

Секция 9. Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3 Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Шуженова Баян Омирбековна

врач отделения функциональной диагностики городского кардиологического центра;

Елшибаева Анар Дауленкызы,

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Мажибаева Айгерим Пердебаевна

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Джигитекова Багила Нурбиевна,

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Карим Толкын Сапаркызы

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ КАК
ФАКТОР РИСКА ПРИ ИБС**

Функциональная митральная регургитация (ФМР) довольно частое осложнение ишемической болезни сердца (ИБС). В свете современных представлений ФМР рассматривается как независимый предиктор сердечно-сосудистой смертности. Согласно данным литературы, при естественном течении ФМР летальность к 5-ому году после инфаркта составляет 90%. Однако она нередко остается клинически нераспознанной,

хотя встречается почти у каждого второго больного с инфарктом миокарда или ее не принимают во внимание при выявлении на ЭХОКГ в лечении пациента. Основной предпосылкой для возникновения ФМР у больных ИБС является ремоделирование левого желудочка после инфаркта миокарда, которое приводит к нарушению взаимодействия между желудочком и клапанным аппаратом, соответственно ФМР проявляется признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН). Также причинами митральной регургитации могут быть разрыв папиллярных мышц или хорды, чаще задней. Разрыв сосочковой мышцы происходит, как правило, в течение первых дней острого инфаркта миокарда (ОИМ), в среднем на четвертые сутки. В большинстве случаев имеется поражение задней мышцы [1,с.326–333; 2,с.2362–2368; 3,с.207–221; 4,с.295–301; 5,с.1368–1374; 6, с.93–98].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты и степени выраженности ХСН при ФМР у больных ИБС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 238 больных ИБС в возрасте от 42 до 79 лет (средний возраст составил $69,3 \pm 1,7$), поступивших в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ). У всех больных были проведены лабораторно-инструментальные исследования: общеклинические и биохимические анализы, в том числе – уровни кардиомаркеров, холестерина, бета-натриуретического пептида, ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиография (КАГ). Степень выраженности ХСН рассчитывали по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и тесту с 6-ти минутной ходьбой. Критериями исключения были ОИМ до 7 дней, митральная регургитация (МР) до 2-ой степени, пороки сердца.

Результаты и обсуждение. По результатам комплексного обследования все обследованные пациенты были разделены на 3 группы: больные с нестабильной стенокардией (НС) - 94, острым инфарктом

миокарда (ОИМ) - 65 и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) -79. Гемодинамически значимая (умеренная/выраженная) МР (размер левого предсердия, объем регургитации более 30 мл) выявлена у 109 пациентов (45,8%); причем в группе больных с НС она была значительно меньше – 27,65%, чем среди больных с ОИМ (56,9%) и ПИКС (58,2%).

Клинические проявления ФМР различаются в зависимости от течения. При стабильной форме через 10-14 дней может выслушиваться слабый систолический шум на верхушке, который не сопровождается гемодинамическими расстройствами. При медленно прогрессирующем течении, которое развивается в разные сроки ОИМ, появляются признаки сердечной недостаточности. При злокачественной форме характерны внезапное острое начало, тяжелая сердечная недостаточность с развитием отека легких и кардиогенного шока с летальным исходом. В наших исследованиях стабильная форма была установлена в 26,6%; медленно прогрессирующая форма в 73,4%. Больных со злокачественной формой среди обследованных пациентов не было.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ФК по NYHA установлена у 100; II ФК – у 127; III ФК – у 11 пациентов. МР при ХСН I ФК выявлена у 4 пациентов с НС, у 9 с ОИМ и у 16 с ПИКС. МР при ХСН II ФК обнаружена у 18 пациентов с ОИМ и у 51 с ПИКС; МР при ХСН III ФК установлена у 2 пациентов с ОИМ и у 9 с ПИКС.

МР наблюдалась чаще у пациентов с ОИМ и ПИКС, причем при увеличении степени ХСН частота МР увеличивалась. Ремоделирование ишемизированного левого желудочка ведет к смещению папиллярных мышц, дилатации фиброзного кольца, натяжению створок и нарушению функционирования папиллярных мышц. Изменение геометрии левого желудочка и неполное смыкание при этом створок митрального клапана способствуют возникновению МР, которая без должного лечения может привести к развитию тяжелой сердечной недостаточности.

Таким образом, по результатам нашего исследования частота ХСН II и III ФК по НУНА выявлена у 58% пациентов ИБС. Гемодинамически значимая (умеренная/выраженная) МР выявлена у 109 пациентов (45,8%); причем в группе больных с НС она была значительно меньше, чем среди больных с ОИМ и ПИКС. При этом умеренная/выраженная МР ассоциируется с более высокой степенью ХСН.

Литература:

1. Amigoni M, Meris A, Thune JJ et al. Mitral regurgitation in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both: prognostic significance and relation to ventricular size and function. *Eur Heart J.* 2007;28 (3):326–333.
2. Aronson D, Goldsher N, Zukermann R et al. Ischemic mitral regurgitation and risk of heart failure after myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2006;166 (21):2362–2368.
3. Agricola E, Oppizzi M, Pisani M et al. Ischemic mitral regurgitation: mechanisms and echocardiographic classification. *Eur J Echocardiogr.* 2008;9 (2):207–221.
4. Bursi F, Enriquez-Sarano M, Nkomo VT et al. Heart failure and death after myocardial infarction in the community: the emerging role of mitral regurgitation. *Circulation.* 2005;111 (3):295–301.
5. Pellizzon GG, Grines CL, Cox DA et al. Importance of mitral regurgitation in patients undergoing percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43 (8):1368–1374.
6. Pant S, Neupane P, Pant OB et al. Mild functional ischemic mitral regurgitation following acute coronary syndrome: a retrospective study. *Heart Views.* 2011;12 (3):93–98.