

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Остапенко Е.Н., Бордаков В.Н.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В ежедневной практике врачей скорой и неотложной помощи в случаях сочетанной и закрытой травмы грудной клетки возможны травматические поражения миокарда, диагностика которых чрезвычайно сложна. Сложность диагностики травматического инфаркта миокарда связана с тем, что его клиническое течение может маскироваться симптомами повреждения костно-мышечных структур грудной клетки и сопровождаться массивными кровоизлияниями в подкожное, межмышечное, паракостальное и внутримплевральное пространства.

Цель. Провести анализ клинической картины, особенностей диагностики и течения травматического инфаркта миокарда у пациентов с сочетанной и закрытой травмой грудной клетки.

Материалы и методы. Проанализированы данные литературы и собственных наблюдений за пациентами с инфарктами миокарда на фоне сочетанной и закрытой травмы грудной клетки, доставляемых бригадами скорой медицинской помощи в БСМП г. Минска.

Диагностика травматических поражений сердца всегда сложна, особенно в случаях множественных и сочетанных повреждений, осложненных кардиогенным шоком. Нередко такие пациенты находятся в бессознательном состоянии. Существенным в диагностике травматического повреждения сердца является наличие следов травмы грудной клетки: ссадины, кровоподтеки, а также подкожной эмфиземы, болезненность при пальпации в прекардиальной области, глухость тонов сердца, появление систолического шума, тахикардии, гипотонии.

Механизмы повреждения коронарных артерий при закрытой травме грудной клетки связывают с диссекцией интимы с последующим ее тромбозом, возможным надрывом атеросклеротической бляшки с последующим тромбообразованием, спазмом коронарной артерии на месте повреждения, разрывом коронарной артерии с образованием эпикардиальной гематомы и внешней ее компрессией.

Клинические проявления травматического инфаркта миокарда могут маскироваться симптомами повреждения костно-мышечных структур грудной клетки, клиникой острой кровопотери и шока. Ангинозные боли при этом могут отсутствовать или быть невыраженными. Возможность повреждения

коронарных артерий после таких травм должна рассматриваться во всех случаях жалоб пациента на боль в грудной клетке. Чаще повреждаются передняя нисходящая и правая коронарная артерии.

Трудности диагностики травматического инфаркта миокарда могут быть связаны с более медленным повреждением коронарных артерий - от 1 до 3 суток и более от момента травмы. Электрокардиографические признаки некроза миокарда и повышение уровня кардиоспецифических ферментов могут также развиваться значительно медленнее, чем при инфаркте миокарда атеросклеротического генеза.

На электрокардиограмме выявляются изменения, характерные для инфаркта миокарда в остром периоде: патологический зубец Q, монофазный подъем сегмента ST и зубца T над изоэлектрической линией. Возможны различные нарушения сердечного ритма и проводимости. Течение травматического инфаркта миокарда в большинстве случаев тяжелое, нередко с картиной острой левожелудочковой недостаточности (сердечной астмы или отека легких).

Травматический инфаркт миокарда у пожилых пациентов на фоне измененных коронарных артерий встречается чаще и сопровождается интенсивными загрудинными болями, возможны нарушения сердечного ритма и проводимости, а также картина кардиогенного шока: бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, гипотония.

Диагноз травматического инфаркта миокарда труден и требует проведения ЭКГ и лабораторного контроля в динамике, анализа данных эхокардиографии, выполнения коронарографии.

Лечение пациентов с травматическим инфарктом миокарда должно быть направлено на ограничение зоны повреждения миокарда, назначение антитромбоцитарных препаратов и β -блокаторов. Проведение системного тромболизиса ограничено. Наилучшие результаты получены при проведении баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий.