

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© МОРОВА Н.А., ЦЕХАНОВИЧ В.Н. – 2016
УДК: 616.127-005.8:615.22

ИНФАРКТНЫЙ РАЗРЫВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОД МАСКОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Наталья Александровна Морова¹, Валерий Николаевич Цеханович²

(¹Омский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии, зав. – д.м.н., проф. В.И. Совалкин; ²Областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. К.Л. Полежаев)

Резюме. Представлено описание случая инфарктного разрыва межжелудочковой перегородки редкой задне-базальной локализации. В клинической картине доминировали симптомы со стороны дыхательной системы, что стало причиной поздней диагностики.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, разрыв межжелудочковой перегородки заднебазальной локализации, клиническое наблюдение.

INFARCTION VENTRICULAR SEPTAL RUPTURE OF POSTERIOR BASAL LOCALIZATION UNDER THE MASK OF RESPIRATORY INFECTIONS

N.A. Morova¹, V.N. Tsekhanovic²

(¹Omsk State Medical University; ²Omsk Regional Clinical Hospital, Russia)

Summary. The description of the case of infarction ventricular septal rupture of rare posterior basal localization. In the clinical manifestations the symptoms of the respiratory system dominated, which led to late diagnosis.

Key words: myocardial infarction, rupture of the interventricular septum of posterior basal localization.

Разрывы межжелудочковой перегородки (РМЖП) осложняют инфаркт миокарда (ИМ) в 1-2% случаев. Развивается это осложнение в первые две недели ИМ. Возникновение РМЖП резко ухудшает выживаемость больных – летальность в первые 30 дней у таких больных составляет 36% [3]. В настоящее время РМЖП наблюдают реже в связи с внедрением методов ранней реваскуляризации. Хирургическое лечение инфарктных РМЖП улучшает выживаемость больных, но сопровождается высокой летальностью [2]. В большинстве случаев (более 60% всех разрывов) наблюдаются передние РМЖП, что связано с более частой локализацией ИМ в области передней стенки левого желудочка. При нижних ИМ происходят разрывы в базальной части перегородки, они сложнее морфологически, прогноз в этих случаях гораздо серьезнее, чем при передних ИМ [1].

Мы наблюдали больного с задне-базальной локализацией разрыва МЖП. У больного наблюдались другие осложнения инфаркта миокарда. Течение ИМ было нетипичным, а диагностика – поздней. Поскольку лечение данного осложнения исключительно хирургическое, а исходы определяются своевременностью вмешательства, хочется привлечь внимание врачей к необходимости внимательной оценки всех имеющихся симптомов, в том числе – не вполне типичных для острого коронарного синдрома.

Больной Владимир К., 54 лет. В течение 15 лет отмечал повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., гипотензивные препараты принимал нерегулярно. Состояние ухудшилось 8.08.2015 года. После психоэмоционального стресса и переохлаждения появилось повышение температуры тела и давящие боли за грудиной средней интенсивности с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область, сопровождавшиеся слабостью. Ухудшение состояния связал с фактом переохлаждения. Обратился за медицинской помощью. Врач выставил диагноз «Острая респираторная инфекция», были даны рекомендации в соответствии с диагнозом. Состояние больного продолжало ухудшаться, появилась одышка при незначительных физических нагрузках, сохранялось повышение температуры. 17.08.2015 года предпринято обследование – рентгенография легких,

по которой выявлена инфильтрация легочной ткани. Только после этого проведена запись ЭКГ, по которой зарегистрированы признаки инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка. Госпитализирован в Центральную районную больницу. Состояние продолжало ухудшаться – нарастала одышка, появились отеки ног. Через 18 дней от начала заболевания переведен в специализированное кардиологическое отделение. При поступлении состояние больного тяжелое. Одышка в покое. Цианоз губ. Над легкими звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы. Выслушивается грубый систолический шум по левому краю грудины. ЭКГ – синусовая тахикардия, признаки инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка. ЭхоКГ. Левое предсердие – 4,4 см. Левый желудочек – диастола 5,7 см, систола – 4,3 см, толщина стенок – в норме, фракция выброса – 48%. Правый желудочек – 2,2 см. Гипокинез базального и среднего задне-боковых, акинез базального и среднего нижнего сегментов левого желудочка. Аневризма нижней стенки левого желудочка. Определяется дефект межжелудочковой перегородки 1,2 см с потоком лево-правого сброса, митральная регургитация 3 степени, признаки диастолической дисфункции рестриктивного типа. Проведена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки. Плевральный выпот справа – 54 мм с затеком по междолевой борозде, слева – 38 мм. В S1, S2 правого легкого, в S1, S2, S3 левого легкого определяется неоднородная инфильтрация легочной ткани размером 50x37 мм справа, 78x37 мм – слева. Неравномерный перибронхиальный фиброз на уровне главных сегментарных бронхов. Заключение: картина двусторонней верхнедолевой пневмонии, вероятно, тромбоз эмболического генеза. Коронарография. Правый тип венозного кровообращения. Передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии диффузно поражена на всем протяжении, на границе проксимальной и средней трети – короткая окклюзия с антеградным восстановлением. Огибающая артерия – стеноз 30%, перетоки – в правую коронарную артерию. Правая коронарная артерия – окклюзия в средней трети. При дуплексном исследовании вен нижних конечностей пато-

логии не выявлено.

Предпринято хирургическое вмешательство по экстренным показаниям. Во время операции обнаружено увеличение левого желудочка. Давление в легочной артерии 60 мм рт.ст., определяется систолическое дрожание на передней стенке правого желудочка. После вентрикулотомии правого желудочка обнаружен дефект МЖП размером 15x10 мм, проксимальнее дефекта перегородка истончена. Произведена пластика дефекта синтетической заплатой на 7 п-образных швах на прокладках и коронарное шунтирование (аутовена голени на правую коронарную артерию и артерию интермедиа, маммаро-коронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии).

В послеоперационном периоде гемодинамика стабилизировалась. Однократно возникла фибрилляция предсердий, ритм восстановлен введением амиодарона. Период стационарной реабилитации в условиях кардиологического реабилитационного отделения протекал без осложнений, расширение двигательного режима перенес хорошо, размеры полостей сердца вернулись к нормальным значениям. Выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном случае трудности диагностики инфаркта миокарда были связаны с особенностью течения заболевания (умеренная выраженность болевого синдро-

ма, появление лихорадки, одышки) и с субъективным фактором. Врач первичного звена связал появление одышки и повышение температуры с предшествующим эпизодом переохлаждения, что стало причиной неправильного диагноза. Нет никаких сомнений, что даже при нетипичной клинике ИМ внимательное обследование больного и запись ЭКГ позволили бы поставить правильный диагноз. Изменения в легких могли быть связаны с застойными изменениями и инфаркт-пневмонией, возникшей вследствие эмболии легочной артерии тромбом из левого желудочка, которая стала возможной в результате разрыва межжелудочковой перегородки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 04.06.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Lee W.Y., Cardon L., Slodki S.V. Perforation of infarcted interventricular septum // Arch Intern Med. – 1962. – Vol. 109. – P.135.
2. Sung Jun Park, Joon Bum Kim, Sung-Ho Jung, et al. Surgical Repair of Ventricular Septal Defect after Myocardial Infarction: A Single Center Experience during 22 Years // Korean J Thorac

- Cardiovasc Surg. – 2013. – Vol. 46. №6. – P.433–438. doi:10.5090/kjcs.2013.46.6.433
3. Takahashi H., Arif R., Almashoor A., et al. Long-term results after surgical treatment of postinfarction ventricular septal rupture // Eur J Cardiothorac Surg. – 2015. – Vol. 47. №4. – P.720–724. doi: 10.1093/ejcts/ezu248.

Информация об авторах:

Морова Наталия Александровна – профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, д.м.н., доцент, 644043, г.Омск, ул.Ленина, 12, e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Цеханович Валерий Николаевич – заведующий отделением кардиохирургии, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, д.м.н., доцент, 644111, ул. Березовая, 3, ОКБ, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru.

Information About of the Authors:

Natalia A. Morova – professor department of hospital therapy with the course of endocrinology, MD. 644043, Omsk, Lenin str., 12. e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Valeriy N. Tsekhanovic – head of the department of cardiac surgery, professor of the department of surgery with the course of urology, MD, 644111, Omsk, str.Berezovaia, 3, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru.

© ПАНАСЮК А.И., КАЗАКОВ В.А., САДАХ М.В., ОВАКИМЯН Г.А., ПАПЕШИНА С.А. – 2016
УДК: 616.34.007.274 - 616-06

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ АРТЕРИО-МЕЗЕНТЕРАЛЬНОЙ КОМПРЕССИЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Александр Иосифович Панасюк^{1,2}, Владислав Аркадьевич Казаков^{1,2}, Максим Владимирович Садах²,
Гор Алексанович Овакимян², Светлана Андреевна Папешина²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., проф., чл.-корр. РАН Е.Г. Григорьев; ²Иркутская область «Знака Почета» областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Настоящее сообщение о выявлении редкой патологии, которая проявилась у больного в результате длительной иммобилизации в положении тела на спине. В данном случае мы рассматриваем возникновение острой высокой кишечной непроходимости, вызванной артерио-мезентериальной компрессией в послеоперационном периоде у больного с тяжелой сочетанной травмой, на фоне длительного пребывания в палате интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких. Адекватная хирургическая коррекция, раннее выявление сопутствующих заболеваний, адресная интенсивная терапия позволяют уменьшить летальность при рассматриваемой патологии.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, артерио-мезентериальная компрессия, сочетанная травма.

ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY HIGH ARTERIO-MESENERIC COMPRESSION IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA

A.I. Panasyuk^{1,2}, V.A. Kazakov^{1,2}, M.V. Sadach², G.A. Ovakimyan², S.A. Papeshina²
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital, Russia)