

П. А. ВАРТАПЕТЯН, Д. В. АВЕТИСЯН

ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Диагностирование инфаркта миокарда нередко затрудняется, если симптомокомплекс его напоминает картину нарушения мозгового кровообращения.

Клиническая картина инфаркта миокарда может начаться с обморочного состояния или гипертонического криза и протекать бессимптомно. В ряде работ упоминается о судорогах при инфаркте миокарда [2]. Иногда клиническая картина инфаркта миокарда начинается с гемипареза или паралича, имитируя картину мозгового инсульта [2, 3].

В условиях работы скорой помощи очень важно безотлагательно установить дифференциальный диагноз для оказания больному срочной, патогенетически обоснованной терапии.

За время работы в противоишемической бригаде скорой помощи г. Еревана с марта 1967 года по январь 1970 года под нашим наблюдением было 122 больных инфарктом миокарда, из коих у 57 (46,7%) он протекал атипично. Мы придерживались классификации атипичных форм инфаркта миокарда А. Г. Тетельбаума—периферической, абдоминальной, церебральной, безболевой и комбинированной [6, 12, 13]. Однако в практике встречаются случаи, которые не укладываются в данную классификацию. Это стертые формы заболевания, где симптоматика довольно скудная, не характерная для инфаркта, сюда могут входить больные с внезапным подъемом температуры с первых часов заболевания, чувством дискомфорта в грудной клетке и др.

Особые трудности для диагностики представляет церебральная форма инфаркта миокарда, причем в этих случаях нарушение мозгового кровообращения проявляется как остро развившийся сосудисто-мозговой синдром без каких-либо предвестников со стороны сердца.

Церебральная форма инфаркта миокарда отмечалась у 11 больных (19,3% случаев атипичного инфаркта миокарда), причем: апоплектиформная—2, эпилептиформная—2, по типу гипертонического криза—2, с динамическим нарушением мозгового кровообращения—2, с синдромом Меньера—3.

Острое нарушение мозгового кровообращения наблюдалось и при других формах инфаркта миокарда, но в этих случаях оно носило кратковременный характер, проявляясь потерей сознания, тошнотой, рвотой, головокружением, парезами, нарушением зрения или речи, развивавшимися на фоне симптомов со стороны сердца [6—8, 11].

У 3 больных церебральная форма инфаркта миокарда протекала с синдромом Меньера. У 2 из этих больных он появляется на фоне повышенного АД, у 1, в анамнезе отмечающего инфаркт миокарда,—при сниженном АД. Патогенез меньеровского синдрома при инфаркте миокарда можно объяснить динамическим нарушением кровообращения в ушном лабиринте по типу спазма.

Согласно нашим наблюдениям, апоплектиформный синдром инфаркта миокарда [3] проявляется многообразно в зависимости от степени выраженности нарушения кровообращения в головном мозгу: головокружением, слабостью, рвотой, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, менингеальным синдромом, парестезией, клоническими и тоническими судорогами, парезом или параличом конечностей, расстройством дыхания, сердечно-сосудистой деятельности (цианозом лица, бледностью, холодным потом, резким падением АД). Гемодинамические нарушения возникают в следующей последовательности: вначале наступает рефлекторный спазм сосудов в стволе мозга, обуславливающий помрачнение сознания, рвоту, головокружение, цианоз; в дальнейшем присоединяются явления аноксии, развиваются функциональные изменения стенок сосудов, нарушается способность их регулировать кровоток, возникает стаз крови в сосудах с последующим отеком близлежащих участков мозга. Описанные гемодинамические нарушения и явления аноксии вызывают катастрофу в мозговом стволе, обуславливают нарушение дыхания, функции тазовых органов, паралич конечностей [2, 3, 5, 8].

Какие же симптомы необходимо учитывать в таких случаях для правильной диагностики инфаркта миокарда?

При инфаркте миокарда с церебральными проявлениями наблюдается кардиоваскулярный коллапс, сердечно-сосудистая недостаточность, глухие тоны сердца, аритмия, учащенный, плохо прощупываемый пульс, типичные изменения ЭКГ, в то время как для апоплексии характерен замедленный, редкий пульс, а снижение АД бывает только при инсультах стволовой локализации.

По литературным данным, изменения ЭКГ в острой стадии инсульта часто бывают следующего порядка: уширение, расщепление, увеличение, иногда уплощение зубца Р, увеличенный, иногда «гигантский» зубец Т, особенно в V_2 и V_3 отведениях. Изменения комплекса QRS нехарактерны и заключаются в умеренном равномерном увеличении амплитуды составляющих его зубцов [1, 2].

Если в начале заболевания возникает общая слабость, которая через некоторое время сменяется параличом конечностей, то эти явления могут иметь место при инфаркте миокарда, протекающем с гемодинамическими нарушениями, в то время как паралич конечностей при нарушении кровообращения в продолговатом мозгу возникает обычно в первый же момент развития инсульта.

Одним из кардинальных симптомов инфаркта миокарда являются

боли, которые обычно локализуются за грудиной с типичной иррадиацией, однако может быть и атипичная локализация ее.

Если инфаркт миокарда сопровождается нарушением мозгового кровообращения, возникновением коматозного состояния, то эти явления могут развиваться остро и дать повод диагностировать кровоизлияние в мозг.

Ослабление сердечной деятельности, возникшее в результате инфаркта миокарда, может вызвать сосудисто-церебральную недостаточность, нарастающую гипоксию мозга, которая провоцирует эпилептический разряд как проявление первой фазы реакции нервных клеток на гипоксию [4, 10].

Церебральная форма инфаркта миокарда часто проходит под видом динамического нарушения мозгового кровообращения. Клиническая картина инфаркта этого типа характеризуется внезапной резкой слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, сопровождающимися потерей сознания, признаками острой сердечно-сосудистой недостаточности. Наличие тошноты, рвоты, иногда поноса, связь этих явлений с приемом пищи могут трактоваться как признаки отравления, однако они связаны с нарушением мозгового кровообращения, обусловленным инфарктом миокарда.

По нашим наблюдениям, церебральная форма инфаркта миокарда весьма часто протекает с различными нарушениями сердечного ритма.

Анализ приведенных данных позволяет прийти к заключению, что острое нарушение мозгового кровообращения возникает рефлекторно при нарушении кровообращения сердца или является результатом ишемии мозга, вызванной ослаблением сердечной деятельности.

В ы в о ы

1. Церебральная форма инфаркта миокарда наблюдалась в 19,3% случаев всех атипичных форм инфаркта, причем протекала по типу гипертонического криза, динамического нарушения мозгового кровообращения, апоплектиформно, эпилептиформно и синдрома Меньера.

2. Для церебральной формы инфаркта миокарда часто характерны полная атриовентрикулярная блокада, блокада правой ножки пучка Гиса, мерцательная аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия.

Ереванская городская
станция скорой помощи

Поступило 8.VI 1970 г.

Պ. Ա. ՎԱՐՏԱՊԵՏՅԱՆ, Դ. Վ. ԱՎԵՏԻՅԱՆ

ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԱՂԵՂԱՏԻՆ ՁԵՎԻ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո ւ ի ն ի մ

Սրտամկանի ինֆարկտի աղեղային երևույթներով տառապող 122 հիվանդի ուսումնասիրության հիման վրա տրված է հիվանդության կարճ բնութագրումը և դիֆերենցիալ դիագնոստիկայի ցուցանիշները՝ շտապ օգնության պայմաններում:

P. A. VARTAPETIAN, D. V. AVETISIAN

THE DIAGNOSIS OF THE CEREBRAL FORM OF
MYOCARDIAL INFARCTION

S u m m a r y

On the basis of the investigation of 122 patients with myocardial infarction with cerebral manifestation brief characteristics and criteria of its differential diagnosis is given in conditions of emergency.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Астраханцева С. П. Автореф. канд. дисс. Л., 1961.
2. Боголепов Н. К. Врач. дело, 1962, 12.
3. Боголепов Н. К. Клини. мед., 1949, 3.
4. Боголепов Н. К. Врач. дело, 1960, 12.
5. Боголепов Н. К. Клини. мед. 1963, 9.
6. Гусман С. М. Тер. архив, 1962, 10.
7. Давыдова Ф. Б., Гордон Ю. Н. Врач. дело, 1964, 12.
8. Ежевская В. В. Врач. дело, 1960, 12.
9. Журченко А. Н., Казанчук Ю. С. Врач. дело, 1966, 9.
10. Трошин В. Д., Дворецкая Л. В. Тер. архив, 1964, 6.
11. Трошин В. Д. Тер. архив, 1961, 7.
12. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда, М., 1960.
13. Тетельбаум А. Г. В кн.: «Труды 14-го Всесоюзного съезда терапевтов», М., 1958.