

Случаи из практики



© КОЗИК В. А., ЛОЖКИНА Н. Г., ГЛЕБЧЕНКО Е. А., ХАСАНОВА М. Х., КУИМОВ А. Д.

УДК 616.127-005.8:[611.132.2+616.155.194

DOI: 10.20333/2500136-2017-2-109-111

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА СО СЛОЖНОЙ АНАТОМИЕЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ И АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В. А. Козик, Н. Г. Ложкина, Е. А. Глебченко, М. Х. Хасанова, А. Д. Куимов

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск 630091, Российская Федерация

Резюме. В статье представлен клинический случай инфаркта миокарда у пациента со сложной анатомией коронарных сосудов и анемическим синдромом. Авторами продемонстрировано, как разумная оценка риска и пользы инвазивной и медикаментозной тактики реперфузии коронарных сосудов привела к благоприятному исходу у пациента с повышенным риском фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, анемический синдром, сложная анатомия коронарных сосудов.

Для цитирования: Козик ВА, Ложкина НГ, Глебченко ЕА, Хасанова МХ, Куимов АД. Инфаркт миокарда у пациентов со сложной анатомией коронарных сосудов и анемическим синдромом. Сибирское медицинское обозрение. 2017; (2):109-111. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-109-111

MYOCARDIAL INFARCTION IN A PATIENT WITH COMPLICATED ANATOMY OF CORONARY VESSELS AND ANEMIC SYNDROME

V. A. Kozik, N. G. Lozhkina, E. A. Glebchenko, M. H. Khasanova, A. D. Kuimov

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk 630091, Russian Federation

Abstract. The article presents a clinical case of myocardial infarction in a patient with complicated anatomy of coronary vessels and anemic syndrome. The authors demonstrated how a reasonable assessment of the risks and benefits of invasive and medically-oriented coronary vasculitis reperfusion resulted to a favorable outcome in a patient with increased risk of fatal cardiovascular complications.

Key words: myocardial infarction, anemic syndrome, complex anatomy of coronary vessels.

Citation: Kozik VA, Lozhkina NG, Glebchenko EA, Khasanova MH, Kuimov A D. Myocardial infarction in a patient with complicated anatomy of coronary vessels and anemic syndrome. Siberian Medical Review. 2017;(2):109-111. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-109-111

Болезни системы кровообращения и инфаркт миокарда в частности, по-прежнему являются основной причиной смертности в России и в мире [1, 2, 3]. Характер поражения коронарных сосудов у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), по данным литературы, чаще носит многосудистый вариант (от 40 до 60%) [4,5,6,7]. Анатомически сложные стенозы могут составлять до 10% и более случаев [8]. Такие пациенты относятся к группе высокого риска развития повторных значимых кардиоваскулярных событий как в раннем, так и в отдаленном периоде после индексного события-ИМпST. Сердечно-сосудистая смертность у них в течение одно- и пятилетнего периода примерно в два раза выше, чем у больных с однососудистым поражением после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) [9, 10].

В настоящей статье представлен клинический случай пациента с инфарктом миокарда со сложной анатомией коронарных сосудов и анемическим синдромом.

Пациент Б., 58 лет, доставлен в приемный покой ГБУЗ НСО «ГКБ№1» 21. 01. 2017 г. бригадой «скорой медицинской помощи» (БСМП) с жалобами на интенсивные жгучие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку, челюсть в течение двух часов, купированные морфином на догоспитальном этапе,

на одышку при незначительной физической нагрузке и приступы «холодного» пота.

Анамнез заболевания: ишемический анамнез с 2004 г., когда появилась клиника стенокардии напряжения II ФК. «Утяжеление» стенокардии напряжения до III ФК с февраля 2010 года, тогда же по данным ЭхоКГ была выявлена зона гипокинеза по задней стенке левого желудочка, что было расценено как перенесенный ИМ неизвестной давности. Выполнена коронароангиография (КАГ), верифицировано многосудистое поражение коронарного русла. Выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) со стентированием ПКА тремя стентами Taxus 3,0 38 мм, Taxus 3,5 28 мм, Zeta 4,0 18 мм, а в мае 2010 года – ЧТКА со стентированием ПНА стентом Xience-V. Пациент соблюдал рекомендации по образу жизни, медикаментозной терапии статинами – аторвастатин 20 мг 1 раз после ужина, антиромбоцитарными препаратами – клопидогрел 75 мг утром, ацетилсалициловая кислота 150 мг утром, β-блокаторами- метопролол сукцинат 50 мг 1 раз в сутки, ингибиторами АПФ – эналаприл 20 мг 2 раза в день и чувствовал себя удовлетворительно до настоящего момента.

Анамнез жизни: гипертонический анамнез более 10 лет, подъемы артериального давления (АД) не ощущал, максимальные цифры АД 180/100 мм рт.ст., постоянно принимал метопролол. Эрозивный гастрит с 2003 г., курсами принимал омепразол по 20 мг утром. Рос и развивался нормально, служил в армии, учился в техникуме, хронических заболеваний не было. В семье был случай внезапной сердечной смерти (мать умерла во сне в 55 лет). Курит постоянно, 1 пачку в день. Оперирован 15 лет назад – ушивание перфоративной язвы желудка.

Объективный статус: состояние тяжелое, кожные покровы чистые, отмечался небольшой акроцианоз. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. АД 130/80 мм рт.ст., границы сердца расширены влево, ЧСС 60 в мин, ритм правильный, тоны сердца приглушены.

Данные обследования: по ЭКГ от 22.01.2017 г. (момент поступления): ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, острая стадия Q-позитивного инфаркта миокарда нижней стенки. По результатам общего анализа крови у пациента была выявлена анемия средней степени тяжести – WBC – $14,7 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $5,11 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 85 г/л, PLT – $214 \times 10^9/\text{л}$, НСТ – 46,2%, э-0 %, п – 11 %, с – 69 %, л – 16 %, м – 4 %. Анемический синдром расценен как хронический, смешанного генеза (Fe-дефицитного, B12-дефицитного и алиментарного). По результатам биохимического исследования крови тропонин-тест положительный, КФК – 1376,7 Ед/л, КФК-МВ – 184,0 Ед/л, АПТВ – 43,7 сек, АлТ – 31,1 U/л, АсТ – 29,1 U/л, альбумин – 44,3 г/л, билирубин прямой – 9,0 мкмоль/л, билирубин общий – 6,0 мкмоль/л, холестерин – 6,58 ммоль/л, креатинин – 96,8 мкмоль/л, глюкоза – 6,09 ммоль/л, ЛПНП – 3,87 ммоль/л, ЛПВП – 2,38 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (по формуле – СКД-ЕПІ): 75 мл/мин/1,73м². На рентгенограмме органов грудной клетки – усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, расширение границ сердца влево.

По результатам ЭхоКГ – увеличены полости обоих предсердий и левого желудочка, глобальная сократимость миокарда снижена, ФВ 33% (по Симпсону). Несмотря на наличие анемического синдрома, было принято решение о проведении немедленной коронароангиографии; выявлена реокклюзия ПКА, стенозы: ОА с/з 95%, ВТК с/з 85%; стенты в п/з ПКА и ПНА проходимы. Попытка провести баллонный катетер на место рестеноза в проксимальной трети ПКА оказалась безуспешной по техническим причинам – в связи со сложной анатомией коронарных сосудов. Болевой синдром продолжал рецидивировать, и врачом был назначен морфин повторно, а затем фентанил. Учитывая наличие острого тромбоза ПКА, технически неудачной попытки реканализации инфаркт-связанной артерии (ИСА), несмотря на наличие анемического синдрома умеренной степени, было принято решение о проведении системного тромболитика. Был проведен системный тромболитис Пуrolазой 6 млн Ед. Тромболитис расценен как частично эффективный: элевация ST по нижней стенке левого желудочка уменьшилась на 50%, болевой синдром не рецидивировал. По ЭКГ сохранялась острая стадия Q-позитивного нижнего инфаркта миокарда, поэтому 27.01.2017 г. вновь проведена ЧТКА со стентированием ПКА. Последнее вмешательство проводилось более опытной бригадой, возможно, поэтому было более удачным.

Окончательный клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца, острый повторный Q-позитивный нижний инфаркт миокарда с элевацией ST (22.01.2017 г.). Коронароангиография,

безуспешная попытка ЧТКА реокклюзии в стенке ПКА 22.01.2017 г. Госпитальный системный тромболитис Пуrolазой 6 млн. Ед, частично эффективный. Постинфарктный кардиосклероз (крупноочаговый нижний инфаркт миокарда неизвестной давности). ЧТКА со стентированием ПКА (февраль 2015 г.), ЧТКА со стентированием ПНА (май 2015 г.). Killip I. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. ХСН IIА ФК II (NYHA). Хроническая анемия легкой степени, смешанного генеза.

Медикаментозное лечение: бисопролол 5 мг/день, аторвастатин 40 мг, брилинта 90 мг 2 р/день, затем клопидогрель 75 мг/день (после тромболитиса), аспирин 75 мг/день, феррум Лек 400 мг во время еды.

В настоящий момент пациент выписан из стационара, чувствует себя удовлетворительно, выполняет рекомендации. Бытовые физические нагрузки переносит хорошо.

Заключение. Несмотря на наличие клинических рекомендаций и локальных, принятых в конкретном учреждении стандартов по ведению пациентов с ИМпST, все же остаются определенные трудности в выборе тактики лечения конкретного пациента. Наличие коморбидной патологии, высокого риска кровотечения усугубляет ситуацию. Представленный случай демонстрирует, что взвешенная оценка риска/пользы инвазивной и медикаментозной тактики реперфузионного лечения приводит к благоприятному исходу у пациента с инфарктом миокарда, имеющего сложную анатомию коронарных сосудов и анемический синдром.

Литература

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2012;33(20):2551–67. DOI:10.1093/eurheartj/ehs184.
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, Fang JC, Fesmire FM, Franklin BA, Granger CB, Krumholz HM, Linderbaum JA, Morrow DA, Newby LK, Ornato JP, Ou N, Radford MJ, Tamis-Holland JE, Tommaso JE, Tracy CM, Woo YJ, Zhao DX. ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the american college of cardiology foundation. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;127(4):529–55. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182742c84.
3. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömmstrom-Lundqvist C, Borger MA, Di Mario C, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, van 't Hof A, Widimsky P, Zahger D. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2012;33(20):2569–619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs215.
4. Mohr FW, Davierwala PM. ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization post-SYNTAX. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2014;46(4):511–3. DOI: 10.1093/ejcts/ezu346.
5. Cequier Á, Maroto LC, Alfonso F, Barrabés J, Cánovas S, Camero M, Fernandez-Ortiz A, Sabaté M, Sanchis J, Reyes G, Alegria E, Arós F, Cuenca J, Díaz J, Lidón RM, Gude M, Lozano I, Ruiz-Nodar JM, de la Torre JM, Pan M, Sanchez-Recalde Á, Anguita M, Badimón L, Barrabés J, Cequier Á, Comín J, Fernández-Lozano I, Pan M, Padial LR, Sánchez PL, Román AS, de Diego JJ. Comments on the 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization. *Revista Espanola de Cardiologia*. 2015;68(2):92-7. DOI: 10.1016/j.rec.2014.12.004.

6. Ложкина НГ, Максимов ВН, Куимов АД, Рагино ЮИ, Воевода МИ. Многофакторное прогнозирование отдаленных исходов острого коронарного синдрома со стойким подъемом сегмента ST. *Российский кардиологический журнал*. 2015;(9):25-31.

7. Aronson D. Subgroup analyses with special reference to the effect of antiplatelet agents in acute coronary syndromes. *Thrombosis and Haemostasis*. 112(1):16-25. DOI: 10.1160/TH13-09-0801.

8. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G, Hamm C, Head SJ, Juni P, Kappetein AP, Kastrati A, Knuuti J, Landmesser U, Laufer G, Neumann FJ, Richter DJ, Schauerte P, Sousa Uva M, Stefanini GG, Taggart DP, Torracca L, Valgimigli M, Wijns W, Witkowski A. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal*. 2014; 35(37):2541-619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu278.

9. Costa F, Ariotti S, Valgimigli M, Kolh P, Windecker S. Perspectives on the 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization: Fifty Years of Revascularization: Where Are We and Where Are We Heading? *Journal of Cardiovascular Translational Research*. 2015;8(4):211-20. DOI: 10.1007/s12265-015-9632-6.

10. Bonello L, Laine M, Puymirat E, Lemesle G, Thuny F, Paganelli F, Michelet P, Roch A, Kerbaul F, Boyer L. Timing of Coronary Invasive Strategy in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes and Clinical Outcomes: An Updated Meta-Analysis. *JACC Cardiovascular Interventions*. 2016;9(22):2267-76. DOI: 10.1016/j.jcin.2016.09.017.

References

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2012;33(20):2551-67. DOI:10.1093/eurheartj/ehs184.

2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, Ettinger SM, Fang JC, Fesmire FM, Franklin BA, Granger CB, Krumholz HM, Linderbaum JA, Morrow DA, Newby LK, Ornato JP, Ou N, Radford MJ, Tamis-Holland JE, Tommaso JE, Tracy CM, Woo YJ, Zhao DX. ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the American college of cardiology foundation. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;127(4):529-55. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182742c84.

3. Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömmström-Lundqvist C, Borger MA, Di Mario C, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, van 't Hof A, Widimsky P, Zahger D. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2012;33(20):2569-619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs215.

4. Mohr FW, Davierwala PM. ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization post-SYNTAX. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2014;46(4):511-3. DOI: 10.1093/ejcts/ezu346.

5. Cequier Á, Maroto LC, Alfonso F, Barrabés J, Cánovas S, Carnero M, Fernandez-Ortiz A, Sabaté M, Sanchis J, Reyes G, Alegría E, Arós F, Cuenca J, Díaz J, Lidón RM, Gude M, Lozano I, Ruiz-Nodar JM, de la Torre JM, Pan M, Sanchez-Recalde Á, Anguita M, Badimón L, Barrabés J, Cequier Á, Comín J, Fernández-Lozano I, Pan M, Padial LR, Sánchez PL, Román AS, de Diego JJ. Comments on the 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization. *Revista Espanola de Cardiologia*. 2015;68(2):92-7. DOI: 10.1016/j.rec.2014.12.004.

6. Lozhkina NG, Maksimov VN, Kuimov AD, Ragino YuI, Voevoda MI. Multifactor predicting of long-term outcomes of acute coronary syndrome with persistent ST-segment elevation. *Russian Journal of Cardiology*. 2015;(9):25-31. (In Russian).

7. Aronson D. Subgroup analyses with special reference to the effect of antiplatelet agents in acute coronary syndromes. *Thrombosis and Haemostasis*. 112(1):16-25. DOI: 10.1160/TH13-09-0801.

8. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G, Hamm C, Head SJ, Juni P, Kappetein AP, Kastrati A, Knuuti J, Landmesser U, Laufer G, Neumann FJ, Richter DJ, Schauerte P, Sousa Uva M, Stefanini GG, Taggart DP, Torracca L, Valgimigli M, Wijns W, Witkowski A. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal*. 2014; 35(37):2541-619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu278.

9. Costa F, Ariotti S, Valgimigli M, Kolh P, Windecker S. Perspectives on the 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization: Fifty Years of Revascularization: Where Are We and Where Are We Heading? *Journal of Cardiovascular Translational Research*. 2015;8(4):211-20. DOI: 10.1007/s12265-015-9632-6.

10. Bonello L, Laine M, Puymirat E, Lemesle G, Thuny F, Paganelli F, Michelet P, Roch A, Kerbaul F, Boyer L. Timing of Coronary Invasive Strategy in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes and Clinical Outcomes: An Updated Meta-Analysis. *JACC Cardiovascular Interventions*. 2016;9(22):2267-76. DOI: 10.1016/j.jcin.2016.09.017.

Сведения об авторах

Козик Валентина Александровна, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, г. 52; тел.: +7(383)2223204; e-mail: valiyta90@mail.ru

Ложкина Наталья Геннадьевна, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, г. 52; тел.: +7(383)2223204; e-mail: lozhkina.n@mail.ru

Глебченко Елена Александровна, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, г. 52; тел.: +7(383)2223204; e-mail: glebchenkoalena@gmail.com

Хасанова Мадина Хусейновна, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, г. 52; тел.: +7(383)2223204; e-mail: madina092014@mail.ru

Куимов Андрей Дмитриевич, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, г. 52; тел.: +7(383)2223204; e-mail: terapia@mail.ru

Information about the authors

Kozik Valentina Alexandrovna, Novosibirsk State Medical University; address: 52, Krasny prospect, Novosibirsk, Russian Federation 630091; Phone: +7(383)2223204; e-mail: valiyta90@mail.ru

Lozhkina Natalia Gennadiyevna, Novosibirsk State Medical University; address: 52, Krasny prospect, Novosibirsk, Russian Federation 630091; Phone: +7(383)2223204; e-mail: lozhkina.n@mail.ru

Glebchenko Elena Alexandrovna, Novosibirsk State Medical University; address: 52, Krasny prospect, Novosibirsk, Russian Federation 630091; Phone: +7(383)2223204; e-mail: glebchenkoalena@gmail.com

Khasanova Madina Huseynovna, Novosibirsk State Medical University; address: 52, Krasny prospect, Novosibirsk, Russian Federation 630091; Phone: +7(383)2223204; e-mail: madina092014@mail.ru

Kuimov Andrei Dmitriyevich, Novosibirsk State Medical University; address: 52, Krasny prospect, Novosibirsk, Russian Federation 630091; Phone: +7(383)2223204; e-mail: terapia@mail.ru

Поступила 03.03.2017 г.

Принята к печати 26.04.2017 г.