

Штаталова А.А.¹ (2680-6664)

К ВОПРОСУ О СИНДРОМНОЙ СТЕНОКАРДИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева, д. 6, Россия

Резюме. Представлено собственное клиническое наблюдение в клинике госпитальной терапии пациента молодого возраста с предварительным диагнозом ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения. На основании проведенного комплексного клинического и лабораторно-инструментального обследования, включавшего в себя стресс-эхокардиографию, коронароангиографию, КТ-коронароангиографию и мультиспиральную КТ (МСКТ) диагностирован аортальный порок сердца: аортальная недостаточность. Признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий не выявлено. Проведение дифференциального диагноза между стенокардией напряжения, вазоспастической стенокардией, микроваскулярной стенокардией, позволило диагностировать синдром стенокардии как проявление вторичной ишемии миокарда на фоне порока сердца.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, вазоспастическая стенокардия, микроваскулярная стенокардия, аортальная недостаточность.

Shatalova A.A.¹

CLINICAL CASE OF SYMPTOMATIC STENOCARDIA

¹ S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense of the Russian Federation, St. Petersburg, 194044, Academica Lebedeva str., 6, Russia

Abstract. A personal clinical observation made in clinic of hospital therapy with a young-aged patient with a preliminary diagnosis of ischemic heart disease, effort angina is presented. On the basis of an integrated clinical and laboratory and instrumental examination, which included stress echocardiography, koronarangiography, CT koronarangiography and multispiral CT (MSCT) aortic heart defect - aortic insufficiency was diagnosed. Signs of atherosclerotic coronary arteries were not revealed. Carrying out differential diagnosis between typicalstenocardia, vasospasticstenocardiaand microvascularstenocardia, allowed to identify secondary angina syndrome as a sign of secondary ischemia of miocard related to cardiac anomaly.

Key words: ischemic heart disease, effort angina, vasospastic angina, microvascular angina, aortic insufficiency.

Введение. Дифференциальный диагноз синдрома боли в области сердца продолжает быть актуальным. Особенную значимость имеет эта проблема при ведении пациентов молодого возраста. Типичная стенокардия, как проявление ишемической болезни сердца (ИБС) у данного контингента встречается достаточно часто, и имеет определенные клинко-диагностические критерии. Однако, в реальной практике, нередко возникает необходимость проведения верификации диагноза при атипичной стенокардии или синдромной стенокардии. Как известно, к ИБС в настоящее время относят состояния, проявляющиеся атипичным болевым синдромом, а именно: вазоспастическую стенокардию (ВС) и микроваскулярную стенокардию (МС). В основе ВС лежит спазм коронарных артерий, который может привести к ишемии миокарда. МС – это стенокардия при неизменных коронарных сосудах (кардиальный синдром X). Основными причинами синдромной стенокардии, с которой необходимо проводить дифференциальную диагностику, могут быть следующие: неатеросклеротическое поражение коронарных артерий; клапанные пороки и аномалии сердца; гипертрофическая кардиомиопатия; артериальная гипертензия; заболевания крови; гипертиреоз и другие.

Цель исследования. Проведение дифференциального диагноза при синдроме стенокардии у военнослужащего молодого возраста. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной 3., офицер, 42 года. Поступил в клинику госпитальной терапии ВМедА в 2018 году с жалобами на периодические кратковременные колющие (иногда интенсивные) боли в области нижней трети грудины, не связанные с физической нагрузкой, а также с эмоциональным напряжением. Эпизодов боли в ночное время пациент не отмечал. Из анамнеза известно, что с 2010 года пациента стали беспокоить эпизоды давящей, колющей боли в прекардиальной области, без связи с физической нагрузкой, одышка при интенсивной физической нагрузке. При обследовании в клинике была впервые заподозрена стенокардия. Основанием для диагностики ИБС явился положительный ишемический стресс-тест при выполнении велоэргометрии. Рекомендована повторная госпитализация через 3 мес. После выписки из клиники принимал антиагреганты и бета-блокаторы в течение трех месяцев с положительным эффектом. До 2017 года пациент чувствовал себя удовлетворительно и за медицинской помощью не обращался.

В 2018 году пациент был направлен в клинику госпитальной терапии для верификации диагноза ИБС. По данным анамнеза жизни известно, что пациент курил 20 лет, до 2014 года. На данный момент не курит. Семейный анамнез отягощен – мать пациента страдала ИБС. На момент госпитализации состояние пациента было удовлетворительным, сознание ясным. Границы относительной сердечной тупости не изменены. При аускультации в вертикальном положении тоны сердца ослаблены, ритмичные. Пульс 76. АД 125/80 мм рт. ст. По другим органам и системам без патологии.

В клинике пациенту было выполнено лабораторно-инструментальное обследование. В ходе проведения лабораторных исследований значимых нарушений лабораторий липидного, углеводного и других видов обмена веществ, а также отклонения от нормы других показателей не выявлено. При проведении рентгенографии органов грудной полости выявлено: легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Синусы свободны. Сердце не расширено. Аорта уплотнена, удлинена и развернута. По результатам ЭКГ,

суточного мониторирования ЭКГ ишемических изменений не обнаружено. По результатам ЭхоКГ диагностировано: отсутствие признаков гипертрофии стенок и дилатации полостей сердца, расширение синусов Вальсальвы (4,3 см), дегенеративный порок аортального клапана, аортальная недостаточность второй степени. Признаков систолической и диастолической недостаточности левого желудочка не выявлено. По результатам стресс-эхокардиографии ишемический стресс-тест положительный. При проведении триплексного сканирования брюшной аорты признаков патологии не обнаружены.

Пациент был консультирован кардиохирургом: рекомендовано выполнение коронарографии (КАГ) с целью определения дальнейшей лечебно-диагностической тактики. Показаний к хирургической коррекции аортального порока на момент осмотра не выявлено. Пациенту была выполнена КАГ. Заключение: левый тип кровоснабжения миокарда. Ангиографических признаков поражения коронарного русла нет.

Таким образом, с учетом клинических проявлений: наличия боли в области сердца вне связи с физическим напряжением и положительного ишемического стресс-теста у пациента имеет место синдром стенокардии. По данным КАГ у пациента отсутствуют атеросклеротические поражения сосудов сердца. Особенности болевого синдрома, отсутствие приступов в ночное время, типичных изменений ЭКГ не позволяют отнести данный случай к проявлениям ВС. Атипичные проявления стенокардии позволяют заподозрить МС. Синонимом этой разновидности стенокардии, как известно, является термин «коронарный синдром Х». Для МС характерно сочетание 3 признаков: синдром стенокардии (типичный или атипичный); выявление признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочных ЭКГ-проб (тредмил, ВЭМ, ЧПЭС) и визуализирующих исследований (в большинстве случаев – сцинтиграфия миокарда; или – стресс-ЭхоКГ); выявление при КАГ нормальных или малоизмененных крупных и средних коронарных артерий. С учетом наличия атипичной стенокардии, положительных ишемических стресс-тестов и отсутствия ангиографических признаков поражения коронарного русла, данный диагноз имеет право на существование. Таким образом, у пациента был установлен предварительный диагноз: «ИБС. Микроваскулярная стенокардия. Порок аортального клапана. Аортальная недостаточность II степени».

С целью подтверждения диагноза пациенту была проведена КТ-коронарография с оценкой состояния перфузии миокарда. Выполнена синхронизированная с ЭКГ МСКТ (мультиспиральная КТ) области сердца до и после внутривенного болюсного введения контрастного вещества («Ультравист»), а также с нагрузкой (АТФ). Заключение: выявлено минимальное атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Гипоплазия RSA. Участков преходящей ишемии не выявлено.

Таким образом, по результатам исследования изменений в микроциркуляторном русле не выявлено, что не подтверждает диагноза МС. Проведенные исследования предполагают наличие у пациента иной причины для синдрома стенокардии. Как указано, у пациента впервые при обследовании в клинике диагностирован порок аортального клапана – аортальная недостаточность 2 степени. Как известно, аортальная недостаточность может быть результатом врожденного порока развития створок аортального клапана и/или аномалиями геометрии корня и восходящего отдела аорты. Наиболее распространенным этиологическим фактором являются дегенеративная недостаточность трех- или двустворчатого аортального клапанов. Наиболее частая причина в последнее время связана с заболеванием (аневризмой) восходящей аорты и двустворчатым аортальным клапаном, в 50% причиной порока являются дегенеративные изменения аортального клапана. Более редкими причинами могут быть ревматизм (15%), атеросклероз, инфекционный эндокардит (8%). В связи с отсутствием у пациента ревматического анамнеза, сведений о перенесенном инфекционном эндокардите, клинических проявлений диффузных заболеваний соединительной ткани, характерных изменений «острофазовых» показателей, генез порока остается не ясен. Вероятнее всего имеет место генетически обусловленная патология.

Важным следствием недостаточности аортального клапана является возникновение недостаточности коронарного кровообращения, что объясняется двумя основными причинами, связанными с особенностями внутрисердечной гемодинамики при этом пороке: низким диастолическим давлением в аорте или высоким внутримиекардиальным напряжением стенки ЛЖ во время систолы желудочка. Как известно, наполнение коронарного сосудистого русла ЛЖ происходит во время диастолы, когда падает внутримиекардиальное напряжение и диастолическое давление в полости ЛЖ и, соответственно, быстро возрастает градиент давления между аортой (около 70–80 мм рт. ст.) и полостью ЛЖ (5–10 мм рт. ст.), который и определяет коронарный кровоток. Понятно, что снижение диастолического давления в аорте приводит к уменьшению аортально-левожелудочкового градиента, и коронарный кровоток значительно падает. При выраженной дилатации желудочка закономерно увеличивается внутримиекардиальное напряжения его стенки. В результате резко возрастают работа ЛЖ и потребность миокарда в кислороде, которая не обеспечивается полностью коронарными сосудами, функционирующими в неблагоприятных с гемодинамической точки зрения условиях. При наличии аортальной регургитации на фоне аортальной недостаточности у пациентов может иметь место синдром стенокардии. Болевой синдром несколько отличается от типичной стенокардии. Хотя в ряде случаев боли могут быть сжимающими и локализующимися за грудиной, но чаще они бывают более продолжительными, чем типичный приступ стенокардии, и не имеют четкой связи с физической нагрузкой.

Выводы. Таким образом, в ходе проведения обследования данных за наличие ИБС у пациента не выявлено. Заключительный диагноз: «Дегенеративный порок аортального клапана. Аортальная недостаточность II степени». Синдром стенокардии в этой связи является проявлением вторичной ишемии

миокарда, обусловленной наличием аортального порока. Пациенту показано динамическое наблюдение с проведением ЭхоКГ каждые 3 месяца. Необходимо проводить консультации кардиохирурга с целью определения показаний для хирургической коррекции порока.

Литература

1. Аортальная регургитация. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения. – 2016.
2. Каменская О.В., Клинкова А.С., Булатецкая Л.М., Железнев С.И., Шматов Д.В., Астапов Д.А., Демин И.И. Хроническая сердечная недостаточность и состояние микроциркуляции стенок камер сердца у пациентов с аортальным стенозом // Журнал сердечная недостаточность. - 2010. - Т. 11, № 6 (62). - С. 355-359.
3. Королева Б.Е. Дегенеративная аортальная недостаточность // Клиническая больница. - 2013. - № 1 (4). - С. 77.
4. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А., Гендлин Г.Е., Глезер М.Г., Готье С.В., Довженко Т.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г., Перепеч Н.Б., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шевченко А.О., Арутюнов Г.П. и др. Клинические рекомендации ОССН - РКО - РНМОТ. сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). диагностика, профилактика и лечение // Кардиология. - 2018. - Т. 58, № S6. - С. 8-158.
5. Молчанова А.Р., Вялова Т.А., Долгушина А.И., Шумакова О.А., Шамаева Т.Н., Кузнецова А.С. Исследование уровня комплаентности у больных с различными формами ИБС // Актуальные проблемы полипатологии мат-лы X Всерос. науч.-практ. конференции, посвященной 80-летию заслуженного деятеля науки РФ профессора Калева Олега Федоровича. - 2018. - С. 103-106.
6. Наднациональные (международные) рекомендации по структурным аномалиям сердца // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2018. - Т. 13, № 1-2. - С. 272-324
7. Одинцов В.О., Шкет А.П., Шумовец В.В., Спиридонов С.В., Щетинко Н.Н., Островский Ю.П. Недостаточность аортального клапана при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии // Медицинский журнал. - 2016. № 3 (57). - С. 84-92.
8. Рекомендации ESC/EACTS 2017 по лечению клапанной болезни сердца. Российский кардиологический журнал. - 2018. - 23(7). - С103–155.
9. Аронов, Д.М. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / Д.М. Аронов и др. // Российские рекомендации (V пересмотр) / Национальное Общество по изучению Атеросклероза (, Российское кардиологическое общество (, Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики. Москва, 2012. - 29 с.
10. Симоненко, В.Б. Основы кардионеврологии / В.Б. Симоненко и др. // Москва, 1998. - 292 с.
11. Симоненко, В.Б. Основы кардионеврологии / В.Б. Симоненко и др. // Москва, 2001. Сер. Руководство для врачей (2-е издание, переработанное и дополненное) – 238 с.
12. Кушаковский, М.С. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь): причины, механизмы, клиника, лечение / М.С. Кушаковский // Санкт-Петербург, 2002. (5. издание, дополненное и переработанное) - 415 с.
13. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца. Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение / М.С. Кушаковский // Руководство для врачей / Санкт-Петербург, 2004. (3-е издание, исправленное и дополненное) - 669 с.
14. Симоненко, В.Б. Артериальная гипертензия при экстремальных ситуациях / В.Б. Симоненко и др. // Клиническая медицина. 2007. Т. 85. № 10. С. 1-10.
15. Симоненко В.Б., Фисун, А.Я. Антигипоксанта в лечении острого коронарного синдрома / В.Б. Симоненко и др. // Врач. 2001. № 4. С. 28.
16. Prystupa T. и др. Impact of athletic recovery parameters of hemodynamics in disabled powerlifters with cerebral palsy / Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2017. № 3. С. 131-138.