

А.Б. Таштаналиев, М.К. Образцова, Е.О. Быков, А.Г. Павлова

СЛУЧАЙ Q-ВОЛНОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ

МАУЗ «Клиническая больница № 1» (Иркутск)

В данной работе представлен клинический случай Q-волнового инфаркта миокарда у молодой женщины 35 лет. Пациентка предъявляла жалобы на боли, нехарактерные для стенокардии. В этой связи первоначальный диагноз был выставлен неверно. Через 3 месяца был диагностирован инфаркт миокарда в стадии рубцевания. Для определения дальнейшей тактики лечения была проведена коронароангиография и рекомендовано стентирование критического стеноза передней нисходящей артерии. Для профилактики подобных случаев следует рутинно использовать метод электрокардиографии во всех случаях болевого синдрома в области шеи, грудной клетки у молодых женщин.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца у молодых женщин, Q-волновой инфаркт миокарда, электрокардиография, коронароангиография

THE CASE OF Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION IN A 35-YEARS-OLD FEMALE

A.B. Tashtanaliev, M.K. Obratsova, O.E. Bykov, A.G. Pavlova

Clinical Hospital N 1, Irkutsk

The article presents a case of Q-wave myocardial infarction in a young woman of 35 years old. The patient complained of pains not typical for angina pectoris. Therefore, the initial diagnosis was incorrect. After 3 months myocardial infarction of cicatrization stage was diagnosed. For definition of further tactics of treatment we used coronary angiography and recommended stenting of critical stenosis on left anterior descending artery. For prophylactics of this case electrocardiography should be routinely used in all the cases of pain in the neck and thorax in young women.

Key words: coronary heart disease in young women, Q-wave myocardial infarction, electrocardiography, coronary angiography

На протяжении длительного времени ишемическая болезнь сердца (ИБС) рассматривалась как сугубо «мужская болезнь». Исходя из данного положения, в последние 2–3 десятилетия основная просветительская работа системы здравоохранения в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний была направлена на лиц мужского пола. В этой связи прослеживается определенная тенденция к снижению частоты проявлений ИБС у мужчин, однако все чаще стали фиксироваться случаи инфаркта миокарда (ИМ) у лиц женского пола [1, 3, 4, 8, 10, 15].

Особую обеспокоенность вызывает еще и тот факт, что ИМ все чаще стал диагностироваться у молодых женщин с сохраненным менструальным циклом и находящихся в детородном возрасте. Известно, что помимо традиционных факторов риска развития ИБС, в литературе описаны и другие причины возникновения данного серьезного заболевания у молодых женщин. Так, одними из причин, приводящих к ИМ у данной категории пациентов, могут быть нарушение свертываемости крови вследствие коллагенозов, приема оральных контрацептивов. Возможны спонтанные диссекции коронарных артерий, аномалии их формирования, а также описаны случаи коронарного тромбоза у лиц, употребляющих кокаин, который приводит к резкому спазму коронарных артерий [1, 2, 7, 9, 13, 14].

Большую настороженность вызывает «неклассическая» картина начала заболевания, а именно

отсутствие характерного болевого синдрома и локализация последнего. Молодые женщины могут жаловаться на непонятные боли в области шеи, шейного отдела позвоночника, в области плеч, на тошноту, а иногда и просто на общую слабость [5, 6, 8].

Данный неспецифический симптомокомплекс часто приводит к ошибке в постановке правильного первичного диагноза и дальнейшим некорректным тактическим действиям. В конечном итоге все заканчивается поздним обращением за высококвалифицированной медицинской помощью со всеми вытекающими неблагоприятными последствиями.

В связи с этим целью данного сообщения является демонстрация такого клинического случая ИМ у молодой женщины 35 лет.

В марте 2012 года в отделение кардиологии МАУЗ «Клиническая больница № 1» поступила пациентка П., 35 лет, с жалобами на тянущие боли в области грудной клетки, которые не купировались приемом нитроглицерина. Из анамнеза болезни стало известно, что пациентка в ноябре 2011 г. обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника и верхнем плечевом поясе. Данные жалобы были расценены как проявления шейно-грудного остеохондроза. Пациентке был назначен прием миодокalma, местно — нестероидные противовоспалительные мази, сеансы массажа шейного отдела позвоночника, посещение физиокабинета. Однако несмотря

на полученное лечение, жалобы на боли в шейном отделе позвоночника не купировались. Спустя три месяца, помимо постоянного болевого синдрома больная стала отмечать появление одышки при физической нагрузке. Женщина по собственной инициативе обратилась в диагностический центр, где была снята электрокардиограмма (ЭКГ), на которой были выявлены признаки перенесенного переднего ИМ. Пациентке было рекомендовано дальнейшее наблюдение и лечение в условиях специализированного стационара.

Из анамнеза жизни известно, что больная росла и развивалась нормально. Получила высшее педагогическое образование. Возраст наступления менархе — 14 лет. В 25 лет у пациентки была беременность, которая протекала без осложнений и закончилась родами с помощью кесарева сечения. В настоящее время менструальная функция сохранена. Семейный анамнез отягощен: отец перенес острый инфаркт миокарда. У матери — гипертоническая болезнь.

При общем осмотре состояние пациентки относительно удовлетворительное. Кожные покровы без признаков акроцианоза. Больная имела избыточную массу тела, что соответствовало I сте-

пени ожирения (индекс массы тела — 30,8 кг/м²). Аускультативная картина легких и сердца без патологий. Артериальное давление было повышено и составило 154/82 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 71 ударов в минуту. В общих анализах крови и мочи патологии не выявлено. Сахар крови — 4,7 ммоль/л. Биохимия крови: общий билирубин, ферменты печени, коагулограмма в норме. Спектр липидов в целом оказался в пределах нормальных значений: общий холестерин — 2,74 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности составили 1,15 ммоль/л, отмечено незначительное снижение липопротеидов высокой плотности — до 0,88 ммоль/л.

Инструментальные методы исследования выявили следующую картину. На снятой в отделение ЭКГ признаки перенесенного ИМ передней стенки с формированием патологического зубца QS в отведениях V1 — V2 (рис. 1).

По данным холтеровского ЭКГ-мониторирования была отмечена депрессия сегмента ST до 2 мм в отведениях с V1 по V5 при физической нагрузке (рис. 2).

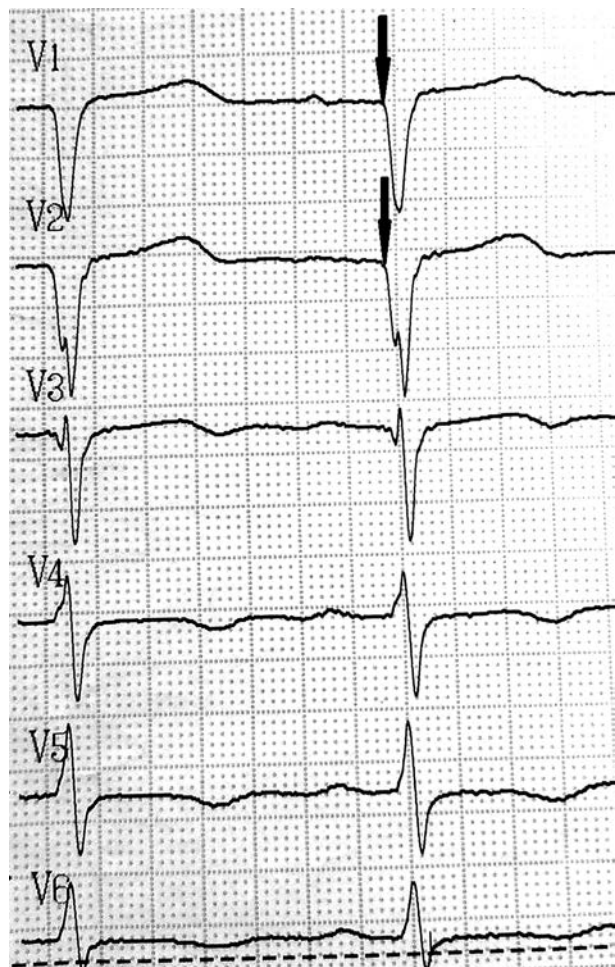


Рис. 1. ЭКГ инфаркта миокарда передней стенки, стадия рубцевания (стрелками указаны патологические зубцы QS).

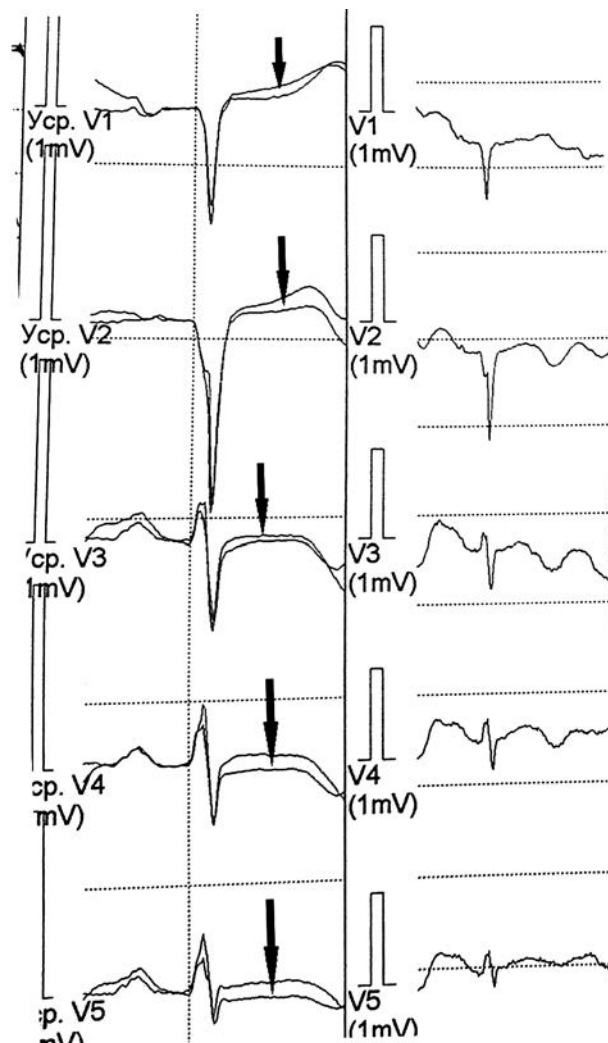


Рис. 2. ЭКГ при холтеровском мониторинге (стрелками указана депрессия сегмента ST).

Эхокардиографическое исследование выявило акинезию верхушечного сегмента, обширный гипокинез передней стенки левого желудочка, а также минимальную митральную регургитацию. Не исключена вероятность формирования аневризмы левого желудочка.

Учитывая ишемическую динамику по данным холтеровского мониторирования, для определения дальнейшей тактики лечения пациентке было рекомендовано проведение коронароангиографического исследования (КАГ). Селективная КАГ была выполнена в условиях ангиографического кабинета при отделении сосудистой хирургии на ангиографическом комплексе Shimadzu Digitex 2400 (Япония). По данным КАГ, было установлено однососудистое поражение коронарных артерий, а именно резидуальный критический стеноз передней нисходящей артерии (ПНА) в ее проксимальной части (рис. 3). В остальных бассейнах коронарных артерий поражений не выявлено.

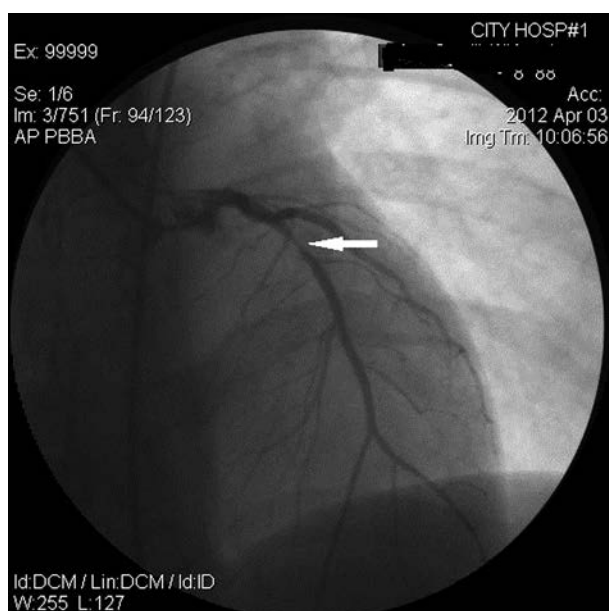


Рис. 3. Ангиограмма левой коронарной артерии (стрелкой указан критический стеноз в ПНА).

Медикаментозное лечение в условиях стационара включало в себя назначение прямых антикоагулянтов, ацетилсалициловой кислоты, препаратов клопидогреля, β -блокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и статинов. В результате проведенного комплексного исследования больной в обязательном порядке было рекомендовано проведение баллонной ангиопластики и стентирование критического стеноза ПНА в условиях областной клинической больницы.

Приведенный выше клинический случай можно считать показателем в плане характеристики болевого синдрома у молодой пациентки. Боли у молодых женщин в области грудной клетки могут иметь как кардиальный, так и экстракардиальный генез, а также, что немаловажно, причина их возникновения может быть одновременной. В любом случае больные с непонятной болью в груди и при

наличии сердечно-сосудистых факторов риска всегда должны быть надлежащим образом обследованы [1, 11]. При этом всегда нужно помнить, что в основном у молодых здоровых женщин одним из этиологических факторов развития ИМ является спонтанная диссекция коронарных артерий, которая в большинстве случаев заканчивается фатально [12].

Касаемо приведенного случая, следует подчеркнуть, что поводом для регистрации ЭКГ при первом обращении больной в поликлинику все же имелся, а именно: наличие у пациентки факторов риска, таких, как повышенный вес, артериальная гипертензия и отягощенный анамнез, но, к сожалению, этого сделано не было.

Таким образом, представленное сообщение демонстрирует, как важно отнестись внимательно к жалобам на болевой синдром у молодых женщин и не пренебрегать рутинным методом диагностики, а именно проведением ЭКГ исследования, даже когда боли и их локализация совершенно не характерны для типичного приступа стенокардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический случай: инфаркт миокарда у пациентки 32 лет, страдающей дерматомиозитом / О.О. Шахматова, Ю.Ю. Курбатова, Т.В. Попкова [и др.] // Кардиологический вестник. — 2010. — Т. XVII, № 2. — С. 87–94.
2. 32-year-old woman, 3 weeks post partum, with substernal chest pain / S.S. Marc, A.J. Farouc, P.N. Staats [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 363. — P. 1164–1173.
3. Arnold A.Z., Moodie D.S. Coronary artery disease in young women: risk factor analysis and long-term follow-up // Cleve Clin. J. Med. — 1993. — Vol. 60. — P. 393–398.
4. Charney P. Coronary artery disease in women: what all physicians need to know // Philadelphia: American College of Physicians. — 1999. — 615 p.
5. Chest pain in women: clinical, investigative, and prognostic features / A.K. Sullivan, D.R. Holdright, C.A. Wright [et al.] // BMJ. — 1994. — Vol. 308. — P. 883–886.
6. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry) / P.J. Kudenchuk, C. Maynard, J.S. Martin [et al.] // Am. J. Cardiol. — 1996. — Vol. 78. — P. 9–14.
7. Double vessel extension of spontaneous left main coronary artery dissection in young women treated with thrombolysis / I. Zupan, M. Noc, D. Trinkaus, M. Popovic // Catheter Cardiovasc. Interv. — 2001. — Vol. 52. — P. 226–230.
8. Douglas P.S., Ginsburg G.S. The evaluation of chest pain in women // N. Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 334. — P. 1311–1315.
9. Lookman L., Lange R., Schulman S. Acute myocardial infarction in two young women without significant risk factors // J. Invas. Cardiol. — 2009. — Vol. 21. — P. 3–5.

10. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry) / F.H. Zimmerman, A. Cameron, L.D. Fisher [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 1995. — Vol. 26. — P. 654—661.
11. Schey R., Villarrea A.L., Fass R. Differential diagnosis of noncardiac chest pain in adults. Noncardiac chest pain: current treatment // Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 3, N 4. — P. 255—262.
12. Spontaneous coronary artery dissection: case report and review of literature / A. Lodha, N. Mirsakov, B. Malik, J. Shani // South. Med. J. — 2009. — Vol. 102. — P. 315—317.
13. Spontaneous coronary artery dissection associated with oral contraceptive use: A case report and review of the literature / D. Evangeloua, K.P. Letsasa, P. Korantzopoulos [et al.] // Int. J. Cardiol. — 2006. — Vol. 112. — P. 380—382.
14. Steinhauer J.R., Caulfield J.B. Spontaneous coronary artery dissection associated with cocaine use: A case report and brief review // Cardiovasc. Pathol. — 2001. — Vol. 10. — P. 141—145.
15. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? The Rancho Bernardo Study / E.L. Barrett-Connor, B.A. Cohn, D.L. Wingard [et al.] // JAMA. — 1991. — Vol. 265. — P. 627—631.

Сведения об авторах

Таштаналиев Алмазбек Бекибаевич – кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения сосудистой хирургии МАУЗ «Клиническая больница № 1» (664022, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118; тел.: 8 (3952) 70-37-36; e-mail: tashtanaliev@inbox.ru)
Образцова Мария Константиновна – врач-кардиолог, заведующая отделением сосудистой хирургии МАУЗ «Клиническая больница № 1»
Быков Егор Олегович – врач-хирург отделения сосудистой хирургии МАУЗ «Клиническая больница № 1»
Павлова Анна Германовна – врач-кардиолог отделения кардиологии МАУЗ «Клиническая больница № 1»