

# СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

И. М. Смирнов

(г. Куйбышев-областной)

Первым прижизненно диагностировал разрыв межжелудочковой перегородки при инфаркте миокарда Юменс в 1921 г. С этого времени во всех странах мира описано около 80 подобных случаев. Разрыв наступал в среднем через 7,5 суток после возникновения инфаркта.

Клинически разрыв характеризуется внезапным очень интенсивным систолическим шумом над нижними отделами грудины, появлением систолического дрожания у левого края нижней трети грудины, расширением сердца во всех направлениях, возникновением и нарастанием недостаточности кровообращения по правому типу. Интенсивность шума и выраженность других признаков зависят от величины образовавшегося отверстия, его расположения и функциональной способности миокарда.

Дифференцировать это осложнение инфаркта миокарда необходимо с болезнью Толочинова—Роже, инфарктом и разрывом сосочковой мышцы левого желудочка сердца.

Прогноз при перфорации межжелудочковой перегородки плохой—большинство больных умирает в остром периоде инфаркта миокарда.

Редкость этого осложнения инфаркта миокарда, недостаточное знакомство с ним широкой массы врачей, сочетание его с развитием аневризмы передней стенки левого желудочка, сравнительно длительный срок жизни больного после перфорации—делают наше наблюдение заслуживающим внимания.

Б-ной Г., 61 года, госпитализирован 28/X-58 г. с жалобами на очень сильную боль сжимающего характера за грудиной. Заболел за 3 часа до госпитализации, во время тяжелой физической работы. Боль прекратилась только после инъекций промедола и морфия. Раньше приступов стенокардии не было. За год до госпитализации была диагностирована гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние было удовлетворительное, сердце имело нормальные размеры, шумов в нем не выслушивалось, первый тон над верхушкой был глухим. Пульс 80, ритмичный. АД—140/100. Признаки недостаточности кровообращения отсутствовали. Температура к концу первых суток повысилась до 38,3° и стала нормальной лишь на девятый день.

Анализ крови (через 20 час. по поступлении): Нв.—15 г%, Э.—4 110 000, Л.—6 300, п.—5%, с.—88%, л.—6%, м.—1%, РОЭ—7 мм/час, протромбин—76%. Лейкоцитоз повысился до 10 800 и оставался таким в течение недели; РОЭ к этому времени ускорилась до 50 мм/час, в дальнейшем она замедлилась до 30 мм/час. Содержание фибриногена на пятые сутки равнялось 700 мг%, на 39-е—600 мг%.

Моча без отклонений от нормы.

На второй день пребывания в больнице стал выслушиваться грубый шум трения перикарда, который держался около суток и больше не появлялся.

На ЭКГ, снятой в этот день, имелись признаки обширного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки.

На 8 день состояние резко ухудшилось, б-ной стал жаловаться на постоянную одышку и боль в области правого подреберья. Печень увеличилась и стала болезненной. Пульс участился до 120. АД снизилось до 100/70. Сердце расширилось вправо, вверх и влево примерно на 1,5 см. Над нижними отделами грудины и слева от нее (на этом уровне) стал выслушиваться грубый систолический шум и появилось слабое систолическое дрожание; шум имел значительную зону проведения вправо, вверх и влево.

В дальнейшем, несмотря на интенсивную терапию строфантином, дикумарином, кислородом, камфарным маслом и другими средствами, состояние продолжало ухудшаться; появились периферические отеки, асцит, гидроторакс, развились клинические и ЭКГ-признаки аневризмы передней стенки левого желудочка, присоединилась правосторонняя очаговая пневмония. При этом интенсивность систолического шума и систолического дрожания существенно не изменилась.

Б-ной умер 26/XII-58 г.—через 2 месяца и 2 дня от начала заболевания инфарктом миокарда, на 56-й день после возникновения перфорации межжелудочковой перегородки.

Клинический диагноз: обширный инфаркт передней стенки левого желудочка и передних отделов межжелудочковой перегородки сердца, осложнившийся разрывом межжелудочковой перегородки, развитием аневризмы передней стенки левого желудочка и недостаточностью кровообращения III степени.

Секция подтвердила клинический диагноз. Отверстие в передних отделах межжелудочковой перегородки имело диаметр около 1 см. Стенка аневризмы оказалась очень тонкой, спаянной с перикардом, что, по-видимому, и предотвратило ее разрыв.

Поступила 12 августа 1959 г.