

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ответы к клинической задаче (кейсу), опубликованной в предыдущем номере

Е.Я.Парнес

Answers to the clinical problem (case) published in the previous issue

E.Ya.Parnes

Вопрос 1. Какой диагноз?

Можно было бы поставить симптоматический диагноз: «тахизависимая преходящая полная блокада левой ножки». Но такой диагноз не подразумевает патогенез, а соответственно, подходы к лечению основного заболевания. Диагноза в Международной классификации болезней (МКБ), который бы полностью соответствовал представленному случаю, тоже нет. Наиболее близкий к этому код по МКБ-10 – 144.7. Блокада левой ножки предсердно-желудочкового пучка (ЛНПЖП) неуточненная.

Вопрос 2. С чем могут быть связаны выявленные изменения?

Итак, у больного неоднократно доказано наличие феномена возникновения полной блокады левой ножки при достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС), которая сохраняется на протяжении 3–4 мин восстановительного периода. По данным сцинтиграфии миокарда, имеется преходящая ишемия миокарда, причем главным образом в межжелудочковой перегородке (что объясняет блокаду ЛНПЖП), в ответ на нагрузку, т.е. у больного есть ишемическая болезнь сердца (ИБС). Но, по данным коронарографии, стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии (КА) у него 30%, т.е. клинически незначим. Однако

при повторном замедленном просмотре результатов коронарографии можно было отметить запустевание дистального коронарного русла, более медленное заполнение контрастом ПМЖВ. В связи с этим можно предположить, что у пациента преходящая ишемия миокарда, обусловленная резким снижением коронарного резерва вследствие поражения микроциркуляторного русла КА. Больше всего патофизиологическому состоянию пациента соответствует диагноз «кардиальный синдром Х». Можно также думать о спазме КА как причине ишемии миокарда. Но спазм не был ни разу зарегистрирован ни во время коронарографии, ни по данным холтеровского мониторирования, ни во время стресс-тестов. Наличие кардиального синдрома Х подтверждается исследованием стресс-эхокардиографии, при котором блокада ЛНПЖП появилась, а гипокинез – нет, что типично для кардиального синдрома Х и нетипично для стабильной стенокардии, обусловленной стенозом проксимального отдела КА, и спазма проксимального отдела КА, при котором возникает трансмуральная ишемия.

Вопрос 3. Что было нарушено при обследовании больного?

Подтверждением наличия у пациента поражения дистального русла КА могла бы быть проба с аце-

Рис. 1. Результаты ВЭМ через 3 мес лечения аторвастатином 20 мг и небивололом 5 мг (за 2 сут до исследования небиволол был отменен).

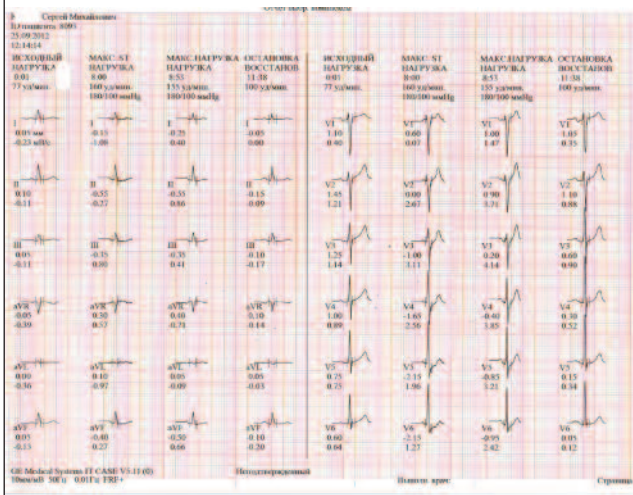


Рис. 2. Результаты скintiграфии миокарда на фоне нагрузки через 3 мес лечения.

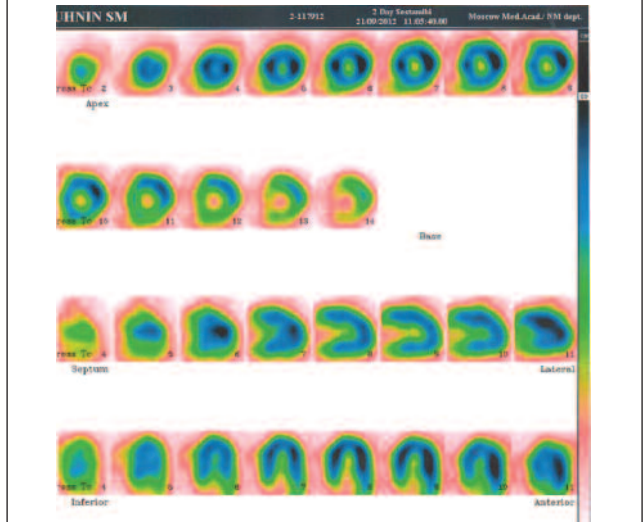
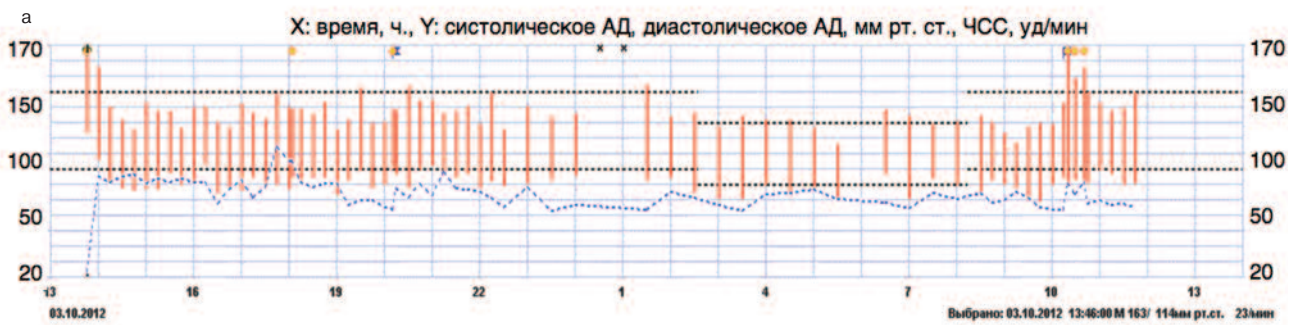
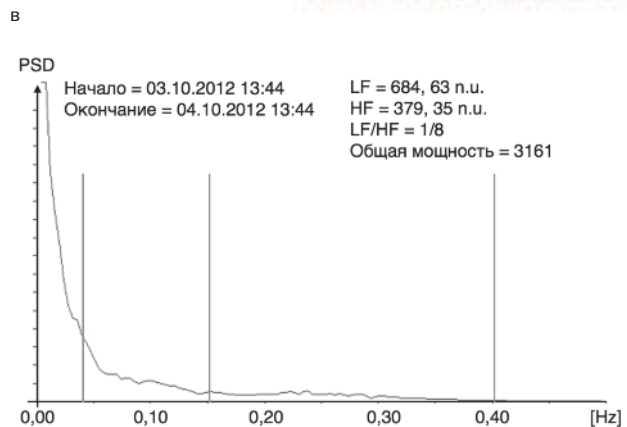


Рис. 3: а – результаты суточного мониторинрования АД через 3 мес лечения; б – временные показатели ВСП за сутки через 3 мес лечения; в – спектральные показатели ВСП за сутки через 3 мес лечения.



| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Время начала | 13.10.2012 13:44 |
| Время окончания | 04.10.2012 13:44 |
| CLV (Cycle Length Variability, SDRR) | 132 ms |
| r-MSSD (root mean square) | 30 ms |
| SDSD | 30 ms |
| SGANN | 145 ms |
| SDNNIDX | 60 ms |
| pNN50 шт. | 6102 |
| pNN50 | 6,4% |
| Всего сокращений | 94857 |
| Нормальных сокращений | 94626 |
| HRVti | 42 |

CLV=SDNN в норме больше 100 мс, SDNNind в норме больше 45 мс, HRVti в норме больше 20.



LF – мощность низкочастотного спектра ВСП (в норме 1000–2500 мс²), HF – мощность высокочастотного спектра ВСП (в норме 500–2000 мс²).

тихолином, которую необходимо было выполнить во время коронарографии (Рекомендации по обследованию больных с синдромом X; Европейское общество кардиологов, 2006). Класс II А. Интракоронарная ангиография с провокационной ацетилхолиновой пробой (если ангиограмма нормальная) для оценки эндотелийзависимого коронарного резерва и исключения вазоспазма (С). Однако это не было сделано, что следует признать ошибкой в обследовании.

С другой стороны, диагностическими критериями кардиального синдрома X являются боль, соответствующая клинике стабильной стенокардии, положительные стресс-тесты (в основном с регистрацией ишемии по депрессии сегмента ST на электрокардиограмме – ЭКГ и перфузионная скintiграфия). Таким образом, у пациента отсутствует первый важный критерий наличия синдрома X – боль. Но, с другой стороны, хорошо известно, что клиническим проявлением проходящей ишемии миокарда при значи-

мом стенозе проксимального отдела КА не всегда является болевой синдром, а могут быть одышка, экстрасистолия и другие нарушения ритма и проводимости. Преходящая ишемия миокарда может вообще ничем не проявляться, что наблюдается при немой ишемии. Такие атипичные варианты течения ИБС более свойственны больным сахарным диабетом.

Следует добавить, что при повторном обследовании пациента через 3 мес у него выявлены повышенный уровень глюкозы в крови (6,5–7,2 ммоль/л) и гликированный гемоглобин 7,5%.

Итак, окончательный ответ на вопрос: «Какой диагноз?» В связи со сказанным ранее диагноз пациенту мог бы звучать следующим образом:

ИБС: эквивалент кардиального синдрома Х в виде тахизависимой преходящей полной блокады ЛНПЖП, сахарный диабет типа 2. Или ИБС: кардиальный синдром Х с клиническим проявлением в виде тахизависимой преходящей полной блокады ЛНПЖП, сахарный диабет типа 2.

Вопрос 4. Как лечить?

Лечение кардиального синдрома Х подразумевает назначение β -адреноблокаторов и статинов. С учетом предполагаемого наличия дисфункции дистальных отделов коронарного русла больному назначен небиволол 5 мг, у которого имеется дополнительный эффект – донация оксида азота, и аторвастатин в дозе 20 мг, учитывая незначительное исходное повышение общего холестерина 5,5 ммоль/л.

Через 3 мес лечения пациенту выполнена велоэргометрия – ВЭМ (при временном прекращении приема небиволола), достигнута субмаксимальная ЧСС, при этом отмечено появление косовосходящей депрессии сегмента ST в отведениях V_{4–6}, появления блокады ЛНПЖП не было (рис. 1). При повторной сцинтиграфии миокарда на фоне нагрузки признаков преходящей ишемии не обнаружено (рис. 2).

Вопрос 5. Каков прогноз?

Феномен преходящей блокады ЛНПЖП при отсутствии клинически значимого атеросклероза КА хорошо известен [1], при этом часто обнаруживают медленный поток по дистальному руслу КА.

В связи с проведением экспертизы у данного пациента закономерно возникает вопрос о прогнозе. Прогноз больных с преходящей тахизависимой блокадой ЛНПЖП продемонстрирован в работе R.Candell и соавт., которые показали, что если полная блокада ЛНПЖП индуцирована физической нагрузкой, и при этом значимого атеросклероза КА нет (менее 50%), то прогноз хороший, даже если ишемия выявлялась при сцинтиграфии миокарда. Если был стеноз хотя бы одной КА более 50%, то прогноз плохой. Блокада ЛНПЖП без поражения КА появлялась при значительно большей ЧСС (в среднем 132,2 против 95,4) [2].

Проведение бифункционального исследования ЭКГ и артериального давления (АД) через 3 мес от начала лечения показало, что у пациента нормотензия, депрессии или элевации сегмента ST нет, несмотря на нагрузку во время мониторинга (подъем на 9-й этаж, ходьба быстрым темпом 40 мин). Показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) умеренно снижены, соответствуют изменению ВСР у больных артериальной гипертензией или стабильной стенокардией с хорошим прогнозом (рис. 3). Следует напомнить, что прогностическое значение метода ВСР относится к уровню доказательности А, класса I.

Литература

1. Biceroglu S, Yildiz A, Bayata S et al. Is there an association between left bundle branch block and coronary slow flow in patients with normal coronary arteries? *Angiology* 2007; Dec 2008; 58 (6): 685–8.
2. Candell Riera J, Oller Martnez G, Vega J et al. Exercise-induced left bundle-branch block in patients with coronary artery disease versus patients with normal coronary arteries *J Rev Esp Cardiol* 2002; 55 (5): 474–80.

— * —