

# Miokard infarktı sonrası ağırlaşma- mədəciklərarası çəpərin rüptürünə bağlı ürək çatışmazlığı

Dr. Leyla Süleymanlı



Azərbaycan  
Kardiologiya  
Cəmiyyəti

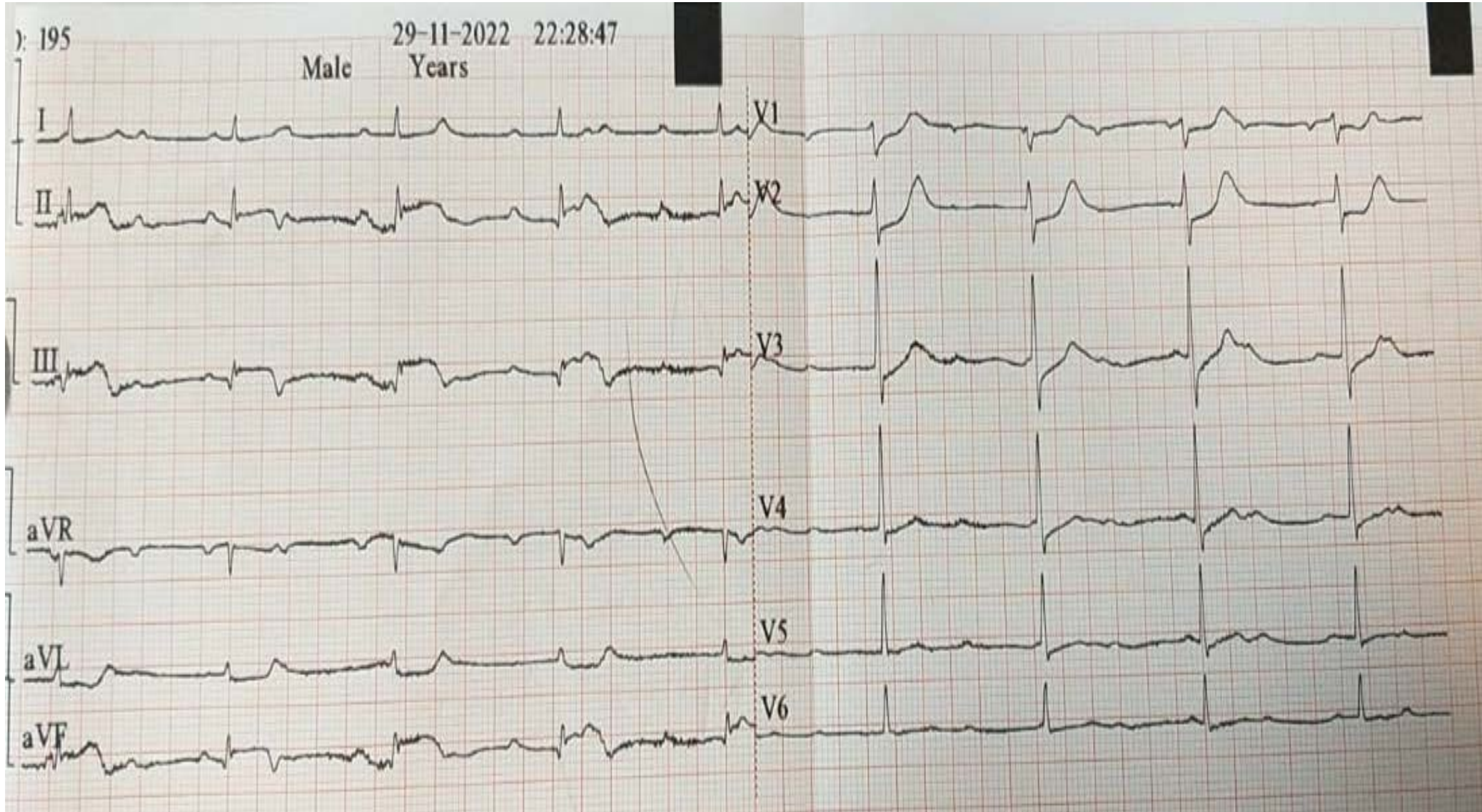


- 55 yaşında, kişi xəstə
  - Şikayətləri: tənqəfəslik, boğulma
  - DM+, XOAX+, tütün+, piylənmə(BMI 37kq/m<sup>2</sup>)
  - 2022-ci ilin noyabr ayı-inferior divar MI
- 
- Xəstə keçməyən tənqəfəslik şikayəti ilə daha əvvəllər perikardit, qaraciyər çatışmazlığı, assit diaqnozları ilə müxtəlif ambulator müalicələr qəbul etmişdir.

# Fiziki müayinə:

- AT 105/55 mmHg, Ps 115 v/dəq
- Məcburi oturaq vəziyyət
- SpO<sub>2</sub> 89% , ağciyərin bazal-orta segmentlərində bilateral yaş xırıltılar
- Sternumun sol alt sərhəddində pansistolik küy
- PTÖ ++
- NTproBNP 2825 pg/mL

EKG





# Exo - KQ:

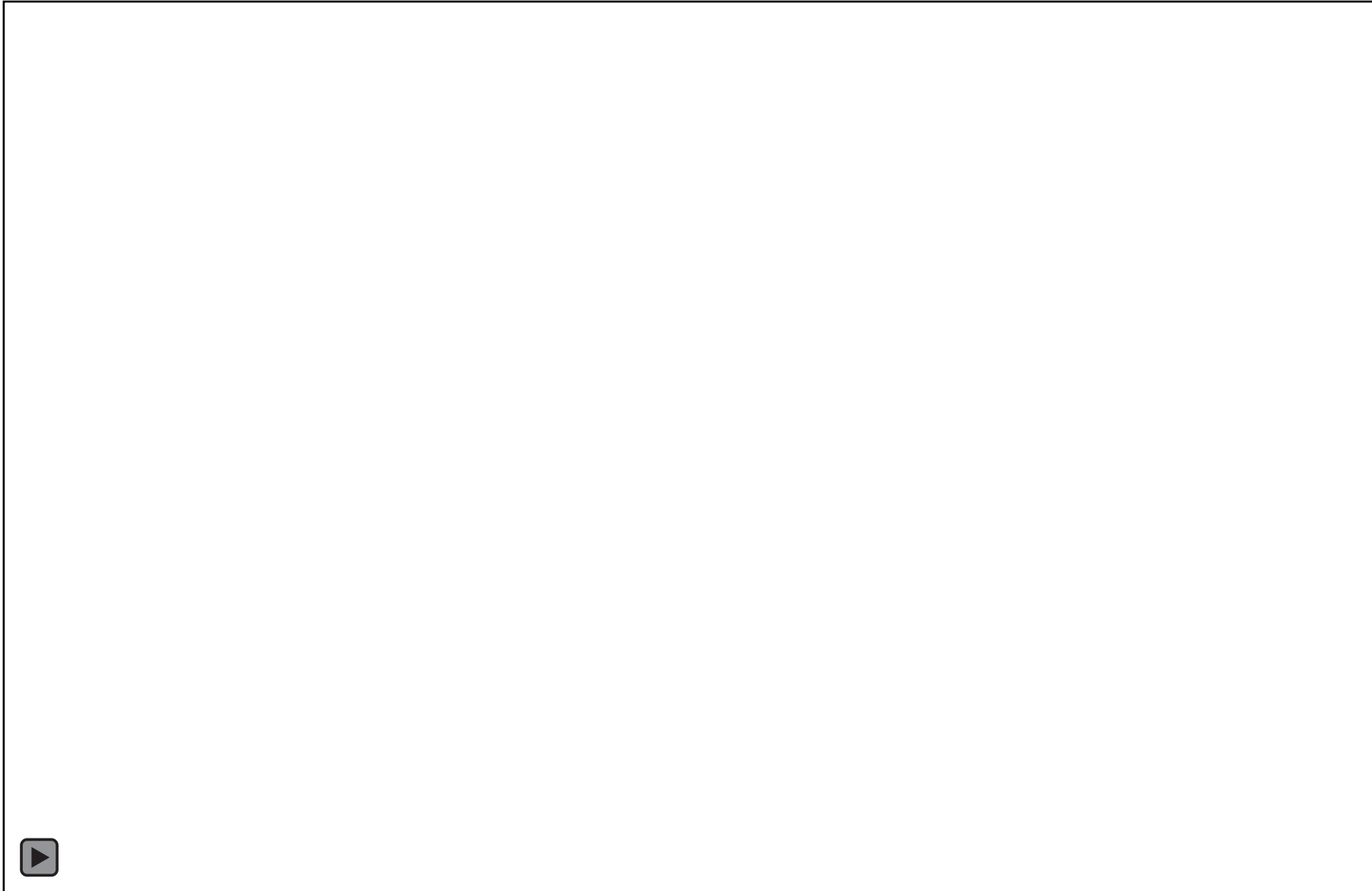
- LVEF 48-50%,
- Grade 3 diastolik disfunksiya,
- İnférieur divar bazalı , posterior divar bazalı , infero-septumun bazalı akinetik, anevrizmatik
- SPAP-55 mmHg
- Sağ mädäciyin daxilində turbulent axın.
- Axın üzərində Pmax 51 mmHg gradient ölçülür.

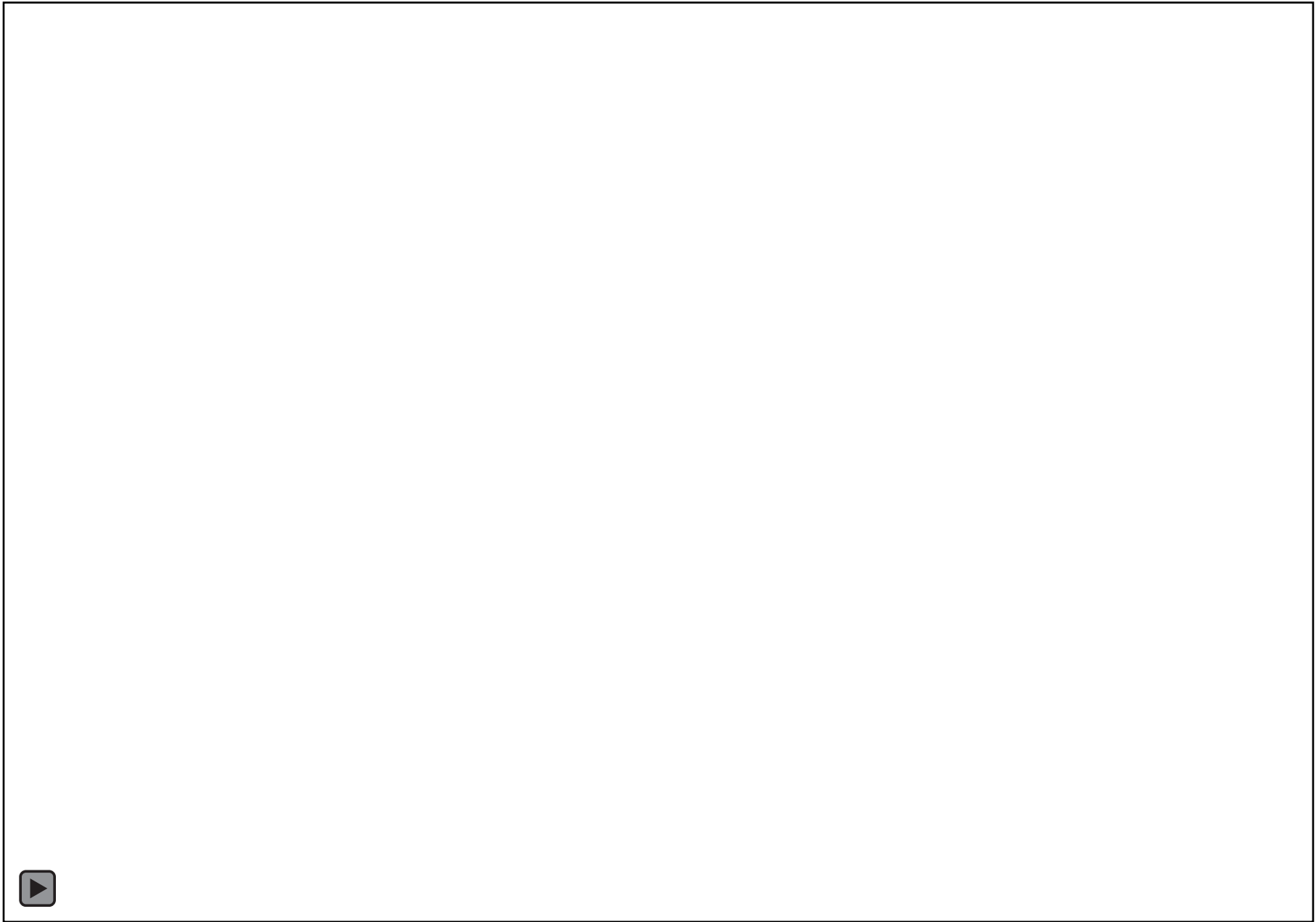


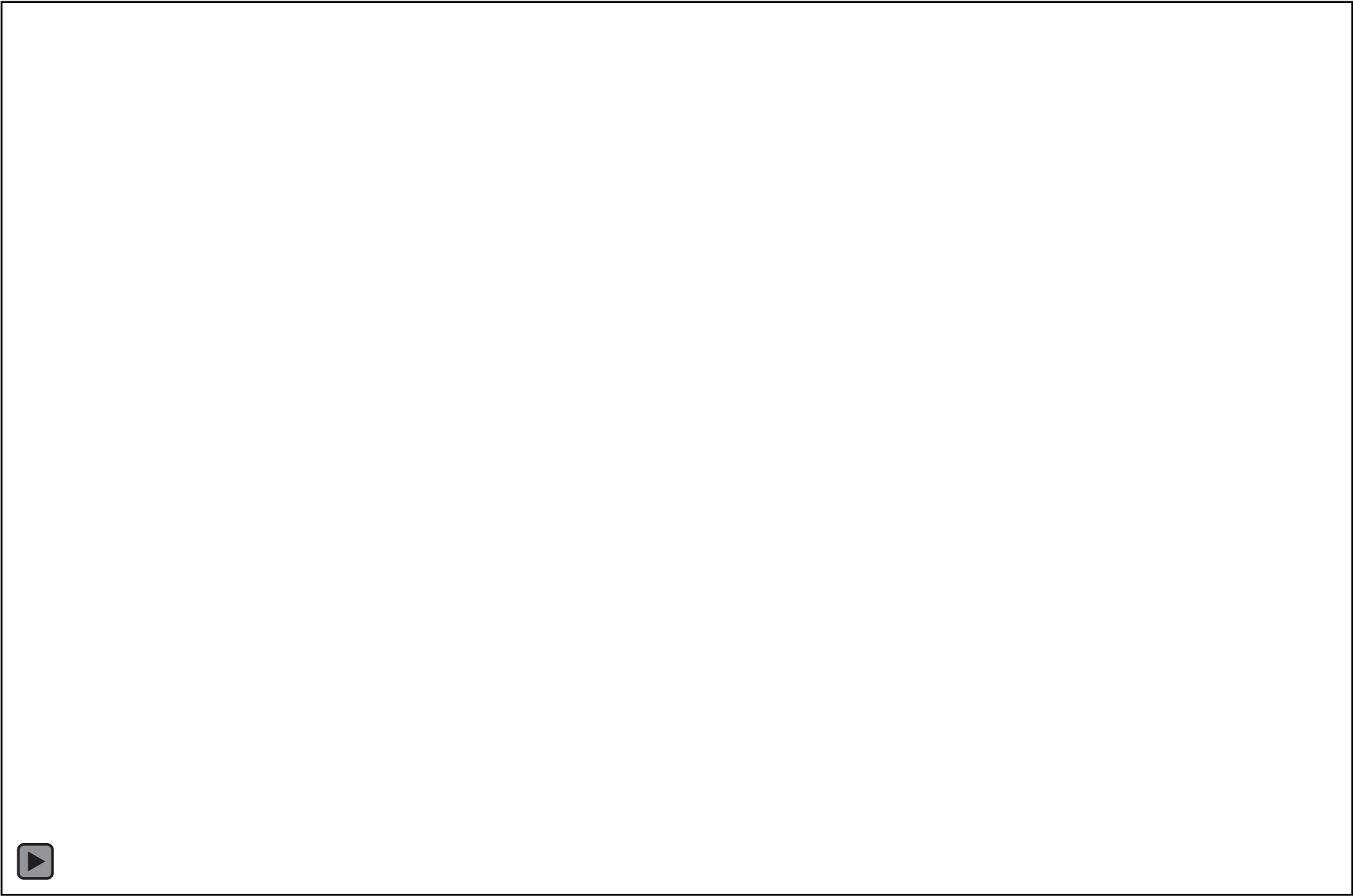
# Müalicə :

- Sakubitril/valsartan 24/26 mq
- Dapaqliflozin 10 mq
- Furosemid 500 mq
- Spironolakton 100 mq
- Klopidoqrel 75 mq
- Aspirin 100 mq
- Metaprolol 12,5 mq
- Rozuvastatin 40 mq

# Koronar angiografiya













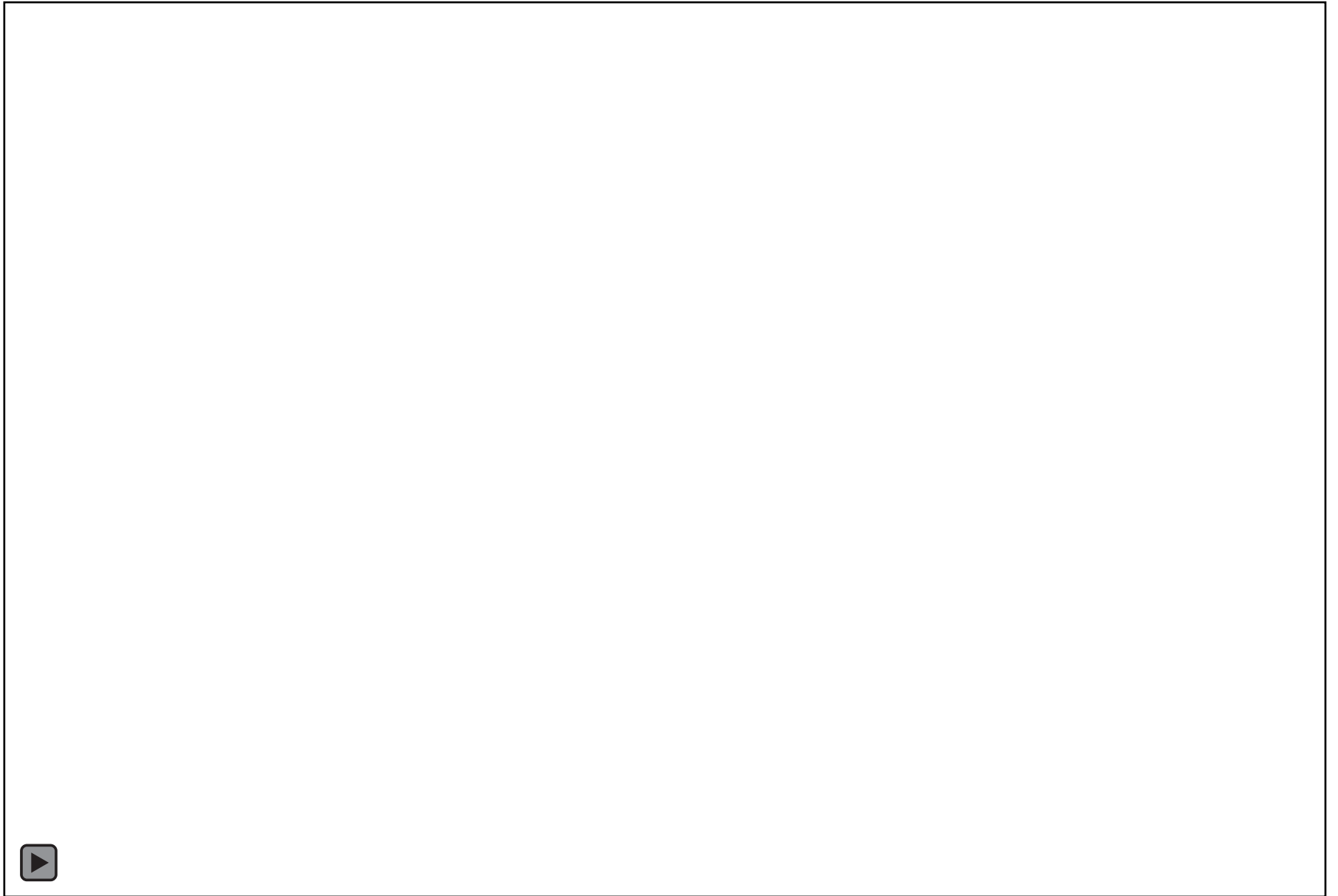
# EKG



# Exo-KQ

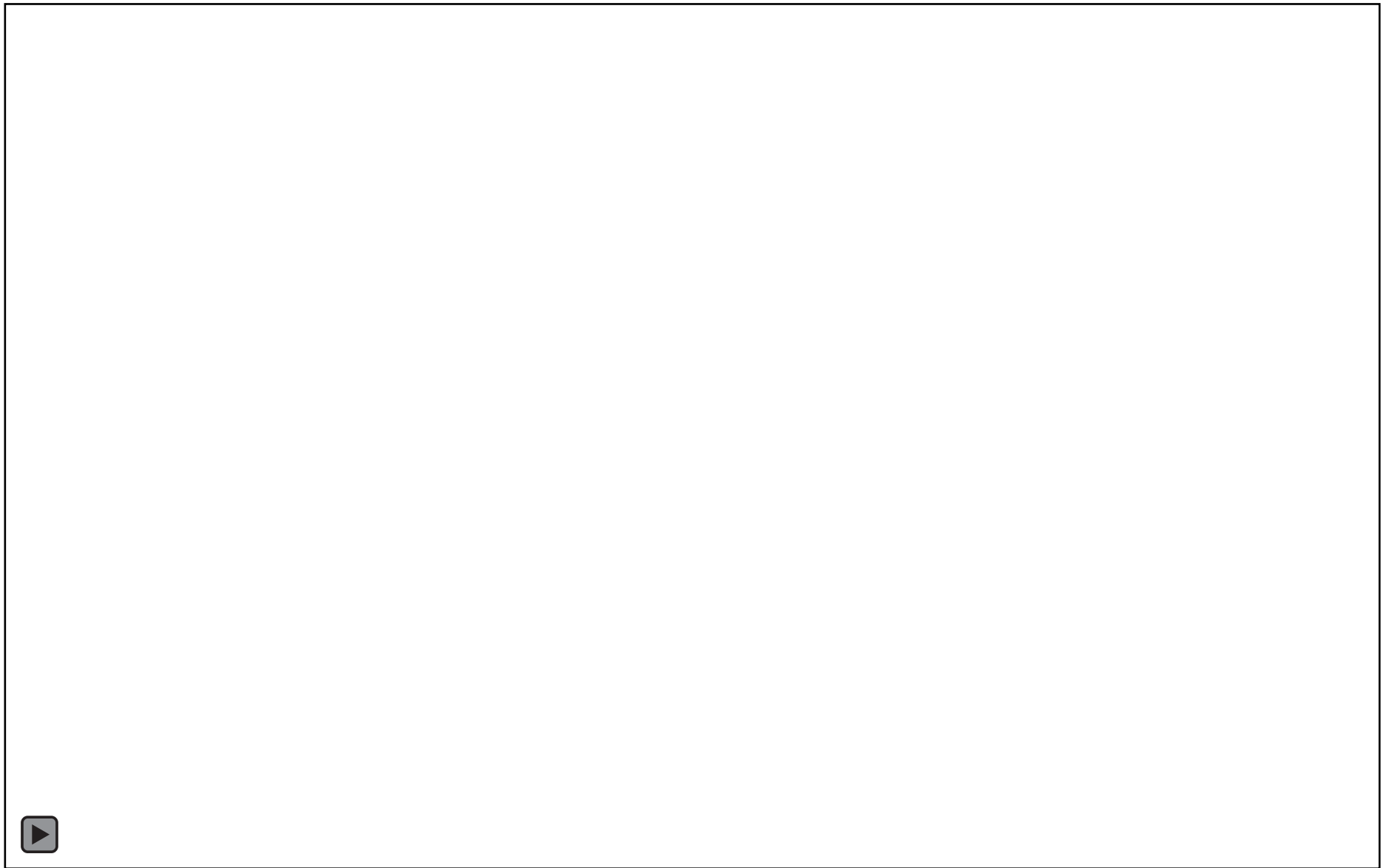


# Exo-KQ

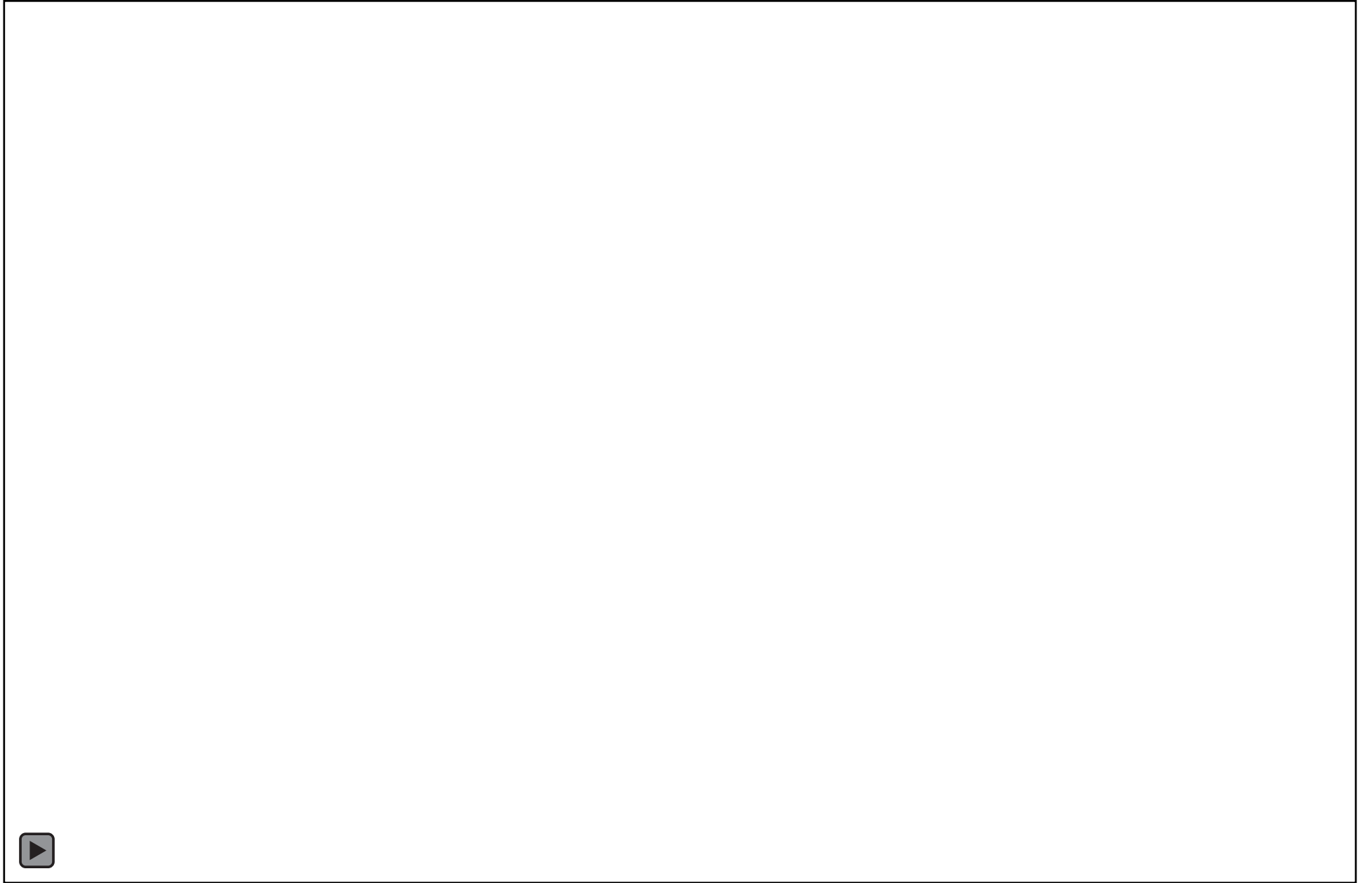




# TEE



**TEE**



# Ventrikuloqrafiya



# Ventrikuloqrafiya



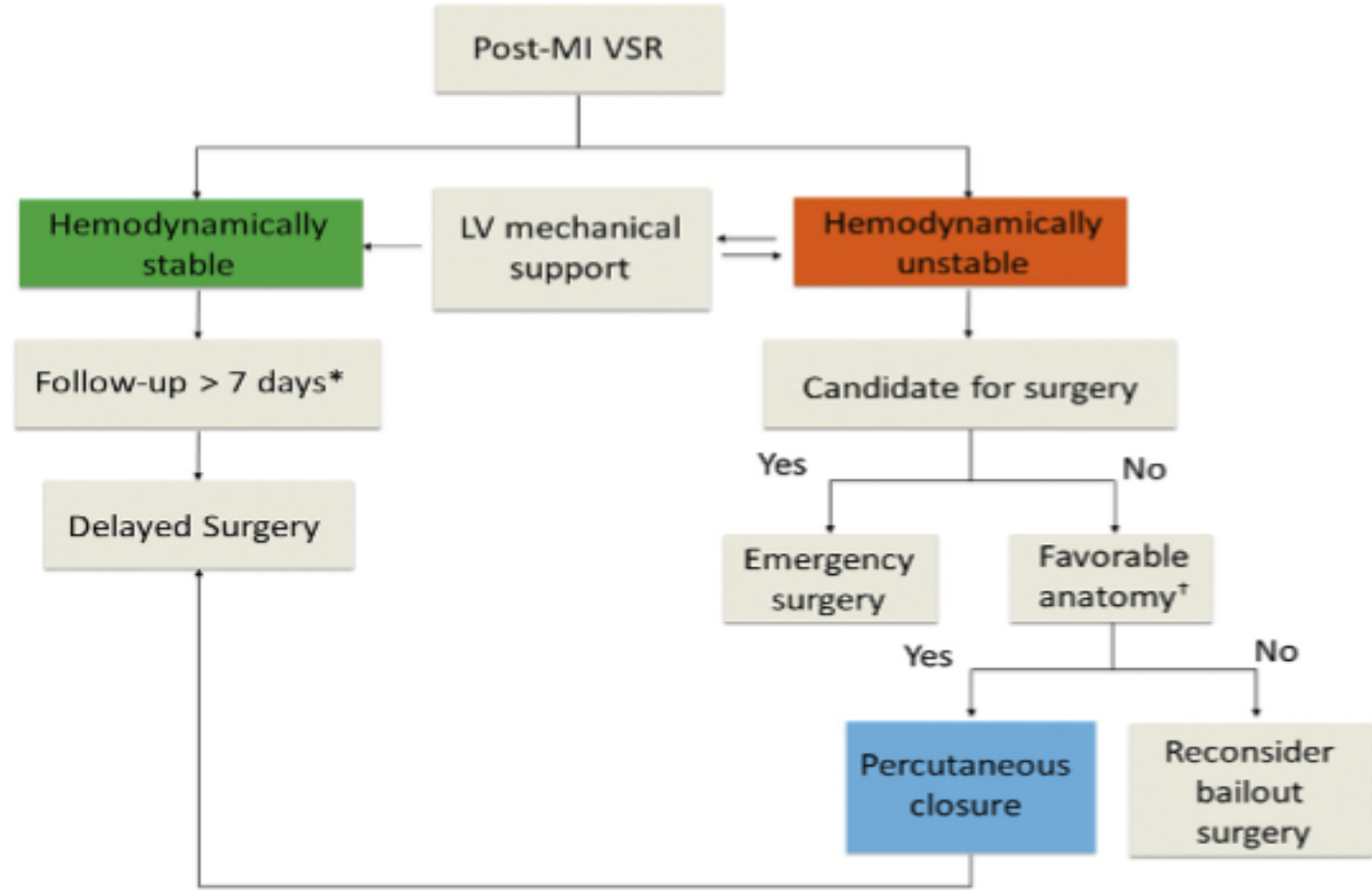
- Mədəcikarası çəpər rüptürü kəskin miokard infarktının nadir rast gəlinən, lakin mortallığı və morbiditəsi yüksək olan, təcili diaqnoz və müalicə gərəktirən mexaniki ağırlaşmasıdır.
- Prereperfusion dövrlərdə 2% halda rast gəlinsə də, perkutan müdaxilə olunanlarda 0.7%, trombolitik terapiya alanlarda 1.1 % halda rastlanır.
- Daha çox yaşlılarda, qadınlarda, hipertoniklərdə, xroniki böyrək çatışmazlığı xəstələrində müşahidə edilir.
- Mədəcikarası çəpər rüptürü –infarktdan 3-5 gün sonra və ya 1-14 gün ərzində rast gəlinir.



- Kliniki tablosu pulmonar ödem, hipotenziya, kardiogen şok tablosuna qədər irəliləyə bilər.
- Nadir hallarda asimptomatik olar və ya xroniki ürək çatışmazlığı simptomları ilə gedə bilər.
- Fiziki müayinədə sternumun sol alt kənarında pansistolik küy xarakterikdir.
- Mədəcikarası çəpər rüptürü ölçüsü böyük olarsa, küyün intensivliyi zəif ola bilər və ya eşidilməyə bilər.

- Cərrahi əməliyyat vaxtının təyini xəstənin hemodinamikasından asılıdır.
- Erkən müdaxilə edilən xəstələrdə mortallıq faizi yüksəkdir .
- Əməliyyatın mümkün olduğu qədər ertələnməsi nəticəni yaxşılaşdırır.
- Uyğun xəstələrdə perkutan yolla
- bağlanması mümkündür.

**FIGURE 5 Proposed Management of Post-Myocardial Infarction Ventricular Septal Defect**



\*Consider delaying surgery for 3 weeks if hemodynamic values allow. †The ischemic condition of surrounding myocardium and the morphology and number of ventricular septal defects need to be considered before closure attempt. Adapted from Jones et al (2).

# Öyrədici məsələ:

- ❖ Ətraflı anamnez və diqqətli fiziki müayinə ilkin diaqnozun əsasıdır.
- ❖ İnstrumental müayinələrin xüsusilə də EXO-KQ-nin diqqətli aparılması önəmlidir.
- ❖ Multidissiplinar yanaşma və cərrahi müalicənin düzgün zamanlanması çox önəmlidir
- ❖ Mədəciklər arasındakı çəpər rüptürü düşünülməyən xəstələrə angiografiya icrası zamanı ventrikuloqrafiya da icra edilməlidir.

## Ədəbiyyat:

1. French JK, Hellkamp AS, Armstrong PW, Cohen E, Kleiman NS, O'Connor CM, Holmes DR, Hochman JS, Granger CB, Mahaffey KW.. Mechanical complications after percutaneous coronary intervention in ST-elevation myocardial infarction (from APEX-AMI). *Am J Cardiol* 2010;105:59–63.
2. Lazopoulos G, Manns-Kantartzis M, Kantartzis M.. Giant left ventricular aneurysm and intraventricular septal defect after silent myocardial infarction. *Hellenic J Cardiol* 2009;50:142–143.
3. Mahla H, Bhairappa S, Kondethimmanahally Rangaiah SK, Channabasappa YM, Ramesh D, Manjunath CN.. Asymptomatic ventricular septal rupture following inferior wall myocardial infarction. *J Indian Coll Cardiol* 2015;5:71–73.
4. Smyllie JH, Sutherland GR, Geuskens R, Dawkins K, Conway N, Roelandt J.. Doppler color flow mapping in the diagnosis of ventricular septal rupture and acute mitral regurgitation after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1990;15:1449–1455.
5. Topaz O, Taylor AL.. Interventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: from pathophysiologic features to the role of invasive and noninvasive diagnostic modalities in current management. *Am J Med* 1992;93:683–688.
6. Mahajan K, Negi PC, Merwaha R, Mahajan N, Chauhan V, Asotra S. Gender differences in the management of acute coronary syndrome patients: One year results from HPIAR (HP-India ACS Registry). *Int J Cardiol*. 2017 Dec 01;248:1-6.
7. Khan MY, Waqar T, Qaisrani PG, Khan AZ, Khan MS, Zaman H, Jalal A. Surgical Repair of post-infarction ventricular septal rupture: Determinants of operative mortality and survival outcome analysis. *Pak J Med Sci*. 2018 Jan-Feb;34(1):20-26.
8. Evrin T, Unluer EE, Kuday E, Bayata S, Surum N, Eser U, Dogruyol S, Kavak H. Bedside Echocardiography in Acute Myocardial Infarction Patients with Hemodynamic Deterioration. *J Natl Med Assoc*. 2018 Aug;110(4):396-398.
9. Negi P, Bhardwaj R, Asotra S, Mahajan K. Inferior wall STEMI presenting with a ruptured intraseptal pseudoaneurysm. *BMJ Case Rep*. 2016 Mar 09;2016
10. Uchimuro T, Osako M, Gotou T, Yamada T, Yoon R. Left ventricular free wall rupture after surgery for ventricular septal rupture. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2018 Nov;26(9):697-700.

Diqqətinizə görə təşəkkür edirik və  
Gülməmməd Hacıyevin xatirəsini  
hörmətlə anırıq.

