

Особенности клинического течения и диагностики пациентов с ИБС, осложненной аневризмой левого желудочка заднебазальной локализации

Урсуленко В.И., Якоб Л.В., Дзахоева Л.С., Гогаева Е.К., Верич Н.М., Мороз М.Н., Сухобокова Г.Н.

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН» (Киев)

Аневризмы левого желудочка являются частыми осложнениями острого Q-инфаркта миокарда (ИМ). По данным литературы, они образуются у 13–20% пациентов после трансмурального ИМ. Заднебазальные аневризмы левого желудочка (ЗБАЛЖ) диагностируют редко по причине отсутствия характерных ЭКГ и эхокардиографических признаков, поэтому определение клинико-диагностических особенностей являются актуальным.

Пациентам, перенесшим трансмуральный ИМ задней локализации, с окклюзией правой коронарной артерии (ПКА), показана вентрикулография, которая в 100% случаев может подтвердить наличие или отсутствие заднебазальной АЛЖ, ее размеры и необходимость резекции.

В НИССХ имени Н. М. Амосова за период с 2000 по 2015 гг. было выполнено 11 тыс. операций по поводу ИБС, при этом аневризма ЛЖ была диагностирована у 1856 (16,9%) пациентов. Аневризмы заднебазальной локализации выявлены у 142 (7,6%) пациентов, резекция ЗБАЛЖ была выполнена у 85 (59,8%) пациентов этой группы.

Ключевые слова: заднебазальная аневризма, окклюзия ПКА.

Аневризмы левого желудочка заднебазальной локализации (ЗБАЛЖ) развиваются вследствие трансмурального инфаркта миокарда (ИМ) в результате окклюзии коронарных артерий, кровоснабжающих эту область миокарда (ПКА, ОВЛКА) [1, 2].

Для ИМ заднебазальной локализации характерны безболевые формы, а очаговые изменения задней стенки по ЭКГ являются случайными находками. Из-за несвоевременной диагностики пациенты обращаются за помощью при развитии застойной сердечной недостаточности или при других нарушениях работы сердца [3, 4].

Цель работы – выявить клинические признаки ЗБАЛЖ, степень информативности диагностических методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, коронаровентрикулография).

Материалы и методы. В НИССХ имени Н. М. Амосова за период с 2000 по 2015 гг. было выполнено 11 тыс. операций по поводу ИБС, при этом АЛЖ была диагностирована у 1856 (16,9%) пациентов. Аневризмы заднебазальной локализации выявлены у 142 (7,6%) из них, эти пациенты и составили предмет исследования.

Резекция ЗБАЛЖ была выполнена у 85 (59,8%) из 142 пациентов. У 55 (38,7%) пациентов резекция аневризмы не проводилась из-за ее небольших размеров и мышечной стенки. При поступлении в институт всем пациентам проводилось ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, ЭхоКГ, у части больных – КТ или МРТ

сердца с контрастированием, коронаровентрикулография с измерением давления в полостях сердца.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ данных историй болезней представлен в табл. 1. В группе пациентов преобладали мужчины старшей возрастной группы. Документально зарегистрированный ИМ отмечался у 44,6% пациентов, в остальных случаях имела место безболевая форма инфаркта миокарда, с чем связано более позднее обращение к специалистам (в среднем через 2,2 года).

ЭКГ-признаки ЗБАЛЖ заключаются в наличии патологического зубца Q с элевацией сегмента ST во II, III и aVF отведениях (рис. 1). Они были выявлены у 28,2% пациентов, в остальных случаях определялся кардиосклероз в области задней стенки ЛЖ.

Чаше всего при развитии аневризм задней локализации в 12-ти стандартных отведениях ЭКГ мы наблюдали признаки рубцового кардиосклероза задней стенки без элевации сегмента ST. Примером может служить ЭКГ больного с ЗБАЛЖ, развившейся в результате окклюзии ПКА (рис. 2).

При анализе данных ЭхоКГ в 90–96% случаев признаки ЗБАЛЖ не определялись.

Анализ данных коронаровентрикулографии показал, что основной причиной развития аневризмы заднебазальной области является окклюзия ПКА (изолировано или в сочетании с поражениями других КА) при отсутствии ее коллатеральной связи с ЛКА (73,5%)

Таблиця 1

Характеристика пациентів с ЗБАЛЖ: особливості клінічного течення захворювання

Показатель	Оперированные пациенты		
	Со средними и большими ЗБАЛЖ (61), n (%)	С гигантскими ЗБАЛЖ (24), n (%)	Всего пациентов с ЗБАЛЖ (85), n (%)
Пол: – мужчины	59 (96,8%)	23 (95,8%)	82 (96,7%)
– женщины	2 (3,2%)	1 (4,2%)	3 (3,3%)
Ср. возраст	58,5±5,2	63,4±6,3	58,4±5,3
ИМ в анамнезе	28 (45,9%)	18 (75%)	46 (54,1%)
Давность ИМ, годы	2,7±0,5	2,2±0,3	3,3±0,25
ФК по NYHA: 3	41 (67,2%)	2 (8,4%)	43 (50,5%)
4	20 (32,8%)	22 (91,6%)	42 (49,5%)
Стенокардия: 3 ФК	25 (40,9%)	8 (33,3%)	33 (38,8%)
4 ФК	36 (59,01%)	16 (66,7%)	52 (61,2%)
ЭКГ-признаки:			
– к/с задней стенки	46 (75,4%)	15 (62,5%)	61 (71,7%)
– признаки АЛЖ	15 (24,6%)	9 (37,5%)	24 (28,2%)
АВ-блокада III ст.	0	2 (8,3%)	2 (2,3%)
ФП, пароксизмы	0	5 (2,8%)	5 (5,8%)
Гидроторакс	7 (11,4%)	8 (33,4%)	15 (17,6%)
ОНМК в анамнезе	0	2 (8,3%)	2 (2,3%)

(табл. 2). Данные вентрикулографии диагностируют ЗБАЛЖ в 100% случаев.

Таким образом, наиболее информативной в диагностике ЗБАЛЖ является вентрикулография, на основании которой можно установить не только точный диагноз, но и размеры мешка аневризмы.

Выводы

Аневризмы заднебазальной локализации развиваются в результате окклюзии ПКА с развитием трансмурального ИМ.

Клиническая картина заднебазальных ИМ нетипична, иногда они протекают бессимптомно, и паци-

ент несвоевременно обращается к кардиологу с признаками сердечной недостаточности.

На основании данных ЭКГ и ЭхоКГ не всегда возможно выявить признаки АЛЖ заднебазальной об-

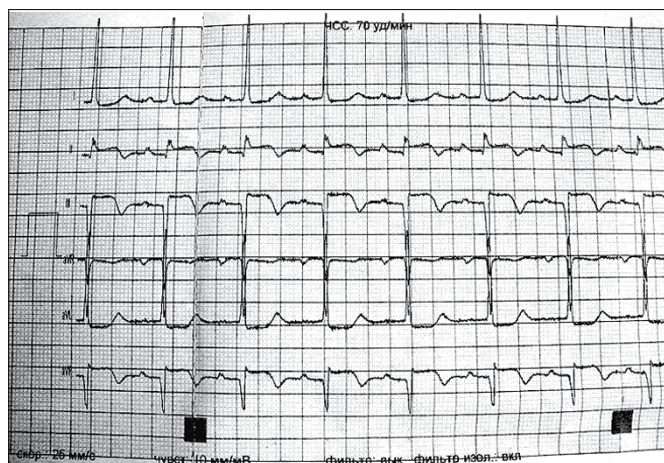


Рис. 1. ЭКГ признаки задне-базальной аневризмы левого желудочка

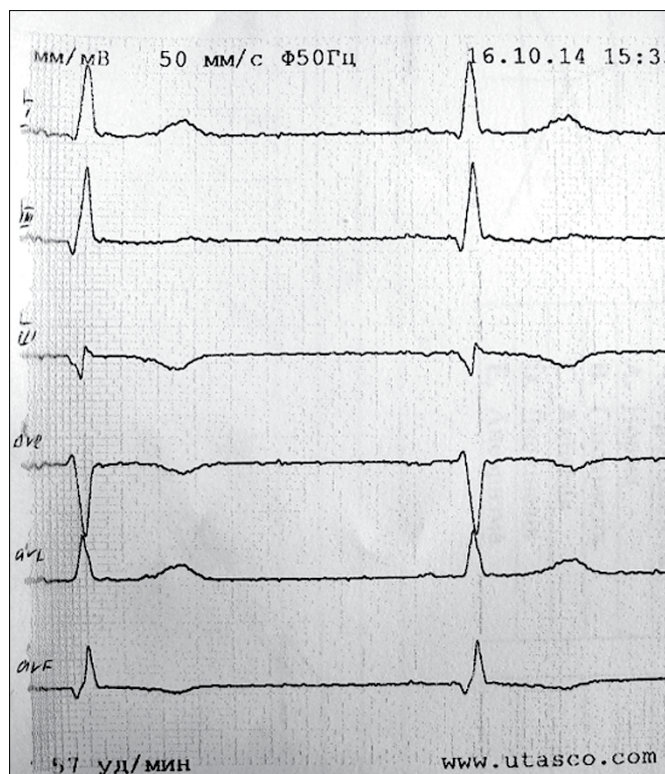


Рис. 2. Рубцовый кардиосклероз задней стенки левого желудочка у пациента с окклюзией ПКА и ЗБАЛЖ

Таблица 2

Варианты поражений КА у пациентов с ЗБАЛЖ (n=142)

Шунтируемые коронарные артерии	N (%)
Окклюзия ствола ПКА	136 (100,0%)
Стеноз ЗМЖВ ПКА	113 (83,1%)
Стеноз АОК ПКА	72 (52,9%)
Стеноз ПМЖВ ЛКА	58 (42,6%)
Стеноз ДВ ПМЖВ	31 (22,8%)
Стеноз a. intermedia	34 (25%)
Стеноз ОВ ЛКА	72 (52,9%)
Поражение главного ствола ЛКА	17 (12,5%)

ласти. Поэтому в случае выявления при ЭКГ кардиосклероза задней стенки необходимо выполнение вентрикулографии, на основании которой возможно установить точный диагноз ЗБАЛЖ, ее размеры и необходимость резекции.

Литература

1. Урсуленко В. И. Аневризмэктомия и пластика левого желудочка у пациентов с гигантскими заднебазальными аневризмами сердца // Серце і судини. – 2009. – № 1. – С. 86–91.
2. Частота развития, особенности клиники и методы хирургического лечения заднебазальных аневризм левого желудочка / Урсуленко В. И., Руденко А. В., Якоб Л. В. и др. // Серце і судини. – 2010. – № 2. – С. 27–38.
3. Непосредственные результаты аневризмэктомии с эндовентрикулопластикой в лечении больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка / Акчурун Р. С., Ширияев А. А., Галяутдинов Д. М. и др. // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, сердечно-сосудистые заболевания. 12 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. 28–31 октября 2006 г. – М., 2006.
4. Jatene A. O. Left ventricular aneurysmectomy resection on reconstruction // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1985. – Vol. 89. – P. 321–331.

Особенности клинического перебігу та діагностики пацієнтів з ІХС, ускладненою аневризмою лівого шлуночка заднебазальної локалізації

Урсуленко В.І., Якоб Л.В., Дзахоева Л.С., Гогаєва О.К., Верич Н.М., Мороз М.М., Сухобокова Г.М.

Аневризми лівого шлуночка є частим ускладненням гострого Q-інфаркту міокарда (ІМ). За даними літератури,

вони утворюються у 13–20% пацієнтів після трансмурального ІМ. Задньобазальні аневризми лівого шлуночка (ЗБАЛШ) діагностують рідко через відсутність характерних ЕКГ і Ехо-ознак, тому виявлення клініко-діагностичних особливостей є актуальним питанням.

Пацієнтам, що перенесли трансмуральний ІМ задньої локалізації, з оклюзією ПКА, показана вентрикулографія, яка в 100% може підтвердити наявність або відсутність задньобазальної АЛШ, її розміри і необхідність резекції.

У НЦССХ імені М. М. Амосова за період з 2000 по 2015 рр. було виконано 11 тис. операцій з приводу ІХС, причому аневризма ЛШ була діагностована у 1856 (16,9%) пацієнтів. Аневризми задньобазальної локалізації було виявлено у 142 (7,6%) пацієнтів, резекція ЗБАЛШ була виконана у 85 (59,8%) пацієнтів цієї групи.

Ключові слова: задньобазальна аневризма, оклюзія ПКА.

Clinical and diagnostic features of patients with coronary heart disease, complicated by posterior basal aneurysm of the left ventricle

Ursulenko V.I., Jacob L.V., Dzahoeva L.S., Gogayeva O.K., Verych N.M., Moroz M.N., Suhobokova G.N.

Aneurysm of left ventricle is a frequent complication of Q-myocardial infarction (MI). According to the literature data they occur in 13–20% of patients with transmural MI. Posterior basal aneurysm of the left ventricle are rarely diagnosed because of lack of ECG and ECHO signs, so verification of clinical and diagnostic features is important.

For patients with transmural MI of posterior localization due to RCA occlusion, necessary to carry ventriculography, which shows in 100% the presence or absence of posterior basal aneurysm of the left ventricle, its size and necessity of surgical correction.

In the Institute for the period from 2000 to 2015yy we performed 11.000 of operations for coronary artery disease, including left ventricular aneurysm which was diagnosed in 1856 (16,9%) patients. Aneurysms of posterior basal localization was found in 142 (7,6%) patients, resection of posterior basal aneurysm was performed in 85 (59.8%) patients.

Key words: posterior basal aneurysm of the left ventricle, occlusion of RCA.