

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

СЛУЧАЙ МИОКАРДИТА ПСЕВДОКОРОНАРНОГО ТЕЧЕНИЯ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

Гомбоева С. Б.^{1,2}, Рябов В. В.^{1,2,3}, Шелковникова Т. А.¹, Усов В. Ю.¹, Марков В. А.^{1,3}, Карпов Р. С.^{1,3}

Клинический случай демонстрирует необходимость мультимодальной визуализации сердца при дифференциальном диагнозе острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКС ПСТ) на электрокардиограмме (ЭКГ) у больных с неструктурной коронарной болезнью сердца (НКБС). Это позволило верифицировать псевдокоронарный вариант миокардита, назначить этиотропное и патогенетическое лечение. Своевременная диагностика альтернативных причин боли в грудной клетке позволит избежать назначения терапии, перенесшим острый инфаркт миокарда.

Российский кардиологический журнал 2016, 11 (139): 95–96
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-11-95-96>

Ключевые слова: острый коронарный синдром, неструктурный атеросклероз, миокардит, МРТ сердца.

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт кардиологии, Томск; ²ФГАОУ ВО Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск; ³ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск, Россия.

Гомбоева С. Б.* — аспирант отделения неотложной кардиологии, м.н.с. лаборатории трансляционной клеточной и молекулярной биомедицины,

Рябов В. В. — д.м.н., в.н.с. отделения неотложной кардиологии, в.н.с. лаборатории трансляционной клеточной и молекулярной биомедицины, профессор кафедры кардиологии, Шелковникова Т. А. — к.м.н., н.с. лаборатории томографических методов исследования, Усов В. Ю. — д.м.н., профессор руководитель лаборатории томографических методов исследования, Марков В. А. — д.м.н., профессор, руководитель отделения неотложной кардиологии, заведующий кафедрой кардиологии, Карпов Р. С. — д.м.н., профессор, академик РАН, научный руководитель.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
 gomboevasayana@gmail.com

ОКСПСТ — острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, ОИМПСТ — острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, НКБС — неструктурная коронарная болезнь сердца, МРТ — магнитно-резонансная томография сердца, ЭКГ — электрокардиограмма, Эхо-КГ — эхокардиография, РФМК — развернутый фибрин-мономерный комплекс.

Рукопись получена 30.05.2016
 Рецензия получена 08.06.2016
 Принята к публикации 20.06.2016

CASE OF PSEUDOCORONARY PRESENTATION OF MYOCARDITIS WITH ST SEGMENT ELEVATION

Gomboeva S. B.^{1,2}, Ryabov V. V.^{1,2,3}, Shelkovnikova T. A.¹, Usov V. Yu.¹, Markov V. A.^{1,3}, Karpov R. S.^{1,3}

Clinical case demonstrates the necessity for multimodal visualization of the heart in differential diagnostics of acute coronary syndrome with ST elevation in patients with non-obstructive coronary heart disease. This made possible to be sure on the diagnosis of pseudocoronary variant of myocarditis, to prescribe etiotropic and pathogenetic treatment. On-time diagnostics of alternative causes of chest pain may help to avoid unnecessary treatments related to acute myocardial infarction.

Russ J Cardiol 2016, 11 (139): 95–96
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-11-95-96>

Key words: acute coronary syndrome, non-obstructive atherosclerosis, myocarditis, cardiac MRI.

¹RI Cardiology, Tomsk; ²National Research Tomsk State University, Tomsk; ³Siberian State Medical University (SSMU), Tomsk, Russia.

Доступность ранней инвазивной стратегии лечения пациентов с ОКСПСТ выявила нередкие ситуации, в которых морфологическим субстратом ОКС является нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий или его отсутствие [1–3]. По данным разным авторов частота этих случаев от 2 до 20% [4, 5].

Мы представляем клинический случай псевдокоронарного варианта острого миокардита, расцененного врачом скорой помощи как ОКСПСТ, что послужило причиной проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе.

Пациент Н, 51 лет, госпитализирован в отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии г. Томск 17.12.2015г с жалобами на впервые возникшие интенсивные давяще-жгучие боли за грудиной, слабость, одышку, потливость.

Из анамнеза выяснено, что у больного частые герпетические высыпания на лице, лечения не получал.

В начале декабря 2015г перенес кишечную инфекцию, за медицинской помощью не обращался.

В день поступления давящие жгучие боли за грудиной возникли в покое. Бригада скорой помощи вызвана через 3,5 часа от начала заболевания. На электрокардиограмме выявлена элевация сегмента ST на 2 мВ в I, II, AVL. (рис. 1 А, Б). Диагностирован ОКСПСТ, выполнен догоспитальный тромболитический.

При поступлении риск по шкале Grace составил 4%, риск кровотечений по шкале CRUSADE — 20%. Выявлен лейкоцитоз, повышение маркеров некроза миокарда, состояние тромботической готовности (гиперфибриногенемия, увеличение РФМК).

Медикаментозная терапия проводилась согласно национальным рекомендациям по лечению больных с ОКСПСТ. В связи с сохраняющимися изменениями на ЭКГ через 90 минут от начала тромболитической

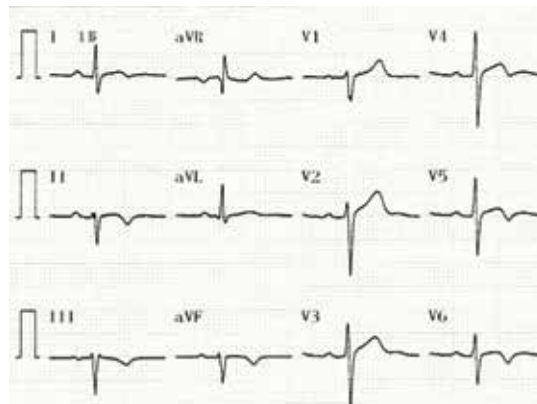
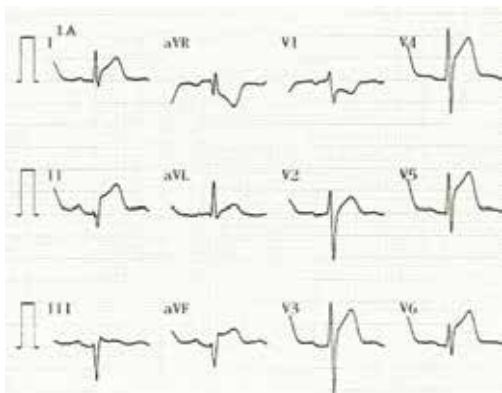


Рис. 1 (А, Б). А — ЭКГ на фоне болевого приступа. Б — ЭКГ на 8-е сутки заболевания.



Рис. 2 (А, Б, В). А — отек миокарда: усиление интенсивности сигнала (режим Fatsat Black Blood). Б — регресс отека миокарда (режим Fatsat Black Blood). В — накопление контраста в отсроченную фазу контрастирования (режим “инверсия — восстановление”).

терапии выполнено чрескожное коронарное вмешательство, закончившееся диагностической коронарной ангиографией ввиду отсутствия атеросклеротического поражения коронарных артерий.

По Эхо-КГ снижения фракции выброса, нарушений локальной сократимости, гипертрофии миокарда не выявлено.

Рецидивирование болевого синдрома, сопровождавшееся элевацией сегмента ST, повышение кардиоспецифических маркеров некроза миокарда, отсут-

ствие атеросклеротического поражения коронарных артерий обусловили дальнейший диагностический поиск.

По данным МРТ сердца, проведенной на 3-и сутки болезни, выявлено усиление МР-сигнала в режиме Fatsat Black Blood (рис. 2А) и средней интенсивности включения контрастного препарата в суб-эпикардальные отделы миокарда, без связи с определенным бассейном кровообращения, что свидетельствует о наличии воспалительных изменений в миокарде.

С учетом полученных данных диагностирован острый миокардит (псевдокоронарный вариант) неуточненной этиологии, предположительно герпесвирусной, энтеровирусной этиологии. Назначена этиотропная терапия ацикловиром и интерфероном альфа 2b на 6 месяцев.

По данным повторной МРТ сердца, выполненной через 1 месяц, выявлена позитивная динамика в виде регресса отека миокарда (рис. 2Б) и формирования фиброзной ткани (рис. 2В).

Литература

- Gombozhapova AE, Rogovskaya YuV, Ryabova TR, et al. A clinical case of pseudo-coronary scenario of inflammatory viral cardiomyopathy. Siberian Medical Journal, 2015, 30 (4): 60-5. Russian (Гомбожапова А.Э., Роговская Ю.В., Рябова Т.Р. и др. Случай псевдокоронарного варианта клинического течения воспалительной вирусной кардиомиопатии. Сибирский медицинский журнал, 2015; 30 (4): 60-5.
- Planer D, Mehran R, Ohman EM, et al. Prognosis of patients with non-ST-segment-elevation myocardial infarction and nonobstructive coronary artery disease propensity-matched analysis from the acute catheterization and urgent intervention triage strategy trial. Circulation, 2014; 7: 285-93.
- Tornvall P, Gerbaud E, Behaghel A, et al. Myocarditis or “true” infarction by cardiac magnetic resonance in patients with a clinical diagnosis of myocardial infarction without obstructive coronary disease: Atherosclerosis, 2015; 241(1): 87-91.
- Kawecki D, Morawiec B, Monney P, et al. Diagnostic Contribution of Cardiac Magnetic Resonance in Patients with Acute Coronary Syndrome and Culprit-Free Angiograms. Med Sci Monit. 2015; 21: 171-80.
- Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. European Heart Journal, 2013; 34 (33): 2636-48.