

Բ. Տ. ԶՄԵԿՅԱՆ

, Լ. Ս. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

ՍՐՏԻ ՀԱԿԱՆՅԱՆՎԱԾ ԱՆԵՎՐԻՉՄԱՅԻ ԵՎ ԵՏԻՆՖԱՐԿՏԱՅԻՆ
ՍԻՆԴՐՈՄԻ ՄԻ ԴԵՊԲ

Սրտամկանի ինֆարկտի տարբեր բարդությունների շարքին է պատկանում մի ինքնատիպ սիմպտոմադոմադլեքս, որը բնորոշվում է ջերմության կրկնակի բարձրացմամբ, կրծքավանդակում ցավի առաջացմամբ, պերիկարդիտի, պլևրիտի, թոքաբորբի զարգացմամբ:

Արտասահմանյան գրականության մեջ 1959 թ. առաջին անգամ «Ետ-ինֆարկտային սինդրոմ» անվան տակ նկարագրվել է վերոհիշյալ սիմպտոմադոմադլեքսը 44 հիվանդի մոտ:

Հայրենական գրականության մեջ նկարագրված է ետինֆարկտային սինդրոմը 6 հիվանդի մոտ:

Ա. Մ. Դամիրը և Ս. Խ. Սիդրովիչը [1] սրտամկանի սուր ինֆարկտով տառապող 200 հիվանդից 8-ի մոտ հայտնաբերել են ետինֆարկտային սինդրոմ:

Գիտական և գործնական հետաքրքրություն է ներկայացնում մեր կողմից դիտված սրտամկանի տարածուն ինֆարկտի մի դեպք, որը զուգորդվել է ձախ փորոքի կազմակերպված թրոմբոտիկ գոյացությամբ խցանված մեծ անևրիզմալի և ետինֆարկտային սինդրոմի հետ:

Հիվանդ Թ., 39 տարեկան, բնգունվել է հիվանդանոցի թերապևտիկ բաժանմունքը 6/IV 1962 թ.: Գանգատվում էր սրտի շրջանի ցավից, որը ճառագայթում է դեպի ձախ ձեռքը և ձախ վերջույթները: Նման ցավեր հիվանդը զգացել է երկու տարի շարունակ, որոնք առանձնապես արտա-հայտվել են ֆիզիկական և հոգեկան գերլարվածությունից հետո: Վերջին ցավային նոպան եղել է 4/IV 1962 թ., որը տարբերվել է նախորդներից իր սաստկությամբ և երկարատևությամբ:

Հիվանդի բնականորեն զրոյությունը բավարար է: Ննթամաշկային ճարպաբջջանքը լավ են զարգացած, ջերմությունը 38°, շրթունքները ցիանոտիկ: Սրտի ձախ սահմանը մեծացած է, հնչյուն-ները խլացած, զարկերակը հավասար է 1 բուլսով 124 հարվածի, զարկերակային ար-յան ճնշումը՝ մաքսիմալը՝ 115 մմ սնդիկի սյան, իսկ մինիմալը՝ 95 մմ սնդիկի սյան: Թոքերում մալի տվյալները՝ սինուսային տախիկարդիա, ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա, փորոքների սրտա-մկանի տարածուն ախտահարում, արտահայտված պսակաձև անրավարարություն: Արյան ընդ-հանուր անալիզը հայտնաբերել է լեյկոցիտոզ՝ 9,600 և էրիթրոցիտների նստեցման ռեակցիայի՝ արագացում՝ 32 մմ ժամում: Պրոթրոմբինային ցուցանիշը հավասարվել է 100%, պրոթրոմբին-ային ժամանակը հավասար է 25 վայրկյանի, ստուգիչ ժամանակը՝ 25:

Հիվանդանոցում գտնված առաջին օրերը հիվանդին անհանգստացնում էին ետկրծոսկրային շրջանի ցավերը, բնականորեն թուլությունը, ախորժակի բացակայությունը, քրտնաարտադրու-թյունը: Զերմությունը եղել է նորմալ:

Հիվանդի մոտ սրտի շրջանում ծանրության զգացումը առանձնապես արտահայտված է դար-ձել հիվանդության 10-րդ օրը, միաժամանակ երևան են եկել էքստրասիստոլաներ, դիտվել է զարկերակային արյան ճնշման բարձրացում մինչև 160/120:

18/IV—62 թ. էլեկտրակարդիոգրամայի տվյալները՝ սինուսային կանոնավոր ռիթմ, ձախ փորոքի առջևի պատի ինֆարկտ ենթասուր ստադիայում:

Հիվանդության 24-րդ օրը հիվանդի մոտ երևան է եկել հեոց, սրտի շրջանում ճնշման զգացում, հազ, ջերմության բարձրացում մինչև 38° , լսվել է պերիկարդի բսման աղմուկ, թոքերում հայտնաբերվել են կրեպիտացիոն խզոցներ, էրիթրոցիտների նստեցման ռեակցիան եղել է արագացած՝ 49 մմ/ժամ: Պրոթրոմբինային ցուցանիշը եղել է նորմալ՝ $780/0$:

Հիվանդը բուժվել է կոմպլեքսային ձևով՝ անտիբիոտիկներ, անտիկոագուլյանտներ, սիրտ-անոթային սխեմայի թերապիա, սակայն նրա ընդհանուր վիճակի մեջ լավացում չի դիտվել:

Հիվանդության 44-րդ օրվա էլեկտրակարդիոգրամայի տվյալները եղել են. ընդարձակ առջևի միջնապատային ինֆարկտ ենթասուր ստադիայում աներիզմայի զոյացմամբ, պոլիտոպլքստրասխիստոլաներ:

Հիվանդության 52-րդ օրը հիվանդի մոտ նկատվել է դարձյալ ջերմության բարձրացում մինչև 38° , էրիթրոցիտների նստեցման ռեակցիան եղել է 56 մմ մեկ ժամում: Թոքերի կողմից արտահայտվել է պլերո-պնևմոնիայի պատկերը: Անց է կացվել անտիբիոտիկներով կրկնակի բուժում, սակայն անարդյունավետ:

Հիվանդության 60-րդ օրը հիվանդի վիճակը խիստ վատացել է՝ բարձր ջերմություն, ցավեր կրծքավանդակում, ձախ ձեռքի թմրեցում, հիշողության կորուստ, խոսելու դժվարացում: Ներոպաթոլոգի հետ կոնսուլտացիայի ենթարկելիս դիագնոզվել է միջին ուղեղային զարկերակի թրոմբոզ ձախից, որը կլինիկորեն արտահայտվել է աջակողմյա հեմիպլեգիայի զարգացմամբ:

Հիվանդի ընդհանուր դրությունը շարունակվել է պահպանվել ծանր: Հիվանդության 110-րդ օրը դիտվել է նոր սրացում, կրծքավանդակում ուժեղ ցավեր, հատկապես շնչառության ժամանակ, երկու թոքերում լսվում է պլերայի բսման աղմուկ: 4—5 օր անց, կրծքավանդակի աջ կողմում, սկսած 3-րդ կողմից, ամբողջ երկարությամբ հայտնաբերվել է բթության և շնչառության բացակայում, էրիթրոցիտների նստեցման ռեակցիան եղել է շարունակ արագացած՝ 56 մմ մեկ ժամում:

Անտիբիոտիկային թերապիայից հետո նկատվել է էքսուդատի արագ ներծծում, սակայն հիվանդի ընդհանուր դրությունը շարունակվել է մնալ ծանր, աճել է արյան շրջանառության խանգարման երևույթները (ցիանոզ, հեոց, ոտքերի այտուցվածություն):

Անտիբիոտիկների երկարատև օգտագործման հետևանքով հիվանդի մոտ զարգացել է կանդիդամիկոզ, որը կլինիկորեն արտահայտվել է լեզվի և բերանի խոռոչում, լորձաթաղանթում սպիտակ փառի զոյացմամբ, որը լեզվի վրայից անջատելիս թողել է արյունահոսող շրջաններ, լեզուն եղել է փայլուն և վառ գույնի: Բերանի անկյուններում դիտվել են ճեղքվածքներ:

Վերոհիշյալ երևույթները վերացնելու նպատակով հիվանդին տրվել է նիստատին և յոդային պրեպարատներ:

Էլեկտրակարդիոգրամա՝ սինուսային տախիկարդիա, 94 զարկերակ մեկ րոպեում, որը ընդհատվում է պոլիտոպ փոքրքային էքստրասխիստոլաներով, ձախ փոքրքի առջևի կողմնային պատի սպիտակ փոփոխություններ, ինֆարկտի մասում սրտի աներիզմայի զոյացում:

Կրծքի վանդակի ռենտգենյան հետադոտությունը, ինչպես նաև ֆոնոկարդիոգրաֆիայի տրվյալները չեն տվել համոզեցուցիչ ցուցմունքներ սրտի աներիզմայի մասին:

Արյան բիոքիմիական քննության ժամանակ պարզվել է, որ երիկամներում կծիկային ֆիլտրացիան և ռեաբսորբցիան չեն փոփոխված, կրեատինինի, խոլեստերինի, մնացորդային ազոտի, բիլիռուբինի, կալցիոնի, քլորիդների և սպիրտի քանակները նորմալ են, վանդենբերգի ռեակցիան անուղղակի է: Տակատա-արայի և ֆորմոլի ռեակցիաները բացասական են: Պրոթրոմբինային ցուցանիշը տատանվել է նորմայի սահմաններում, իսկ պրոթրոմբինային ժամանակ՝ 20—36:

Հետազայում հիվանդի մոտ դիտվել է արյան փոքր և մեծ շրջանառության անբավարարության բարդացում և սրտային անբավարարության ծանր ձևի զարգացում: Հիվանդը մահացավ հիվանդության 168-րդ օրում:

Կլինիկական դիագնոզ — սրտամկանի ինֆարկտ ձախ փոքրքի առջևի կողմնային պատի վրա, սպիտակ ստադիա, սրտի աներիզմա նեկրոտիկ օջախի շրջանում, պսակաձև անոթների աթերոսկլերոզ, Էթերոսկլերոտիկ կարդիոսկլերոզ 3-րդ ստադիա, հիպերտոնիկ հիվանդության 3-րդ ստադիա, հետինֆարկտային սինդրոմ, պլերոպնևմոնիա, էքսուդատիվ պլերիտ, պերիկարդիտ, միջին ուղեղային զարկերակի թրոմբոզ աջակողմյա հեմիպլեգիայի հետ, կանդիդամիկոզ, արյան շրջանառության խանգարում 3-րդ ստադիայի:

Պաթոլոգո աճատոմիական դիագնոզ—հիպերտոնիկ հիվանդություն, սրտի էքսցենտրիկ հիպերտրոֆիա (առավելապես ձախ փորոքի), ընդհանուր աթերոսկլերոզ, աորտայի և պսակաձև անոթների աթերոսկլերոզ, ձախ փորոքի առջևի կողմնային պատի տարածուն սպի, որը զուգորդվում է խրոնիկական անևրիզմալ և ձախ փորոքի կազմակերպված առպատային թրոմբոզ (նկ. 1), պերիկարդիտ, երկկողմանի կանգային թոքաբորբ, պարենխիմատոզ օրգանների ճարպա-սպիտային դիստրոֆիա, ընդհանուր երակային կանգ, կանդիդամիկոզ:



Սրտի հակախցանված անևրիզմալ և ետինֆարկտային սինդրոմի դեպք

Ետինֆարկտային սինդրոմը հաստատելու նպատակով նկարագրում ենք հիվանդության արտահայտված հիմնական նշանները: Սրտի շրջանում բուլ, հաճախ ճնշող ցավը չի ունեցել նոպայաձև բնույթ, այլ եղել է երկարատև և ի տարբերություն ստենոկարդիայի, տվյալ դեպքում անոթալայնիչ դեղանյութերը չեն տվել նկատելի արդյունք: Հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է պերիկարդիտ, դիտվել է կրկնակի պլերոպնևմոնիա, որը ընթացել է համեմատաբար թեթև:

Բնորոշ է այն, որ երևույթները ունեցել են ցիկլային ընթացք, 6 ամսվա ընթացքում դիտվել է 3 անգամ թոքաբորբ, պլերիտ, պերիկարդիտ, ուղեղային անոթների թրոմբոզ հետագա հեմիպլեգիայի հետ:

Ետինֆարկտային սինդրոմի պաթոգենեզում մեծ նշանակություն է տրվում օրգանիզմի ալերգիզացիային, որը առաջանում է սրտամկանի նեկրոզիտի օջախի քայքայված նյութերից: Զարգացող երևույթները չունեն ինֆեկվետությունը:

Սրտի անևրիզմալ հանդիսանում է սրտամկանի ինֆարկտի ամենածանր և ամենահաճախ հանդիպող բարդություններից մեկը: Պետք է ենթադրել, որ

սրտամկանի ինֆարկտը այսպիսի ծանր բարդություններով և ետինֆարկտալին սրտամկանի զարգացումով առաջացել է հիպերտոնիկ հիվանդության և արտահայտված կարդիոսկլերոզի հոգի վրա:

ՍՍՌՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի
արտաբանության և արտի վիրաբուժության
ինստիտուտ

Ստացված է 28/XII 1963 թ.

К. Т. ЧМШКЯН, Л. С. АЙРАПЕТЯН

СЛУЧАЙ БОЛЬШОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА С ОБРАЗОВАНИЕМ МАССИВНОГО ТРОМБА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОСТИНФАРКТНЫМ СИНДРОМОМ

Р е з ю м е

Среди различных осложнений инфаркта миокарда в литературе описывается своеобразный симптомокомплекс, который характеризуется повторными повышениями температуры, возникновением болей в грудной клетке, развитием перикарда, плеврита и пневмонии после инфаркта миокарда.

Наблюдавшийся нами случай обширного инфаркта с образованием большой аневризмы левого желудочка с массивным организованным тромботическим образованием и с постинфарктным синдромом представляет большой практический и научный интерес.

В настоящей статье подробно излагаются клинические, лабораторные, электрокардиографические и патологические данные. Описанный случай представляет большую клиническую редкость и обогащает научные представления о постинфарктном синдроме.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дамир А. М., Сидорович С. Х. Терапевтический архив, 1961, 2, стр. 5.
2. Раевская Г. А., Казьмина П. В. Советская медицина, 1962, 3, стр. 18.
3. Шестаков С. В. Кардиология, 1961, 3, стр. 20.