



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА X (Микроваскулярной стенокардии)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Кафедра «Терапии общей практики с курсом семейной медицины»,
Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. Цель исследования – показать на клиническом случае возможность диагностики синдрома X.

Ключевые слова: микроваскулярная стенокардия, коронароангиография, велоэргометрия, суточное ЭКГ мониторингирование, синдром X.

X - СИНДРОМУНУН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ (Жүрөктүн ичке кан тамырларынын стенокардиясы)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты - X синдромунун клиникалык окуяда аныкталуу мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү.

Негизги сөздөр: Жүрөктүн ичке кан тамырларынын стенокардиясы, коронарография, велоэргометрия, 24 - сааттык ЭКГ монитору, «X» - синдрому.

CLINICAL CASE OF X – SYNDROME (Microvascular angina)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Aim of the reseach work - show on a clinical case the possibility of diagnostic the «X» - syndrome.

Key words: microvascular angina, coronaroangiography, veloergometry, daily ECG – monitor, «X» - syndrome.

Микроваскулярная (дистальная) стенокардия (МВС) или синдром X — это стенокардия, обусловленная функциональной и органической несостоятельностью дистального отдела коронарного русла при ангиографически интактных и не спазмированных крупных (эпикардиальных) коронарных артериях (КА). Выделение этой формы стенокардии стало возможным только после внедрения в клиническую практику селективной коронароангиографии (КАГ). Применение КАГ позволило установить, что у 10 - 20% больных со стенокардией КА интактны. По предложению Kemp H.G. (1973), стенокардию, развивающуюся при отсутствии спазма и коронарографических признаков поражения крупных (эпикардиальных) КА, стали называть синдром X. Целью является

показать современные возможности диагностики и успешного лечения данного синдрома на примере клинического случая.

Больная Д. 1961 года рождения, 23.04.10 г. поступила в отделение острого инфаркта миокарда (ОИМ) Кыргызского Национального центра кардиологии и терапии (НЦКТ) им. Академика Мирсаида Миррахимова, выписалась 08.05.10 г.

Диагноз при поступлении: Коронарная болезнь сердца (КБС). Нестабильная стенокардия прогрессирующее течение от 22.04.10 г. дифференцировать с острым не Q-волновым инфарктом миокарда.

Диагноз клинический: КБС. Микроваскулярная стенокардия. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь II степени очень высокого риска. Узловой зоб, эутиреоз.

Больная поступила в отделение ОИМ с симптомами острого коронарного синдрома. Ее беспокоили сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в подлопаточную область, левую руку, волнообразного характера, продолжительностью 15 мин, в покое,

22.04.10 г, в связи с вышеуказанными жалобами обратилась в поликлинику НЦКТ, на снятой ЭКГ – нарушение процессов реполяризации в передне - перегородочной, боковой стенке левого желудочка, субэндокардиальная ишемия, госпитализирована в отделение ОИМ НЦКТ



сопровождались одышкой, проходили после приема изокет спрей 0,04 мг под язык.

Факторы риска КБС: артериальная гипертензия, дислипидемия.

Из анамнеза: Артериальное давление (АД) повышается с апреля 2010 г. максимально до 150/100 мм рт. ст. Результат опроса по анкете Роузе положительный с 2008 г. При электрокардиографии (ЭКГ) от 2008 г регистрируется отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях, депрессия сегмента ST до 1 мм в левых грудных отведениях, по результатам велоэргометрии (ВЭМ): проба положительная. Коронарная недостаточность (КН), функциональный класс II. Безболевая ишемия миокарда. Гипертензивная реакция. С 01.04.10 г по 09.04.10 г находилась на стационарном обследовании и лечении в ГКБ № 6 с диагнозом: КБС. Нестабильная стенокардия прогрессирующего течения. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. Гипертоническая болезнь II степени очень высокого риска. После выписки рекомендованные препараты, принимала регулярно. Ухудшение состояния отмечает с

Обследования: общий холестерин – 6,38 ммоль/л; триглицериды – 1,37 ммоль/л; липопротеины низкой плотности (ЛПНП) – 4,14 ммоль/л; липопротеины высокой плотности (ЛПВП) – 1,62 ммоль/л; аланин-аминотрансфераза (АЛТ) – 20 IU/L, аспартат-аминотрансфераза (АСТ) – 20 IU/L; сахар крови натощак – 4,54 ммоль/л; тиреотропный гормон – 5,2 МЕ/л (0,2-6,2 МЕ/л).

Общий анализ крови и мочи без особенностей. Рентген органов грудной клетки: без патологии.

ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, ЧСС – 80 уд в мин, нарушение процессов реполяризации в передне-перегородочной, боковой стенки левого желудочка, субэндокардиальная ишемия. В динамике: ритм синусовый, ЧСС – 75 уд в мин. Отрицательный зубец Т в отведениях V3-V6.

Суточное ЭКГ-мониторирование от 27.04.10 средняя ЧСС – 74 уд. в мин., минимальная ЧСС – 54 уд. в мин. в 01:08, максимальная ЧСС – 108 уд. в мин., зарегистрирована одна суправентрикулярная экстрасистола, эпизоды синусовой тахикардии с ЧСС – 101-108 уд. в мин.

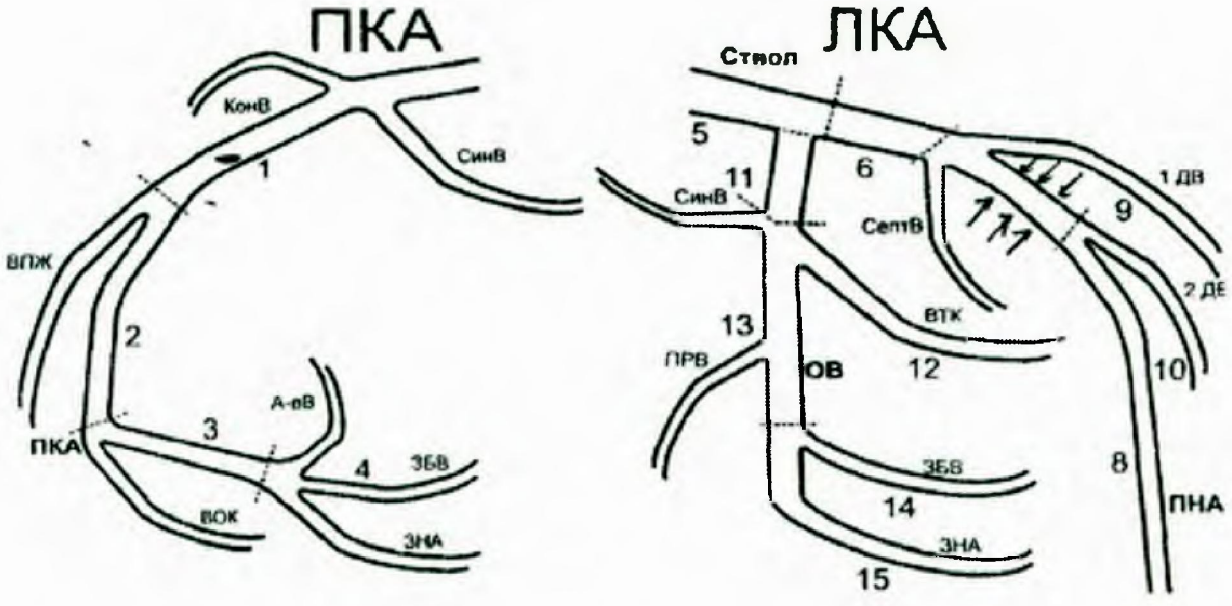


Три эпизода дальнейшей депрессии сегмента ST на I-III канале с ЧСС – 108 уд. в мин. с 08:29-08:35, в 18:21-18:32, 21:14-21:35.

ЭХОКГ: аорта умеренно уплотнена,

комплекс не расширен, размер правой почки – 107x37 мм, левой – 102x40 мм.

УЗИ щитовидной железы: расположение типичное, контуры ровные, правая доля –



Заключение: Органических поражений КА не выявлено.
 Ствол: без поражений.
 ПНА: в 7 сегменте мышечный мостик суживающий просвет артерии в систоле до 50%, дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.
 ОВ: без поражений, дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.
 ПКА: без поражений, дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.

диаметр аорты – 2,66 см. Аортальный клапан: створки подвижные, раскрытие полное. Митральный клапан: в противофазе с очагами уплотнения, регургитация минимальная. Трикуспидальный клапан: в противофазе. Легочная артерия не расширена. Среднее легочное артериальное давление (ЛАД) – 16 мм рт. ст. Левое предсердие – 2,82 см, конечно-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) – 4,76 см, конечно-систолический размер ЛЖ – 3,1 см. Фракция выброса – 64%. Задняя стенка ЛЖ – 0,9 см, толщина межжелудочковой перегородки – 0,9 см, правый желудочек – 1,8 см. Диастолическая функция ЛЖ нарушена, E/A – 0,9. Зон гипокинеза нет.

УЗИ печени: контуры ровные, размеры не увеличены, паренхима мелкозернистая, однородная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена – 8 см. Почки: форма обычная, контуры ровные, паренхима обычной акустической плотности. Чашечно-лоханочный

17x16x47 мм, левая доля – 16x15x44 мм, общий объем – 12,1 см³, перешеек – 3,5 мм. Структура паренхимы однородная, мелкозернистая, в обеих долях лоцируются кистозно-папиллярные узлы, справа до 27 мм, слева до 9 мм, также по периферии долей определяются скудные гипозоногенные очаги. При цветовом доплеровском картировании экстранодулярной паренхимы определяется обычная васкуляризация. Заключение: узловой зоб, не исключается на фоне тиреоидита.

Коронароангиографическое (КАГ) исследование от 06.05.10 г: органических поражений КА не выявлено. Ствол без поражения. Передняя нисходящая артерия: в 7-м сегменте – мышечный мостик, суживающий просвет артерии в систолу до 50%, дистальные отделы извитые, артерии спазмированы, TIMI III. Огибающая ветвь: без поражений, дистальные отделы извитые, артерии спазмированы, TIMI III. Правая КА: без поражений, дистальные



отделы извитые, артерия спазмирована, ТИМІ ІІІ.

Проведено лечение: режим палатный, стол №10, изокет 0,1%-10,0 на 100 мл физиологического раствора в/в капельно, круглосуточно в течение двух дней, гепарин по схеме: 7,5 тысяч ЕД x дважды в сутки подкожно (п/к) два дня, 5 тысяч ЕД x дважды в сутки п/к три дня, 2,5 тысяч ЕД x дважды в сутки п/к с отменой на 7 день; аспирин 0,5 по ¼ таб. после ужина постоянно, конкор 2,5 мг один раз постоянно, фармадипин 5 мг один раз постоянно, аторвастатин по 10 мг постоянно, ривотрил 0,5 мг по ½ таб. x один раз - в течение двух недель.

Наша пациентка согласно рекомендации Европейского Общества Кардиологов получала все необходимое лечение.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось, прекратились приступы стенокардии, выросла толерантность к физической нагрузке, настроение бодрое.

Рекомендовано: продолжить долечивание в амбулаторных условиях под наблюдением кардиолога, эндокринолога, врача ГСВ. Соблюдение гиполипидемической диеты, лечебная гимнастика и дозированная ходьба по щадящему режиму. Целевой уровень общего холестерина ниже 4,5 ммоль/л. ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л. АД ниже 140/90 мм рт. ст., ИМТ 25 кг/м².

Принимать длительно под медицинским контролем:

- аспирин кардио по 100 мг 1 таб. после ужина ежедневно.
- норваск 10 мг (амлодипин) по ½ таб. 21:00, под контролем АД.
- аторвастатин по 10 мг во время ужина под контролем ферментов печени АЛТ, АСТ, спектра липидов.

У нашей пациентки пременопаузальный период, типичная боль при физической нагрузке, типичная горизонтальная депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе продолжительностью 8 мин, преходящая ишемическая депрессия сегмента ST > 1 мм, установленная при суточном холтеровском ЭКГ-мониторировании, органических поражений коронарных артерий не выявлено при КАГ.

Таким образом, КАГ играет исключительно

важную роль в постановке диагноза МВС. Характерны следующие особенности: отсутствие атеросклеротического сужения эпикардальных крупных КА, замедленное, «затрудненное» прохождение контрастного вещества по КА; обедненный коронарный рисунок («лысое сердце»), что обусловлено поражением дистального сосудистого русла и затруднением прохождения по нему контраста.

Лечение больных с МВС до конца не разработано. Представлены рекомендации Европейского Общества Кардиологов по антиангинальной фармакотерапии у больных с МВС:

Класс 1:

1. Лечение нитратами, б-блокаторами и антагонистами кальция по отдельности или в комбинации друг с другом (уровень доказательств В).

2. Статины у больных с гиперлипидемией (уровень доказательств В)

3. Ингибиторы АПФ у больных с артериальной гипертонией (уровень док С)

Класс 2a

Лечение в сочетании с другими антиангинальными средствами, включая никорандил и препараты метаболического действия (уровень доказательности С)

Класс 2b

1. Аминофиллин при сохранении боли, несмотря на выполнение рекомендаций 1 класса (уровень доказательств С)

2. Имипрамин при сохранении боли, несмотря на выполнение рекомендаций 1 класса (уровень доказательств С).

Выводы:

Микроваскулярная стенокардия – это особенная форма коронарной болезни сердца, которая является крайне редкой, но от этого не малоизвестной. На сегодняшний день более чем 5% людей, болеющих коронарной болезнью сердца, имеют микроваскулярную стенокардию (синдром Х), которая имеет следующие симптомы:

- 1. Отсутствие типичных атеросклеротических изменений крупных коронарных артерий.
- 2. Наличие выраженных функциональных и морфологических расстройств дистально рас-



положенных мелких коронарных артерий, которое подтверждаются данными ЭКГ, ВЭМ-пробы, суточного ЭКГ-мониторирования.

Литература:

1. Kemp H.G. et al. The anginal syndrome associated with normal coronary angiograms // Am. J. Med. - 1973. - Vol. 54. - P. 735 - 742.

2. Ройтберг Г. Е., Струтынский А. В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система 2007; с 460-462.

3. Сергиенко В.Б., Саютина Е.В., Самойленко Л.А., и соавт. Роль дисфункции эндотелия в развитии миокарда у больных ишемической болезнью сердца с неизмененными и

малоизмененными коронарными артериями // Кардиология 1999; Т.1: С. 25 – 31.

4. Graham I, Atar D., Borch-Johnsen K. et al. Fourth Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007; 14(2): 1-113.

5. Огороков А.Н. Диагностика болезни сердца и сосудов 2002; Том 6: с 432-440.

6. Лупанов В.П. Кардиальный синдром. Справочник поликлинического врача 2007, №15.