



Самарский
государственный
медицинский
университет

Разрыв межжелудочковой перегородки как осложнение инфаркта миокарда



Докладчики:

студентки 413 гр.

Клименко Дарья Александровна

Вострецова Алина Сергеевна

Научные руководители:

доцент, к.м.н. Кузьмина Т.М.

ассистент, к.м.н. Рубаненко О.А.

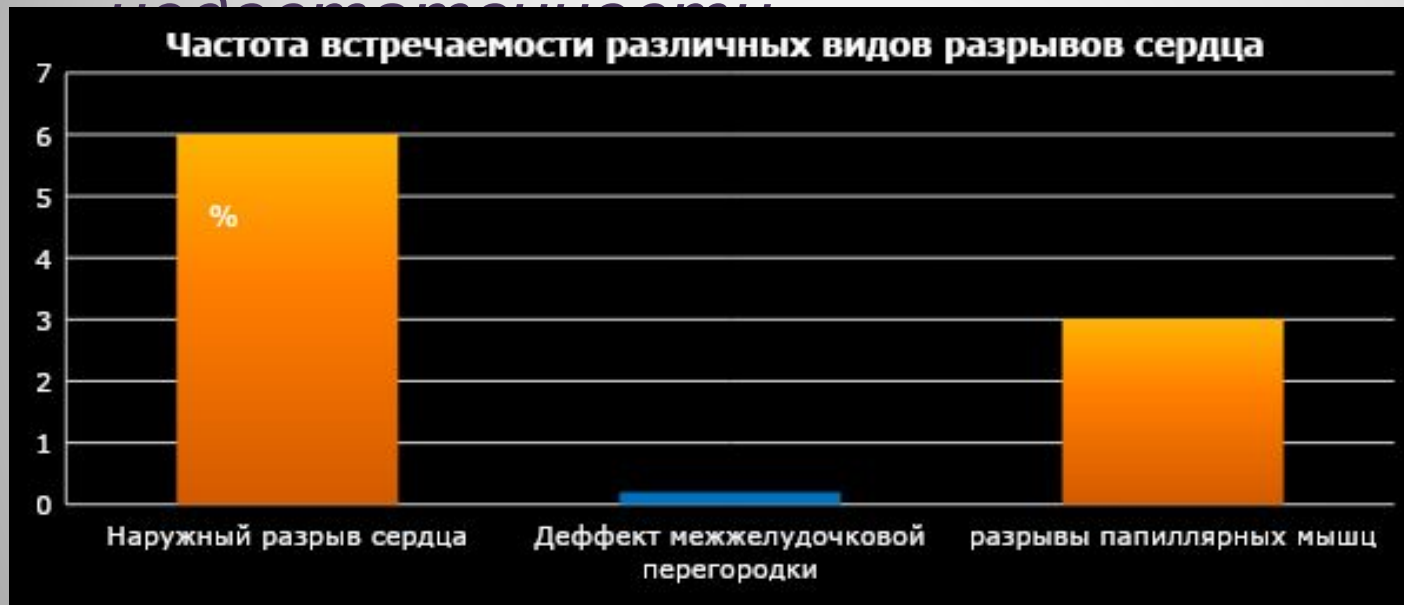
Самара, 2016г.

- **Разрывы сердца** — это нарушение целостности стенок сердца, которое чаще всего встречается как осложнение острого инфаркта миокарда и сопровождается высокой смертностью. У большинства больных происходит разрыв стенки левого желудочка, реже – правого желудочка, еще реже – межжелудочковой перегородки и папиллярных мышц (внутренние мышцы сердца, обеспечивающие движение клапанов).

Сибирский медицинский журнал,
2010, том 25, №4, выпуск 1. Разрывы сердца
при остром инфаркте миокарда
Е.М. Зелтынь-Абрамов.



Разрыв сердца осложняет острый инфаркт миокарда в 8% случаев и занимает 2ое место после острой сердечной недостаточности



*Сибирский медицинский журнал,
2010, том 25, №4, выпуск 1. Разрывы
сердца
при остром инфаркте миокарда
Е.М. Зелтынь-Абрамов.*



Разрывы межжелудочковой перегородки – результат некроза на протяжении всей её толщины

Простые

- канал коммуникации открывается при каждом систолическом сокращении.
- отсутствуют грубые геморрагии
- выходные отверстия в правый и левый желудочки располагаются на одном уровне.
- возникают после

**инфарктов миокарда,
вовлекающих переднюю
стенку**

Комплексные

- межжелудочковая коммуникация имеет изгибающееся течение с каналом, который может простираться в области, отдаленной от первичного участка ОИМ.
- чаще осложняют диафрагмальные инфаркты

Кужель Д.А., Матюшин Г.В., Красиков С.В., Прибыткова Г.Ю.,
Калейчик Л.В., Федорова Т.Д. Арутюнян А.Г. ГОУВПО
«Красноярская государственная медицинская академия
Росздрава» Статья опубликована в журнале «Первая краевая» в
2006 году.

картина

- *В начале разрыв межжелудочковой перегородки может протекать почти бессимптомно.*

Позже:

- *набухание шейных вен,*
- *боли в груди,*
- *боли в правом подреберье,*
- *отек легких,*
- *артериальная гипотензия,*
- *шок.*



Физикальное

исследование

- Появляется пансистолический шум, особенно при одновременном ухудшении гемодинамики и развитии сердечной недостаточности по обоим кругам кровообращения.
- Шум обычно лучше всего слышен снизу у левого края грудины, в 50% случаев он сопровождается систолическим дрожанием.
- При большом разрыве, тяжелой сердечной недостаточности или шоке шума может не быть, или он тихий, поэтому отсутствие шума не позволяет исключить разрыв межжелудочковой перегородки.
- Дополнительно определяются 3-й тон, акцент 2-го тона в зоне ЛА и проявления недостаточности трехстворчатого клапана.



Физикальное исследование

Признак

Разрыв межжелудочковой перегородки

Локализация инфаркта миокарда

Чаще при передних инфарктах

Локализация шума

Снизу у левого края грудины

Громкость

Громкий

Систолическое дрожание

В половине случаев

Прирост насыщения кислородом в легочн

гда



В.Н. Коваленко «Руководство по кардиологии» К.
2008

Диагностика

- **ЭКГ:** в 40% случаев обнаруживается АВ-блокада или нарушения внутрижелудочковой проводимости.
- **ЭхоКГ:** с цветным доплеровским исследованием – это лучший метод диагностики разрыва межжелудочковой перегородки.
 - Для уточнения размеров дефекта проводят чреспещеводную ЭхоКГ.
 - ЭхоКГ позволяет определить размеры дефекта и величину сброса крови слева направо.
 - С помощью ЭхоКГ оценивают систолическую функцию желудочков.
- **Катетеризация правых отделов сердца:** под контролем рентгеноскопии измеряют насыщение крови кислородом в верхней и нижней полых венах, правом предсердии, правом желудочке и легочном



Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П.. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография., 2010

**При инфаркте миокарда
любой разрыв
межжелудочковой
перегородки требует
хирургического лечения**



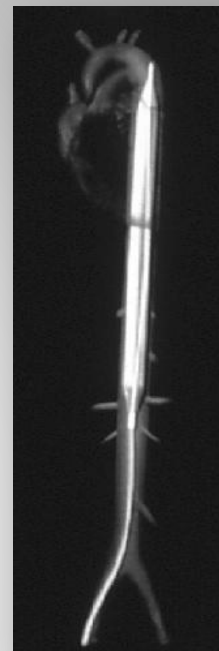
Показана экстренная **внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК)**:

- снижает системное сопротивление и шунтирование,
- улучшает перфузию коронарного ложа,
- поддерживает АД.

Введение **вазопрессоров и вазодилататоров** (уменьшают шунтирование крови слева направо и повышают системный кровоток).

Хирургическая коррекция мышечных разрывов («заплата») — это единственный **эффективный**.

Фармакологическая терапия малоэффективна. Летальность при ней составляет 90%, тогда как при хирургическом лечении — около 30%.



ЛС выбора — внутривенно введение нитропрусида натрия до достижения среднего АД 80 мм рт ст.

Textbook of Cardiovascular Medicine (March 2002): By Eric J Topol MD, Robert M Califf MD, Jeffrey Isner MD, Eric N Prystowsky MD, Judith Swain MD, James Thomas MD, Paul Thompson MD, James B Young MD, Steven Nissen MD By Lippincott Williams & Wilkins

Лечение

Клинический случай разрыва межжелудочковой перегородки



- **Пациент: К., 50 лет.**
- **Поступил 30.08.16 в 00:15.**
- **Из анамнеза:**

В течение 5-6 лет повышение АД, с максимальными цифрами 180 и 100 мм.рт.ст.
- **Впервые в жизни 1,5 недели назад почувствовал давящие непродолжительные, загрудинные боли, возникающие после нагрузки.**

Ухудшение состояния 29.08.16 в 21:30- появились вышеописанные жалобы.

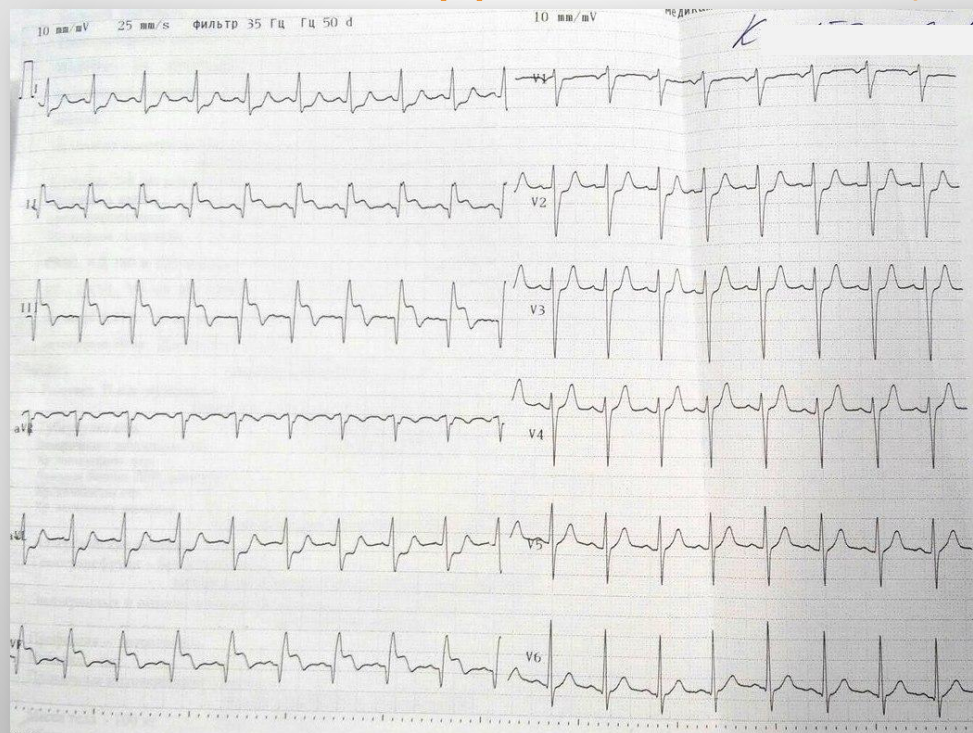
Вызвали скорую медицинскую помощь (СМП).

АД составило 180 и 120 мм.рт.ст.



на ЭКГ:

- ритм синусовый,
- подъем ST в отведениях III и AVF,
- депрессия ST в отведениях I и AVL, V1-V2.

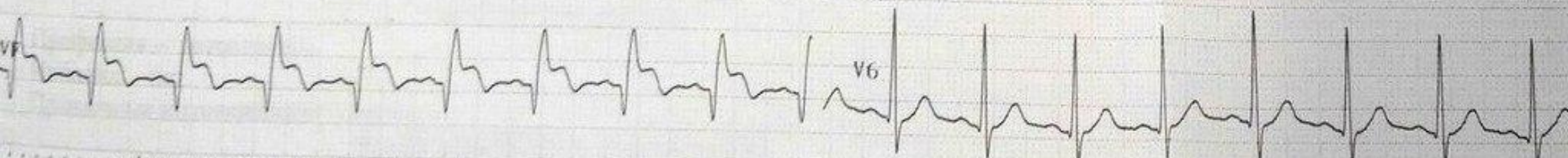
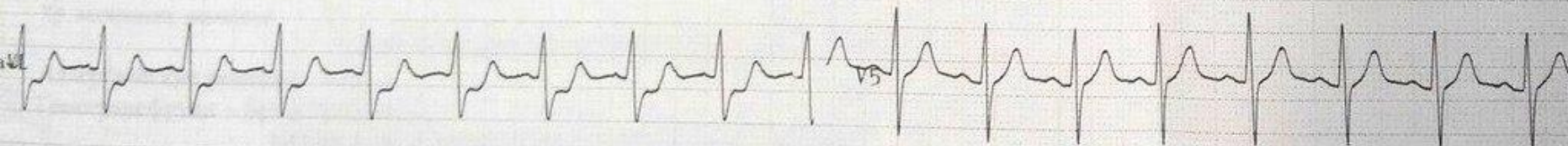
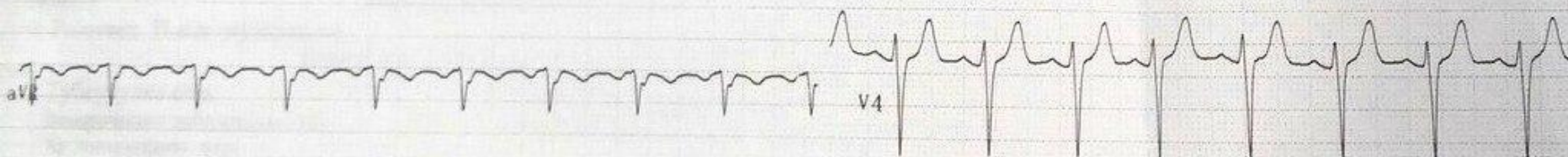
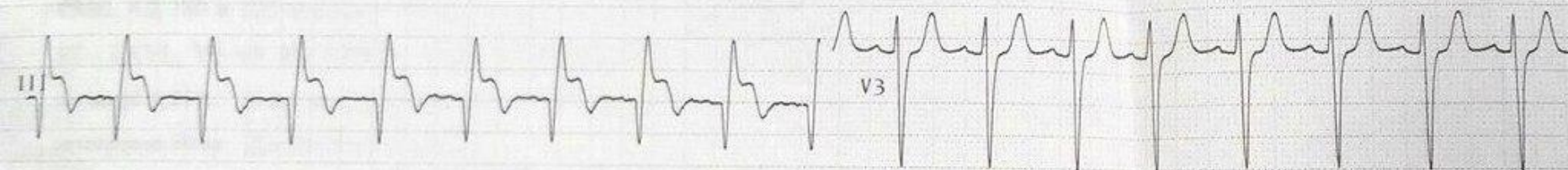
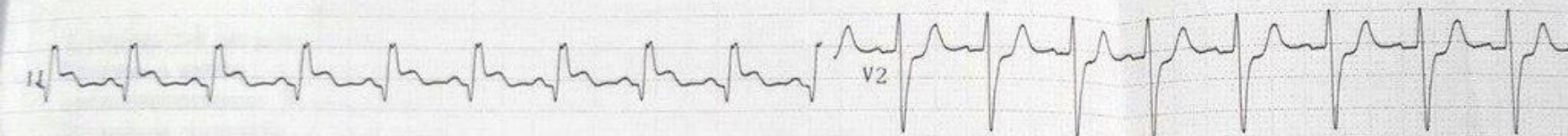


10 мм/мV 25 мм/с фильтр 35 Гц Гц 50 д

10 мм/мV

МЕДИЦИНА

К



На Скорой Медицинской Помощи :

- Нитроспрей, морфин -10мг/мл-1мл в.в.,
- гепарин 5000 ед в.в.,
- динисорб 0,01% 10мл на 200 мл NaCl 0.9%,
- клопидогрель 300 мг,
- аспирин 1 табл.,
- беталок 5,0 в.в.,
- метопролол 50 мг.
- Доставлен в СОККД.
- Течение реанимационного типа: в срочном порядке проведена коронарография, РЭР, ЧТКА, АТЭЭ, стентирование ПКА, после стабилизации переведен в кардиологическое отделение.

Заключение коронарографии:

- 1) тип кровоснабжения сердца: **правый, кальциноз стенок артерий**
- 2) ствол левой коронарной артерии: с неровными контурами
- 3) ПМЖВ: с неровными контурами, асимметричный стеноз 50% в проекции мелкой 1 ДА, а симметричный стеноз 75% в средней трети 4 сегмента.
- 4) ОА: с неровными контурами, без стенозов. Окклюзия 1 Втк от устья, дистальные отделы контрастируются через интракоронарные коллатерали. Интермедиальная артерия развита хорошо, с неровными контурами, без значимых стенозов.
- 5) ПКА: с неровными контурами, окклюзия в дистальной трети 2 сегмента, дистальные отделы не контрастируются.
- **На контрольной КГ:** хороший ангиографический результат, антеградный кровоток TIMI 2-3 по ПКА, без признаков диссекции и дистальной эмболизации.



Министерство здравоохранения Самарской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Самарский областной клинический кардиологический диспансер
443070, г. Самара, ул. Аэродромная, 43,
тел. (846) 373-70-64, факс 373-70-02, E-mail: 6021@mail.ru
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
тел. (846) 373-70-30

Пациент (ка): К

Дата рождения: 08.01.1966 г.

Хирург: Горохов А.А.

Анестезиолог: Скороваров А.Р.

Операционная сестра: Газизова Н.Г.

№ исследования: 29107/2016

Дата исследования: 30.08.2016 г.

Контраст: омнипак-350

Продолжительность: 0.50-2.20

Вид исследования (операции): коронарография, РЭР, ЧТКА, АТЭЭ, стентирование ПКА.

Ход исследования (операции): область правого предплечья обработана раствором йодопирона и 70% раствором спирта, Селдингеру, установлен интродьюсер 6F. По методике Judkins, введением контраста от руки, с постоянным мониторингом инвазивного давления с кончика катетера, выполнена ангиография правой и левой коронарных артерий в стандартных проекциях.

Заключение (% стеноза по диаметру, пограничные стенозы D/A – по диаметру/по площади):

Тип кровоснабжения сердца – правый. Кальциноз стенок артерий.

Ствол левой коронарной артерии: с неровными контурами.

Передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ): с неровными контурами, асимметричный стеноз 50% в проекции мелкой 1 ДА, асимметричный стеноз 75% в средней трети 4-го сегмента.

Огибающая артерия (ОА): с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов. Оклюзия 1 ВТК от устья, дистальные отделы контрастируются через интракоронарные коллатерали. Интермедиальная артерия развита хорошо, с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов.

Правая коронарная артерия (ПКА): с неровными контурами, окклюзия в дистальной трети 2-го сегмента дистальные отделы не контрастируются.

Протокол ЧКВ:

Устье ПКА катетеризовано проводниковым катетером IR4-6F. Выполнена механическая проводниковая реканализация, в дистальные отделы ПКА установлен проводник Whisper ES 0,014" 190 см. После предилатации признаки тромбоза ПКА, выполнена трехкратная аспирационная тромбозэктомия катетером Eliminate (Terumo). Получены аспирационные массы в виде красных тромбов в объеме $\approx 4 \text{ мм}^3$.

На контрольной КГ – признаки протяженной линейной диссекции от зоны окклюзии до бифуркации ЗМЖВ. Далее выполнено стентирование остаточного стеноза и зоны диссекции ПКА коронарными стентами Multi Link Vision (Abbott) $\varnothing 3,0 \times 18 \text{ мм}$, p=14 атм, Multi Link Vision (Abbott) $\varnothing 3,0 \times 18 \text{ мм}$, p=14 атм и Multi Link Vision (Abbott) $\varnothing 3,0 \times 18 \text{ мм}$, p=14 атм, «стент в стент» с перекрытием 2 мм.

На контрольной КГ – хороший ангиографический результат, антеградный кровоток TIMI II-III по ПКА, без признаков диссекции и дистальной эмболизации.

Время реперфузии: 01: 35

Результат ЧКВ: условно-радикальный.

Syntax Score: 17

Вмешательство прошло без непосредственных осложнений.

Интродьюсер удален, гемостаз прижатием, асептическая давящая повязка на место пункции.

Пациент переведен в отделение реанимации с рекомендациями для динамического наблюдения.

Дополнения:

Рекомендована консультация кардиохирурга на предмет возможности выполнения операции АКШ.

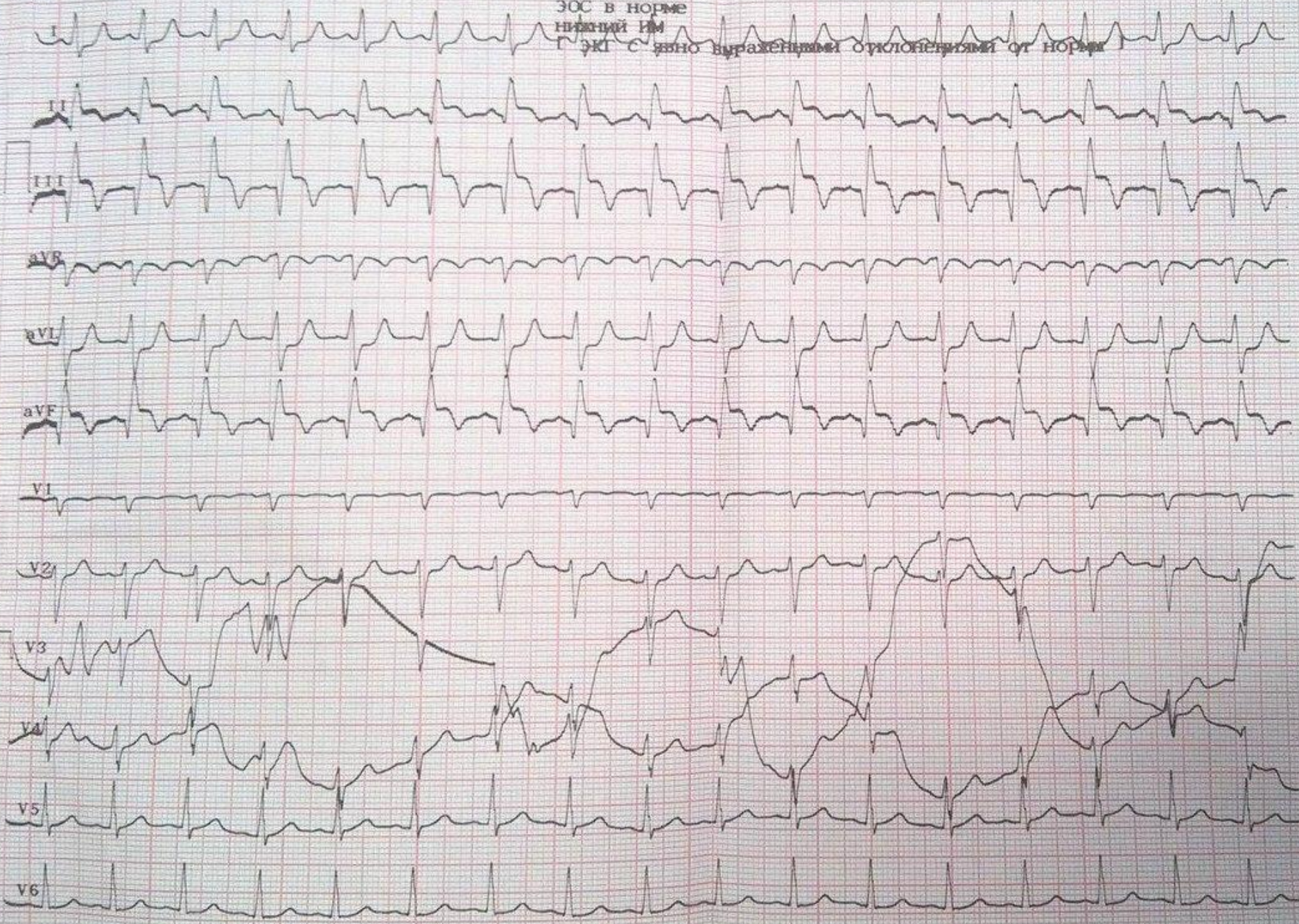
Больной (ая) предупрежден (а) о соблюдении постельного режима в течение суток.

Врач:

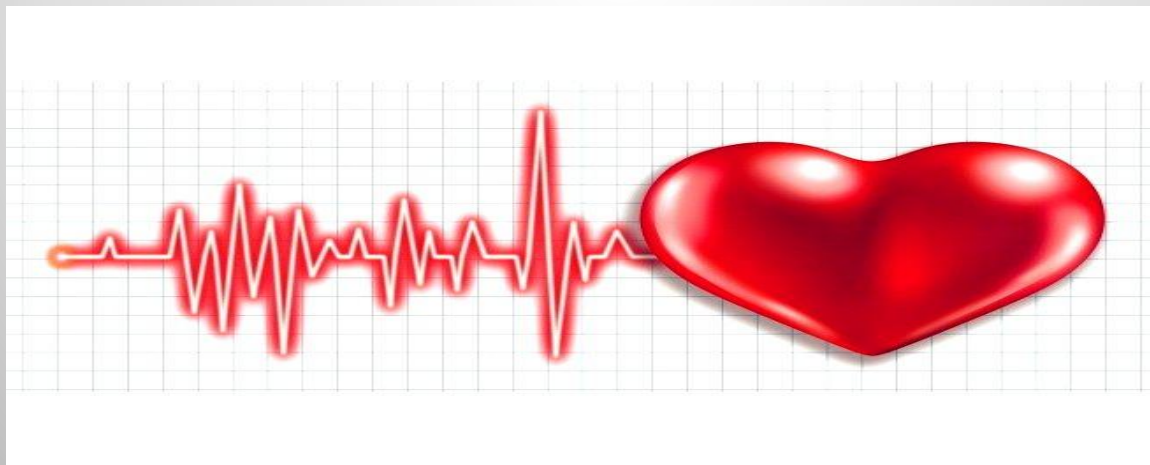
ИИ-
ИМЯ:

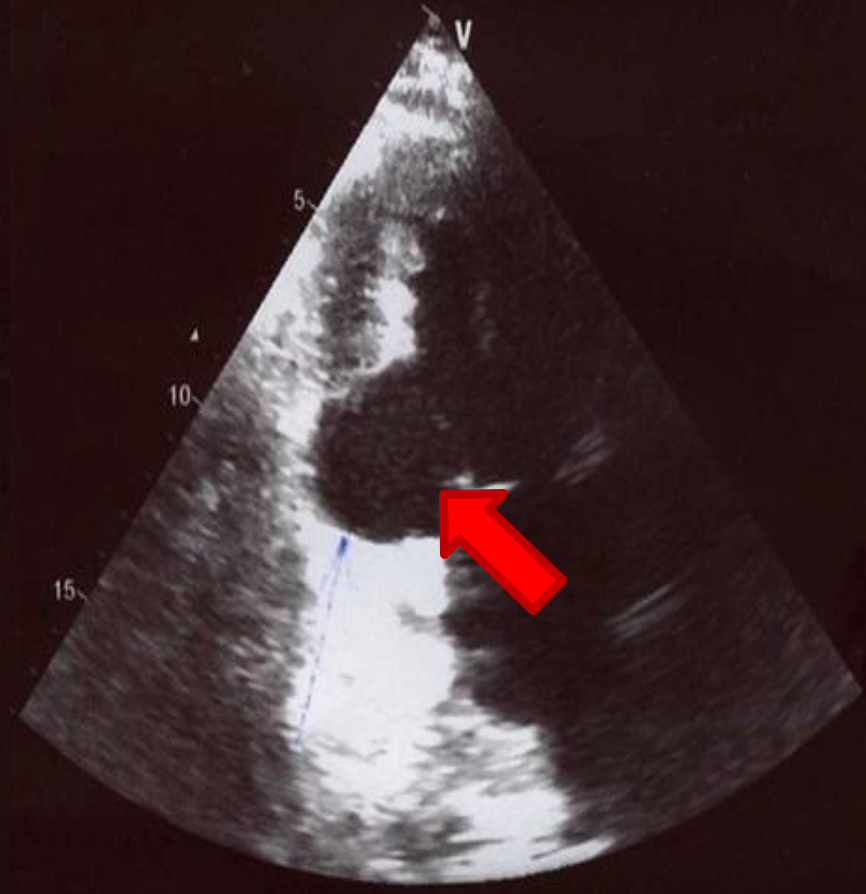
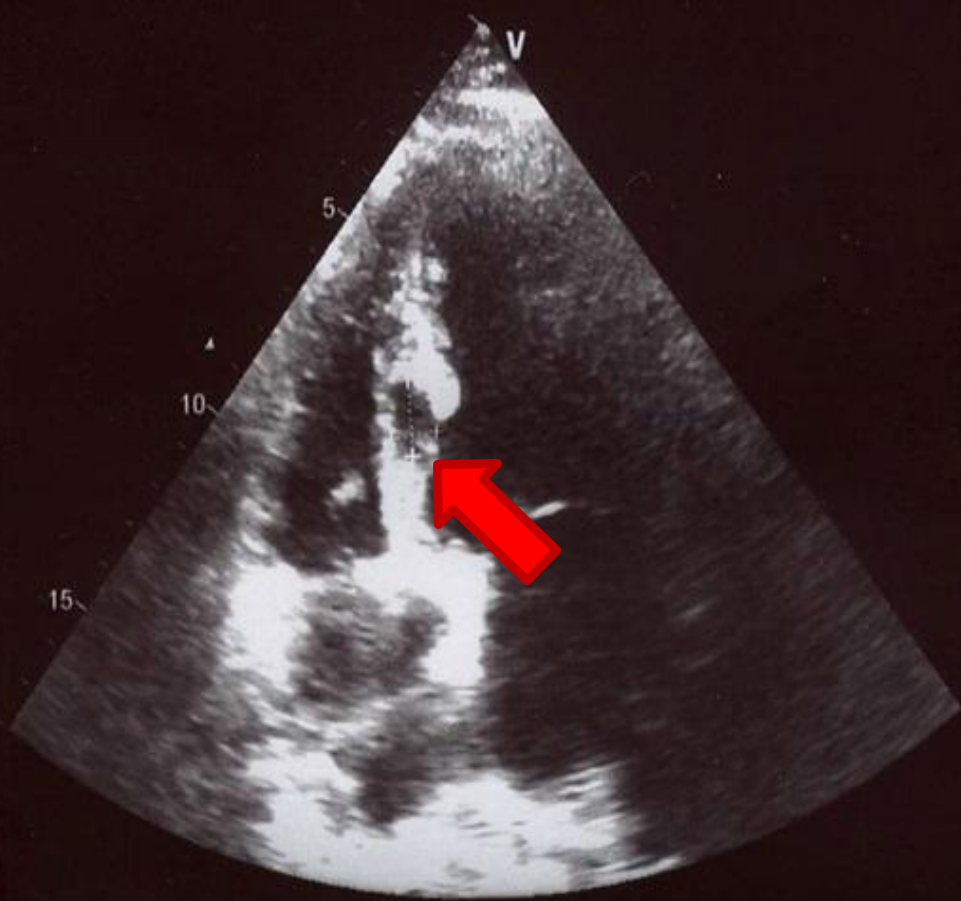
ЧСС: 94 уд/мин

** Результат анализа ** (будет подтверждать кардиологам)
Синусовая тахикардия (ЧСС: 100-130)
ЭОС в норме
нижний ИМ
ГЭК с явно выраженными отклонениями от нормы



- *ритм синусовый,*
- *Частота сердечных сокращений:
104 в минуту,*
- *подъем ST в отведениях II, III и AVF;*
- *депрессия ST в отведении AVL.*





● Гипертрофия левого
желудочка

ЭХОКТ



САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
Рентгенологическое отделение

г. Самара, ул. Астроградская, 43

Рентгенография органов грудной клетки от 30.08.2016 № 4099

Пациент УК Возраст 50 Отделение № А15

Средняя индивидуальная доза: 0,384 мЗв

Легочные поля прозрачные, эмфизематозные, междолевая плевра справа подчеркнута, утолщена, сосудистый рисунок усилен в верхне-медиальных, прикорневых отделах за счет застоя, гиперволемии, орегочный рисунок деформирован с обеих сторон, в нижних отделах за счет пневмосклероза.

Корни структурные, малоструктурные, бесструктурные, уплотнены, деформированы, расширены.

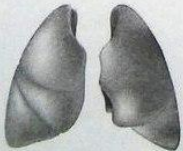
Диафрагма занимает обычное положение, подвижна, синусы свободны.

Сердце обычной формы, митральной, аортальной конфигурации, в размере не увеличено, расположено горизонтально, вертикально, расширено влево, вправо, за счет увеличения левых, правых отделов, левый желудочек гипертрофирован, умеренно гипертрофирован, левое, правое предсердие увеличено. КТИ _____ %.

Аорта без особенностей, уплотнена, развернута, удлинена, расширена, восходящий отдел расширен, кальциноз дуги.

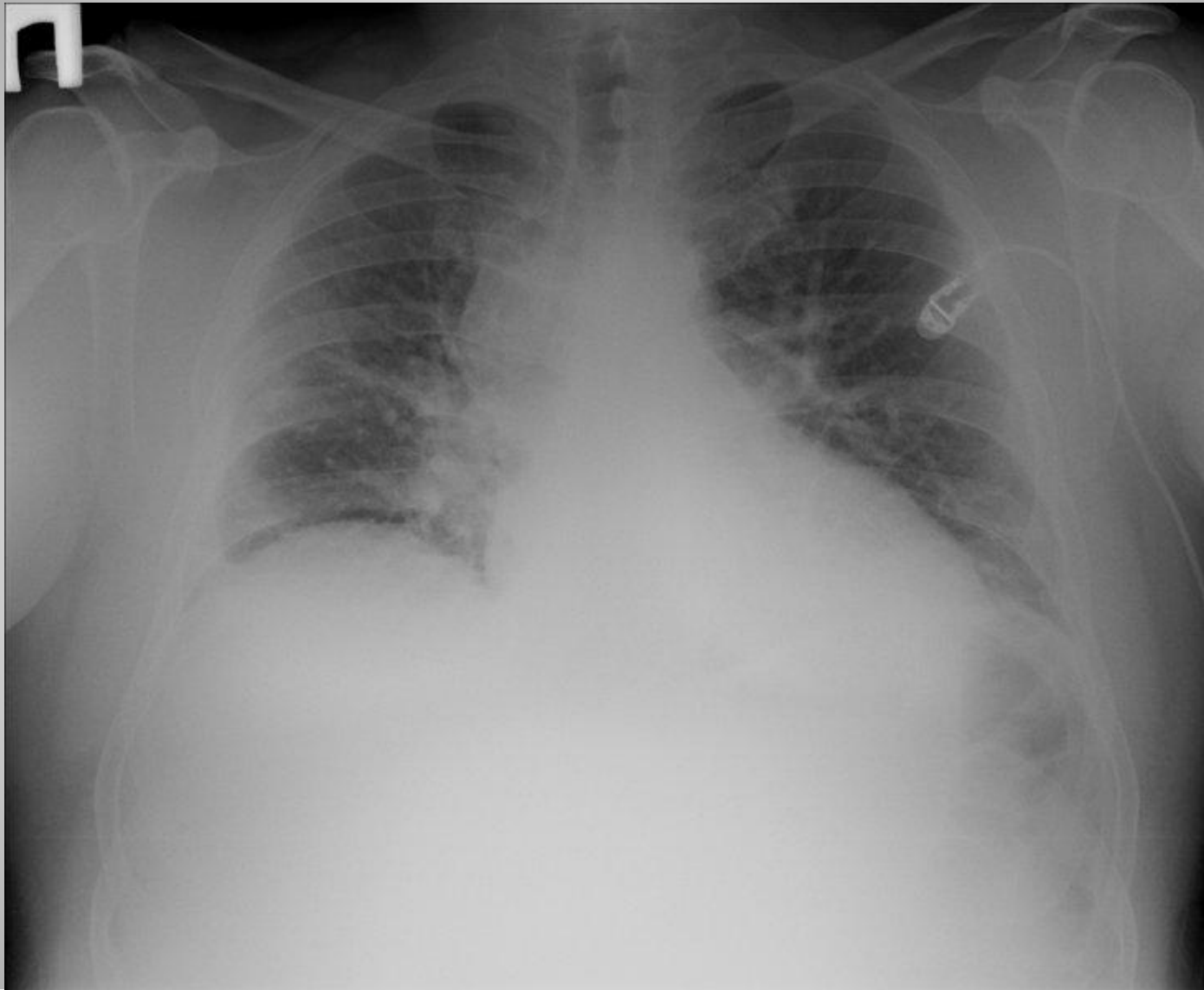
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Застойные явления в легких.



- Легочные поля прозрачные, эмфизематозные, междолевая плевра справа подчеркнута, утолщена, сосудистый рисунок усилен в верхне — медиальных, прикорневых отделах за счет застоя, гиперволемии, легочный рисунок деформирован с обеих сторон, в нижних отделах за счет пневмосклероза.
- Корни расширены.
- Диафрагма занимает обычное положение, синусы свободны.
- Сердце расположено горизонтально, расширено влево, за счет увеличения левых отделов, левый желудочек гипертрофирован.
- Аорта без особенностей
- Заключение: застойные явления в легких.

Рентгеновское исследование



Время начала рабочей смены	30/08/2016 07:55	Index	AU 6	
Самарский ОККД			Самг	
Отделение				
S.No. 0036	10005 К	Пациент	Serum	
ТЕСТ	Результат	НОРМА	Единицы	Флаги
ALT	52.1	0.0	40.0 u/l	H ,
AST	110.4	0.0	35.0 u/l	H ,
TOTAL BILLIRUBIN	15.1	5.0	21.0 umol/l	, ,
CREA	105.0	44.0	115.0 umol/l	, ,
GLUC	9.30	3.50	6.00 mmol/l	H ,
MG	0.94	0.70	1.05 mmol/l	, ,
TOTAL PROTEIN	67.2	65.0	85.0 g/l	, ,
UREA	3.9	1.7	8.3 mmol/l	, ,
Na+	139	136	146 mmol/l	, ,
K+	5.3	3.5	5.1 mmol/l	H ,
Cl-	103	98	106 mmol/l	, ,

OKKD Samara
KDL
373-70-86
Karslyan L.S.

Sample Report
Access 2 Immunoassay System
S/N 505790

Sample ID: 36-8-2/5-30/08
Patient ID: 5
Name: Unknown
Sex: Unknown
Birth Date:

Instrument: 505790
Test Name Result Ref. Range Flags Dilution Completed
TropI 25.14 ng/mL 0.00-0.40 ORH 1 30/08/16 11:39

Показатель	Результат пациента
АЛТ, Е/л	52
АСТ, Е/л	110
Билирубин, мкмоль/л	15
Креатинин, мкмоль/л	105
Глюкоза, ммоль/л	9
Белок, г/л	67
Мочевина, ммоль/л	3.9
Na, ммоль/л	139
K, ммоль/л	5,3
Cl, ммоль/л	103
Тропонин I, нг/мл	25,14

Результаты лабораторных исследований
30.08.16

Состояние на 31.08 (23:00)

- **Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Речь вятная. Зрачки узкие, сохранена реакция на свет. Температура 36,4 °С. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16-18 в минуту, сатурация кислородом 98%. Тоны сердца тихие, ритм правильный, шумов нет. АД 110 и 63 мм.рт.ст. ЧСС 93 в минуту. Систолический шум в зоне верхушки, у левого края грудины. На периферических артериях пульсация сохранена. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет. Мочеиспускание самостоятельное. Диурез 400 мл.**

A Risk Score To Predict Contrast-Induced Nephropathy

Risk Factors	Select Values Here	Risk Score
Age (yrs)	50	0
Gender	Male	See GFR
Is The Patient African-American?	No	See GFR
Is Hypotension Present?*	No	0
Is Intra-Aortic Balloon Pump Present?	No	0
Congestive Heart Failure**	No	0
Hematocrit	45	0
Diabetes	No	0
Volume Of Contrast Medium Used in cc	501-600	6
Serum Creatinine in mg/dl	1	See GFR
Glomerular Filtration Rate Index (GFR)	84.1	0
Risk of Contrast-Induced Nephropathy	14.0%	6
Risk of Need For Dialysis	0.12%	6

Mehran R et al. J. Am. Coll. Cardiol. 2004;44:1393-1399.

Data Source: Columbia University Medical Center Interventional Cardiology Data Base

*Hypotension = systolic blood pressure <80 mmHg for at least 1 hr requiring inotropic support or intra-aortic balloon pump support within 24 hr periprocedurally.

**CHF = congestive heart failure class III/IV by New York Heart Association and/or history of pulmonary edema.

Web calculator design and HTML transfer by Dr. John Coyle, 2006.

Контраст-индуцированная нефропатия (КИН) – острое снижение функции почек после введения рентгеноконтрастного вещества при отсутствии других причин.

Факторы риска КИН.

Преходящее снижение функции почек после введения рентгеноконтрастного вещества отмечено практически у всех пациентов, но клинически значимое снижение обычно связано с наличием ранее существовавших факторов риска

ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА КРУПНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

ИНДЕКС РИСКА CRUSADE

Исходный гематокрит %	
Фактор риска	Баллы
< 31	9
31–33,9	7
34–36,9	3
37–39,9	2
> 39,9	0

Клиренс креатинина мл/мин	
Фактор риска	Баллы
< 15,1	39
> 15–30	35
> 30–60	28
> 60–90	17
> 90–120	7
> 120	0

ЧСС (ударов в мин)	
Фактор риска	Баллы
< 71	0
71–80	1
81–90	3
91–100	6
101–110	8
111–120	10
> 120	11

Пол	
Фактор риска	Баллы
Мужчины	0
Женщины	8

Признаки сердечной недостаточности при госпитализации	
Фактор риска	Баллы
нет	0
есть	7

Сосудистое заболевание в анамнезе (периферический атеросклероз или инсульт)	
Фактор риска	Баллы
нет	0
есть	6

Сахарный диабет	
Фактор риска	Баллы
есть	0
нет	6

Систолическое артериальное давление	
Фактор риска	Баллы
< 91	10
91–100	8
101–120	5
121–180	1
181–200	3
> 201	5

Риск крупного кровотечения в стационаре	Сумма баллов
Очень низкий (3,1 %)	≤ 20
Низкий (5,5 %)	21–30
Умеренный (8,6 %)	31–40
Высокий (11,9 %)	41–50
Очень высокий (19,5 %)	> 50

Шкала CRUSADE

Европейский конгресс кардиологов. Стенограмма авторской передачи профессора Гиляревского С.Р. от 28 сентября 2011 г.



INTRODUCTION

CALCULATOR

ABOUT

REFERENCES

LINKS

DISCLAIMER

DOWNLOADS

Last Updated:
March 2008

Enter values in drop-down boxes below:

Baseline Hematocrit [?](#) > 39.9 ▼

Prior Vascular Disease [?](#) No ▼

GFR: Cockcroft-Gault [?](#) 61 - 90 ▼
Calculate GFR

Diabetes Mellitus No ▼

Heart rate on admission 91 - 100 ▼

Signs of CHF on admission [?](#) No ▼

Systolic blood pressure
on admission 101 - 120 ▼

Sex Male ▼

[Clear Selections](#)

CRUSADE
Bleeding Score [?](#)

28

Low Risk

Risk of In-Hospital
Major Bleeding [?](#)

6.3%

Palm OS and Pocket PC versions of this calculator are available on the [downloads page](#).

Funding Source: This website is supported by [Washington University's Mentors in Medicine Research Grant](#). The CRUSADE Registry was supported by the Schering-Plough Corporation. Bristol-Myers Squibb/Sanofi Pharmaceuticals Partnership and Millennium Pharmaceuticals, Inc. also provided additional funding support this work.

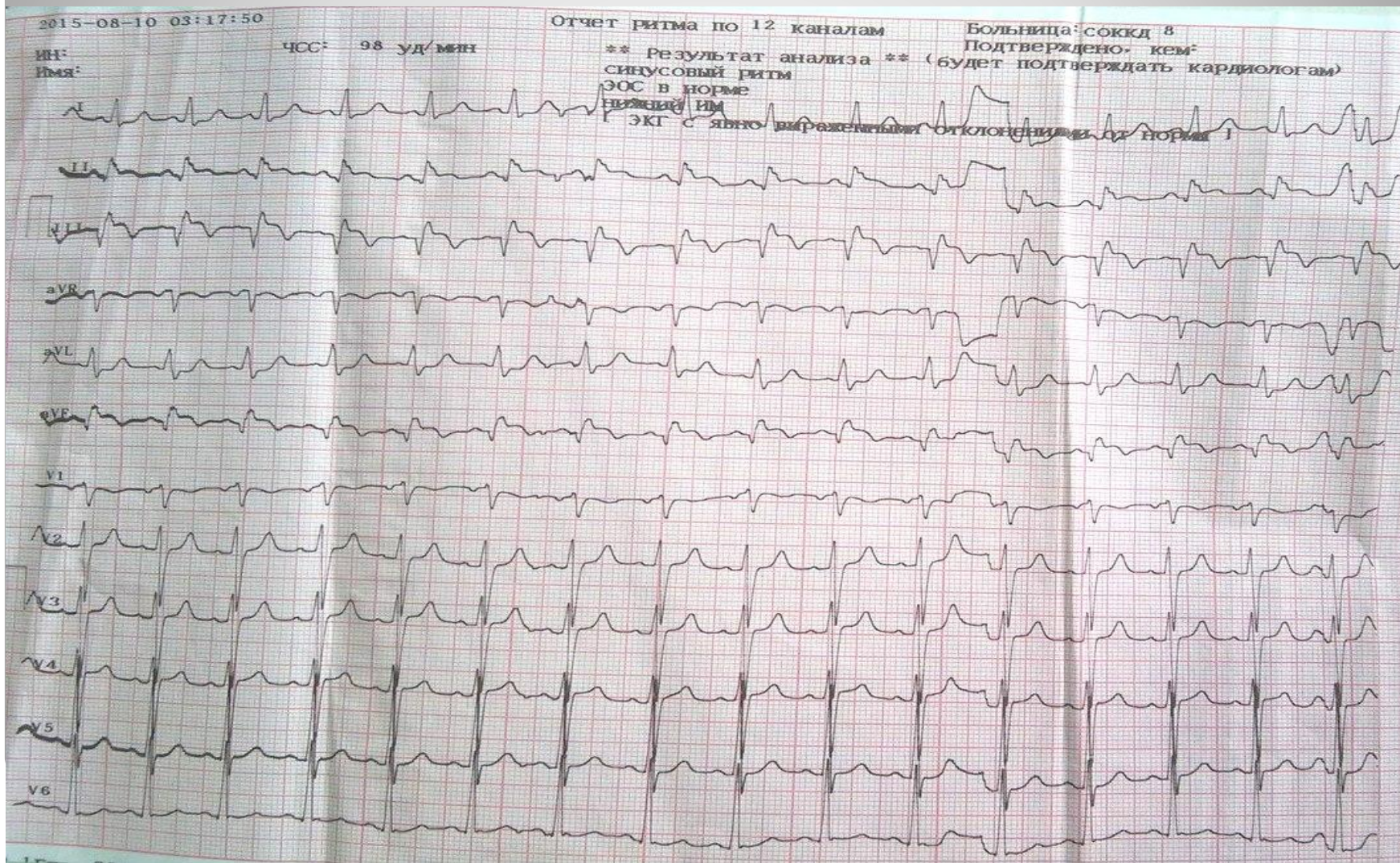
Disclaimer

Copyright © 2008 Duke University
Website developed by [44texton.dedion](#)

Состояние на 1.09.16

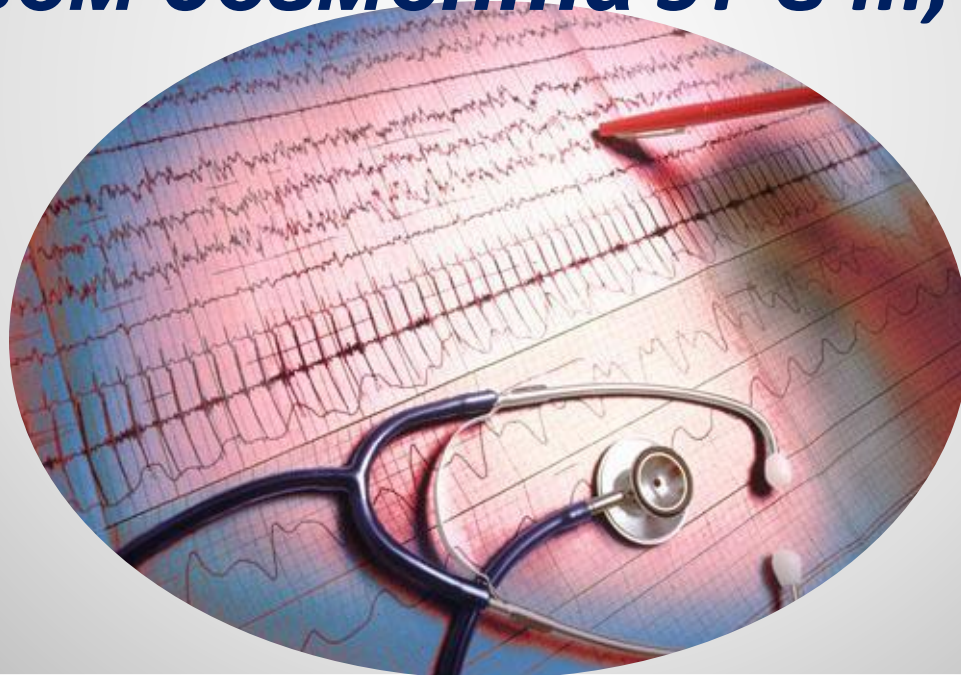
- **Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Речь внятная. Зрачки узкие, сохранена реакция на свет. Температура 36,4°С. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, Хрипов нет. ЧДД 16-18 в мин, сатурация кислородом 98%. Тоны сердца тихие, ритм правильный. ЧСС 93 в мин, АД 108 и 66 мм.рт.ст. Систолический шум в зоне верхушки с иррадиацией в подмышечную область, у левого края грудины. На периферических артериях пульсация сохранена. Живот мягкий, безболезненный. Печень безболезненна. Отеков нет. Мочеиспускание самостоятельное. Диурез 1000мл.**

ЭКГ от 1.09.2016г.



ЭКГ от 1.09.2016г.

- ***Синусовый ритм***
- ***ЧСС 98 ударов в минуту***
- ***Подъем сегмента ST в III, AVF***



Лечение

❖ Стол 9

- 1) Раствор Лазикса 4 мл в/м. Однократно.
- 2) Преднизолон 60 мг, в/в. Однократно.
- 3) Гептор 5 г в/в струйно, 5 дней.
- 4) Коронал 5 мг, по 1 таблетке в 8 утра
- 5) Престариум 5 мг, по 1/2 таблетки в 18:00.
- 6) Тромбо АСС, 100 мг, по 1 таблетке в 18:00
- 7) Торвакард 40 мг, 1 таблетка в 18:00
- 8) Брилинта 90 мг, 1 таблетка в 8:00 и в 20:00.



ЭхоКГ с цветным доплеровским картированием от 06.09.16

- ближе к верхушке в задней части МЖП аневризматическое выбухание с визуальной прерывистостью в нескольких местах со сбросом по ЦДК 4 мм и 6 мм с градиентом 56мм.рт.ст., большим объемом сброса, $QR/QS = 1,3$.

Самарский областной ККД
Отделение функциональной диагностики
Карта эхокардиографического обследования
с цветным доплеровским картированием

Возраст 50 № ист 9524 Категория Диагноз
Отделение 5 Кардиологическое

ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:
размеры: переднезадний 0 мм медиально-латеральный 0 мм верхне-нижний 0 мм
ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: КДР 0 мм КСР 0 мм КСО 0 мл КДО 0 мл
параметры: СВ 0.00 л/м УО 0 мл ФУ 0 % ФВ 0 % масса 0

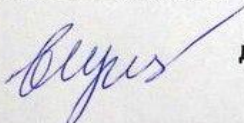
ЗАДНЯЯ СТЕНКА: толщина в систолу 0 мм, в диастолу 0 мм
МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ПЕРЕГОРОДКА: толщина в систолу 0 мм, в диастолу 0 мм
Ближе к верхушке в задней части МЖП аневризматическое выбухание с визуальной прерывистостью в нескольких местах со сбросом по ЦДК 4 мм и 6 мм с градиентом 56 мм рт.ст., большим объемом сброса, $QR/QS = 1,3$

АОРТА: диаметр в мм- просвета основания аорты 0 синуса Вальсальвы 0, фиброзного кольца 0
ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ: просвет в 0 мм

ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: диастолический размер 0 мм
МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН:
движение створок:
раскрытие:
створки:
регургитация:
АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН:
створки:
регургитация:
ТРЕХСТВОРЧАТЫЙ КЛАПАН:
створки:
регургитация:
КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ:
створки:
регургитация:

Перикардиальная щель- 7 мм. (N до 5 мм.)

Заключение Остальные данные прежние от 30.08.2016 года.
Записано видео.

Врач Суслина Е.А.  Дата 06.09.2016

ЭХОКГ(15.09.2016 г.):

	Митральный клапан		Аорта		Трик. клапан	Лёгочная Артерия		ЛП D, мм	ПЖ D, мм	ЛЖ		ФВ, %	ЗСЛЖ, мм	МЖП, мм
	Е/А	Д	D, мм	Д		д, мм	Д			КДР, мм	КСР, мм			
N	1,1-1,9	+/-	<39	+/-	+/-	<23	+/-	<42	<30	< 55	< 40	>55	<11	<11
		++		-	++	27	-	53	43	77	57	48	17/13	14/12

Фиброзного кольца 23; митральный клапан: движение створок в противофазе, раскрытие достаточное, створки не изменены, Д- двумя потоками; аортальный клапан: скорость 0,69м/сек; трикуспидальный клапан: систолический градиент 50ммртст, систолическое давление в ПЖ 65ммртст, амплитуда ФК (индекс TAPSE)- 1,3, Д- двумя потоками; клапан легочной артерии: скорость 1,0 м/сек. НПВ 23мм, не коллабирует при дыхании.

Дополнительные особенности: Визуально в МЖП в задней части прерывистость 23х38мм с градиентом 26мм.рт.ст. ЦДК сброс большой несколькими потоками.

Заключение: При сравнении с данными 30.08.2016г. отмечается увеличение размеров ДМЖП в задней части МЖП ближе к верхушки 23х38мм с широким потоком сброса с градиентом 23мм.рт.ст. QP-QS- 1,7. Увеличение размеров ЛЖ с умеренным снижением ФВ. Увеличение размеров ПЖ с нарушением его систолической функции. Недостаточность МК 2 степени. Недостаточность ТК 2 степени. Расчетное давление в ПЖ- 65мм.рт.ст.

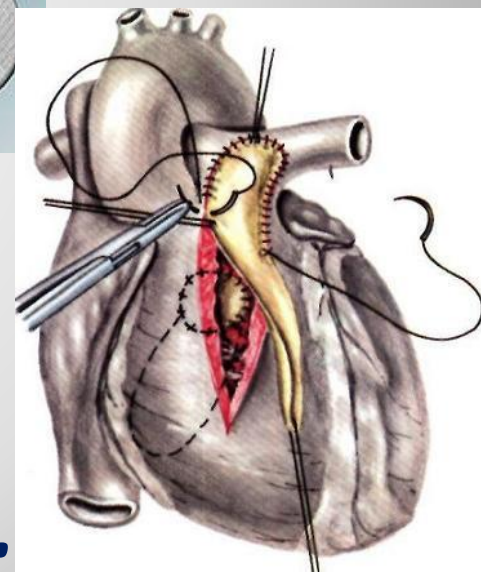
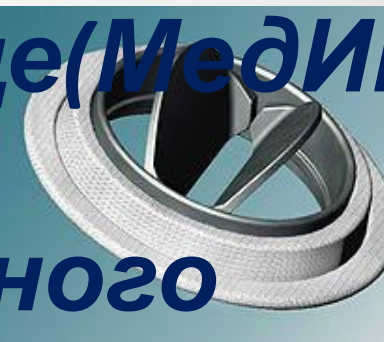
ЭхоКГ от 15.09.16г.

- Пациент находился на лечении в отделение реанимации и интенсивной терапии в течение 2 дней и переведен в 5 отделение 1.09.2016г.
- С 19.09.16г. по 19.10.16г. находился на стационарном лечении в 4 кардиохирургическом отделении.
- 20.09.16 г. была выполнена операция
- Направлен на реабилитацию в Санаторий Самарский



Описание операции

- Была выполнена пластика митрального клапана на опорном кольце (MedInж28), пластика постинфарктного ДМЖП заплатой из ксеноперикарда, аутовенозное шунтирование ПМЖВ.



*Послеоперационный период
осложнился правосторонней
нижнедолевой пневмонией, что
потребовало проведения
антибактериальной терапией
цефтриаксоном,
ципрофл*



Клинический диагноз

- Основное: ИБС. Перенесенный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка с з.О от 29.08.16. Постинфарктный ДМЖП. Пластика митрального клапана на опорном кольце, пластика ДМЖП, АКШ ПМЖВ 20.09.16г. Стентирование ПКА 30.08.16. Коронарография, РЭР, ЧТКА, АТЭЭ. Гипертоническая болезнь 3 стадия 4 группа риска.
- Осложнения: разрыв МЖП с большим объемом выброса. IIIa NYHA II ф. кл. Внутрибольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней тяжести.
- Сопутствующие: Атеросклероз БЦС. Ожирение 1 степени. Табакокурение. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки., вне обострения. Хронический панкреатит, вне обострения.

- ❖ Бисопролол 5 мг, в 8.00
- ❖ Периндоприл 1,25 мг в 20.00,
- ❖ Ацетилсалициловая кислота 75мг, в 14.00
- ❖ Клопидогрель 75 мг в 14.00 в течение 1 года
- ❖ Омепразол 20 мг в 20.00 на время приема клопидогреля
- ❖ Аторвастатин 20 мг, в 20.00
- ❖ Спиринолактон 25 мг, в 8.00
- ❖ Торасемид 10 мг в 8.00 в течение 2х недель, затем коррекция дозы по результатам УЗИ
- ❖ Варфарин 2,5 мг по 2 таблетки в 20.00 в течение двух месяцев, под контролем МНО, целевое значение 2,0-3,0.



Лечение после выписки

Рекомендации

- **Наблюдение кардиолога поликлиники по месту жительства,**
- **Наблюдение в отделении реабилитации СОККД в течение 1 года по направлению;**
- **Ношение корсета и компрессионного трикотажа в течение 6 месяцев**
- **Контроль липидного профиля, АЛАТ, АСАТ, КФК через 1 месяц**
- **Контроль МНО (целевые значения 2.0-3.0), контроль МНО 1 раз в неделю в течение месяца, затем 1 раз в месяц, коррекция дозы варфарина при выходе из целевых значений МНО**
- **УЗИ плевры, перикарда, через 2 недели;**
- **ЭхоКГ через 3 месяца;**
- **Дозированные физические нагрузки (ходьба)**
- **Гипохолестериновая диета**



**Благодарим
за внимание!**





Самарский
государственный
медицинский
университет

Разрыв межжелудочковой перегородки как осложнение инфаркта миокарда



Докладчики:

студентки 413 гр.

Клименко Дарья Александровна

Вострецова Алина Сергеевна

Научные руководители:

доцент, к.м.н. Кузьмина Т.М.

ассистент, к.м.н. Рубаненко О.А.

Самара, 2016г.