

*Метелев Илья Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии,
Кировский государственный медицинский университет, г. Киров*

*Никитина Елена Александровна, к.м.н., доцент кафедры внутренних
болезней, Кировский государственный медицинский университет, г. Киров*

*Чичерина Елена Николаевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
внутренних болезней, Кировский государственный медицинский университет,
г. Киров*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТКИ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МИОКАРДИАЛЬНЫМ МОСТИКОМ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ

Аннотация: представлен клинический случай впервые возникшей стенокардии напряжения при интенсивной нагрузке у пациентки среднего возраста с низкой претестовой вероятностью ишемической болезни сердца, положительным стресс-тестом и выявленным миокардиальным мостиком передней нисходящей коронарной артерии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, аномалии коронарных артерий, миокардиальный мостик, коронарография, стресс-тест.

Annotation: the article presents a clinical case of newly developed angina pectoris during intense exercise in a middle-aged patient with a low pretest probability of coronary heart disease, a positive stress test and a myocardial bridge of the anterior descending coronary artery.

Key words: coronary heart disease, coronary artery anomalies, myocardial bridge, coronary angiography, stress test.

Сердечно-сосудистые заболевания широко распространены и являются

ведущей причиной смерти в мире. Каждый второй случай летальности от них связан с острой или хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) [1]. Наиболее распространенной причиной ишемии миокарда является обструктивный атеросклероз и атеротромбоз коронарных артерий. Однако причиной как стенокардии, так и инфаркта миокарда могут быть другие состояния, вызывающие снижение кровотока по коронарным артериям (КА) или выраженное увеличение потребности миокарда в кислороде. К ним относятся гипертрофия стенок левого желудочка (ЛЖ) при системной гипертензии, сенильном аортальном стенозе или гипертрофической кардиомиопатии, тахи- и брадиаритмии, тяжелая анемия, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, вазоспазм, а также различные аномалии развития КА [2].

Обычно КА расположены субэпикардially и окружены соединительной тканью. Миокардиальный мостик – врожденная аномалия, при которой сегмент КА проходит не в обычном месте, а в толще миокарда. Наиболее часто они встречаются в бассейне левой КА и на протяжении всей жизни остаются бессимптомными. Однако при определенных условиях (увеличение пред- и постнагрузки, выраженная гипертрофия миокарда, интоксикации и иногда психоэмоциональное возбуждение) наличие этой аномалии может приводить к несоответствию перфузии миокарда его потребности и появлению клинической картины стенокардии [3].

Пациент Б., 46 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на появившуюся в течение месяца загрудинную боль с иррадиацией в шею при интенсивной физической нагрузке (ходьба на лыжах и плавание в бассейне). Амбулаторно обращалась в медицинский центр, выявлены гиперхолестеринемия и динамические изменения ST-T по данным суточного мониторирования ЭКГ. Направлена в КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии» для уточнения диагноза.

Объективный статус при поступлении. Рост 175 см, вес 83 кг, индекс массы тела 27,1 кг/м². Состояние относительно удовлетворительное. Кожные

покрыты и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 68 в мин. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторного обследования: гемоглобин 153 г/л, гематокрит 47%, лейкоциты 5,3 тыс. в мкл, тромбоциты 210 тыс. в мкл, общий холестерин 9,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 6,0 ммоль/л, высокочувствительный тропонин I 0,003 нг/мл (референс 0-0,014 нг/мл), глюкоза 6,2 ммоль/л, креатинин 88 мкмоль/л, расчетная скорость клубочковой фильтрации 68 мл/мин/1,73 м², калий 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ при поступлении и во время госпитализации синусный ритм с неспецифическими изменениями ST-T.

По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий атеросклеротических изменений не выявлено.

По данным трансторакальной эхокардиографии полости сердца не расширены, гипертрофии камер нет, сократительная способность желудочков не нарушена, нарушение региональной сократимости ЛЖ не выявлено, клапаны без значимых изменений и нарушения функции, нормальное значение расчетного давления в легочной артерии, диастолическая функция ЛЖ не нарушена.

Выполнена стресс-эхокардиография на исходном фоне с использованием тредмила. Была выполнена нагрузка, эквивалентная 7 метаболическим единицам. Тест прекращен на 3 ступени стандартного протокола Bruce при ЧСС 156 в мин (90% максимальной по ВОЗ) в связи с появлением у пациентки выраженного дискомфорта за грудиной с иррадиацией в шею на фоне нарастающей одышки, которые купировались на 1-2 минутах восстановительного периода, на фоне выраженных изменений реполяризации – появления распространенной депрессии сегмента ST до 0,25 mV. Реакция гемодинамики нормотензивная, максимальный уровень АД составил 160/90 мм

рт.ст. Значимые нарушения ритма и проводимости сердца в ходе исследования не зарегистрированы. Посттредмил выявлено нарушение сократимости передней и боковой областей ЛЖ. Прирост фракции выброса составил 8%. Сократительный резерв снижен (1,9). Диастолический тест положительный (E/e' 14,4 в сочетании с приростом максимальной скорости регургитации на трехстворчатом клапане до 2,8 м/с).

Терапевтические и диагностические мероприятия проводились в полном соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» 2020 г. Пациентка получала аспирин 100 мг, клопидогрел 75 мг, эноксапарин 80 мг подкожно дважды в сутки, метопролол 50 мг, амлодипин 2,5 мг, периндоприл 4 мг, аторвастатин 40 мг.

В связи с полученными данными пациентка переведена в региональный сосудистый центр КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» для проведения коронарной ангиографии (КАГ) и определения тактики дальнейшего ведения.

По данным КАГ правый тип коронарного кровотока, миокардиальный мостик передней нисходящей артерии в среднем сегменте. Учитывая положительный результат стресс-теста пациентка направлена в федеральный центр для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике.

Таким образом, у пациентки среднего возраста с низкой претестовой вероятностью ИБС и клинической картиной впервые возникшей типичной стенокардии напряжения при интенсивной нагрузке выявлено динамическое обструктивное поражение передней нисходящей артерии – миокардиальный мостик. В связи с совокупностью полученных клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентке рекомендовано оперативное лечение в условиях федерального центра.

Библиографический список:

1. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации

2020 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 11. – С. 201-250.

2. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 4. – С. 149-202.

3. Анатомическая характеристика миокардиальных мышечных мостиков коронарных артерий / Л. А. Бокерия [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН сердечно-сосудистые заболевания. – 2010. – Т. 11, № 3. – С. 180-183.