



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.127-005.8:616.12-008:616 132

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕ-Q ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННОГО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БЕЗ ЗНАЧИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ

Ю.А. БАЙБАКОВА¹
С.Л. КОНСТАНТИНОВ²
Д.С. РЯБЧЕНКО²
Д.Н. ПЕРУЦКИЙ²
О.А. ЕФРЕМОВА¹
Э.А. ЩЕРБАНЬ¹

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет

² Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород

e-mail: doctor.ullia@mail.ru

В статье описан не типичный клинический случай течения острого инфаркта миокарда у больного со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий по данным коронароангиографии. На догоспитальном этапе отмечалась выраженная ангинозная боль без существенных изменений на ЭКГ. В первые сутки на ЭКГ отмечался синдром ранней реполяризации желудочков, повышение трансаминаз и креатинфосфокиназы. Больному проведена коронароангиография с последующим стентированием.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, синдром ранней реполяризации, коронароангиография, стентирование.

Тесная взаимосвязь между характером изменений в коронарных артериях и изменениями на ЭКГ прослеживается не в каждом клиническом случае. Признаки нарушения коронарного кровоснабжения могут искажаться другими патологическими изменениями на ЭКГ, а зачастую запаздывают по отношению к началу ангинозного приступа. По данным различных авторов [2, 3], эти обстоятельства снижают ценность однократно снятой ЭКГ, позволяющей диагностировать инфаркт миокарда. Вместе с тем, в исследованиях, основанных на оценке результатов повторных коронароангиографических исследований, отмечено, что прогрессирование коронарного атеросклероза чаще всего сопровождается соответствующими изменениями на ЭКГ, увеличением и расширением зубца Т, элевацией или депрессией сегмента ST [5, 6]. Основными критериями для постановки диагноза на догоспитальном этапе являются характер и продолжительность боли, резистентность её к приёму нитратов и ЭКГ-картина.

Учитывая немногочисленные сообщения о нетипичных случаях острого инфаркта миокарда, мы приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 59 лет поступил в ОРИТ Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 16.50 4.02.2011 с жалобами на давяще-жгучую боль в области левой половины грудной клетки, за грудиной, выраженной интенсивности, возникшую в покое, продолжавшуюся на момент поступления в течение 12 часов. Боль сопровождалась одышкой, чувством нехватки воздуха, тошнотой, irradiровала в левую руку. В анамнезе больной отмечает появление ангинозной боли за грудиной при незначительной физической нагрузке (ходьба в пределах 100-200 метров). В течение последних 3-х дней до поступления в стационар отмечал ангинозные приступы в покое. Ухудшение состояния 4.02.2011 сопровождалось одышкой, чувством нехватки воз-

духа, волнообразным характером боли, её иррадиацией в левую половину шеи и нижней челюсти. После продолжительного приступа болевой вызвал бригаду СМП и был доставлен в ЦРБ по месту жительства. В ЦРБ больному была оказана первая помощь: наркотические анальгетики, нитраты, антиагреганты в/в капельно, в результате чего боли купированы. Однако на ЭКГ во время болевого синдрома динамики не выявлено, с учетом не типичной клинической картины больному был в экстренном порядке направлен в БОКБ Святителя Иоасафа.

Из анамнеза известно, что в течение последних лет у больного выявлена гипертоническая болезнь, и он постоянно принимает тенорик в дозе 25 мг 1 раз в сутки. При поступлении в ОРИТ состояние средней степени тяжести. Над легкими аускультативно везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное, хрипов нет. ЧДД 22-24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, резко приглушенные. Акцент 2-го тона над аортальным клапаном. ЧСС=Ps 65 в минуту. АД_{ДЕХ} = АД_{СИ} = 170/100 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается, печень на уровне ребра, безболезненна. На ЭКГ на момент поступления: ритм синусовый, обращает на себя внимание подъем точки j в отведении aVL, I до 1 мм по типу синдрома ранней реполяризации желудочков. По данным Эхо Кг: у больного регистрируется глубокая гипокинезия заднебокового сегмента ЛЖ. ФВ 45-47%. Лабораторные данные: ОАК: эр.- 4,61*10¹²/л, Нв 140 г/л, ц.п. 0,86, тромбоциты 220*10⁹/л, э- 2%, п-3%, с-55%, л-31%, м-9%, СОЭ 23 мм в час. КАМ: количество – 50,0, цвет желтый, удельный вес 1011, белок 0,01 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: КФК-1716Ед/л, МБ КФК-197Ед/л, креатинин 81,3, АЛТ 33,2 Ед/л, АСТ 146 Ед/л, мочевины 5,1 ммоль/л, билирубин общий 16,1 ммоль/л, билирубин свободный 4,8 ммоль/л, глюкоза 6,4 ммоль/л, холестерин общий 5,2 ммоль/л. На основании проведенных исследований был установлен предварительный диагноз: ИБС. ОКС без подъёма ST от 4.02.11. Гипертоническая болезнь III стадия с поражением сердца II степени. Риск ССО 4. ХСН-I

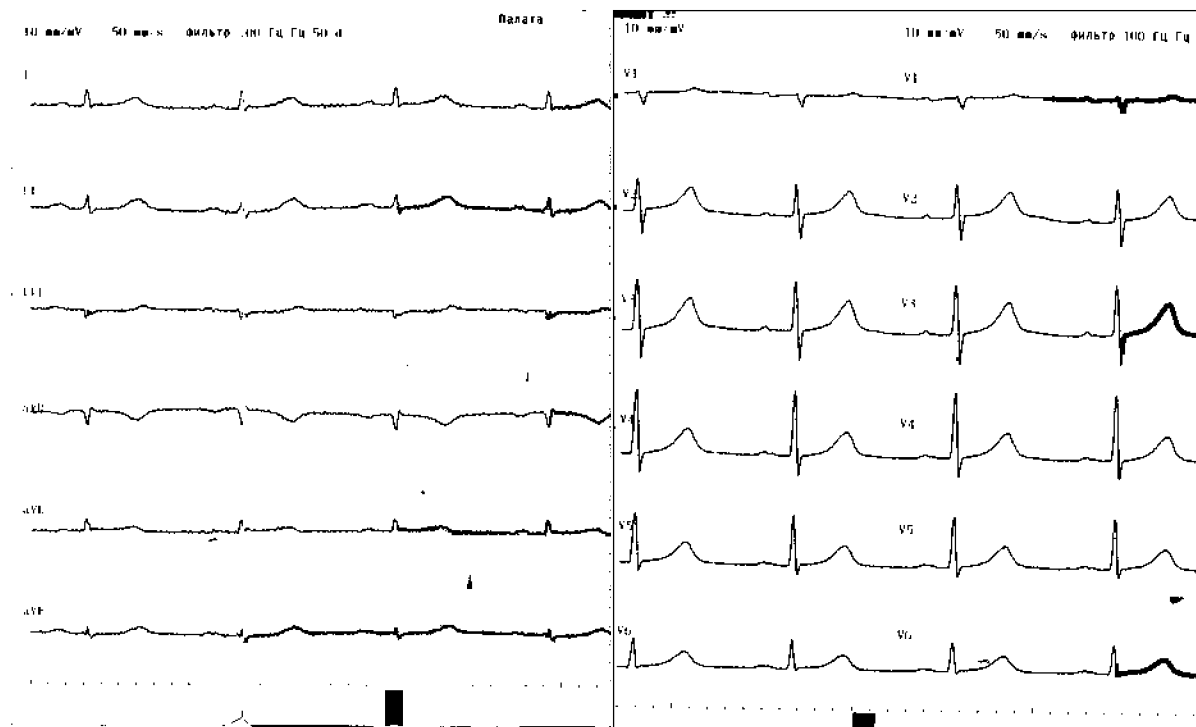


Рис. 1. ЭКГ на момент поступления(04.02.11)
Отмечается подъём точки j в отведении aVL, I до 1 мм

С целью определения характера и степени поражения коронарных артерий и дальнейшей тактики лечения в 18.40 (4.02.2011) больному была проведена коронарография (КГ). На серии коронарограмм визуализированы:

ствол левой коронарной артерии (ЛКА) – без признаков патологии, передняя межжелудочковая артерия(ПМЖА) – стеноз 30% в проксимальной трети, стеноз более

80% на границе проксимальной и средней трети, стеноз 50% в средней трети; огибающая артерия (ОА) – окклюзия на границе проксимальной и средней трети, через внутри- и межсистемные анастомозы происходит заполнение дистального русла; диагональная ветвь (ДВ) – протяженный стеноз 40% ; правая коронарная артерия (ПКА) – стеноз 30% в проксимальной трети, протяженный стеноз 40% в средней трети; задняя межжелудочковая артерия (ЗМЖА) – формируется из ПКА, стеноз 30% в устье. Тип коронарного кровоснабжения – правый.

Учитывая клиническую картину, данные проведенного обследования и данные выполненной коронароангиографии, было принято решение выполнить реканализацию окклюзии ОА с последующей баллонной ангиопластикой и стентированием ОА. В зоне стеноза на границе проксимальной и средней трети ОА выполнена баллонная ангиопластика однократным раздуванием баллона, имплантирован стент Kaname (D – 3,5 мм L- 28 мм), в проксимальной трети установлен стент Kaname (D – 4,0 мм L- 18 мм). Послеоперационный период протекал без особенностей. Больному был проведен гемостаз в условиях ОРИТ, на 2-й день больной переведен в общую палату.

В последующих биохимических анализах уровень КФК от 5.02.11 составил 3052 ед/л, АЛТ 298 Ед/л; от 14.02.11 КФК 111 Ед/л, АЛТ 24 Ед/л. Консервативно пациент получал зилт 75 мг, аторис 10 мг, амприлан 2,5 мг, беталок-зок 25 мг*2 раза, аспирин 125 мг.

8.02.11 больному проведена Стресс-ЭхоКГ. До нагрузки: небольшая гипокинезия заднего, бокового сегментов на срединном и базальном уровне. После нагрузки: новых зон нарушения локальной сократимости не выявлено.

За время пребывания в стационаре динамики на ЭКГ не выявлено. На серии ЭКГ отмечался подъем точки j на 1 мм, изменений сегмента ST, зубца Т не выявлено. Состояние существенно улучшилось по субъективным параметрам – больного не беспокоила ангинозная боль, одышка в покое и при выполняемой нагрузке, нормализовались лабораторные показатели.

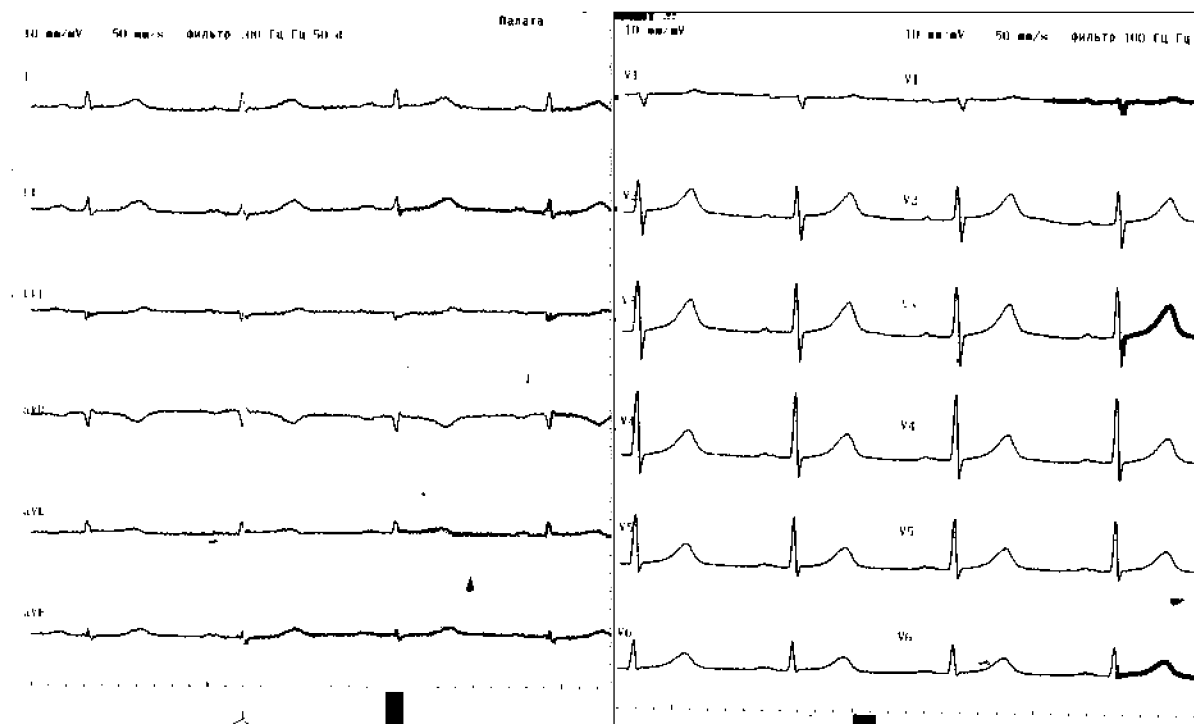


Рис. 2 ЭКГ от 07.02.11

Больной был выписан на 11-й день с диагнозом: ИБС. Не-Q инфаркт миокарда задне-боковой области ЛЖ от 04.02.11 г. Острая левожелудочковая недостаточность, Killip1 (4.02.11 г.). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий по данным коронарной ангиографии от 04.02.11 г. Реканализация окклюзии огибающей артерии, транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием огибающей артерии

стендами Kaname (4,0-18), Kaname (3,5-28), RyujinPlus (2,0-20) от 04.02.11 г. Атеросклероз аорты, аортального клапана. ХСН IIА стадии. ПФК.

Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая нормотония, риск 4.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что не всегда изменения на ЭКГ соответствуют реальному состоянию коронарного кровоснабжения, и обширная зона повреждения может быть диагностирована лишь по данным лабораторных показателей, что в данном случае подтвердилось и данными коронароангиографии.

Литература

1. Оганов, Р.Г. Болезни сердца. Руководство для врачей / Р.Г. Оганов, И.Г. Фомина – М., 2006 – С. 115.
2. Руксин, В.В. Неотложная кардиология / В.В. Руксин. – СПб.: Невский диалект, 2007. – 511 с.
3. Сторожаков, Г.И. Руководство по кардиологии / Г.И. Сторожаков, А.А. Горбаченков, Ю.М. Поздняков. В 4 т. – М., 2002-2003. – С. 18.
4. Сыркин, А.Л. Неотложная кардиология / А.Л.Сыркин. – М.: МИА, 2004. – 235 с.
5. Initial Q waves accompanying ST-segment elevation at presentation of acute myocardial infarction and 30-day mortality in patients given streptokinase therapy: an analysis from HERO-2.
6. Pexelizumab for Acute ST-Elevation Myocardial Infarction in Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Randomized Controlled Trial. JAMA, 2007.

CLINICAL CASE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OF THE PATIENT WITH STENOSING ATHEROSCLEROSIS OF THE CORONARY ARTERIES WITHOUT ESSENTIAL EKG CHANGES

U.A. BAIBACKOVA¹
S.L. KONSTANTINOV²
D.N. PERUCKIY²
D.S. RYABCHENKO²
O.A. EFREMOVA¹
E.A. SHERBAN¹

¹⁾ *Belgorod National
Research University*

²⁾ *Regional clinical hospital
St. Ioasafa, Belgorod*

e-mail: doctor.ullia@mail.ru

The article describes the atypical clinical case of acute myocardial infarction of the patient with stenosing atherosclerosis of the coronary arteries according to coronarography findings. The pre-admission stage was marked with expressed anginous pain without essential EKG changes. During the first day EKG showed the syndrome of early ventricle repolarization, the increase of transaminase and creatine phosphokinase. The coronarography with the following stenting was performed for the patient.

Key words: myocardial infarction, syndrome of early repolarization, coronarography, stenting.