сердца.

Данные аускультации в большинстве случаев мало изменялись после возникновения повторного инфаркта; лишь у одного больного с острой аневризмой сердца появился шум трения перикарда и грубый систолический шум у верхушки сердца.

У половины наблюдавшихся нами больных, особенно со смешанным ангинозно-астматическим вариантом повторного инфаркта, выявлены застойные хрипы в нижних отделах легких.

При повторных инфарктах миокарда повышение температуры от 37,2 до 39° было отмечено нами у 8 из 16 больных. Лейкоцитоз (от 9150 до 14000) был у 9 больных, ускоренная РОЭ (от 19 до 42 мм/час) — у 15. У 4 больных было обнаружено повышение трансаминазы и альдолазы, а у 6 — фибриногена крови. Необходимо отметить, что сочетание трех и больше признаков инфаркта миокарда встречалось при обширных повторных некрозах. В случае мелкоочаговых инфарктов мы наблюдали два, реже три перечисленных признака.

Согласно литературным данным (А. Г. Гукосян и Э. И. Тапитцер, 1952; С. В. Шестаков, 1952; Н. В. Калинина, 1956 и др.), при нарушении кровообращения повторные инфаркты миокарда могут протекать без повышения температуры и изменения крови.

Повторные инфаркты миокарда у большинства наблюдавшихся нами больных имели ту же локализацию, что и аневризмы сердца, т. е. переднюю стенку левого желудочка (10), реже они распространялись на соседние с аневризмой участки миокарда (боковую стенку и межжелудочковую перегородку — 3). У двух больных инфаркт располагался в задней стенке левого желудочка и у одного локализация не была установлена.

Наши данные совпадают с наблюдениями В. Г. Попова и Н. А. Гватуа, указавших, что повторные инфаркты в 40% располагаются в области рубцового поля после первичного инфаркта и носят мелкоочаговый характер.

Среди наших больных мелкоочаговые инфаркты наблюдались у 9 больных, крупноочаговые — у 4, обширные, с образованием острой аневризмы передней стенки — у 3.

ЭКГ-картина при повторных инфарктах характеризуется полиморфизмом изменений, которые иногда создают диагностические трудности в отношении свежих некрозов.

В. Г. Попов и Н. А. Гватуа (1957) при изучении ЭКГ-картины повторного инфаркта отмечали сочетание симптомов старого и нового поражения, стирание признаков старого или нового инфаркта, полное поглощение признаков старого инфаркта свежими изменениями и, наконец, отсутствие при повторном инфаркте новых изменений ЭКГ-картины.

А. Т. Новиков, С. А. Перов (1956) отмечают значительные трудности в трактовке ЭКГ при повторных инфарктах миокарда, так как свежие ЭКГ-признаки инфаркта наслаиваются на старые рубцовые изменения. Более важным диагностическим признаком в этих случаях, по их мнению, является застывший характер ЭКГ-кривой с подъемом сегмента ST, наличием отрицательного зубца T и глубокого зубца Q.

А. И. Приказчиков (1956, 1960) при повторных некрозах отмечал полное или частичное исчезновение старых изменений в результате развития свежих изменений, а в отдельных случаях увеличение прежней зоны поражения.

Л. И. Фогельсон (1957) отмечает, что «изменения ЭКГ, характерные для инфарктов миокарда различной локализации, иногда не проявляются, так как нивелируются ранее возникшими изменениями ЭКГ, вызванными предшествующими поражениями миокарда».

С. В. Шестаков (1962) сообщает о завуалировании признаков инфаркта в результате возникновения мерцательной аритмии или продольной блокады.

При изучении ЭКГ-картины у наших больных были обнаружены следующие особенности.

1) ЭКГ-признаки аневризмы сердца и свежего инфаркта отсутствовали у 3 больных. У одного из них они были затушены возникшей мерцательной аритмией, а у двух — блоком левой ножки пучка Гиса. На вскрытии у всех трех была обнаружена хроническая аневризма передней стенки левого желудочка и свежий инфаркт той же локализации, у одного с вовлечением межжелудочковой перегородки.

2) Исходная ЭКГ была характерной для аневризмы передней стенки левого желудочка. Повторный инфаркт сопровождался исчезновением отрицательного зубца T в пяти грудных отведениях при сохранении глубокого зубца Q. Описанные изменения мы встретили у одного больного.

3) У 3 больных на ЭКГ полностью исчезли признаки рубцовых изменений после предыдущего инфаркта с локализацией в передней стенке, перегородке и верхушке левого желудочка и обнаруживались изменения, свойственные свежему сквозному обширному некрозу той же локализации.

На вскрытии обнаружены рубцовые изменения в перегородке, передней стенке левого желудочка и свежий инфаркт передней стенки с образованием острой аневризмы.

4) У двух больных на ЭКГ было сочетание признаков рубцовых изменений в передней стенке и верхушке левого желудочка и свежего инфаркта задней стенки. На вскрытии у одного из них найдена хроническая аневризма в передней стенке левого желудочка ближе к верхушке и обширный инфаркт задней стенки правого и левого желудочков.

5) У 6 больных с типичной ЭКГ-картиной для аневризмы передней стенки левого желудочка повторный инфаркт характеризовался динамикой зубца T, сег-

мента ST и ранее зубца Q, в одном или двух грудных отведениях, иногда в сочетании с изменениями в первом стандартном.

б) У одного больного ЭКГ, свойственная аневризме передней стенки левого желудочка, не изменилась, несмотря на типичную клиническую картину повторного ангинозного варианта инфаркта миокарда, сопровождавшегося развитием симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности и изменениями крови.

Изучение наших материалов показало, что у больных аневризмой сердца повторные инфаркты миокарда характеризуются рядом особенностей ЭКГ-картины. У одних больных ЭКГ сердца не изменяется при присоединении повторного инфаркта, у других имеется сочетание признаков старых и свежих поражений, иногда повторные некрозы сопровождаются динамикой зубца T и сегмента ST. ЭКГ-признаки аневризмы сердца и свежего инфаркта могут быть затушеваны возникшими нарушениями ритма и проводимости; наконец, повторный инфаркт миокарда, осложнившийся образованием острой аневризмы с характерными для нее ЭКГ-признаками, может полностью завуалировать прежние рубцовые изменения.

При повторных мелкоочаговых некрозах нарушения ЭКГ, если они имеют место, обычно локализируются в одном или двух грудных отведениях, иногда в сочетании с изменениями в I стандартном, и выражаются чаще всего в изменении конечной части желудочкового комплекса, что соответствует литературным данным (Г. К. Алексеев — 1959, С. В. Шестаков — 1962, и др.).

При обширных инфарктах нарушения ЭКГ наблюдаются при поражении передней стенки в четырех, пяти грудных отведениях, часто в сочетании с изменениями в первом стандартном отведении, при поражении задней стенки, во II и III стандартных отведениях.

Необходимо также отметить, что температурная реакция и изменения крови были выражены в различной степени в зависимости от величины повторного инфаркта.

При обширных некрозах характер указанных изменений был более выраженным и длительным, чем при мелкоочаговых.

Как показали наши наблюдения, исход повторных инфарктов у больных, ранее имевших аневризму сердца, оказался более тяжелым, чем в группе больных без указанных осложнений. Так, из 16 наблюдавшихся нами больных умерло 10, а остальные являются инвалидами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беринская А. Н., Калинина Н. В., Меерзон Т. И. Иходы и прогноз инфаркта миокарда. Медгиз, М., 1958.—2. Гротель Д. М. Тер. архив, 1933, 11.—3. Гукосян А. Г., Тапигцер Э. И. Тер. архив, 1952, 24, 4, 13.—4. Егоров Б. А. Клини. мед., 1927, 5, 4/55.—5. Золотова-Костомарова М. И. Клиника и патология инфаркта миокарда (клинико-анатомическое исследование). Автореф. докт. дисс., М., 1950.—6. Кореневская Г. В. Наблюдения над больными, перенесшими инфаркт миокарда. Автореф. докт. дисс., Москва, 1954.—7. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., Медгиз, 1960.—8. Новиков А. Т., Перов С. А. Клини. мед., 1956, 34.—9. Попов В. Г., Гватуа Н. А. Тер. архив, 1957, 29.—10. Приказчиков А. И. Тер. архив, 1956, 28, 6, 39; Повторные инфаркты миокарда и их предупреждение. Автореф. канд. дисс., Астрахань, 1960.—11. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Москва, Медгиз, 1957.—12. Шестаков С. В. О прогнозе при инфаркте миокарда. В кн. Тр. Астраханского мед. института. Астрахань, 1954, 11; Грудная жаба и инфаркт миокарда. Медгиз, М., 1962.—13. Шишкин С. С. Повторные инфаркты миокарда. Медгиз, М., 1963.—14. Selzer A. The immediate sequelae of myocardial infarction. Their relation to the prognosis. Amer. Journ. Med. Sci., 1948, 2.—15. Smith T. J., Keys J. W., Denham K. M. Amer. J. Med. Sci. 1951, 5.

Поступила 27 мая 1963 г.

ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Канд. мед. наук Т. З. Гуревич, И. Я. Кармазин, В. И. Ровинский

Центральная поликлиника Министерства здравоохранения
РСФСР (главрач К. П. Сахарова)

Течение инфаркта миокарда у лиц преклонного возраста недостаточно освещено в литературе, а имеющиеся сообщения противоречивы. К. Ф. Власов и В. А. Затейщиков, Кисс и Слапак указывают на особенности течения инфаркта миокарда в этом возрасте, Р. О. Кушкий и Н. И. Маркова не отмечают особых отличий. Разногласие во взглядах авторов можно объяснить различным контингентом больных (так, например, работа Р. О. Кушкий и Н. И. Марковой исходит из института скорой помощи, куда доставляются наиболее тяжелые и острые случаи).