ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ



ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН

Острый коронарный синдром (ОКС) у женщин нередко протекает с атипичной клинической картиной, да и врачи зачастую считают ОКС мужской болезнью, поэтому этот диагноз ставится нередко с большим опозданием, особенно у молодых женщин. Проблема эта настолько выраженная, что в медицинской литературе для описания ОКС у женщин появился термин «синдром Йентл» [1], названный так по имени еврейской девушки, которая вынуждена была выдавать себя за мужчину, чтобы получить образование. Ее судьба воплощена на экране гениальной Барброй Стрейзанд в фильме «Йентл».

Женщинам с ОКС приходится прикладывать усилия, чтобы убедить врачей в серьезности своих жалоб, кроме того, клинические проявления ОКС у женщин отличаются от канонических, и он проявляется не болями за грудиной, а болями в спине, шее, нижней челюсти. Нередко болей нет совсем, а наблюдается слабость, одышка, удушье, тошнота или диспепсические явления [2].

В качестве иллюстрации вышеизложенного приведу два клинических примера.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

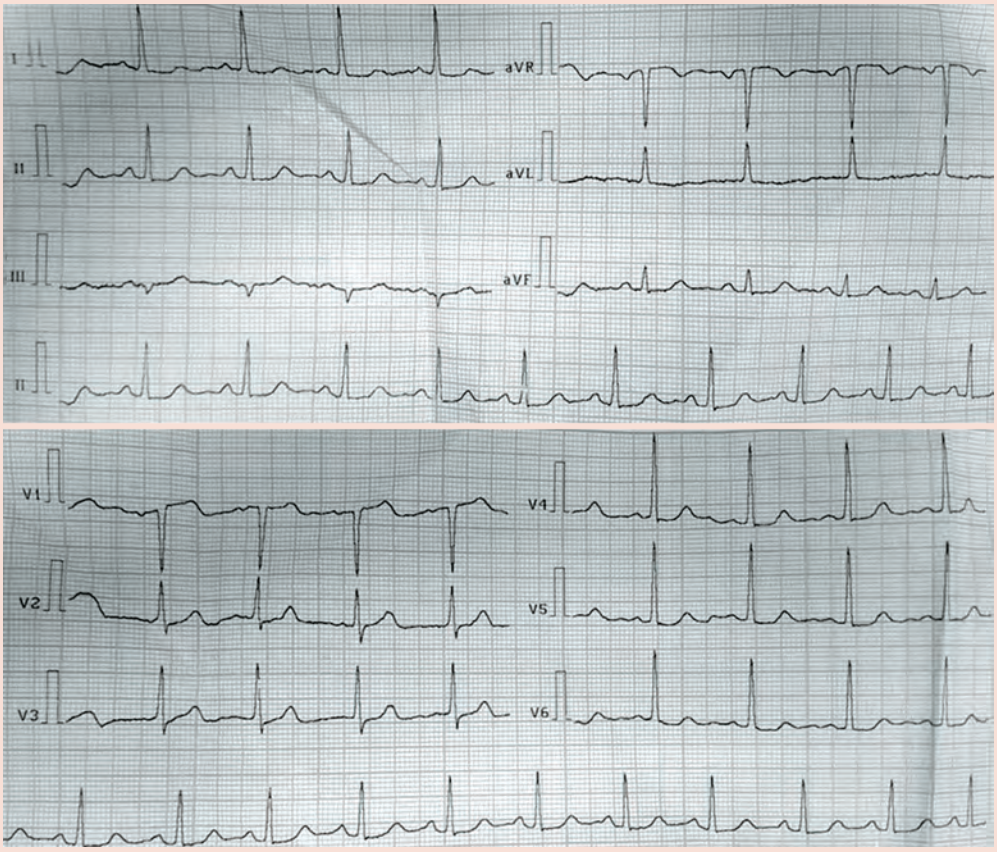


Кто
Пациентка Л., 41 год

Доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи (СМП) на искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

Со слов мужа, сердечно-сосудистый анамнез не отягощен. Из факторов риска развития атеросклероза можно отметить эпизоды повышения артериального давления (АД) – постоянно никакие препараты не принимала – и курение до 10 сигарет в сутки. Уровень холестерина не контролировала (да и многие ли женщины делают это в 40 лет?), сахарным диабетом не страдала. Утром отмечала дважды потемнение в глазах. Вечером на прогулке стало плохо,

Рис. 1. ЭКГ пациентки Л., зарегистрированная бригадой СМП в 18:56. Обращает на себя внимание подъем сегмента ST в отведениях aVR и V_1, а также небольшая депрессия сегмента ST в I, II и V_{5-6}



возникла слабость, головокружение, вызвали скорую помощь, в это время дошли до дома, бригада СМП приехала уже домой. Показатели АД в 18:50 – 190/90 мм рт. ст.

Электрокардиограмма (ЭКГ), зарегистрированная бригадой СМП в 18:56, представлена на рис. 1. Жалобы пациентки бригада СМП связала с повышенным АД. ЭКГ была расценена как нормальная. Если внимательно рассмотреть ЭКГ, то можно отметить подъем сегмента ST в отведениях aVR и V_1, а также небольшую депрессию сегмента ST в отведениях I, II и V_{5-6}. Так как жалобы не соответствовали классическим жалобам при ОКС и имело место повышение АД, эти изменения на ЭКГ во внимание приняты не были, и бригада СМП уехала после назначения гипотензивной терапии, оставив пациентку дома.

Практически сразу после отбытия бригады СМП в 19:10 возникла рвота, судороги, потеря сознания. Муж повторно вызвал СМП, приехала реанимационная бригада. Со слов бригады СМП, на мониторе была асистолия. Начаты реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, интубация трахеи, ИВЛ, катетеризация правой подключичной вены). Через 15–20 минут был восстановлен сердечный ритм, частота сердечных сокращений (ЧСС) 110 ударов в минуту. На снятой в 19:37 ЭКГ (рис. 2) регистрируется ускоренный идиовентрикулярный ритм с эпизодами захватов и участками синусового ритма, в отведениях V_{3-6} – подъем сегмента ST.

В 19:58 пациентка доставлена в больницу и в 20:07 переведена в рентгеноперационную после назначения нагрузочной дозы тикагрелора – 180 мг через зонд.

При коронароангиографии (рис. 3) выявлена окклюзия передней межжелудочковой артерии в проксимальном сегменте. Выполнена тромбэкстракция из ствола левой коронарной арте-

Рис. 2. ЭКГ пациентки Л., зарегистрированная бригадой СМП в 19:37 после проведения реанимационных мероприятий. Ускоренный идиовентрикулярный ритм с эпизодами захватов и участками синусового ритма, в отведениях V_{3-6} – подъем сегмента ST

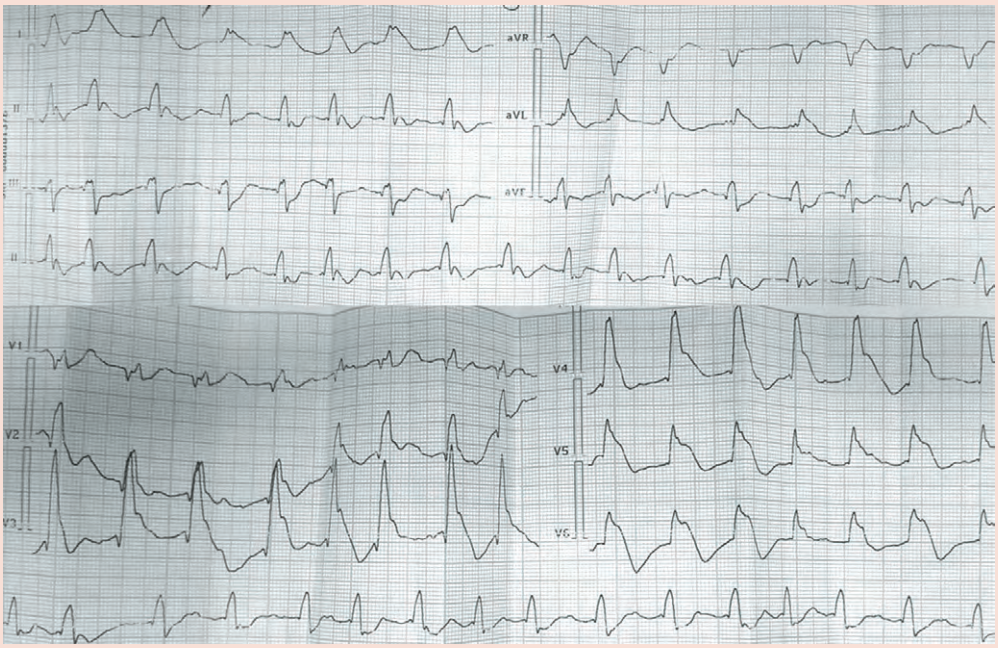
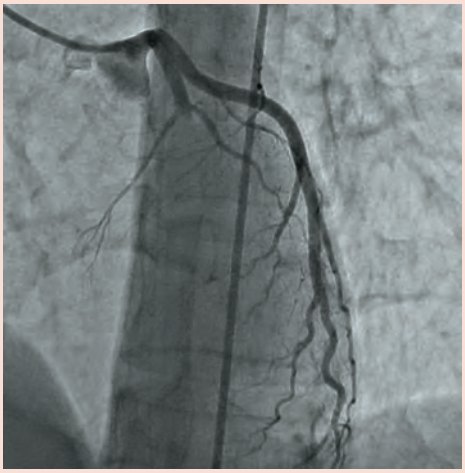


Рис. 3. Коронароангиография пациентки Л. Тромб в стволе левой коронарной артерии и окклюзия передней нисходящей артерии в проксимальном сегменте



рии (ЛКА) и проксимального сегмента передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) катетером Medtronic. Получен массивный тромб. Далее выполнена предилатация проксимального сегмента ПМЖА баллонным катетером 2,25х20 мм. Затем установлен и имплантирован стент BIOMIME (D – 3,5 мм, L – 24 мм) однократным раздуванием баллона (Р – 18 атм, Т – 10 сек.).

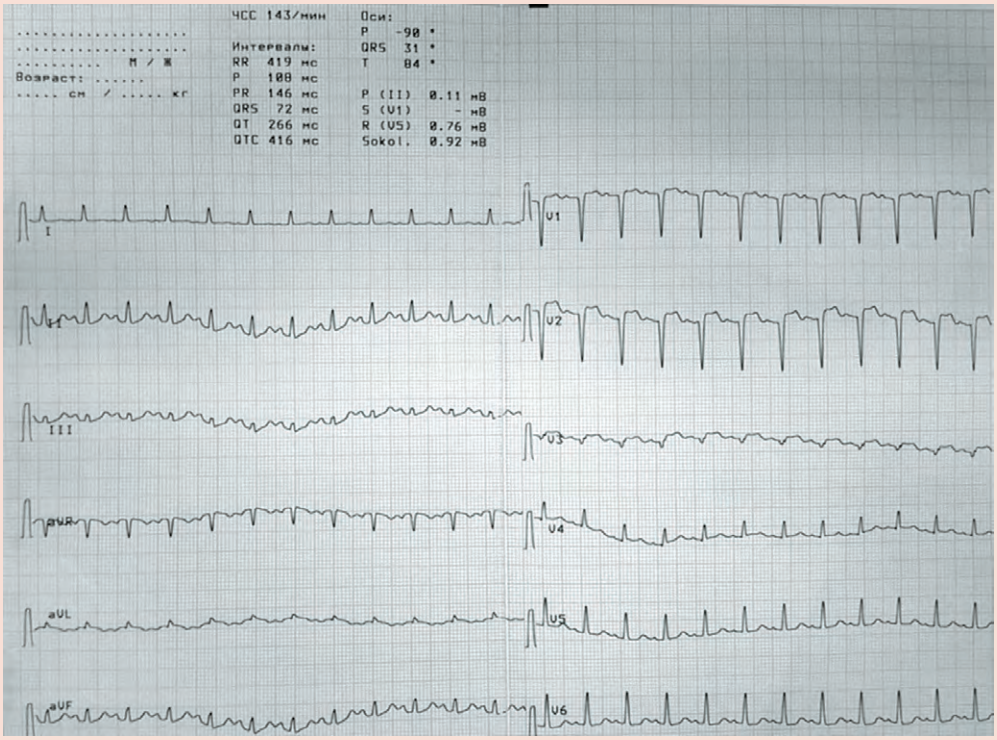
На ЭКГ, снятой после операции (рис. 4), – синусовая тахикардия, значительное снижение амплитуды комплекса QRS в стандартных отведениях, признаки передне-перегородочного инфаркта миокарда.

На эхокардиографии (ЭхоКГ) камеры сердца не расширены. Гипоакинез по передне-перегородочной, передней стенкам левого желудочка (ЛЖ) – верхушечные, средние сегменты. Глобальная сократимость ЛЖ незначительно снижена, фракция выброса (ФВ) – 48% (гиперкинез остальных сегментов).

В дальнейшем на фоне проводимой терапии (тикагрелор, ацетилсалициловая кислота, бисопролол, эналаприл, фондапаринукс, антибиотики) удалось стабилизировать состояние пациентки, отлучить ее от ИВЛ, начать лечебную физкультуру и механотерапию. Уровень сознания – сопор – кома 1-й степени.

По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) через 40 дней после инфаркта

Рис. 4. ЭКГ пациентки Л., зарегистрированная после проведения чрескожного коронарного вмешательства. Синусовая тахикардия. Признаки передне-перегородочного инфаркта миокарда. Снижение амплитуды комплекса QRS в стандартных отведениях



выявляются постгипоксические изменения в веществе мозга больших полушарий с формированием участков глиоза в корковых отделах затылочных, лобной и теменных долей, в области базальных ядер, перивентрикулярно в области боковых желудочков. Наружная атрофическая гидроцефалия. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) фоновая запись диффузно изменена с преобладанием диффузных волн бета- и тета-диапазонов. Единичные пароксизмы альфа- и тета-волн стволового генеза. Реакция на стимуляцию отсутствует.

К сожалению, на 49-й день после инфаркта миокарда состояние пациентки резко ухудшилось вследствие развившейся тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Пациентка скончалась.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2



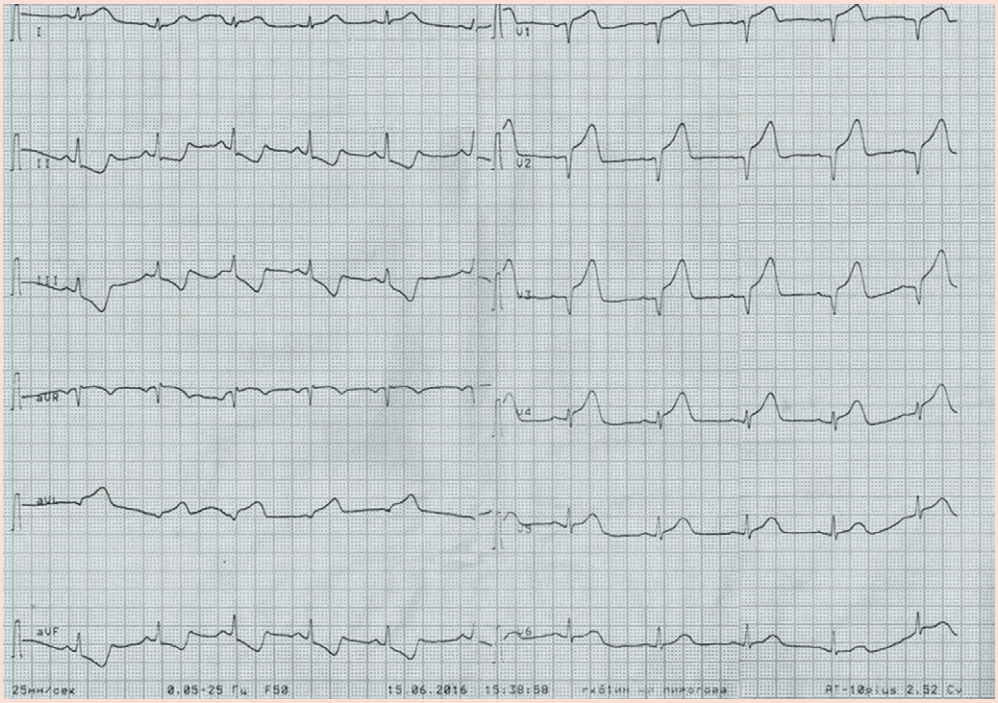
Кто
Пациентка Ш., 44 года

В день госпитализации сдавала плазму крови и через 2 часа после этого, в 13:30, почувствовала резкую слабость, решила выпить чаю. В 14:00 присоединились боли и тяжесть в грудной клетке, которые пациентка пыталась купировать приемом нестероидных противовоспалительных препаратов – без особого эффекта

В 14:44 в связи с сохранением болей и резкой слабостью вызвала бригаду СМП, госпитализирована в 15:35.

Сахарный диабет отрицает, уровень холестерина не контролировала, курит до 10 сигарет в сутки.

Рис. 5. ЭКГ пациентки Ш., зарегистрированная при поступлении. Синусовый ритм, признаки острейшей стадии передне-перегородочного инфаркта миокарда



При поступлении: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, холодные. Частота дыхательных движений (ЧДД) 22 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 70 ударов в минуту.

На догоспитальном этапе получила морфин, аспирин и клопидогрел 300 мг.

На ЭКГ (рис. 5) – признаки передне-перегородочного инфаркта миокарда, обусловленного, вероятнее всего, поражением ствола ЛКА или проксимального сегмента ПМЖА.

В 15:42 в рентгеноперационной при проведении диагностической коронароангиографии (КАГ) у пациентки развилась желудочковая тахикардия, быстро перешедшая в фибрилляцию желудочков и устраненная разрядом дефибриллятора.

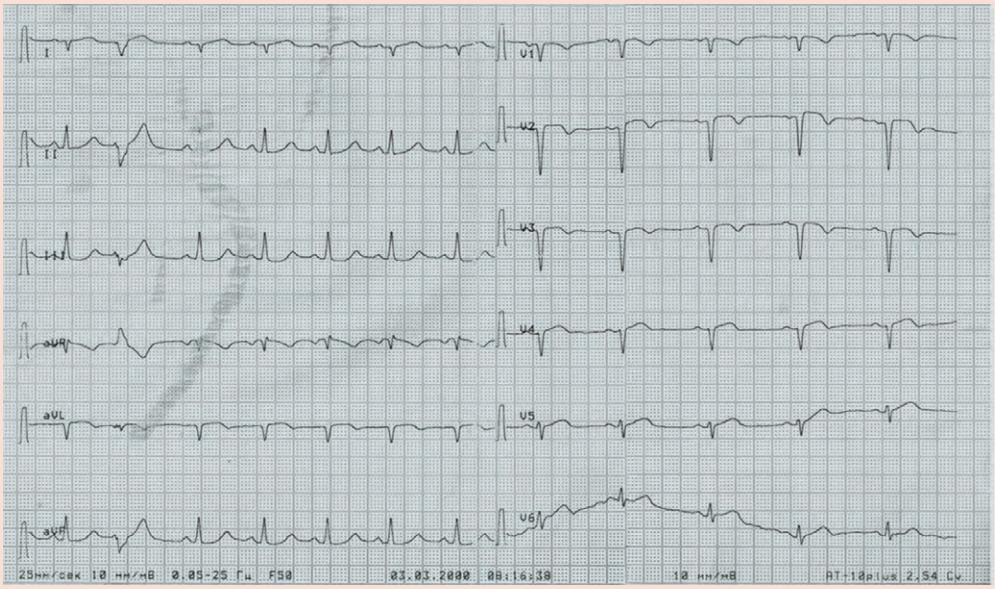
При КАГ (рис. 6) выявлена окклюзия ПМЖА практически от устья. В связи с большим объемом тромба в проксимальном сегменте ПМЖА изначально выполнена тромбэкстракция, а затем баллонная ангиопластика и стентирование стентом BIOMIME (сиролимус) 3,5×24 мм с последующей баллонной дилатацией устья диагональной ветви.

При ЭхоКГ отмечался гипокинез верхушечно-перегородочного и передне-перегородочных сегментов, снижение ФВ до 42%.

Рис. 6. Коронароангиография пациентки Ш. Окклюзия передней межжелудочковой артерии в проксимальном сегменте практически от устья



Рис. 7. ЭКГ пациентки Ш., зарегистрированная после проведения чрескожного коронарного вмешательства. Наблюдается резкий подъем сегмента ST с формированием зубцов QS в отведениях V_{1-4}



Дальнейшее течение заболевания без осложнений. Пациентка выписана с рекомендациями продолжить прием тикагрелора в дозе 180 мг/сут и аспирина 100 мг/сут в течение минимум 1 года, а также продолжить прием бисопролола по 2,5 мг/сут, спиронолактона по 25 мг/сут, эналаприла по 5 мг/сут, аторвастатина по 80 мг/сут и омепразола по 20 мг/сут. Через два месяца после инфаркта миокарда отмечены увеличение ФВ до 50% и хорошая переносимость физических нагрузок.

Представленные случаи свидетельствуют о том, что инфаркт миокарда может возникать и у молодых женщин, а его клинические проявления могут быть нетипичными, как в первом случае, что не позволило врачам вовремя распознать болезнь. Врача в таких случаях должно настораживать внезапное начало и внезапные тяжелые проявления, типа потемнения в глазах или потери сознания, кроме того, важно уделять внимание даже незначительным изменениям ЭКГ на фоне таких симптомов.



ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ

1. Healy B. The Yentl syndrome. N Engl J Med. 1991 Jul 25;325(4):274–276. doi: 10.1056/NEJM199107253250408.
2. Haider A, Bengs S, Luu J, Osto E, Siller-Matula JM, Muka T, Gebhard C. Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. Eur Heart J. 2020 Apr 1;41(13):1328–1336. doi: 10.1093/eurheartj/ehz898.