
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Солейко Е.В., Кактурский Л.В., 2013
УДК: 616.127-005.8:541.138

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ)

Е.В. СОЛЕЙКО¹, Л.В. КАКТУРСКИЙ²

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (1)
ФГБУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека» РАМН (2)

COMPLICATED CHRONIC POSTINFARCTION HEART ANEURYSM (CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS)

E.V. SOLEJKO¹, L.V. KAKTURSKIJ²

Vinnitsia national medical University. N.I. Pirogov (1)
Petersburg research Institute of human morphology of RAMS (2)

Проведен ретроспективный анализ 59 историй болезни умерших в течение 2002-2012 годов пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложнённым хронической постинфарктной аневризмой сердца. В структуре анализа учитывались клинические характеристики и данные патологоанатомического и патогистологического исследований. Полученные данные позволили провести клинко-морфологическую идентификацию типов хронической постинфарктной аневризмы сердца и выделить группы риска среди пациентов с осложнённым течением постинфарктного кардиосклероза.

Ключевые слова: постинфарктное ремоделирование сердца, клинко-морфологическое сопоставление.

Retrospective analysis of medical records of 59 patients with chronic post-infarction cardiosclerosis complicated with cardiac aneurism who died in 2002-2012 was undertaken. Clinical characteristics and data of pathologic and pathohistological examination were included to analysis. The results obtained allowed to identify the clin-

ical and morphological types of chronic post-infarction cardiac aneurism in order to allocate risk groups among patients with complicated post-infarction cardiosclerosis.

Key words: postinfarction cardiac remodeling, clinical and morphological identification.

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сегодня является не только основным диагнозом XXI века, но и одной из наиболее актуальных социально-медицинских проблем современности [1]. Особое место в общей структуре ИБС занимает инфаркт миокарда с исходом в кардиосклероз. В свою очередь, состояние левого желудочка после перенесенного инфаркта миокарда в значительной степени определяет выживаемость пациентов с ИБС. Начиная с 90-х годов XX столетия изучение причинно-следственных связей, лежащих в основе постинфарктной дисфункции миокарда – постинфарктного сердца, заняло заметное положение в кардиологической науке. Появление в связи с этим концепции постинфарктного ремоделирования сердца ассоциируется с постинфарктной дилатацией левого желудочка и связанным с ней комплексом адаптационных, а позже – дезадаптационных процессов, развивающихся поэтапно [8]. Патогенез ремоделирования левого желудочка сопровождается включением множества факторов, обеспечивающих приспособление к новым условиям функционирования.

Научными исследованиями последнего десятилетия [6, 7] выделены такие факторы как структурная реорганизация стенки, гипертрофия миоцитов, увеличение мышечной массы без утолщения стенки. При этом показано,

что глубина процесса ремоделирования не проявляет зависимости от особенностей кровоснабжения миокарда [2]. Таким образом, процесс ремоделирования постинфарктного сердца сложен, а его проявления полиморфны.

Особую нишу в постинфарктном ремоделировании, приводящем к значительным изменениям свойств тканей, архитектоники миокарда, возникновению разнообразных деформаций на фоне асинергической кинетики стенок, нарушения стереометрических соотношений в полости желудочка, занимает постинфарктный кардиосклероз у пациентов с хронической постинфарктной аневризмой сердца (ХПАС). С учетом того, что каждый 4–5-й трансмуральный инфаркт миокарда осложняется ХПАС [5], существует необходимость более детального изучения клинкоморфологических параллелей и связанных с ними механизмов ремоделирования при осложненном ХПАС течении постинфарктного кардиосклероза.

Приведенные данные обусловили актуальность нашего исследования и определили **цель работы** – провести клинкоморфологическую идентификацию типов ХПАС для выделения групп риска среди пациентов с осложненным течением постинфарктного кардиосклероза.

Материалы и методы

В соответствии с поставленной целью был проведен ретроспективный

анализ 59 историй болезней умерших в течение 2002–2012 годов пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХПАС, вскрытие которых проводилось на базе филиала № 1 Винницкого областного патологоанатомического бюро. Среди умерших пациентов было 43 мужчины (73,34%) и 16 женщин (26,66%) в возрасте от 48 до 79 лет. Пациенты были распределены на четыре возрастные группы: от 41 до 50 лет (2 человека), от 51 до 60 лет (25 человек), от 61 до 70 лет (20 человек), от 71 до 80 лет (12 человек).

В структуре анализа учитывались клинические характеристики, включавшие анамнестические, клинико-лабораторные, гемодинамические параметры, данные патологоанатомического и патогистологического исследований.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических параметров выявил, что среди умерших пациентов с ХПАС преобладали мужчины (73,34%). Наибольший процент умерших с ХПАС составляли больные в возрастном диапазоне 51–60 лет (45,3%), а наименьший в группе 41–50 лет (2 пациента в возрасте 48 и 49 лет). Отличий в возрастном диапазоне среди мужчин и женщин не наблюдалось. В структуре сопутствующей патологии в соответствии с клиническими данными преобладали гипертоническая болезнь (46,6%), сахарный диабет (23,3%), хроническая обструктивная болезнь лёгких (23,3%), желчнокаменная болезнь и хронический калькулезный холецистит (10,1%), пептическая язва двенадцатиперстной кишки (10,1%). Инфаркт миокарда, который

осложнился образованием ХПАС, был первым у 49 больных (83,1%), вторым – у 10 больных (16,9%).

По данным эхокардиографии мы выделяли два типа двигательной активности аневризмы: акинетический – аневризма без видимой механической активности (акинезия в систоле с деформированным диастолическим контуром) и дискинетический – аневризма, характеризующаяся парадоксальным движением (дискинезия в систоле с деформированным диастолическим контуром). Среди умерших преобладали пациенты с акинетическим типом двигательной активности аневризмы (33 пациента – 55,9%), однако по статистике [3] акинетические аневризмы составляют 47% в общей структуре ХПАС. Таким образом, акинетический тип двигательной активности можно считать более неблагоприятным в прогностическом плане. Полученные данные совпадают с клиническими наблюдениями [2], доказавшими, что и в гемодинамическом плане акинетические аневризмы являются более неблагоприятными.

Полученные данные свидетельствуют, что среди умерших с ХПАС преобладали пациенты с передневерхушечной локализацией аневризмы (50,8%). На втором месте по локализации аневризмы находились пациенты с задне-базальным типом ХПАС (26,6%). Прижизненный тромбоз эхокардиографическим методом был диагностирован у 12 пациентов (20,3%). По данным аутопсии пристеночный тромбоз выявлен у 18 пациентов с ХПАС (30,5%). Структура непосредственных причин смерти по данным патолого-

анатомических диагнозов у пациентов с ХПАС представлена в таблице 1.

Нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность как непосредственная причина смерти у пациентов с ХПАС в 16 случаях возникала на почве острого повторного трансмурального инфаркта миокарда, в 15 случаях – на фоне постинфарктного кардиосклероза. Кардиогенный шок и острая сосудистая недостаточность развивались исключительно на почве острого повторного трансмурального инфаркта миокарда. Отек и дислокация головного мозга у 2 пациентов

возникли в результате ишемического инсульта правого полушария головного мозга на почве тромбоэмболии церебральных артерий, у 1 пациента – в результате геморрагического инсульта в стволе головного мозга с прорывом в желудочки на фоне гипертонической болезни. Нарастающая легочная сердечная недостаточность возникла на фоне правосторонней нижнедолевой плевропневмонии, эндогенная интоксикация – на фоне серозно-фибринозного перитонита, тромбоза верхней брыжеечной артерии на фоне атеросклероза.

Таблица 1

Структура непосредственных причин смерти по данным патологоанатомических диагнозов среди группы больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической постинфарктной аневризмой сердца

Непосредственная причина смерти	Число больных	%
Нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность	32	54,2
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	10	16,9
Кардиогенный шок	10	16,9
Отек и дислокация головного мозга	3	5,2
Нарастающая легочно-сердечная недостаточность	2	3,4
Эндогенная интоксикация	2	3,4

Следует отметить, что у пациентов с акинетическим типом аневризмы непосредственными причинами смерти стали острая сердечно-сосудистая недостаточность (10 пациентов), кардиогенный шок (6 пациентов), отек и дислокация головного мозга (3 пациента), нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность (14 пациентов). К тому же у 13 из 14 пациентов с акинетическим типом двигательной активности аневризмы нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность возникла на фоне постинфарктного

кардиосклероза. Анализ структуры причин смерти позволяет сделать вывод о неблагоприятном характере акинетического типа аневризмы и в прогностическом плане.

По данным некропсии у 26 больных (44,1%) аневризма была образована фиброзной тканью, у 33 (55,9%) строение ткани аневризмы расценивалось как смешанное, фиброзно-мышечное с сохраненными очагами васкуляризации. Проведение клиникo-морфологической идентификации выявило, что пациентов, у которых при-

жизненно ультразвуковыми методами диагностики определялся акинетический тип двигательной активности аневризмы, при патогистологическом исследовании относили к морфологической группе фиброзно-мышечных аневризм, а пациентов с дискинетическим типом аневризмы – к морфологической группе фиброзных аневризм.

Что касается степени поражения коронарных артерий в изученной группе, наибольшая выраженность окклюзионного процесса наблюдалась в передней межжелудочковой артерии и задней межжелудочковой ветви правой коронарной артерии. В преобладающем числе случаев (86,67%) наблюдалось поражение проксимальных отделов крупных коронарных артерий. Данные наблюдения совпадают с выводами относительно больных с ИБС [4]. По распространенности окклюзии коронарного русла наибольшая частота поражения наблюдалась в передней межжелудочковой артерии – 57 пациентов (96,9%). Второе и третье место принадлежали, соответственно, задней межжелудочковой артерии – 32 пациента (54,2%) и заднебоковой ветви огибающей артерии – 26 пациентов (44,1%), что свидетельствует о многососудистом поражении коронарного русла у преобладающего числа пациентов.

Выводы

1. Проведение клинкоморфологической идентификации выявило, что ХПАС с акинетическим типом двигательной активности образованы фиброзно-мышечной тканью,

ХПАС с дискинетическим типом – фиброзной тканью.

2. Наиболее неблагоприятными в прогностическом плане являются ХПАС с акинетическим типом двигательной активности, образованные фиброзно-мышечной тканью.

3. Проведение клинкоморфологической идентификации типов ХПАС позволит в дальнейшем определять тактику дифференцированного подхода к терапии таких пациентов.

Литература

1. Агеев Ф.Е. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения / Ф.Е. Агеев [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 15-16. – С. 622-626.

2. Белов Ю.В. Постинфарктное ремоделирование левого желудочка сердца. От концепции к хирургическому лечению / Ю.В. Белов, В.А. Вараксин. – М.: ДеНово, 2002. – 194 с.

3. Борисов И.А. Хирургическое лечение постинфарктной аневризмы левого желудочка / И.А. Борисов, Л.В. Попов, А.Н. Блеткин // Анналы хирургии. – 2002. – № 3. – С. 14-19.

4. Гаргин В.В. Значение степени поражения коронарных артерий при ИБС по данным аутопсии / В.В. Гаргин // Украинский терапевтический журнал. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 43-44.

5. Михеев А.А. Хирургическое лечение постинфарктных аневризм сердца: Монография / А.А. Михеев [и др.]. – М.: Медпрактика, 2001. – 108 с.

6. Graham H.K. Extracellular matrix profiles in the progression to heart failure. European Young Physiologists Symposium Keynote Lecture-Bratislava / H.K. Graham, M. Horn, A.W. Trafford // Acta Physiol. (Oxf.). – 2008. – Vol. 194 (1). – P. 3-21.

7. Lai T. Reversibility and pathohistological basis of left ventricular remodeling in hibernating myocardium /

T. Lai [et al.] // Cardiovasc. Pathol. – 2000. – Vol. 9. – P. 323-335.

8. Solomon S.D. Recovery of ventricular function after myocardial infarction in the reperfusion era: the healing and early afterload reducing therapy study / S.D. Solomon [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2001. – Vol. 134. – P. 451-458.

Сведения об авторах

Солейко Елена Витальевна – д-р мед. наук, доц. кафедры внутренней медицины № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова.
Украина, 21018, г. Винница, ул. П. Коммуны, 3/12.
E-mail: irinosp@list.ru.

Кактурский Лев Владимирович – д-р мед. наук, проф., Чл.-корр. РАМН, директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека» РАМН.