

# МСЭ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СЕРДЦА

<sup>1</sup>Макарова О.В., <sup>1</sup>Столов С.В., <sup>1</sup>Углева Е.М., <sup>1</sup>Ямщикова Т.  
Ю.,

<sup>2</sup>Спиридонова Л.Н., <sup>2</sup>Рыжова Т.А., <sup>2</sup>Терлецкая С.А., <sup>2</sup>Сапун  
А.Н.

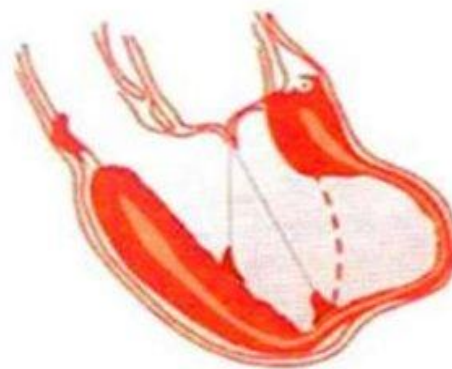
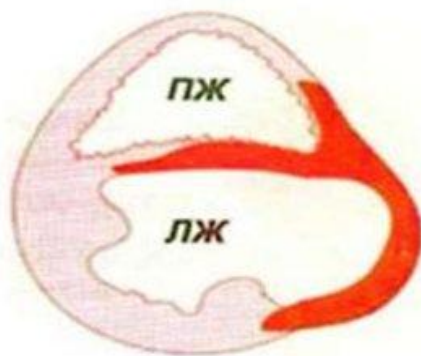
<sup>1</sup>-ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России

<sup>2</sup>-ФКУ «ГБ МСЭ по Кемеровской области» Минтруда России

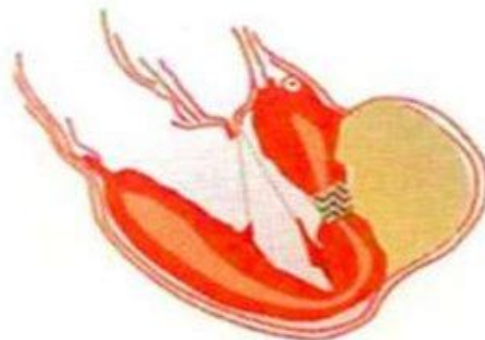
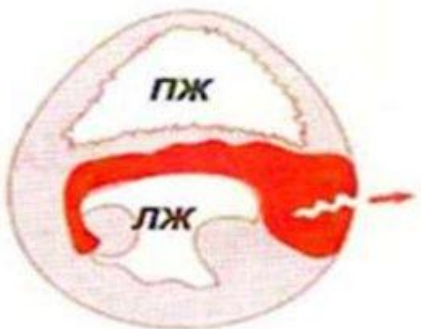
- **Аневризма левого желудочка (ЛЖ)** – четко ограниченная истонченная стенка ЛЖ, возникшая в результате инфаркта миокарда. Она является одним из прогностически значимых осложнений.
- Частота аневризм ЛЖ у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, составляет 10-35%.

# КЛАССИФИКАЦИЯ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА

- Аневризмы сердца могут быть
  - ✓ истинными (представлены тремя слоями)
  - ✓ ложными (формируются в результате разрыва стенки миокарда и ограничены перикардальными сращениями)
  - ✓ функциональными (образованы участком жизнеспособного миокарда с низкой сократимостью, выбухающего в систолу желудочков).

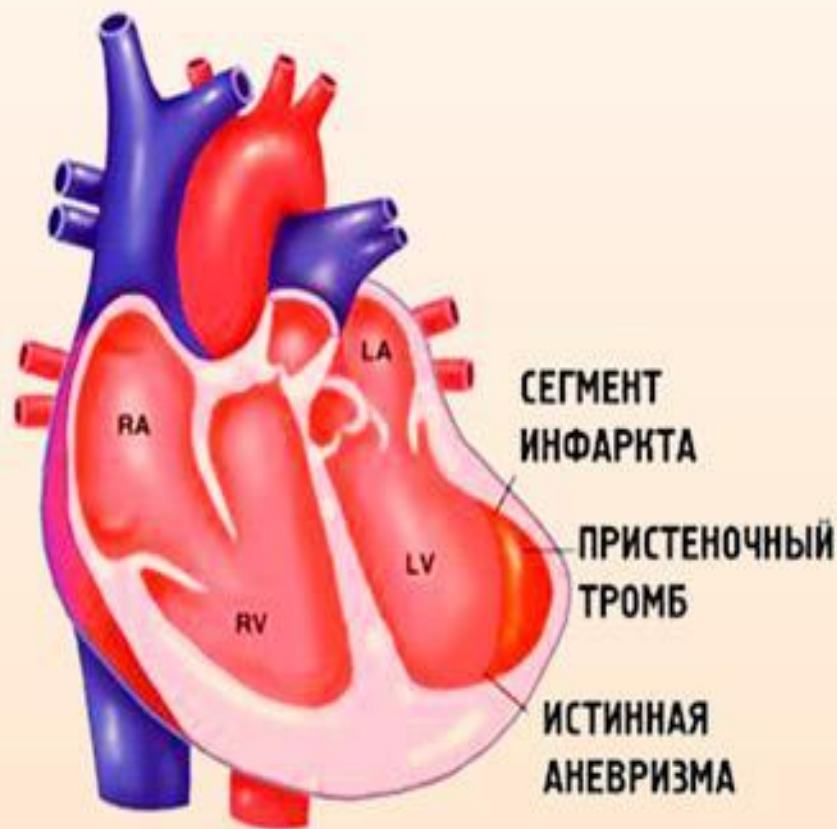


*Истинная аневризма  
левого желудочка*



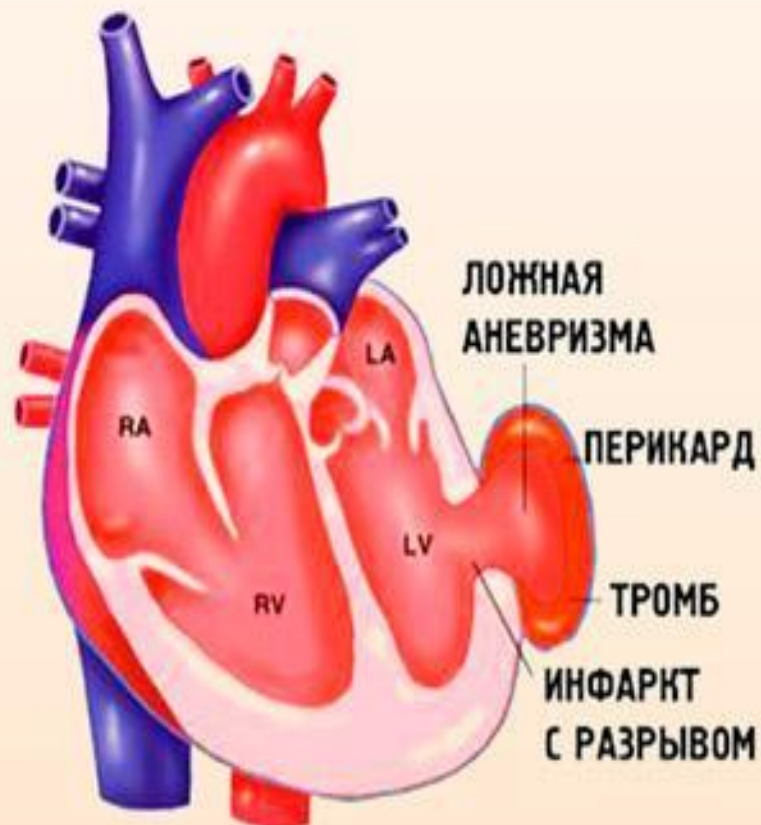
*Ложная аневризма  
левого желудочка*

# ИСТИННАЯ И ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА СЕРДЦА



## АНЕВРИЗМА

- 1) ШИРОКОЕ ОСНОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ;
- 2) СТЕНКИ АНЕВРИЗМЫ СОСТОЯТ ИЗ МИОКАРДА;
- 3) НИЗКИЙ РИСК РАЗРЫВА.



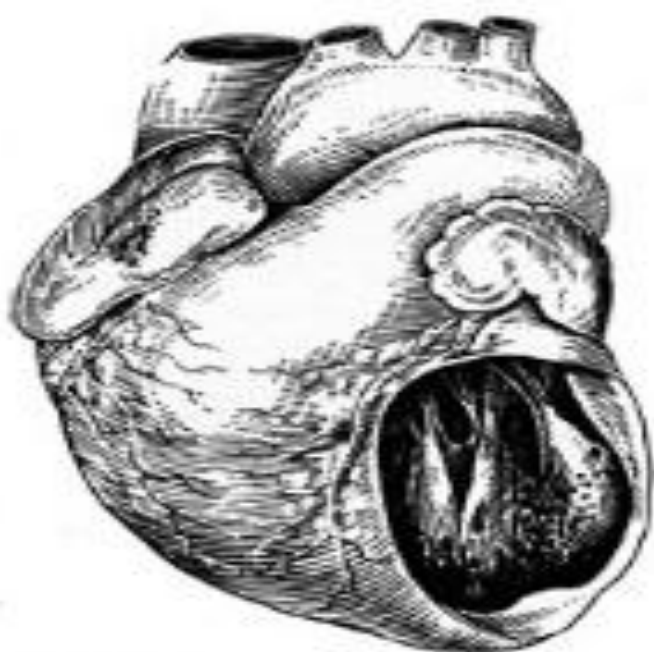
## ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА

- 1) УЗКОЕ ОСНОВАНИЕ;
- 2) СТЕНКИ АНЕВРИЗМЫ СОСТАВЛЯЮТ ПЕРИКАРД И ПРИСТЕНОЧНЫЙ ТРОМБ;
- 3) ВЫСОКИЙ РИСК РАЗРЫВА.

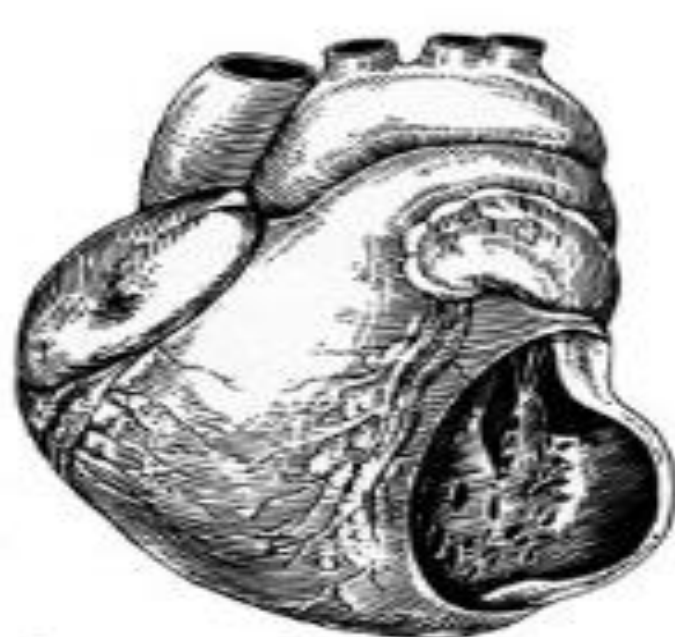
- Аневризмы ЛЖ по времени возникновения:
- *Острые аневризмы* формируются в первые 14 суток инфаркта миокарда.
- *Подострые аневризмы* возникают на 3-8 постинфарктной неделе.
- *Хронические аневризмы* формируются после 8 недели от момента формирования некроза миокарда.

- Проведение ЭхоКГ позволяет определить размеры и форму аневризмы ЛЖ, темп ее роста, опасность разрыва, формирование и локализацию тромба.
- *Диффузная аневризма* - вероятность разрыва и тромбоза невелика; часто-аритмии и сердечная недостаточность.
- *Грибовидная аневризма* формируется из рубцов или некроза небольшого диаметра; опасна разрывом и тромбообразованием.

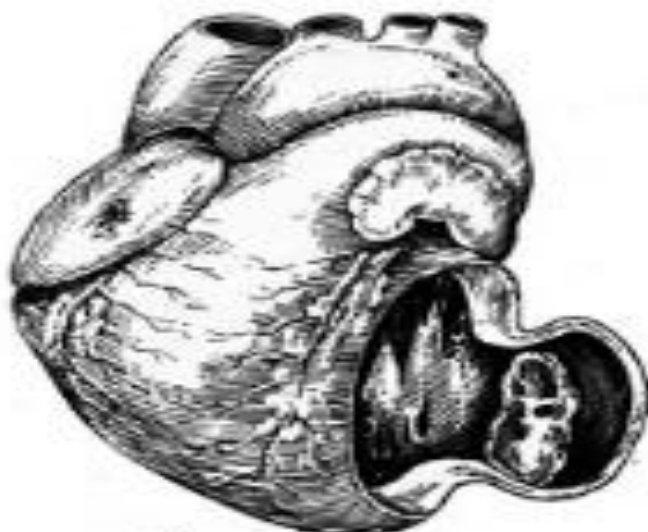
- **Мешковидная аневризма** имеет склонность к разрывам и скоплению тромбов.
- **«Аневризма в аневризме»** - самый разрывоопасный вид, т.к. на стенке диффузного или мешковидного образования появляется дополнительная аневризма. Встречается этот вид достаточно редко.



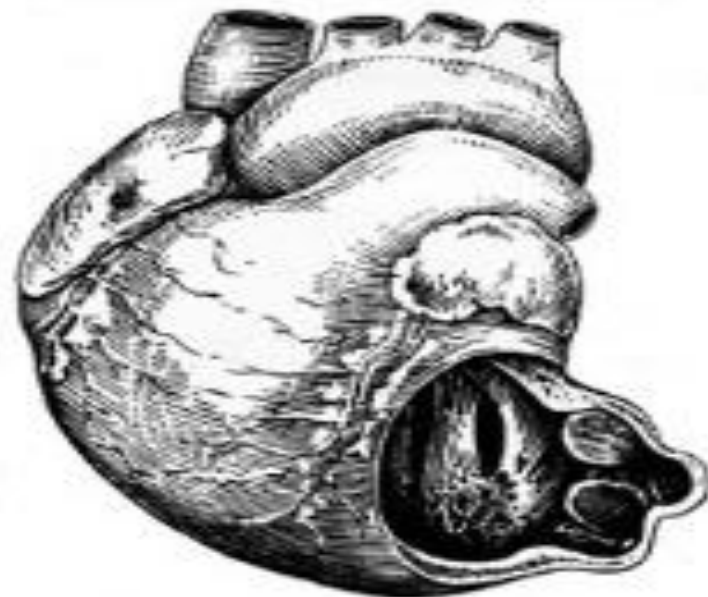
*а - диффузная аневризма*



*б - мешковидная аневризма*



*в - грибовидная аневризма*

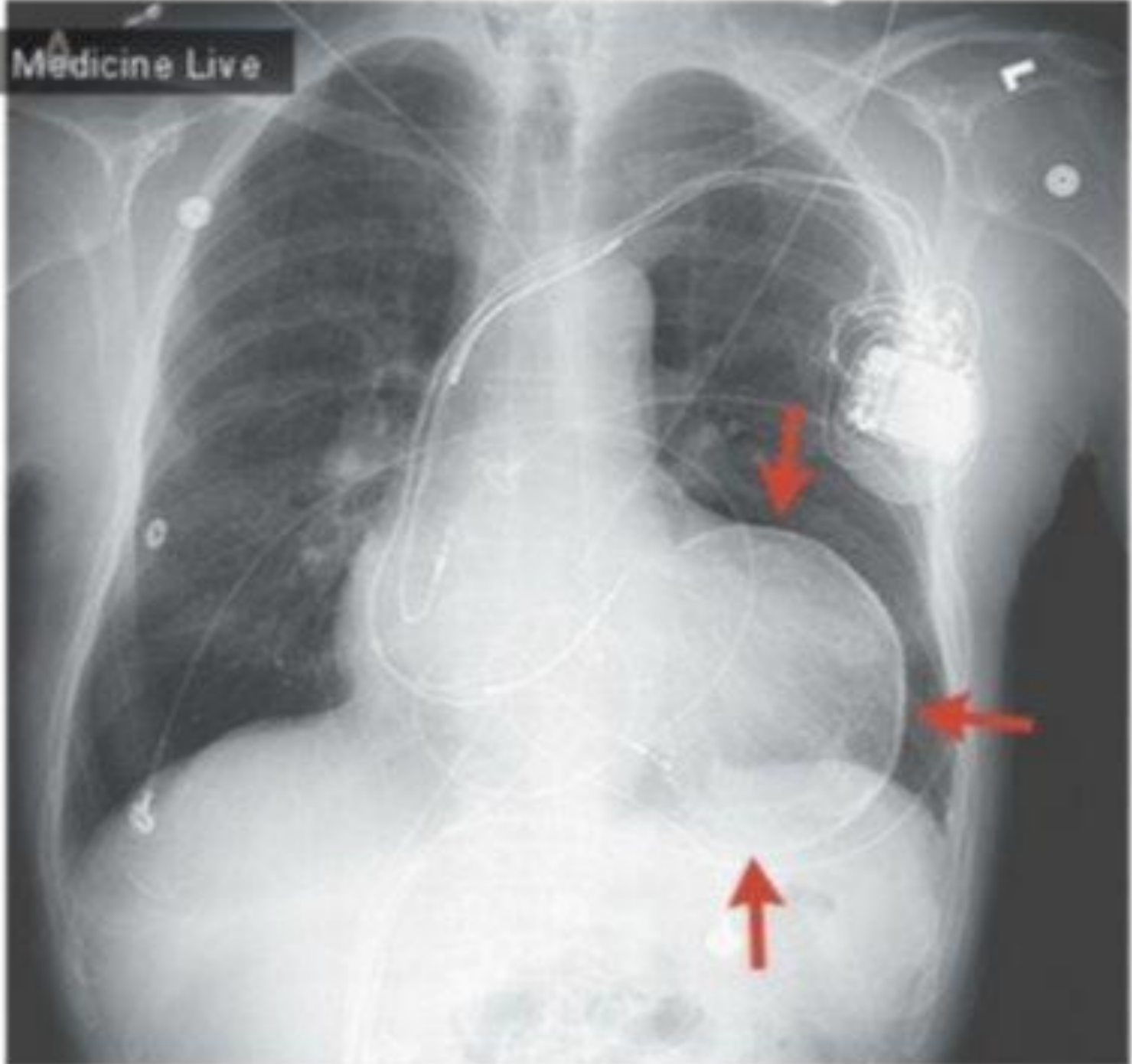


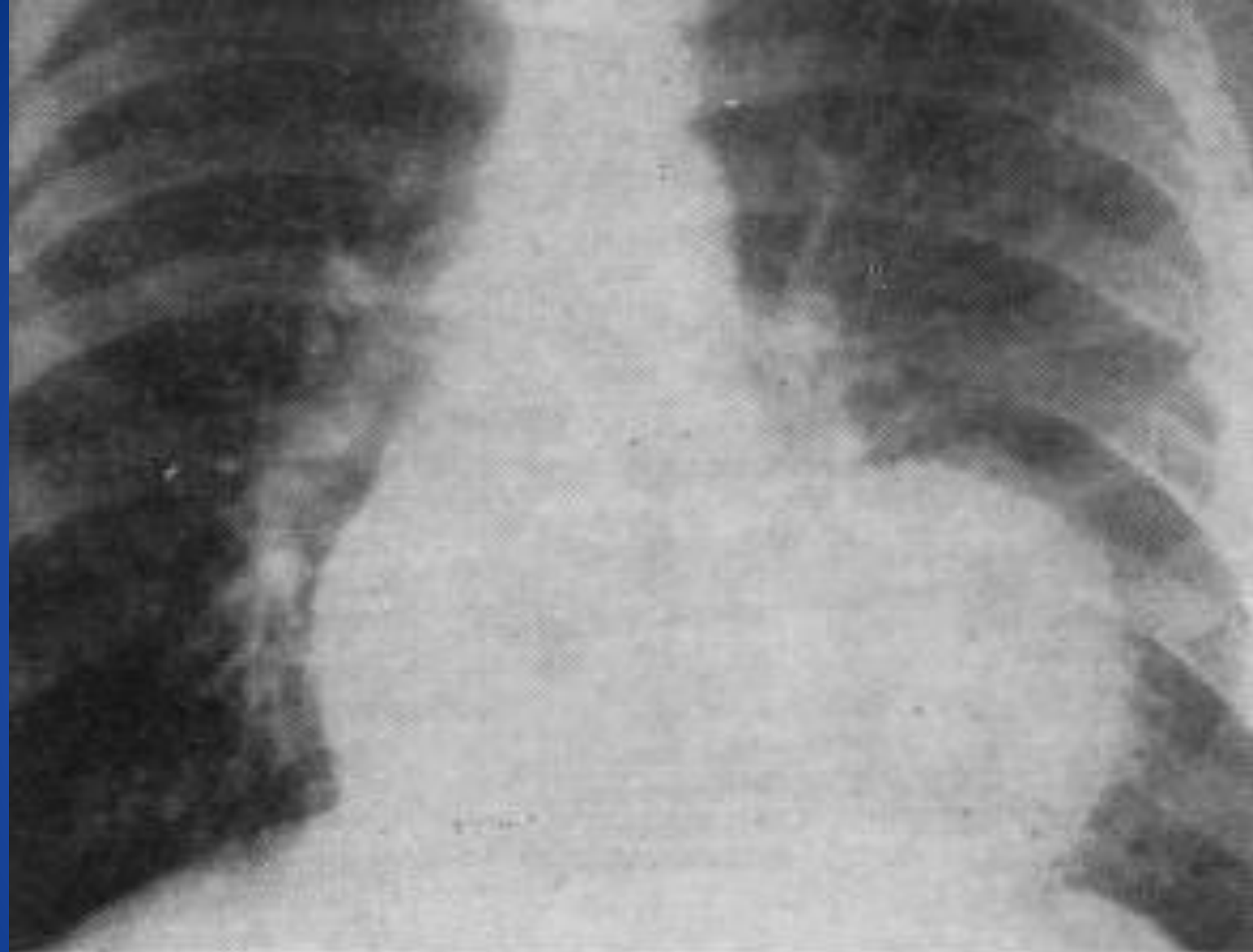
*г - аневризма в аневризме*

**Рис. 168. Различные виды постинфарктных аневризм левого желудочка сердца.**

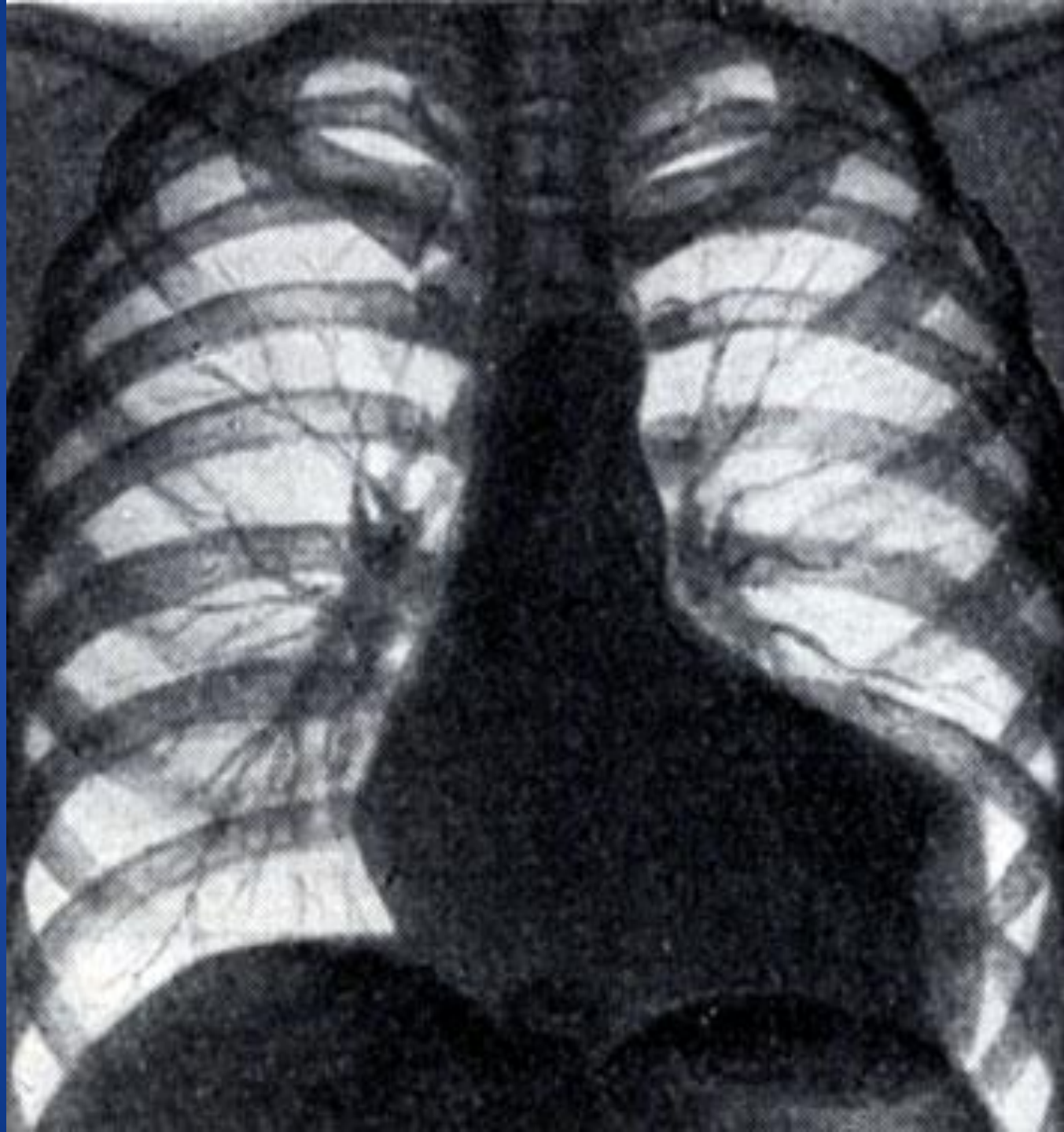


- В соответствии с размерами, можно выделить *аневризмы небольших размеров*, при которых ограниченный участок сердечной стенки теряет способность к сокращению. Прогноз благоприятный.
- *Аневризмы средних размеров* не выходят за пределы перикарда, диаметр может составлять несколько сантиметров.
- *Гигантские аневризмы* - их полость сравнима по объему с полостью самого левого желудочка.





**Рис. 169. Рентгенограмма сердца при аневризме левого желудочка. У верхнего полюса аневризмы имеется западение контура - симптом "зарубки".**



- Осложнения аневризмы ЛЖ чаще всего встречаются при средних и гигантских размерах:
  - Сердечная недостаточность;
  - Желудочковые нарушения ритма, в том числе жизнеопасные;
  - Тромбоз ЛЖ с возможной эмболией;
  - Разрыв аневризмы.

- В случаях оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде улучшается функция ЛЖ:
- возрастает ФВ, уменьшаются систолический и диастолический объемы ЛЖ, диастолическое наполнение, увеличивается толерантность к ФН, снижается класс стенокардии и функциональный класс (NYHA) сердечной недостаточности.

- На выживаемость при аневризме ЛЖ влияют: возраст, тяжесть ИБС, продолжительность ИМ, ишемическая митральная недостаточность, размер аневризмы, желудочковые аритмии, сократительная функция жизнеспособного миокарда, КДД левого желудочка.

- В бюро МСЭ освидетельствовано 34 человека, перенесших инфаркт миокарда с развитием хронической постинфарктной аневризмы ЛЖ.
- Возраст освидетельствованных составил от 37 до 76 лет, мужчин было 26, женщин – 8; высшее образование имели 3, среднее и среднее специальное – 31.
- В большинстве случаев до инфаркта миокарда пациенты выполняли работу средней тяжести и тяжелого физического труда 26 человек, умственного и легкого физического труда – 8.



- На момент освидетельствования продолжали трудовую деятельность 7 человек, не работали – 27, в том числе, 10 – являлись пенсионерами по возрасту и 9 инвалидов III группы не работали и были не трудоустроены.
- При первичном освидетельствовании группа инвалидности не установлена в одном случае, определена III группа – 20 и II группа инвалидности – 13 освидетельствованным. Признаки ХСН определялись у всех свидетельствованных: IIА стадии – у 27, IIБ – у 7.

- Среди повторно освидетельствованных (19 чел.) стабильность групп сохранялась у 10 (по 5 человек, соответственно, оставались инвалидами II и III группы),
- частичная реабилитация достигнута в 4 случаях: из II группы в III,
- в одном случае инвалиду III группы при переосвидетельствовании группа не установлена (полная реабилитация).

- Хирургические методы лечения ИБС применялись у 19 из 34 человек: из них в 13 случаях выполнено стентирование, в 7 – проведено АКШ и, в том числе, 5 – выполнена венстрикулопластика аневризмы с тромбэктомией при необходимости. Тромбированная аневризма имела место у 9 человек, тромбэктомия проведена двум из них.
- Все освидетельствованные обследованы по единой клинико-лабораторной и инструментальной программе (ЭхоКГ, мониторирование ЭКГ по Холтеру).

- При осмотре в бюро МСЭ отмечен цианоз и акроцианоз у 13 из 34 человек, уровень АД колебался от 100/60 до 160/100 мм.рт.ст; умеренная тахикардия - у 15 (от 81 до 100 уд/мин).
- У всех тоны сердца при аускультации были приглушены, в половине случаев выслушивалось ослабленное дыхание, влажные хрипы – у 5.
- Печень по краю реберной дуги определялась у 25, более значимое ее увеличение – у 5 из 34 человек. Периферические отеки в виде пастозности стоп и голеней отмечены в половине случаев.

- При ЭхоКГ выявлено, что ФВ >50% была у 3, 49 - 35% - у 24 и <35% - у 7 человек. Характеристики аневризмы ЛЖ не были приведены ни в одном случае, размеры представлены в 4-х случаях – 3,8x4,0, 1,5x4,0, 1,8x4,0 см.
- У всех обследованных отмечалась дилатация левых полостей сердца, а также митральная, трикуспидальная регургитация умеренной и выраженной степени, в 3-х случаях – незначительная аортальная регургитация, в 9 – повышение давления в легочной артерии

- Холтеровское мониторирование ЭКГ обнаружило желудочковую экстрасистолию у всех обследованных:
- 1 - 3-я градация по Лауну – у 21,
- 4 и 5-я - у 13 человек.
  
- В 5 случаях отмечена пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- У 13 из 34 человек зафиксированы эпизоды безболевого ишемии миокарда от 2 до 56 минут.

- Таким образом, анализ медицинской документации и результаты объективного обследования больных, перенесших ИМ с последующим развитием аневризмы ЛЖ, показал, что наиболее прогностически значимыми для экспертной оценки являются наличие нарушений ритма, в первую очередь желудочковой экстрасистолии высокой градации, пароксизмальной желудочковой тахикардии, а также выраженность нарушений гемодинамики в виде ХСН.

- Несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, в т.ч. хирургические методы лечения (АКШ, стентирование и др.), стабильность групп инвалидности остается высокой, что определяется выраженными многососудистыми коронарными поражениями, распространенной зоной некроза при инфаркте миокарда, не в полной мере эффективной хирургической коррекцией, а также переоценкой выраженности нарушения функции сердечно-сосудистой системы при освидетельствовании в БМСЭ.