Выводы:

1. У молодых пациентов с артериальной гипертензией наиболее часто встречаются хордальные аномалии и минимальная гипертрофия межжелудочковой перегородки, что статистически значимо превышает частоту других типов МАС.

2. Характер распределения малых аномалий сердца внутри группы является резко неравномерным и указывает на доминирование структур, ассоциированных возможно с диспластическим фенотипом.

3. МАС у пациентов с АГ могут рассматриваться как дополнительные маркеры возможной дисплазии соединительной ткани и требуют динамического наблюдения.

4. Выявление доминирующих типов МАС важно для стратификации риска и определения групп молодых пациентов, у которых могут формироваться особенности гемодинамической адаптации и прогрессирования АГ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малые аномалии сердца как проявление дисплазии соединительной ткани: современные методы диагностики / С. Ю. Нургалиева, Н. Ю. Кононова, Л. Т. Пименов [и др.]. // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 28–31.

2. Тимофеев, Е. В. Малые аномалии сердца как кардиальные проявления наследственных нарушений соединительной ткани / Е. В. Тимофеев, Э. Г. Малев, Э. В. Земцовский // Педиатр. – 2020. – Т. 17, № 2. – С. 5−12.

3. Современные возможности диагностики и экспертной оценки при синдроме дисплазии соединительной ткани с наличием малой аномалии развития сердца и нарушений ритма сердца / К. А. Саркисов [и др.]. // Медицинский Вестник ГВКГ Им. Н. Н. Бурденко. – 2020. – № 2. – С. 31−50.

УДК 616.12-073.7

М. А. Милушечкина, А. В. Кожемяко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ЭКГ ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ

Введение

Для подтверждения инфаркта миокарда (ИМ) традиционно используют диагностическую триаду ВОЗ (1975): характерную клиническую картину, специфические изменения ЭКГ и рост концентрации биомаркеров некроза в крови [1]. Диагноз признается обоснованным при выявлении любых двух признаков из этого перечня. Если же зафиксирован только один из критериев, это дает лишь основания для подозрения, а постановка окончательного диагноза в таком случае часто бывает ошибочной [2].

Цель

Провести дифференциальную диагностику инфарктоподобных ЭКГ на примере клинических случаев при синдроме ранней реполяризации и инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

Пациент Д., мужчина, 51 год, при поступлении в отделение предъявлял жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую половину грудной клетки. При осмотре кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 70 в минуту.

В период госпитализации были выполнены следующие обследования: БАК, ОАК, ОАМ, ЭКГ, ЭХО-КГ, коронарография.

По результатам биохимического анализа крови выявлено: тропонин меньше 0,01, КФКМВ – 16,2.

ЭКГ пациента представлена на рисунке 1.

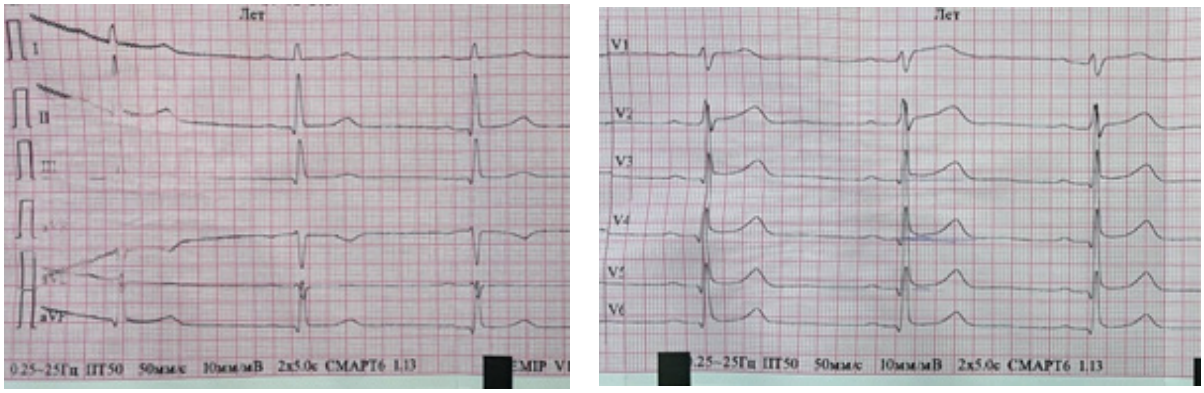


Рисунок 1 – ЭКГ при поступлении

Учитывая отсутствие динамики на ЭКГ, отсутствие реакции кардиоспецифических маркеров и отсутствие болевого синдрома, было назначено выполнение РКТ сердца (рентгеновская компьютерная томография). На РКТ были выявлены мышечные мостики 1 ДВ ПМЖВ и промежуточной ветви ЛКА. На ЭХО-КГ камеры сердца не расширены, регургитация на МК 1 ст., ТК 1 ст., мобильность МПП.

По результатам обследования был установлен основной диагноз: Артериальная гипертензия 2 степени риск 3. МАРС. Мышечные мостики 1 ДВ ПМЖВ и промежуточной ветви ЛКА. Дислипидемия.

Пациент В., мужчина, 67 лет, при поступлении в отделение предъявлял жалобы на выраженные сдавливающие боли за грудиной при физической нагрузке. В связи с сохраняющейся болью за грудиной вызвал СМП. На догоспитальном этапе проведена ТЛТ метализой. На момент осмотра тоны сердца приглушены. Артериальное давление 137/78 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 86 в мин, на ЭКГ зафиксирован острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и был направлен в У «ГОККЦ».

В период госпитализации были выполнены следующие обследования: БАК, ОАК, ОАМ, ЭКГ, ЭХО-КГ, коронарография.

Результаты биохимического анализа крови представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты биохимического анализа крови

КФК МВ	Тропонин
15,3	0,18
318,2	>10,0
30,7	–

ЭКГ изменения представлены на рисунке 2.

На коронарографии было выявлено: ЛКА: ствол – бифуркация. ПМЖВ – тромботическая субокклюзия проксимального-среднего сегмента, дистальный кровоток TIMI 0−1. ОВ – Диффузные изменения на протяжении. Тип КС: правый. На ЭХО-КГ была выявлена аневризма верхушки ЛЖ (ТС 4,0 мм). Нарушение локальной сократимости в вышеуказанных сегментах ЛЖ. Умеренная вероятность легочной гипертензии. Гидроперикард (без угрозы тампонады). Гидроторакс слева.

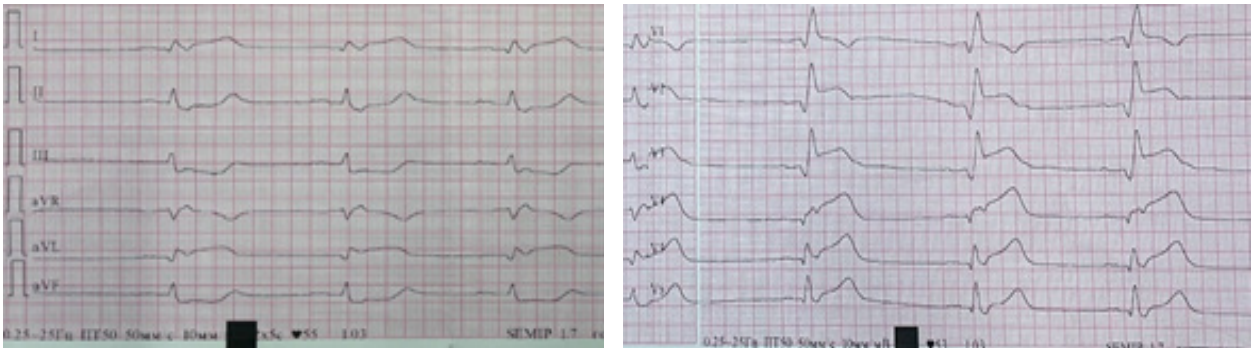


Рисунок 2 – Изменения на ЭКГ

По результатам обследования был установлен: ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. КТ 4. ТЛТ метализой. Стенозирующий коронаросклероз. Стентирование ПМЖВ. Недостаточность митрального клапана 2 степени, аортального клапана 1 степени, трикуспидального клапана 2−3 степени. Редкая желудочковая экстрасистолия, в том числе парная, неустойчивый пароксизм желудочковой тахикардии. ПБПНПГ. Н1. ХСН со сниженной ФВ. Аневризма ЛЖ. Синдром Дресслера. Гидроперикард без угрозы тампонады. Сопутствующие диагнозы – Артериальная гипертензия 1 степени риск 4. Атеросклероз БЦА. Кисты почек. Киста печени. Дислипидемия.

Выводы

Таким образом, ССРЖ в сочетании с мышечными мостиками в одной из коронарных артерий может имитировать признак острого инфаркта миокарда, что создает серьезные проблемы при дифференциальной диагностике, и может сопровождаться вынесением ложных заключений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денещук, Ю. С. Инфарктоподобные изменения электрокардиограммы при заболеваниях внутренних органов, их особенности и дифференциальная диагностика : научная статья / Ю. С. Денещук, С. С. Горохов. – 432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь, 2012.

2. Алмазов, В. А. Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы : монография / В. А. Алмазов, Л. В. Чирейкин. – Л. : Медицина, 1985. – 288 с.

3. Ложноположительный диагноз инфаркта миокарда при синдроме ранней реполяризации желудочков у спортсмена : научная статья / В. А. Балтиева [и др.]. – Мн. : Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017.

4. Колиушко, Г. И. Инфарктоподобные изменения ЭКГ : научная статья / Г. И. Колиушко // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 1. – С. 76–80.