



Атипичные формы инфаркта миокарда

Докладчик:

К.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 3 ДонНМУ им. М. Горького,
с.н.с. отдела кардиологии и кардиохирургии им. В.К. Гусака

Шевелёк Анна Николаевна

Актуальность проблемы

- Каждый час в РФ от ИМ погибает 17 человек.
- Половина больных умирают на догоспитальном этапе, не дождавшись медицинской помощи.
- Количество диагностических ошибок при ИМ на этапе амбулаторного звена и СМП остается недопустимо высоким.
- Одна из объективных причин этих ошибок - атипичная клиническая картина заболевания.

Критерии диагноза ИМ

Повреждение миокарда (увел-е уровня тропонина) в сочетании с хотя бы одним из признаков:

Симптомы ишемии миокарда

Вновь возникшие ишемические изменения на ЭКГ

Появление патологического зубца Q

Новые участки нежизнеспособного миокарда при визуализации

Тромб в коронарной артерии (для осн типов ИМ)

Актуальность проблемы

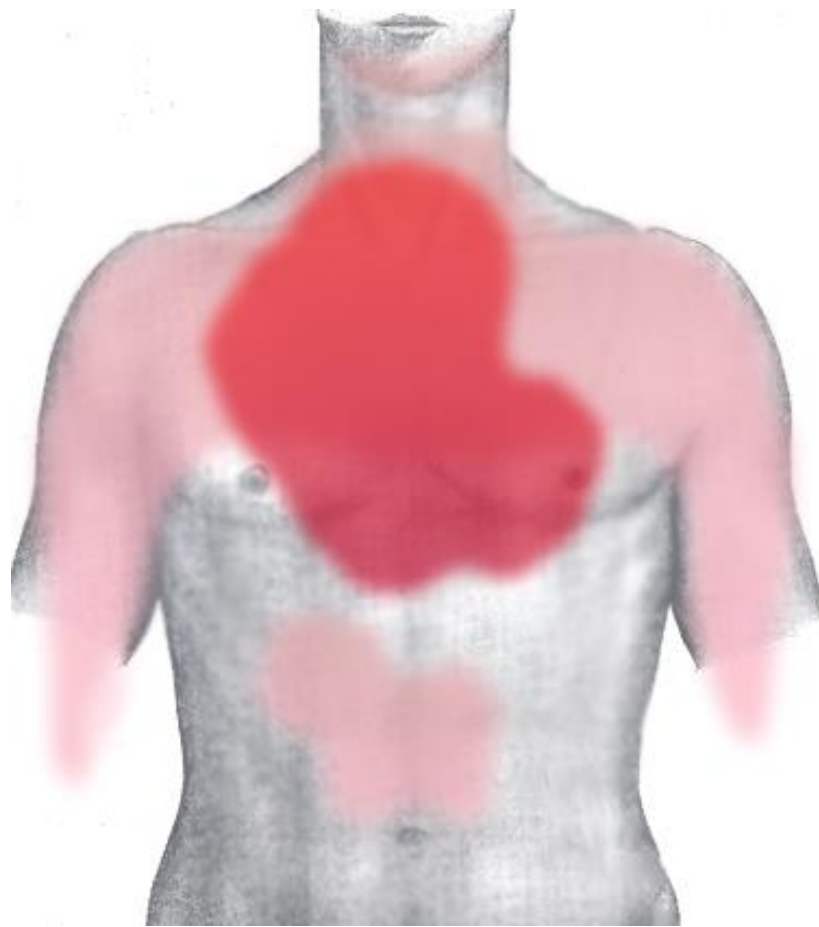
Наличие симптомов является определяющим фактором для последующего диагностического поиска!

Типичные симптомы ИМ

Главный признак – боль в грудной клетке.

- Локализация – чаще за грудиной.
- Характер – давящий, сжимающий, пекущий.
- Иррадиация – левая и правая руки, ключицы, шея, нижняя челюсть, эпигастрий, межлопаточная область, нижние конечности.
- Длительность – более 20 мин.
- Трудно купируется НГ.

Места иррадиации боли при ИМ



Атипичные формы ИМ

- **Болевые** – боль не за грудиной, а в местах возможной иррадиации.
- **Безболевые** – боли нет, есть другие симптомы (одышка, резкая слабость, обморок, нарушения ритма и др.)
- **Асимптомные** («немые», «тихие») – нет симптомов либо они не выражены.

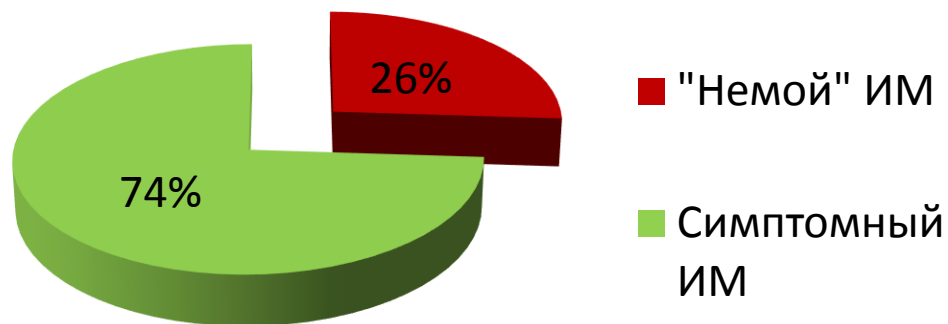
Атипичные формы ИМ.

Актуально?

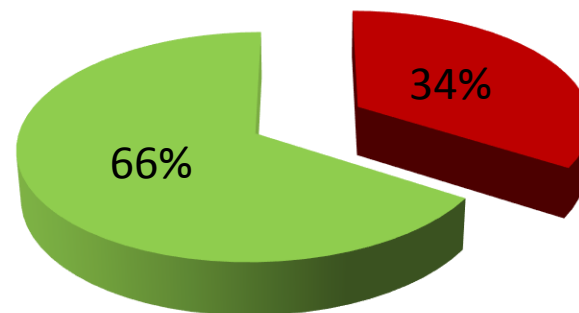


Распространенность «немого ИМ» в Framingham Heart Study*

Среди мужчин



Среди женщин



* Kannel WB, 1990.

Частота «немного» ИМ в Rotterdam study*

- 5148 человек старше 55 лет.
- Выполнена исходная и последующие ЭКГ.
- Наблюдение в течение 6 лет.
- Частота симптомных ИМ: 5,0 случаев на 1000 человек в год.
- Частота «немых» ИМ: 3,8 случаев на 1000 человек в год.

* de Torbal A et al, 2006

Исследование In-Depth*

- 1621 пациент без ИМ в анамнезе с факторами риска ИБС.
- Выполнена ПЭТ сердца.
- Критерий перенесенного ИМ – размер зоны рубца > 5% ММЛЖ.

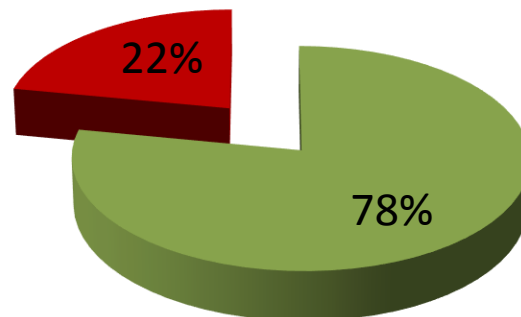
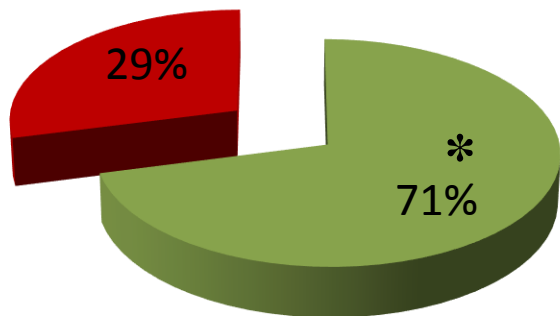
*Arenja N et al., 2013.

Распространенность «немомо ИМ» в исследовании In-Depth

Каждый 4-й пациент!

Пациенты с СД

Пациенты без СД



■ Пациенты без ИМ

■ Пациенты с "немым" ИМ

Выводы из исследования In-Depth

- «Немые» ИМ более распространены, чем ранее считалось.
- Каждый 4-й пациент с факторами риска ИБС перенес «немой» ИМ.
- У двух из трех больных с перенесенным ИМ нет патологических зубцов Q на ЭКГ либо они регрессируют со временем.
- ПЭТ сердца более чувствительна в определении перенесенного ИМ, чем ЭКГ.

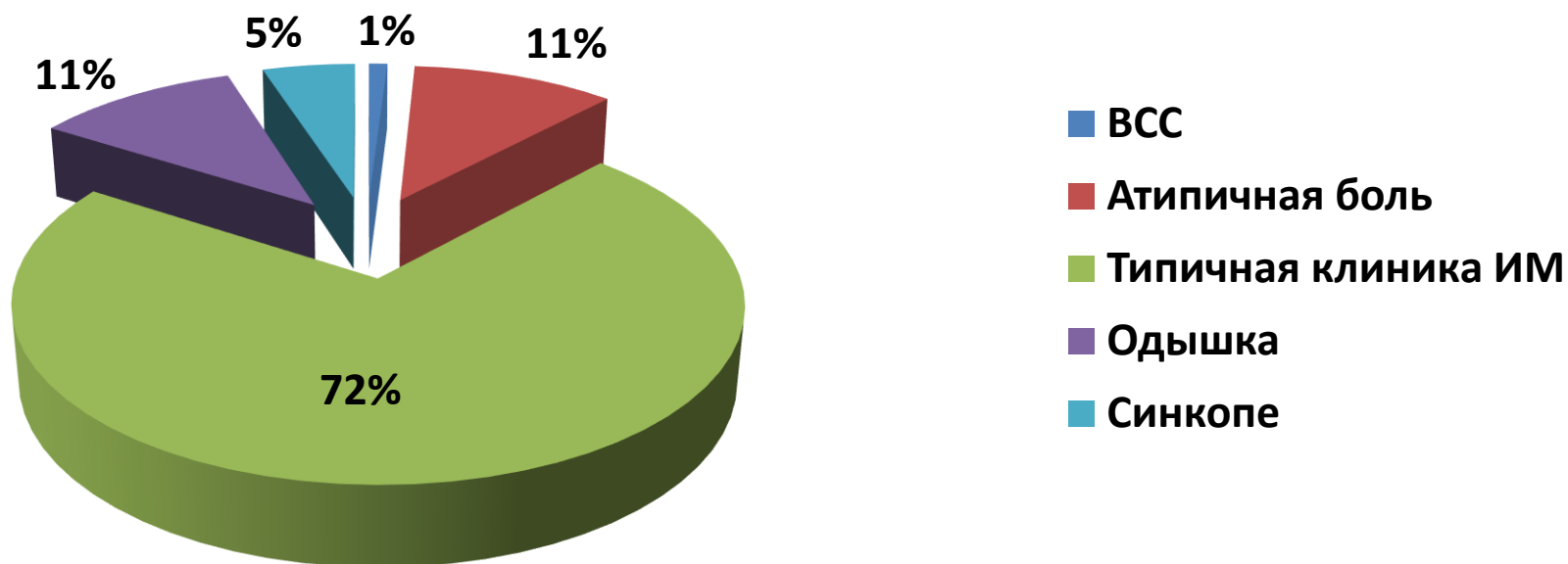
Регистр FAST-MI 2010*

- 213 клиник во Франции
- 4169 больных с ОИМ
- Наблюдение 3 года
- Оценка распространенности атипичных форм ИМ и влияния клинической формы ИМ на прогноз

* *Puymirat E. et al., 2017*

Регистр FAST-MI 2010

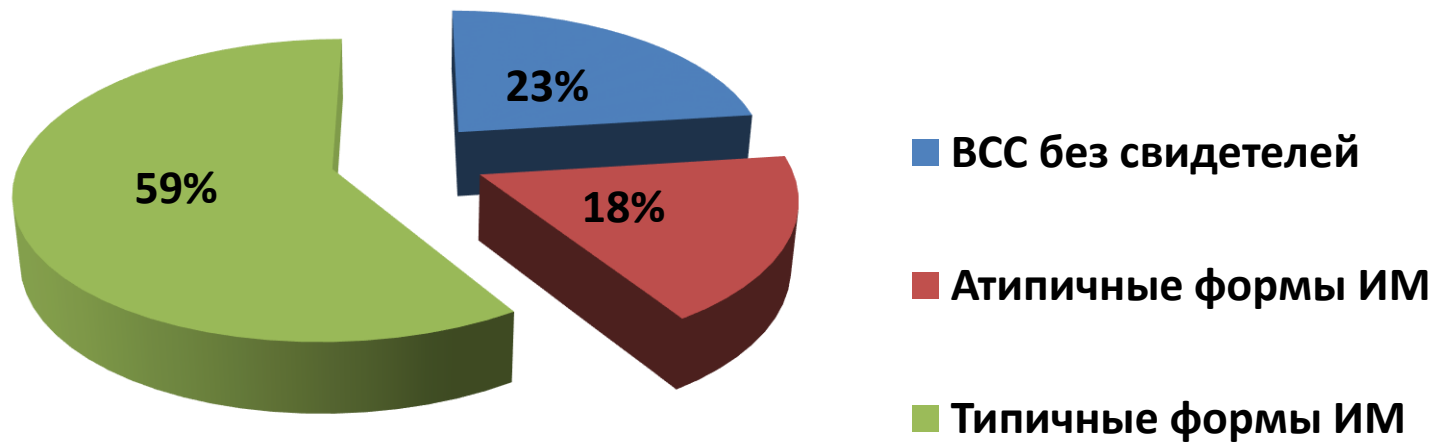
Структура клинических форм ИМ



- Атипичные формы связаны с **увеличением риска смертности** в течение 3 лет по сравнению с типичными формами ИМ

Регистр ИМ г. Томск, РФ*

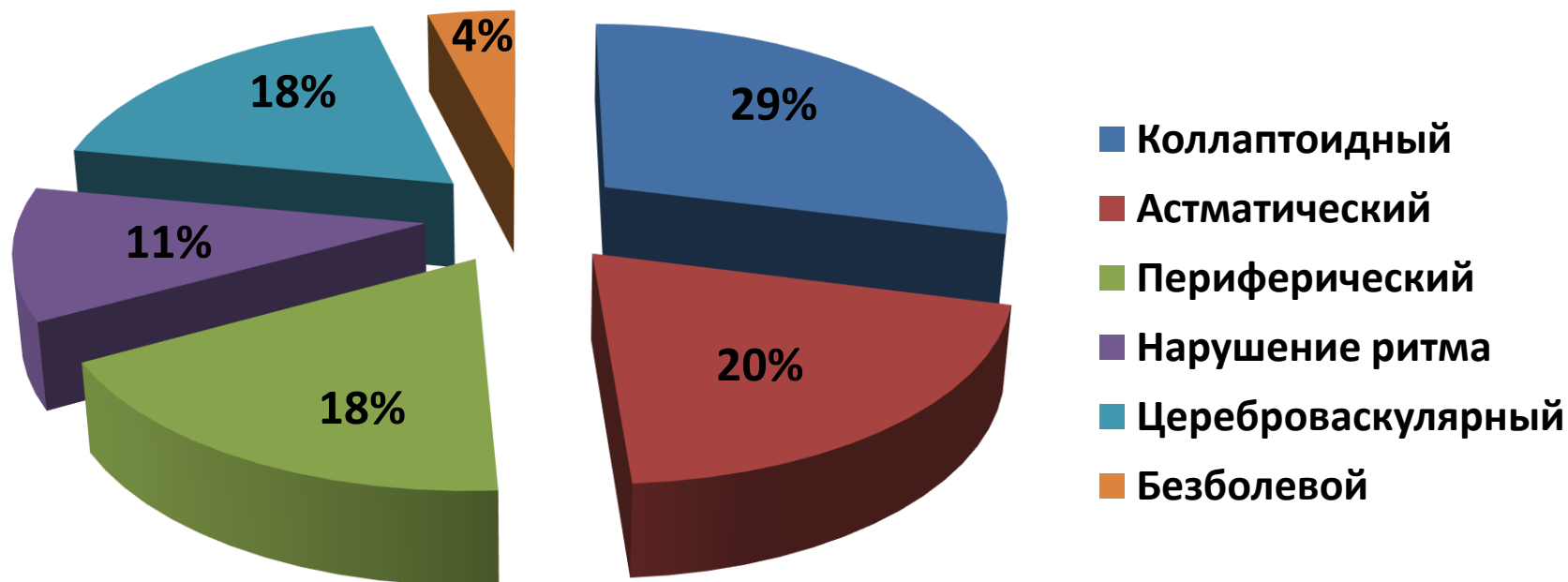
- 7270 случаев ОИМ



* Гарганеева А. А. и др., 2016

Регистр ИМ г. Томск

Структура атипичных вариантов ИМ



Регистр г. Томск

- В течение 28 сут до развития коронарной катастрофы пациенты с атипичным ОИМ **чаще обращались за медицинской помощью**, чем пациенты с типичным ОИМ (36% vs 26%), однако **ЭКГ проводилось лишь половине из них** (54%).
- Каждый второй пациент с атипичным ОИМ был госпитализирован в непрофильный стационар.

Атипичные формы ИМ. У кого чаще?

Женский пол (?)

Пожилой возраст

СД

АГ

Перенесенный «немой» ИМ

Ожирение?

Варианты атипичных ИМ

- Астматический
- Абдоминальный
- Аритмический
- Цереброваскулярный
- Периферический

Астматический вариант ИМ

- Приступ сердечной астмы или отек легких - первый и/или единственный симптом ИМ.
- Характеризуется быстрым развитием клиники ОЛЖН.
- Чаще при повторном ИМ.
- Чаще у больных пожилого и старческого возраста с предшествующей ХСН.

Абдоминальный вариант ИМ

- Напоминает острое заболевание ЖКТ.
- Боль в верхней части живота, тошнота, рвота, метеоризм, а в ряде случаев парез ЖКТ.
- Может быть напряжение мышц брюшной стенки.
- Чаще при диафрагмальном ИМ.

Абдоминальный вариант ИМ

- Известны случаи, когда таким больным делают промывание желудка и даже производят оперативное вмешательство.
- У каждого больного подозрением на **“острый живот”** необходимо **зарегистрировать ЭКГ!**

Аритмический вариант ИМ

- В клинической картине преобладают нарушения ритма и проводимости – пароксизмы НЖТ либо ЖТ, полная АВ блокада, а болевой синдром отсутствует либо незначителен.
- Если тяжелые нарушения ритма возникают на фоне типичного ангинозного приступа или одновременно с ним – это осложненное течение типичного ИМ.

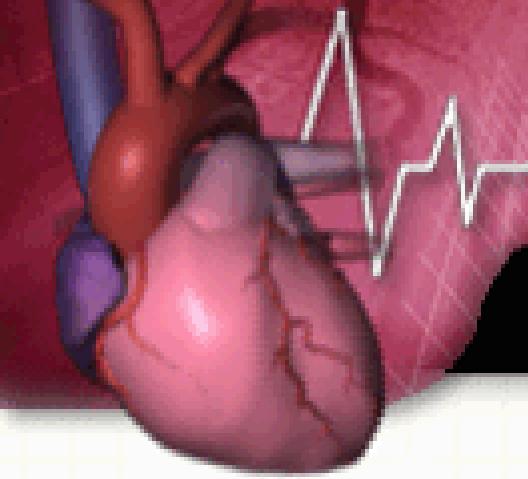
Цереброваскулярный вариант ИМ

- Может проявляться обмороком, головокружением, тошнотой, рвотой, головной болью, иногда признаками ОНМК.
- Чаще у пациентов пожилого возраста с исходно стенозированными экстракраниальными и внутричерепными артериями, с нарушениями мозгового кровообращения в прошлом.

Периферический вариант ИМ

Нет боли за грудиной / в предсердечной области, а есть боль в других зонах:

- шея,
- левая либо правая рука,
- левый мизинец,
- левая лопатка или межлопаточная область,
- шейно-грудной отдел позвоночника,
- нижняя челюсть.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛИ ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Жалобы. Анамнез заболевания

- Больной Б. 50 лет, служащий, обратился в клинику 22.06.16 г. с жалобами на боль жгучего характера в пальцах (3-й, 4-й и 5-й) левой руки.
- Считает себя больным около месяца. Вначале боль носила прерывистый характер – чаще появлялась в утренние часы, **во время физических нагрузок – при быстрой ходьбе, беге, переносе тяжестей, что заставляло пациента эту нагрузку прекращать.**
- Иногда боль возникала ночью во время сна, особенно в положении на левом боку и исчезала на правом.

Жалобы. Анамнез заболевания

- Спустя неделю после появления боли пациент обратился к участковому врачу, который расценил эти симптомы как проявления «артрозо-артрита» и рекомендовал втирание в болевые зоны мази с диклофенаком.
- Состояние не улучшалось.

Жалобы. Анамнез заболевания

- Через неделю – повторное обращение в поликлинику.
- Выполнена рентгенография пальцев левой кисти: отклонений от нормы не выявлено.
- Консультирован неврологом: диагноз «шейно-грудной остеохондроз», рефлекторная связь выявленного процесса с болевым синдромом в пальцах?
- Рекомендован приём диклофенака внутрь и массаж воротниковой зоны.

Жалобы. Анамнез заболевания

- На фоне назначенного лечения состояние пациента **не улучшалось.**
- В последние два дня боль появлялась чаще, возникала при меньших физически нагрузках и длилась дольше (до получаса).
- Утром в день обращения в клинику проснулся от **нестерпимой боли в пальцах левой кисти**, которая продолжалась около часа, несмотря на приём двух таблеток диклофенака внутрь и использование мази с НПВС, и **сопровождалась общей слабостью и потливостью.**

Анамнез жизни

- Курит
- Мать страдает сахарным диабетом

Есть факторы риска ИБС

Данные осмотра

- Общее состояние удовлетворительное.
- Ожирение I степени (ИМТ 31,5 кг/м²).
- Легочной звук не изменён, дыхание везикулярное.
- Границы сердца не смещены, тоны приглушены.
- Пульс 76 мин⁻¹, АД 120/80 мм рт.ст.
- Органы брюшной полости без особенностей.
- «Locus morbi»: **фаланги и суставы пальцев левой руки внешне не изменены** и не отличаются от правой, пальпация безболезненна, движения в полном объёме.

Диагностический поиск

Четкая связь болевого
синдрома с
физической
нагрузкой



**Кардиальная
ишемия?**

Диагностический поиск

- В момент осмотра вновь появилась боль в пальцах левой руки.
- **Молсидамин** 1 мг сублингвально.
- Спустя 3 мин – **исчезновение боли**.

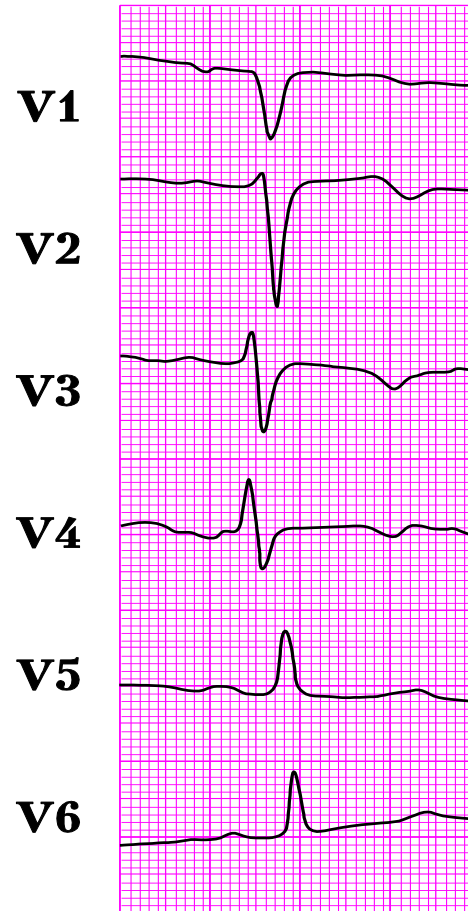
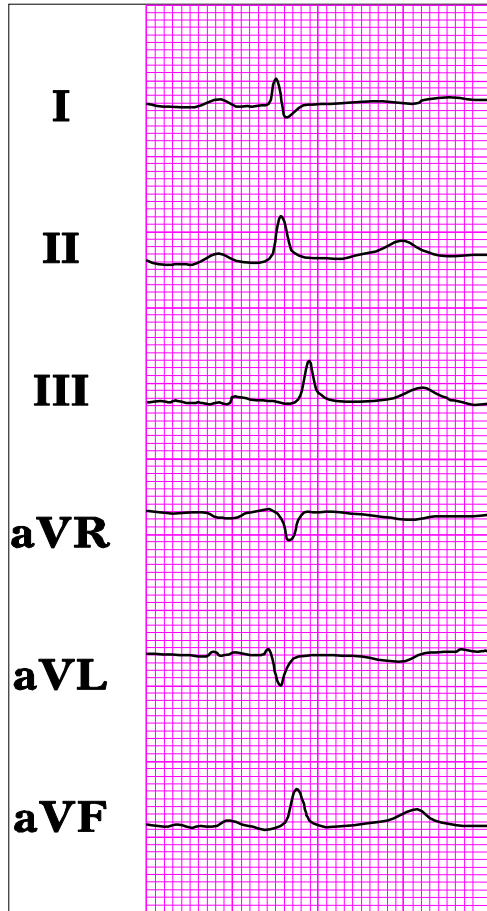
Диагностический поиск

Ответ на приём
вазодилататора



**Кардиальная
ишемия?**

ЭКГ



Предположительный диагноз

- Госпитализирован в отделение неотложной кардиологии клиники с диагнозом **«ОКСбпST»**.

Дополнительные методы исследования

Лабораторно:

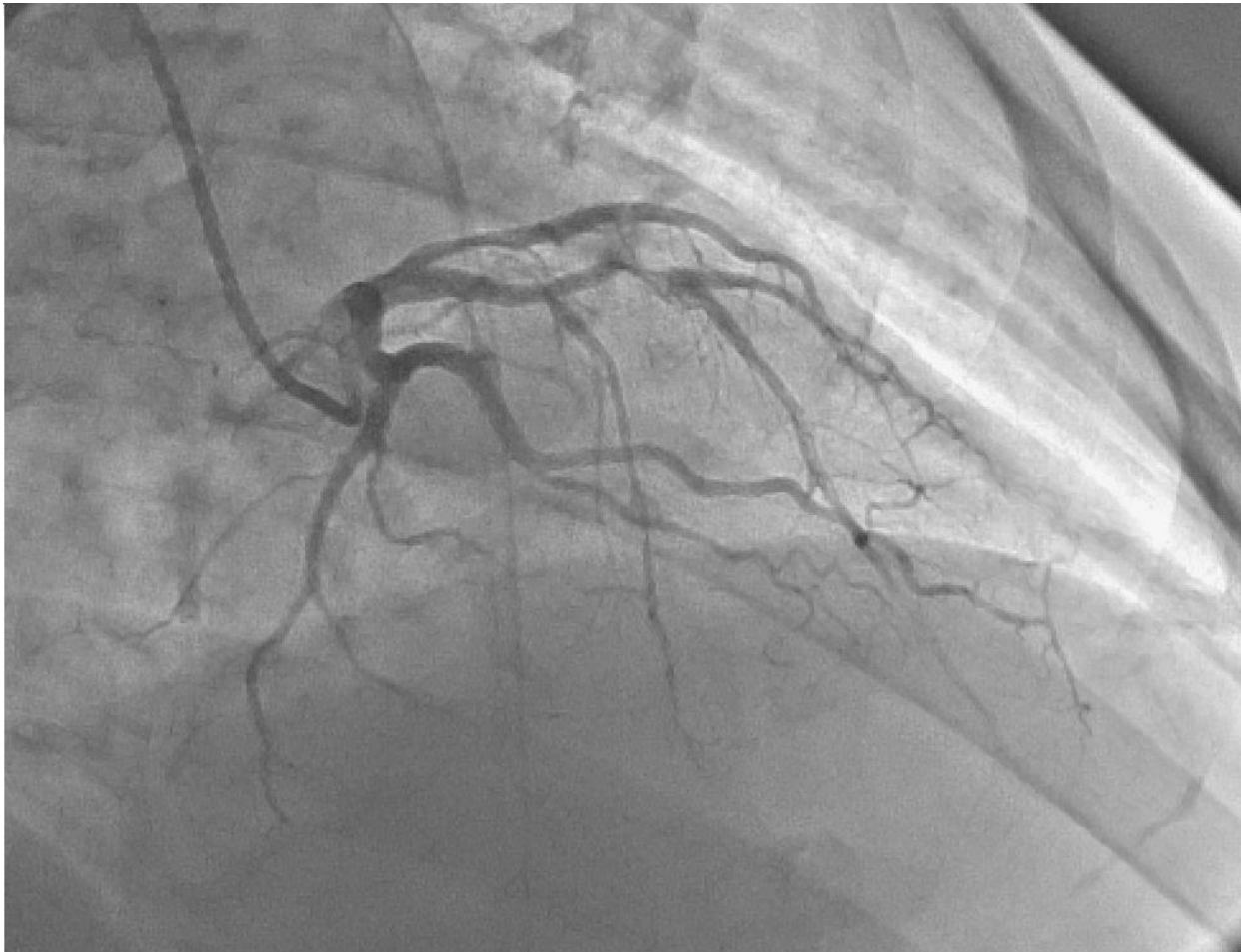
- Тропонин Т - 72,42 пг/мл (при норме 0-14 пг/мл).
- ОАК - норма.
- ОАМ – норма.
- Стандартная биохимия крови – норма.

Дополнительные методы исследования

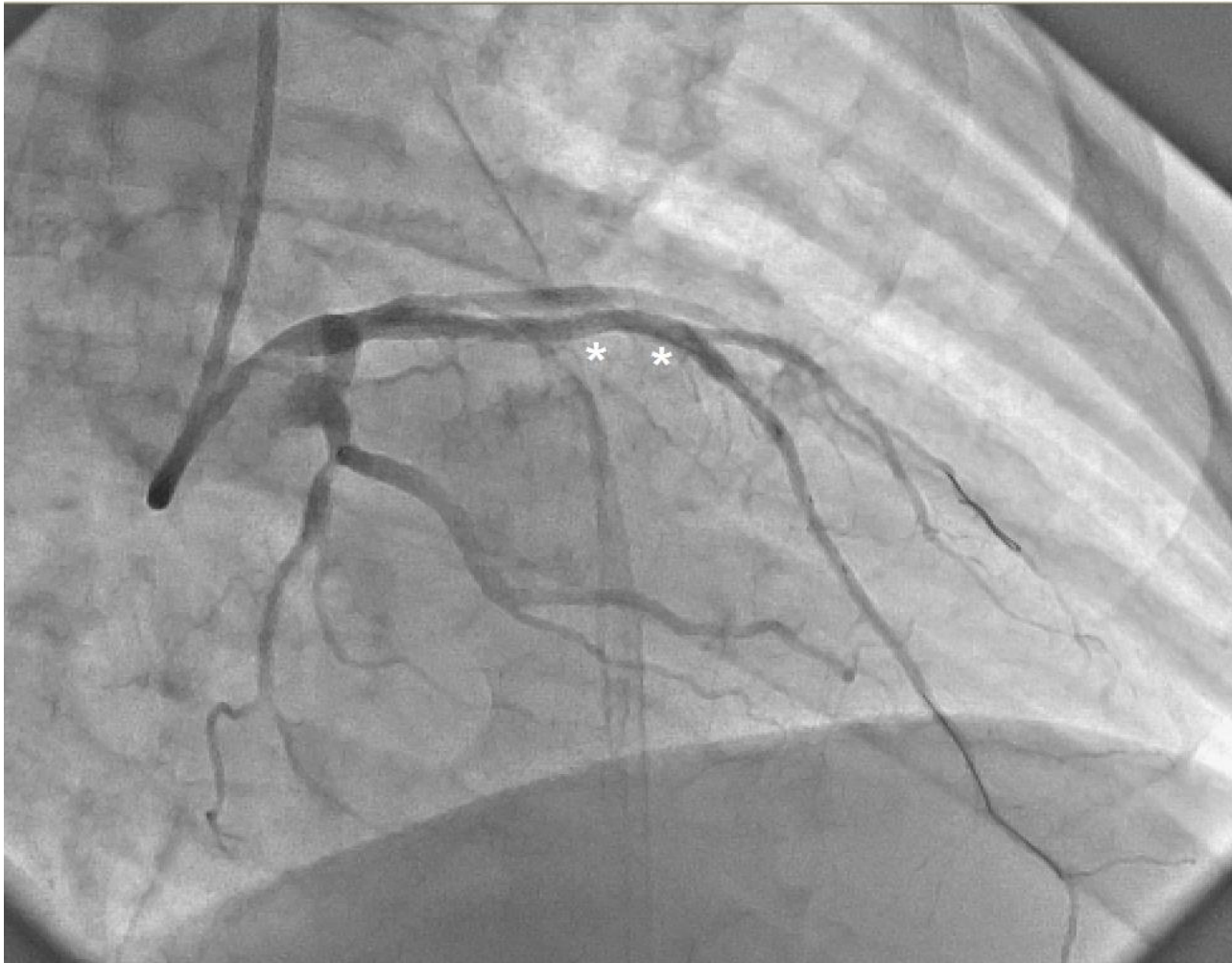
Инструментально:

- ЭхоКГ: **акинезия** верхушечных переднего и перегородочного, средних заднеперегородочного, переднеперегородочного, переднего сегментов левого желудочка.
- Ургентное ЧКВ: **критический стеноз** ПМЖВ.

Критический стеноз ПМЖВ по данным ургентного ЧКВ



Восстановление просвета ПМЖВ (стентирование)



Клинический диагноз

- ИБС: ОИМ без зубца Q ПСЛЖ от 22.06.16. Критический стеноз ПМЖВ ЛКА по данным ургентной КВГ от 22.06.16. Стентирование зоны стеноза с полным восстановлением просвета артерии 22.06.16. СН 1 ст.

Лечение в стационаре

- ацетилсалициловая кислота (100 мг/сут)
- клопидогрель (75 мг/сут)
- эноксапарин (0,8 мл /сут)
- лизиноприл (10 мг/сут)
- бисопролол (5 мг/сут)
- аторвастатин (80 мг/сут)
- спиронолактон (25 мг/сут)

Дополнительные находки:

- Сахарный диабет 2-го типа: (глюкоза крови - 8-14 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 7,8%).
- Тяжёлая дислипидемия:
 - общий ХС – 7,14 ммоль/л,
 - ХС ЛПНП – 4,15 ммоль/л,
 - ХС ЛПВП – 0,7 ммоль/л.

**Дополнительные
факторы риска ИБС**

Динамика состояния:

- После проведения ЧКВ – состояние стабильное, болевые ощущения в пальцах левой кисти не наблюдались.
- ХМ ЭКГ 30.06.16: ишемических изменений сегмента ST не обнаружены.
- Контрольное ЭхоКГ 01.07.16: улучшение локальной сократимости миокарда в области верхушки (сократимость практически восстановилась), сохраняется гипокинезия в среднем заднеперегородочном и переднеперегородочном сегментах, ФВ ЛЖ 64%.
- Тредмил-тест 06.07.16: ишемически значимых изменений ЭКГ не наблюдается, толерантность к физической нагрузке выше средней.

Выписка

- 08.07.16 в удовлетворительном состоянии выписан из клиники с рекомендациями продолжить начатое лечение в амбулаторных условиях.

Заключение

- В представленном случае кардиальная ишемическая боль локализовалась в 3-5 пальцах левой кисти, что затрудняло постановку правильного диагноза.
- Благодаря своевременному выполнению КВГ и последующего стентирования коронарной артерии, удалось предотвратить развитие крупноочагового инфаркта миокарда.

Атипичные формы ИМ.

О чем помнить?

Каждый 5-й ИМ протекает атипично

Чаще всего в виде одышки, обморока или ВСС

Половина больных попадает в непрофильные отделения

Теряется время оказания квалифицированной помощи

Ассоциированы с более неблагоприятным прогнозом

Атипичные формы ИМ.

Как заподозрить?

- **Всегда иметь настороженность** в отношении ИМ!
- Особую настороженность испытывать при наличии **общих симптомов**: падение АД, резкая слабость, потливость, сердцебиение, чувство страха.
- **Лучше подозревать и исключить, чем не подозревать и пропустить.**

Атипичные формы ИМ.

Что делать при подозрении?

- Обязательно – стандартная **ЭКГ**.
- При отсутствии новых ишемических изменений и большой вероятности ИМ записать **дополнительные отведения**.
- Определить уровень **тропонинов**.
- Выполнить **ЭхоКГ**.

Благодарю за внимание!

