

сопровождался ГГ, ГУ и ГК (19 мужчин и 4 женщины), медиана возраста 79,0 (73,5;81,2) лет. Вторая группа включала 46 больных ИМ (30 мужчин и 16 женщин), медиана возраста 70,2 (63,3;76,8) лет с нормальными показателями ГГ, ГУ и ГК. У больных 1 группы ГГ при поступлении составила 11,9 (9,6;16,1) ммоль/л, ГУ 528,0 (472,0;597,0) ммоль/л, ГК 182,8 (150,0;213,0) мкмоль/л. У больных 2 группы показатели глюкозы в крови составили 6,4 (5,6;7,6) ммоль/л, мочевой кислоты 296,5 (263,1;339,6) ммоль/л, креатинина 80,5 (70,2;99,4) мкмоль/л и были статистически значимо ниже показателей 1 группы. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты:

У больных 1 группы количество летальных исходов в 5,5 раза превышало показатели 2 группы ($p < 0,001$). В структуре осложнений острого периода ИМ острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) выявлялась с частотой 70% у больных 1 группы и 33% у больных 2 группы ($p < 0,004$). У больных 1 группы ИМ чаще развивался на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН) II – III ст., 48% vs. 22% ($p < 0,05$). Сложные нарушения ритма сердца и проводимости в 3,3 раза чаще регистрировались у больных 1 группы ($p < 0,03$). Пневмония в остром периоде ИМ в 1,8 раза чаще выявлялась у больных 1 группы ($p < 0,03$). ИМ у больных 1 группы развивался чаще на фоне хронической болезни почек (ХБП) ($p < 0,004$), при этом отмечено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных 1 группы 100% vs. 68% ($p < 0,001$). По данным ЭхоКГ медиана конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) у больных 1 группы была выше, чем у больных 2 группы: 5,3 (4,9;5,7) см и 4,9 (4,7;5,4) см ($p < 0,05$). Медиана максимального передне-заднего размера левого предсердия (ЛП) у больных 1 группы была выше, чем у больных 2 группы: 4,2 (4,1;4,6) см и 3,9 (3,6;4,3) см ($p < 0,005$). У больных 1 группы чаще выявлялось увеличение левых и правых камер сердца: в 1,6 раза дилатация левого предсердия (ЛП) ($p < 0,05$); в 1,9 раза дилатация левого желудочка (ЛЖ); в 2,1 раза дилатация правого желудочка (ПЖ) ($p < 0,04$). Диаметр корня аорты (АО) и раскрытие створок аортального клапана (АК) были в пределах нормы у больных обеих групп, при этом у больных 1 группы отмечалась меньшая амплитуда раскрытия створок, чем у больных 2 группы ($p < 0,03$). Уплотнение и кальциноз фиброзного кольца аорты и створок АК были более выражены и чаще выявлялись у больных 1 группы. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у больных обеих групп была снижена, более выраженное снижение ФВ отмечено у больных 1 группы: 40,0 (34,0;45,0)% и 45,0 (40,0;50,0)% ($p < 0,01$). Не выявлено статистически значимых различий в нарушении локальной сократимости у больных обеих групп. При оценке регургитационных потоков выявлена большая частота аортальной регургитации 1-2 степени 57% vs. 16% ($p < 0,002$), а также митральной регургитации 2 и более степени: 91% vs. 36% ($p < 0,007$) у больных 1 группы. Легочная гипертензия чаще отмечалась у больных 1 группы, что составило 48% vs. 13% ($p < 0,007$).

Заключение:

1. У больных ИМ с ГГ, ГУ, ГК статистически значимо чаще отмечалось осложненное течение острого периода заболевания, сопровождавшееся развитием ОЛЖН, сложными нарушениями ритма сердца и проводимости, пневмонией, а также более частыми летальными исходами. 2. У больных 1 группы выявлено более выраженное снижение систолической функции ЛЖ. 3. У больных 1 группы ИМ протекал на фоне более тяжелого, чем у больных 2 группы нарушения функции почек. 4. Выявлена большая частота митральной регургитации у больных 1 группы,

которая способствовала более частому развитию ОЛЖН у этих больных. 5. Выявленная большая частота аортальной регургитации у больных 1 группы обусловлена деформацией аортального клапана вследствие выраженного атеросклеротического процесса на фоне метаболических нарушений.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ

Халмухамедов Б. Т.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Все большее число пациентов в возрасте 70 лет в настоящее время госпитализируются с диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ). Эти больные имеют отличные от пожилых факторы риска, осложнения и прогнозы. Цель исследования: Оценить особенности факторов риска и течения ИМ у пожилых.

Материал и методы:

Расспрос больных, клинические и инструментальные обследования. ЭКГ, ЭХОКГ. Исследование проводилось в 1-ой клинике Ташкентской медицинской академии у 45 больных ИМ с зубцом Q, из них 22 больных в возрасте до 40 лет и 23 старше 65 лет мужского пола.

Результаты:

Среди факторов риска у молодых (95%) пациентов превалировала наследственная отягощенность по сравнению с пожилыми пациентами (60%). Факторы риска такие как курение (90%), злоупотребление алкоголем (60%), употребление наркотиков (6%), нервный стресс (85%) и ожирение (65%) чаще отмечались у молодых (у пожилых 15%, 10%, 0%, 30%, 20% соответственно). У пожилых факторами риска были гиподинамия (90%), артериальная гипертензия (85%), сахарный диабет (65%). У молодых эти факторы встречались соответственно 10%, 15%, 0%. Гипертриглицеридемия и повышения уровня ЛПНП и снижение уровня ЛПВП было одинаково часто в обеих группах (85%, 80%, 90%). На ЭКГ локализация инфаркта миокарда у молодых на передне-перегородочной области 45%, передне-распространенное 20%, передне-боковая 20%, задняя стенка 15%, а у пожилых соответственно 25%, 45%, 10%, 15%, циркулярный ИМ 5%. Эхокардиографические показатели у пожилых отличались снижением сократительной способности миокарда по показателю фракции выброса левого желудочка (средние показатели у пожилых $45\% \pm 2,2\%$, у молодых $60\% \pm 1,2\%$). Из нарушения ритма желудочковая экстрасистолия одинаково часто встречался в обеих группах (у молодых 55%, у пожилых 60%). Желудочковая тахикардия, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков, АВ блокады чаще регистрировались у пожилых (соответственно 55%, 40%, 25%, 20%, у молодых 20%, 25%, 5%, 10%). У 5 молодых пациентов изза не соблюдения постельного режима развилась аневризма левого желудочка. Кардиогенный шок, острая лево-желудочковая недостаточность, отек легких встречались чаще у пожилых (50%, 55%, 30%).

Заключение:

Наследственность, стрессы и вредные привычки являются основными факторами риска среди молодых пациентов. У пожилых основными факторами риска были гиподинамия, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Нарушение липидного состава крови одинаково часто встречаются у молодых так и у пожилых. Сократительная способность миокарда ЛЖ у пожилых при инфаркте миокарда резко снижается в отличии с молодыми. Тяжелые осложнения чаще отмечается у пожилых в связи с поражением нескольких коронарных артерий. Обширный инфаркт миокарда часто регистрируется у пожилых. Ча-

стая локализация ИМ в обеих группах отмечается на передней стенке ЛЖ. Течение ИМ у пожилых тяжелая в связи с тяжелыми осложнениями и жизни угрожающими нарушениями ритма.

РОЛЬ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е. Ю., Повзун А. С., Кулай Н. С.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Введение (цели/ задачи):

Проблема постинфарктного разрыва миокарда по-прежнему остается актуальной в связи с широкой распространенностью ишемической болезнью сердца, сохраняющейся высокой летальностью от постинфарктных разрывов миокарда и отсутствием эффективных методов ранней диагностики, профилактики и эффективного лечения данного осложнения. Цель исследования: наряду с известными предикторами развития постинфарктного разрыва миокарда оценить возможную роль синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) в ранней диагностике данного осложнения. Задачи исследования: 1. Провести клинико-эпидемиологическое исследование постинфарктных разрывов сердца и выявить наиболее информативные предикторы его развития. 2. Оценить роль синдрома системного воспалительного ответа у пациентов с первым Q инфарктом миокарда передней локализации. 3. Выявить возможную взаимосвязь тяжести синдрома системного воспалительного ответа и постинфарктного разрыва миокарда.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе ГБУ СПб НИИ СП. На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ 81 случая смерти от постинфарктного разрыва сердца (из 3209 ИМ). На втором этапе были сформированы 2 группы: основная группа (52 пациента с разрывом) и группа сравнения (50 больных с осложненным Q-позитивным ИМ с элевацией сегмента ST из числа выживших).

Результаты:

1. Все пациенты, у которых ИМ осложнился разрывом миокарда, имели элевацию сегмента ST 2 мм и более; наличие Q-зубца; наличие M-комплекса; отсутствие ИМ в анамнезе. У большинства из них присутствовали рецидивирующие ангинозные боли (91,4 %) и острая сердечная недостаточность KILLIP II-IV (95,7 %). Разрыв преимущественно произошёл у женщин (86,4 %). Фактором риска также являются возраст старше 65 лет (91,4 %) и сроки госпитализации более 3 часов от момента начала заболевания (81,4 %). 2. В группе пациентов с постинфарктным разрывом миокарда достоверно чаще был диагностирован ССВО ($p < 0,001$) и степень выраженности данного синдрома был выше (преобладал ССВО 3-4). Данные подтверждены по критерию Пирсона (2), а также по результатам множественного регрессионного и линейного дискриминантного анализа. 3. На основе полученных данных была разработана двухуровневая шкала оценки риска постинфарктного разрыва миокарда, куда дополнительным критерием вошел ССВО.

Заключение:

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что степень выраженности синдрома системного воспалительного ответа (ССВО 2 – 4), определенных при поступлении пациентов с Q ИМ с подъемом сегмента ST в первые часы заболевания являются ранними предикторами постинфарктного разрыва миокарда. Данный предиктор должен использоваться наравне с классическими, что в большей долей вероятности поможет нам спрогнозировать данное осложнение.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кадыралиев Б. К., Чрагян В. А.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, г. ПЕРМЬ

Введение (цели/ задачи):

Представить случай успешной хирургической коррекции постинфарктной аневризмы левого желудочка и разрыва межжелудочковой перегородки у пациентки в возрасте 50 лет.

Материал и методы:

Больная М., 50 лет, поступила в ФГБУ «ФЦССХ им. С. Г. Суханова» Минздрава России с жалобами на частые ангинозные боли и выраженную одышку, возникающие как в покое, так и при минимальных физических нагрузках, и купирующиеся самостоятельно. По данным эхокардиографии: дилатация обоих предсердий и правого желудочка, акинетическая хроническая аневризма сердца перегородочно - верхушечной локализации с толщиной стенки в области верхушки - 0,5 см и межжелудочковым дефектом (15 - 20 мм) с лево-правым сбросом. ФВ ЛЖ – 55 %, минимальная митральная и трикуспидальная регургитация, расчетное давление в ПЖ – 67-70 мм рт.ст. По данным коронароангиографии: слабое заполнение дистального русла, сегментарная окклюзия передней межжелудочковой артерии, гемодинамически значимый стеноз диагональной ветви, субокклюзия правой коронарной артерии в средней трети. Вентрикулография позволила визуализировать отчетливый сброс контрастного вещества слева направо в верхушечной части МЖП на фоне акинезии апикального отдела левого желудочка. Больной рекомендовано коронарное шунтирование, ревизия ХАС, пластика ДМЖП с указанием высокого риска оперативного вмешательства. Эндovasкулярное закрытие постинфарктного ДМЖП признано невозможным. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в условиях искусственного кровообращения. При ревизии обнаружена передне-верхушечная аневризма левого желудочка и ДМЖП размером 5x5 см. Выполнена пластика ДМЖП синтетической заплатой, а также геометрическая реконструкция ЛЖ по Dog.

Результаты:

Время искусственной вентиляции легких составило 9 часов, время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии - 70 часов. На 2-е сутки после операции больная переведена в отделение. По данным контрольных ЭХОКГ и МСКТ патологии не выявлено. Пациентка выписана на 16 сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев после операции состояние больной соответствует I ФК по NYHA.

Заключение:

Постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки является потенциально жизнеугрожающим состоянием, требующим неотложного хирургического вмешательства, несмотря на высокую оперативную летальность (от 25 до 70 %). Разработанная V. Dog геометрическая реконструкция ЛЖ и пластика постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки значительно улучшает прогноз у этой тяжелой группы больных.