

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-2>

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА
МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦИЕНТОВ,
ОПЕРИРОВАННЫХ В РАЗНЫЕ СРОКИ ОТ РАЗВИТИЯ
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Алиев Р. А.

*кандидат медицинских наук,
врач-хирург сердечно-сосудистый
Клиника «Зеферан»
г. Баку, Азербайджан*

Лебедева Е. О.

*кандидат медицинских наук,
врач-хирург сердечно-сосудистый
ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии
имени Н. М. Амосова
Национальной академии медицинских наук Украины»
г. Киев, Украина*

Груша М. М.

*кандидат биологических наук,
доцент кафедры биологии
Национальный медицинский университет имени О. О. Богомольца
г. Киев, Украина*

Актуальность. Постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки (ПРМЖП) является одним из самых жизнеугрожающих механических осложнений острого инфаркта миокарда (ОИМ). Частота встречаемости ПРМЖП составляет 0,2-3% от общего числа пациентов с перенесенным ОИМ [1, с. 211], [2, с. 20]. В большинстве случаев ПРМЖП формируется в течение недели после развития ОИМ в условиях одно- или многососудистого атеросклеротического поражения коронарного русла [3, с. 687]. Формирование ПРМЖП создает условия для сброса крови в правые отделы сердца, что приводит к серьезным нарушениям внутрисердечной гемодинамики. Перегрузка легких, правого и поврежденного инфарктом левого желудочков приводят к развитию застойной сердечной недостаточности (СН) [4, с. 1592],

[5, с. 1422]. При этом, более чем у половины больных (54,8%) развитие ПРМЖП происходит на фоне клинического благополучия постинфарктного периода [6, с. 16], что значительно снижает настороженность медицинского персонала о возможности развития такого осложнения ОИМ. В настоящее время только хирургическая коррекция ПРМЖП является методом выбора, поскольку возможности медикаментозной терапии при этом осложнении ОИМ крайне ограничены и малоэффективны. В тоже время, высокий уровень смертности пациентов, особенно при коррекции дефекта межжелудочковой перегородки (МЖП) в ранние сроки после развития ОИМ, оставляет открытым вопрос о тактике их хирургического лечения [7, с. 2061]. Учитывая непредсказуемость течения ПРМЖП, представляется целесообразным изучение клинического состояния таких пациентов, способное определить тактику хирургического вмешательства и его прогноз. Не менее актуальным является вопрос о влиянии различной локализации ПРМЖП на клиническое течение ишемической болезни сердца (ИБС) у таких пациентов.

Цель: оценить клиническое состояние пациентов с ПРМЖП в зависимости от сроков выполнения хирургического вмешательства после развития ОИМ и локализации дефекта МЖП для определения наиболее оптимального времени выполнения его коррекции.

Материал и методы: В работе представлен анализ 90 больных ИБС, осложненной ПРМЖП, выполненный ретроспективно после выполнения хирургического вмешательства. Все пациенты с ПРМЖП были распределены на группы в зависимости от сроков хирургического вмешательства после перенесенного ОИМ: 1 группа до 28 дней (n=28); 2 группа от 29 до 56 дней (n=26); 3 группа от 57 и больше дней (n=36). Кроме того, при анализе учитывалась локализация ПРМЖП (передняя (n=51) и задняя (n=39)). Обследование пациентов с ПРМЖП проводилось с использованием общеклинических методов исследования. При проведении статистического анализа данных были использованы точный тест Фишера (Fisher's Exact Test) и критерий согласия Пирсона (χ^2 тест).

Результаты. Общеклиническое обследование пациентов с ПРМЖП указывает на наличие статистически значимых различий как в частоте возникновения признаков острой СН ($p < 0,001$), так и хронической недостаточности кровообращения ($p < 0,001$) у пациентов с разными сроками от развития ОИМ. Нарастание частоты возникновения отеков и проявления увеличения печени ($p = 0,002$) у пациентов исследуемых групп свидетельствует о прогрессировании СН по мере увеличения

срока от развития ОИМ. Последнее, в совокупности с выявленным у большинства пациентов с ПРМЖП грубым систолическим шумом с локализацией в 4-м межреберье слева, являются одними из основных клинических проявлений возникновения разрыва МЖП. В тоже время, уменьшение частоты выявления признаков цианоза во 2-й и 3-й группах ($p < 0,001$) и одышки в состоянии покоя ($\chi^2 (2, n=87) = 9,534$; $p=0,009$) свидетельствует в пользу развития компенсаторных механизмов, направленных на улучшение оксигенации периферических органов и тканей. Таким образом, вероятность выявления признаков развития компенсаторных механизмов (исчезновение одышки в покое, уменьшение или исчезновение признаков цианоза) возрастает по мере увеличения срока от развития ОИМ. Указанное согласуется с наличием статистически значимой связи между толерантностью к физической нагрузке ($\chi^2 (2, n=62) = 8,350$; $p=0,015$), тяжестью клинического состояния пациентов с ПРМЖП ($\chi^2 (2, n=84) = 9,788$; $p=0,007$) и временем от развития ОИМ. Результаты общеклинического обследования пациентов с различной локализацией ПРМЖП свидетельствуют о более существенном влиянии фактора времени от развития ОИМ на тяжесть клинического течения ИБС нежели локализации дефекта МЖП.

Выводы: Формирование ПРМЖП приводит к перегрузке правых отделов сердца с последующим развитием бивентрикулярной недостаточности. Выявление в раннем постинфарктом периоде признаков прогрессирования правожелудочковой недостаточности и/или грубого систолического шума с локализацией в 4-м межреберье слева может выступать одним из основных клинических проявлений ПРМЖП. Таким образом, при выборе оптимального времени выполнения коррекции ПРМЖП необходимо учитывать индивидуальные темпы как включения компенсаторных механизмов в сердце, так и возникновения бивентрикулярной недостаточности, степень которых возрастает по мере увеличения сроков от развития ОИМ.

Литература:

1. Шевченко О.П. Осложнения инфаркта миокарда: разрыв межжелудочковой перегородки. *Ишемическая болезнь сердца* / О.П. Шевченко, О.Д. Мишнев. Москва, 2005. С. 211–216.
2. Khan M.Y., Waqar T., Qaisrani P.G. Surgical Repair of post-infarction ventricular septal rupture: Determinants of operative mortality and survival outcome analysis. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2018. Vol. 34. № 1. P. 20–26.

3. Simon Maltais, Reda Ibrahim, Arsène-Joseph Basmadjian. Postinfarction Ventricular Septal Defects: Towards a New Treatment Algorithm? *The Annals of Thoracic Surgery*. 2009. Vol. 87. № 3. P. 687–93.

4. Poulsen S.H., Praestholm M., Munk K. Ventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: clinical characteristics and contemporary outcome. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2008. Vol. 85. P. 1591–1596.

5. Papadopoulos N., Moritz A., Dzemali O. Long-term results after surgical repair of postinfarction ventricular septal rupture by infarct exclusion technique. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2009. Vol. 87. № 5. P. 1421–1425.

6. Виноградов А. В., Чекарева Г. А., Арутюнов Г. П. Динамика развития очага некроза по данным определения активности фракции МВ КФК и прекардиального картирования. *Кардиология*. 1981. № 9. С. 14–17.

7. Jones B.M., Kapadia S.R., Smedira N.G. Ventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: a contemporary review. *European Heart Journal*. 2014. Vol. 35. P. 2060–2068.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-3>

ЗМІНИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Аравіцька М. Г.

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Психологічні та психопатологічні фактори відіграють велику роль у генезі ожиріння. Серед них особлива увага приділяється психічному стресу, емоційним та когнітивним порушенням, аномаліям особистості, розладам харчової та соціально зумовленим стереотипам поведінки [2, с. 252]. У хворих з індексом маси тіла $> 25 \text{ кг/м}^2$ зростає ризик виявлення психопатологічних розладів, а у більш ніж у половини пацієнтів з морбідним ожирінням (МО) виявляються психічні порушення [4, с. 162].