

СЛУЧАИ ПОДВИЖНЫХ ТРОМБОВ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

С.А. Проzorov, С.Р. Гиляревский

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

CASES OF MOBILE THROMBUS IN THE CORONARY ARTERIES

S.A. Prozorov, S.R. Giliarevsky

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of Health Department of Moscow, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Приведены 5 наблюдений выявления подвижных тромбов в коронарных артериях при коронарографии; на фоне проведенной терапии при контрольных исследованиях отмечен лизис тромбов.

Ключевые слова:

коронарные артерии, подвижные тромбы, инфаркт миокарда.

ABSTRACT

Five cases of mobile thrombus identified in the coronary arteries by coronarography have been described. Controlled coronarography performed after therapy completion demonstrated thrombus resolution.

Keywords:

coronary arteries, mobile thrombus, myocardial infarction.

ВТК — ветвь тупого края
ЗБА — заднебоковая артерия
КГ — коронарография
КФК — креатинфосфокиназа
ЛКА — левая коронарная артерия
ОА — огибающая артерия
ОИМ — острый инфаркт миокарда

ПКА — правая коронарная артерия
ПМЖА — передняя межжелудочковая артерия
ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки
ТЗСЛЖ — толщина задней стенки левого желудочка
ЧСС — частота сокращений сердца
ЭхоКГ — эхокардиография
TIMI — Thrombolysis In Myocardial Infarction

ВВЕДЕНИЕ

В редких случаях при коронарографии (КГ) в просвете артерий визуализируются образования в виде дефектов контрастирования, совершающие колебательные движения и не перекрывающие полностью просвет коронарной артерии. В литературе [1–3] такие находки получили название «mobile», или «movable thrombus». В 3 случаях, найденных в литературе, это были мужчины 33 и 44 лет и женщина 24 лет, госпитализированные с острым инфарктом миокарда (ОИМ). У обоих мужчин возник множественный тромбоз коронарных артерий: в одном случае — окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) и подвижный тромб в проксимальной трети передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) [1], в другом наблюдении — одновременная окклюзия ПМЖА и ПКА и подвижный тромб в огибающей артерии (ОА) [3]. У женщины имел место подвижный тромб в средней трети ПМЖА при неизмененных коронарных артериях [2]. Проведенное лечение состояло в ангиопластике ПКА и внутрикоронарном введении 6,400,000 ЕД *tisokinase* в одном случае и установке баллона для внутриаортальной контрпульсации и тромбаспирации из коронарных артерий у второго больного. Контрольная КГ через месяц у одного пациента и внутрисосудистое ультразвуковое исследование через неделю у второго показали хороший эффект лечения. Молодой женщине был проведен внутрикоронарный тромболитический эффект.

При проведении в нашем институте в 2009–2011 гг. КГ 5100 больным у 5 (0,01%) выявили подвижные тромбы в коронарных артериях. Приводим эти клинические наблюдения: 4 мужчин и 1 женщина в возрасте от 32 до 73 лет. КГ выполнили в сроки 1–2 сут у 3 больных и через 1 и 2 мес после ОИМ у 2 пациентов.

Больной В., 50 лет, госпитализирован через 4 ч 20 мин после появления интенсивных болей в грудной клетке. На ЭКГ: ЧСС 101 в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, картина острейшей фазы инфаркта миокарда левого желудочка с подъемом сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V6 до 1,5 мм. Гиперферментемия (КФК 669 МЕ/л, КФК-МВ 56 МЕ/л, тропонин 9,76 нг/мл). При эхокардиографии (ЭхоКГ) — дилатация левого предсердия (40 мм, 70 мл), умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка (ТМЖП 12 мм, ТЗСЛЖ 11 мм), зон асинергии нет, фракция выброса 57%. Вредные привычки: курит 1 пачку сигарет в сутки. В связи с первоначальным отказом больного от исследования, КГ проведена через 48 ч от поступления. Результаты КГ: правый тип кровоснабжения сердца, в дистальном отделе ствола левой коронарной артерии (ЛКА) с переходом на бифуркацию — неокклюзионный тромб овальной формы с неровными, «размытыми» контурами 3,3х2,6 мм с небольшими колебательными движениями. Других изменений в коронарных артериях нет.

Проведенная терапия: гепарин 25 тыс. ЕД в/в капельно с последующим переходом на 5 тыс. ЕД п/к 4 раза в день; плавикс 300 мг, далее 75 мг в сут, с последующим переходом на зилт 75 мг, арикстра 2,5 мг п/к; аспирин 125 мг в сут.

При контрольном исследовании через 14 сут: полный лизис тромба, коронарные артерии без гемодинамически значимых стенозов.

Больной С., 32 лет, поступил в институт с явлениями острого тромбоза подколенной артерии. После сбора анамнеза и обследования (по данным ЭКГ: очаговые изменения по передней стенке левого желудочка; ЭхоКГ: признаки локальных нарушений сократимости миокарда ЛЖ в переднебоковой и перегородочных стенках ЛЖ, гипокинезия верхушечных сегментов; тропонин 0,276 нг/мл) был заподозрен мелкоочаговый переднеперегородочный ОИМ с распространением на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Типичный болевой синдром был месяц назад. Вредные привычки — курит. Данные КГ: стеноз в средней трети ПМЖА 65%, за стенозом дефект контрастирования округлой формы с четкими ровными контурами, совершающий колебательные движения, другие коронарные артерии не изменены. Проведенная терапия: варфарин 5 мг и гепарин 2,5 тыс. ЕД 6 раз в сут. При контрольной КГ на 9-е сут отмечен полный лизис тромба, неровность контуров артерии без гемодинамически значимых стенозов. Учитывая наличие тромбоза в артериальной системе (коронарные артерии, артерии нижних конечностей) и молодой возраст больного, нельзя исключить наличие тромбофилии.

Больная К., 37 лет. Впервые боли в сердце появились при занятии фитнесом. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в другое лечебное учреждение, при регистрации ЭКГ — признаки острой стадии Q-образующего инфаркта миокарда передней стенки, перегородки, верхушки с распространением на боковую стенку левого желудочка. Проведена тромболитическая терапия актилизе без признаков восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии. После рецидива загрудинных болей переведена в институт. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 85 в мин, QS с V1–4, элевация сегмента ST в V2–4 до 2 мм. Из анамнеза: наследственная гиперхолестеринемия, курит пачку сигарет в сутки.

КГ через 23 ч от начала заболевания: тип кровоснабжения правый, ствол ЛКА без гемодинамически значимых стенозов, в средней трети ПМЖА стеноз, за которым тромботические массы округлой формы с «размытыми» контурами, совершающими колебательные движения, суживающие просвет на 90%, кровоток *TIMI* 3. Промежуточная артерия, 2-я и 3-я диагональные ветви стенозированы на 70–80%, ПКА диффузно изменена, стеноз заднебоковой артерии (ЗБА) на 50%.

Проведенная терапия: плавикс 300 мг, далее 75 мг в сут, фраксипарин 0,6 2 раза в сут п/к, аспирин 125 мг в сут.

Контрольная КГ через 9 сут: полный лизис тромба, в средней трети ПМЖА последовательные стенозы 70 и 75%. Имплантирован стент с лекарственным покрытием «*Taxus*» диаметром 3 мм, длиной 38 мм с хорошим гемодинамическим эффектом. Кровоток *TIMI* 3.

Больной Г., 62 лет, поступил с жалобами на боли за грудиной, слабость, потливость. Боли впервые возникли 2 сут назад, продолжались 7 ч, затем рецидивировали. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 115 в мин, патологический Q и подъем ST в V1–4. КФК 283 МЕ/л, КФК-МВ 39 МЕ/л, глюкоза 9,0 ммоль/л. Курит 10 сигарет в день.

КГ выполнена через 2 сут от начала заболевания (через 2 ч от момента госпитализации): правый тип кровоснабжения сердца, ствол ЛКА без стенозов, окклюзия ПМЖА в средней трети, стеноз крупной ветви тупого края (ВТК) 50%. ПКА дилатирована со стенозами по 50%, в дистальной трети три участка — просветления округлой и овальной формы с максимальной длиной до 3,8 мм, совершающие колебательные движения (рис. 1 а, б).

Выполнена механическая реканализация, баллонная дилатация, стентирование средней трети ПМЖА, имплантирован голометаллический стент «*Liberte*» диаметром 3 мм, длиной 20 мм. Кровоток *TIMI* 3.

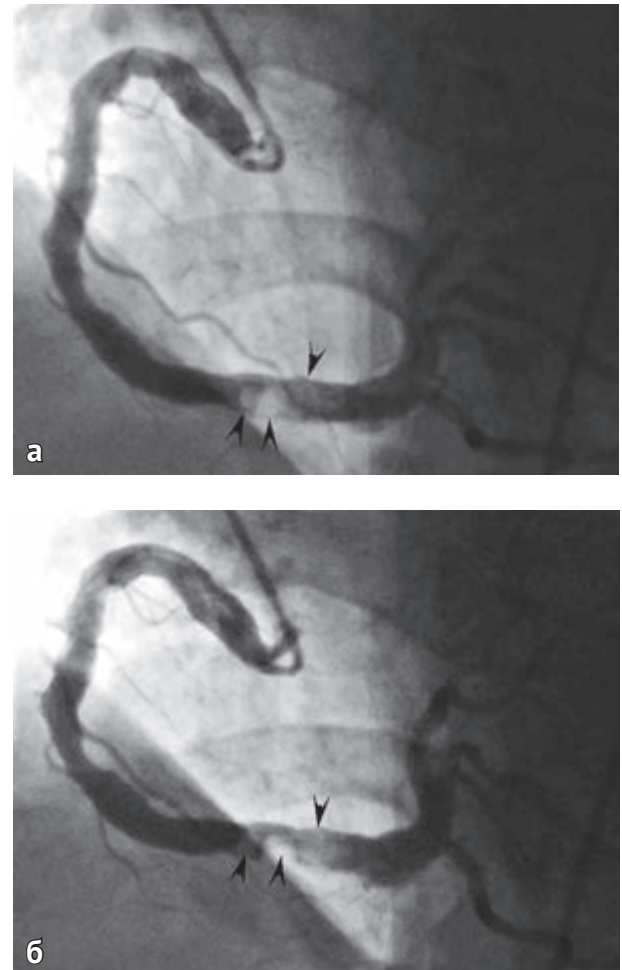


Рис. 1. Коронарограмма. Правая коронарная артерия диффузно изменена, стенозы в устье и в средней трети, равные 50%. В дистальной трети артерии — три подвижных нефиксированных тромба (стрелки)

Проведенная терапия: плавикс 300 мг, далее 75 мг в сут, аспирин 125 мг в сут. Повторную КГ не выполняли (больной уехал для дальнейшего лечения по месту жительства).

Больной П., 73 лет, был госпитализирован с гипертоническим кризом по кардиально-церебральному варианту, с давяще-сжимающими болями за грудиной. Два месяца назад перенес мелкоочаговый нижний инфаркт миокарда, лечился в другом лечебном учреждении, КГ тогда не проводили.

КГ в институте: тип кровоснабжения правый. Ствол ЛКА без гемодинамически значимых стенозов, два стеноза в

средней трети ПМЖА — 75 и до 70%. Огибающая артерия после отхождения крупной ВТК слабо развита. ВТК стенозирована от устья на 90%. За стенозом — дефект контрастирования шаровидной формы диаметром 1,5 мм, совершающий вращательные движения. ПКА стенозирована в проксимальной трети до 50%, в дистальной трети — два стеноза по 90%, стеноз ЗБА 50%. Из проведенной терапии: тромб АСС 100 мг. По семейным обстоятельствам от продолжения лечения пациент отказался и был выписан без контрольной КГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образовавшиеся в коронарных артериях тромботические массы бывают рыхлыми и неплотными, возможен их лизис, как спонтанный, так и на фоне проводимой терапии. Коронарография может быть выполнена в момент, когда происходит лизис по краям тромботических масс, при этом «ядро» тромба еще сохраняется, и тромб приобретает шаровидную или овальную форму. В 2 случаях из 5 при сроках ОИМ 1–2 сут

контуры внутрикоронарных тромбов были нечетким, «размытыми», а колебательные движения происходили с малой амплитудой. В 2 наблюдениях, когда сроки существования тромбов составляли 1 и 2 мес и в одном случае — неизвестное количество времени, тромбы имели четкие и ровные контуры, не были связаны со стенкой артерии и двигались с большой амплитудой, совершая даже вращательные движения.

Удалось выполнить контрольные КГ 3 пациентам. Показана эффективность тромболитической и дезагрегантной терапии у одного больного и только дезагрегантной терапии в 2 наблюдениях. Тромб со сроком давности даже 1 мес на фоне терапии лизировался.

Встает вопрос о терапии при длительно существующих тромбах. У одного больного тромб существовал свыше 2 мес, а у другого давность существования подвижных тромбов неизвестна. Не исключено, что они могут стать источником дальнейших осложнений, поэтому требуется постоянная дезагрегантная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hosokawa S., Hiasa Y., Miyamoto H. [et al.] Acute myocardial infarction showing total occlusion of right coronary artery and thrombus formation of left anterior descending artery // *Jpn. Heart J.* – 2001. – Vol. 42, N. 3. – P. 365–369.
2. Maillard L., Moini C., Paemelaere J.M. [et al.] Infarction in young women caused by intracoronary thrombosis on angiographically normal arteries: apropos of a case // *Arch. Mal. Coeur. Vaiss.* – 1995. – Vol. 88, N. 4. – P. 497–502.

3. Turgeman Y., Suleiman K., Atar S. Multivessel acute coronary thrombosis and occlusion — an unusual cause of cardiogenic shock // *J. Invasive Cardiol.* – 2007. – Vol. 19, N. 9. – P. 278–280.

REFERENCES

1. Hosokawa S., Hiasa Y., Miyamoto H., et al. Acute myocardial infarction showing total occlusion of right coronary artery and thrombus formation of left anterior descending artery. *Jpn Heart J.* 2001; 42 (3): 365–369.
2. Maillard L., Moini C., Paemelaere J.M., et al. Infarction in young women caused by intracoronary thrombosis on angiographically normal arteries: apropos of a case. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 1995; 88 (4): 497–502.

3. Turgeman Y., Suleiman K., Atar S. Multivessel acute coronary thrombosis and occlusion — an unusual cause of cardiogenic shock. *J Invasive Cardiol.* 2007; 19 (9): 278–280.

Поступила 13.03.2014

Контактная информация:

Прозоров Сергей Анатольевич,

д.м.н., ведущий научный сотрудник

отделения рентгенологических методов

диагностики и лечения

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

e-mail: surgeonserge@mail.ru