

Синдром Коуниса (аллергический острый коронарный синдром)

Борт Д.В.,
ассистент,
Кафедра внутренних болезней №3
ГОО ВПО ДонНМУ им. М.Горького

Введение:

- ▶ Пациент Б. поступил в отделение мед. реабилитации 17.05.22 по поводу ранней постинфарктной стенокардии.
- ▶ Жалобы на пекущие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку при ходьбе до 50 м.
- ▶ Купируются нитратами в течение 5–10 минут и в покое

В анамнезе:

- ▶ ГБ в течение 6 лет (макс 180/90 мм.рт.ст.)
- ▶ Медикаментозную терапию систематически не принимал
- ▶ 08.03.22 перенёс Q-ИМ задней стенки ЛЖ
- ▶ Находился на стац. лечении в Тельмановской ГБ
- ▶ Через неделю после выписки стала появляться стенокардия при ходьбе до 100 м.
- ▶ 17.05.22 Консультирован кардиологом ИНВХ, госпитализирован.

Сопутствующие заболевания:

- ▶ Туберкулёз, тифы, малярию, вен. заболевания отрицает.
- ▶ Язвенная болезнь 12п. кишки с наличием язвенного дефекта до 2 см в средней трети тела по малой кривизне, рубцово-язвенная деформация луковицы 12п. Кишки
- ▶ *Консультирован дерматологом 06.02.22: острая крапивница*

На момент поступления:


- ▶ Состояние удовлетворительное.
- ▶ Тремор рук.
- ▶ Кожные покровы чистые, бледны, обычной влажности.
- ▶ Дыхание везикулярное.
- ▶ ЛУ не увеличены.
- ▶ АД 140/70 мм.рт.ст, ЧСС 70 в 1 мин, ритмичная.
- ▶ Печень у края рёберной дуги.
- ▶ Отёков нет.

В ходе обследования:

- ▶ Консультирован неврологом – выявлен паркинсонический синдром.
- ▶ 18.05.22 В клиническом анализе мочи выявлено большое количество лейкоцитов – до $\frac{1}{4}$ п/зр., 7–11 эритроцитов.
- ▶ Заподозрена инфекция мочевыводящих путей.
- ▶ Назначен ципрофлоксацин 500 мг 2 р/сут.


19.05.22

10:00

- ▶ После приёма ципрофлоксацина возник зуд кожи, гиперемия лица, рук.
 - ▶ Введен супрастин 1,0 в/м, после чего состояние улучшилось – зуд уменьшился.
 - ▶ Ципрофлоксацин отменён, назначен нитроксолин, фенкарол.
- 

19.05.22

13:00

- ▶ Внезапная потеря сознания, тошнота, рвота, судороги.
 - ▶ АД 90/60 мм.рт.ст.
 - ▶ ЧСС 90 в 1 мин, ритмичная.
 - ▶ Дыхание везикулярное, ЧДД 25 в 1 мин.
 - ▶ Введен дексаметазон 8 мг в/в стр.
 - ▶ Сознание вернулось через 3 минуты.
 - ▶ Через 5 мин. АД 100/60 мм.рт.ст., введен мезатон 0,5 в/в стр.
- 

18.05.22

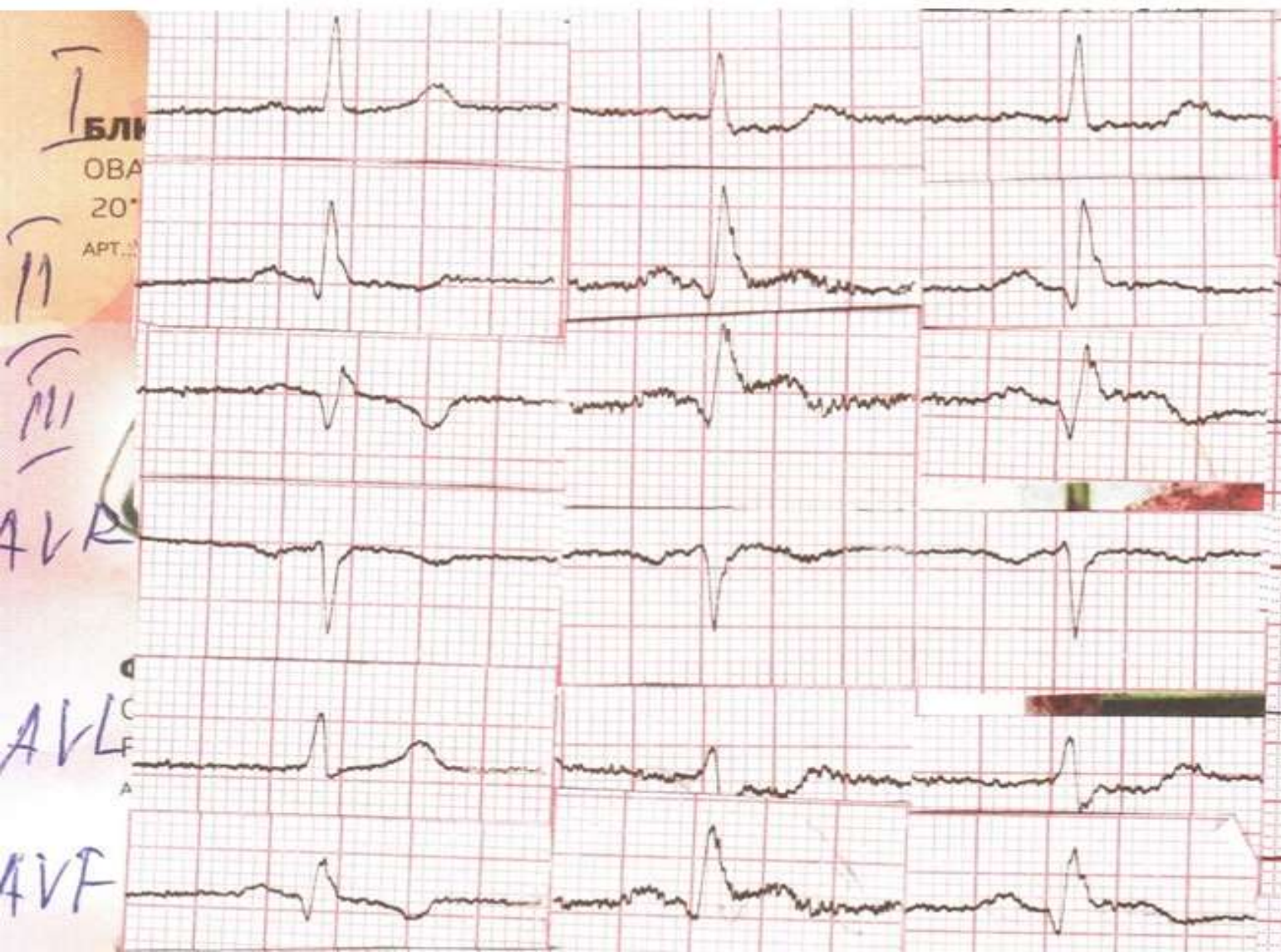
19.05.22

19.05.22

11:24

12:55

13:26



V1

V2

КРУЖ
ФАРФ
АРТ.:5221

V3

V4

V5

V6

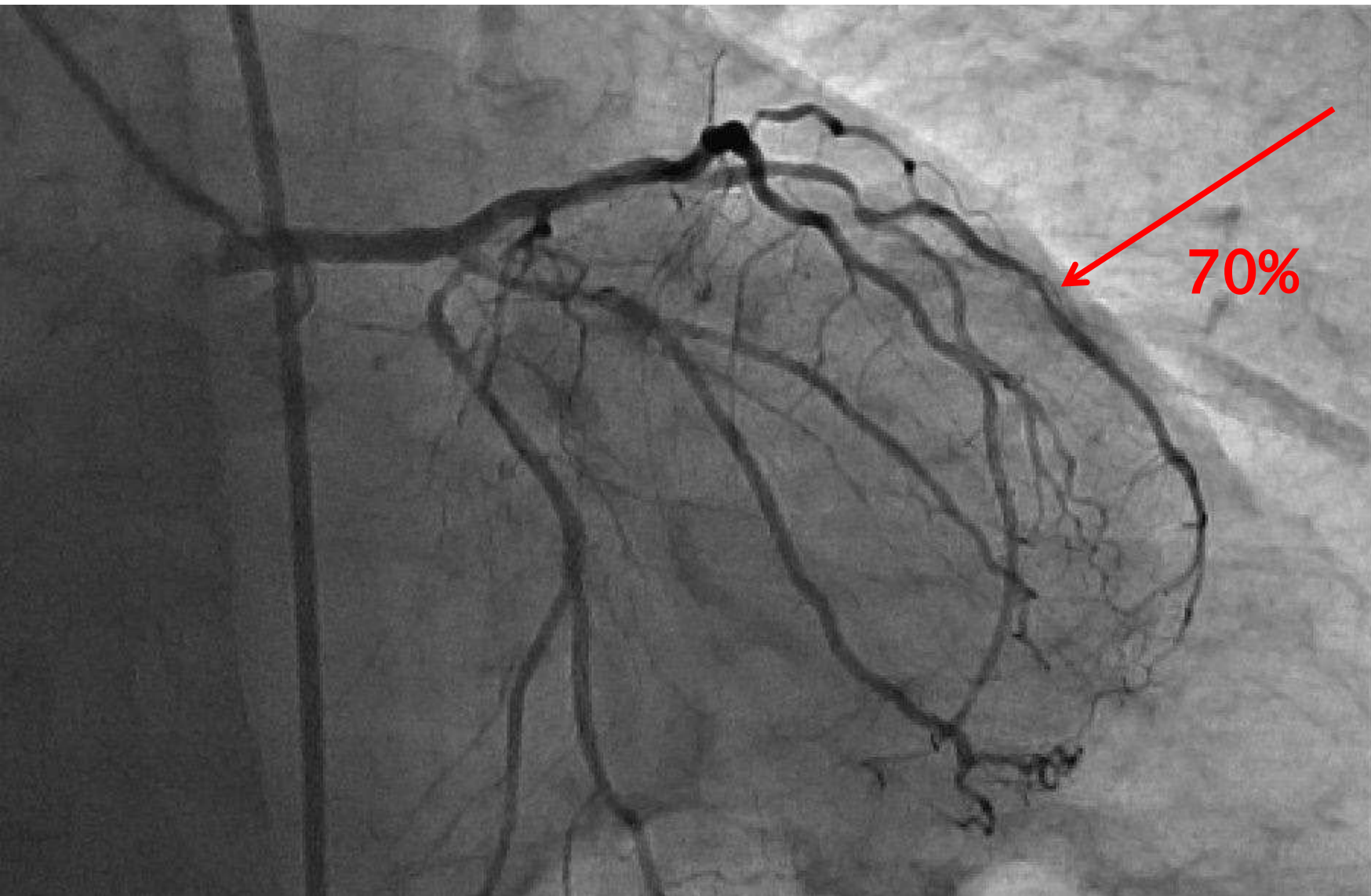
3.03

59.00
РУБ.

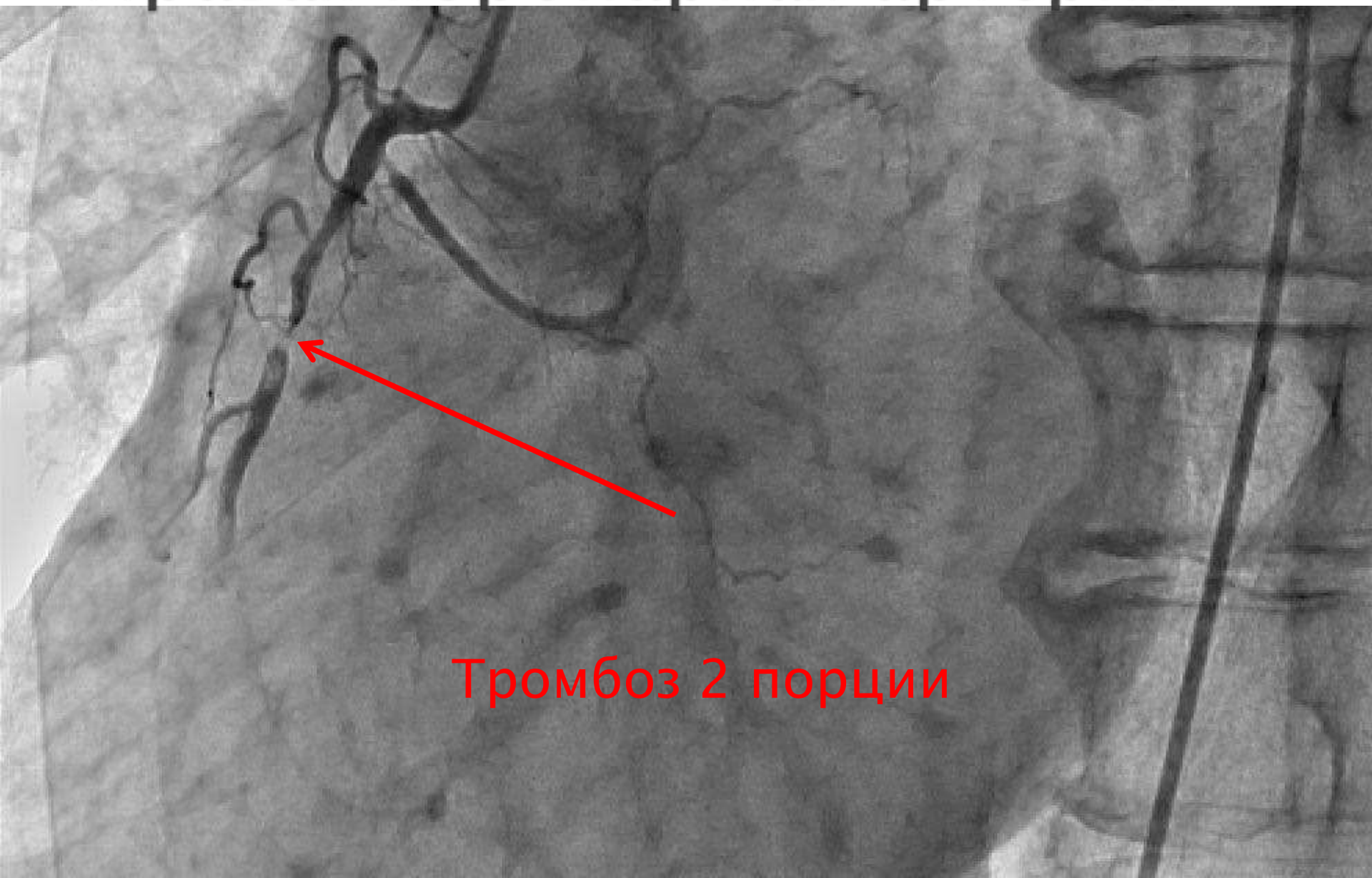
-2 3.03



Огибающая ветвь ЛКА



Правая коронарная артерия

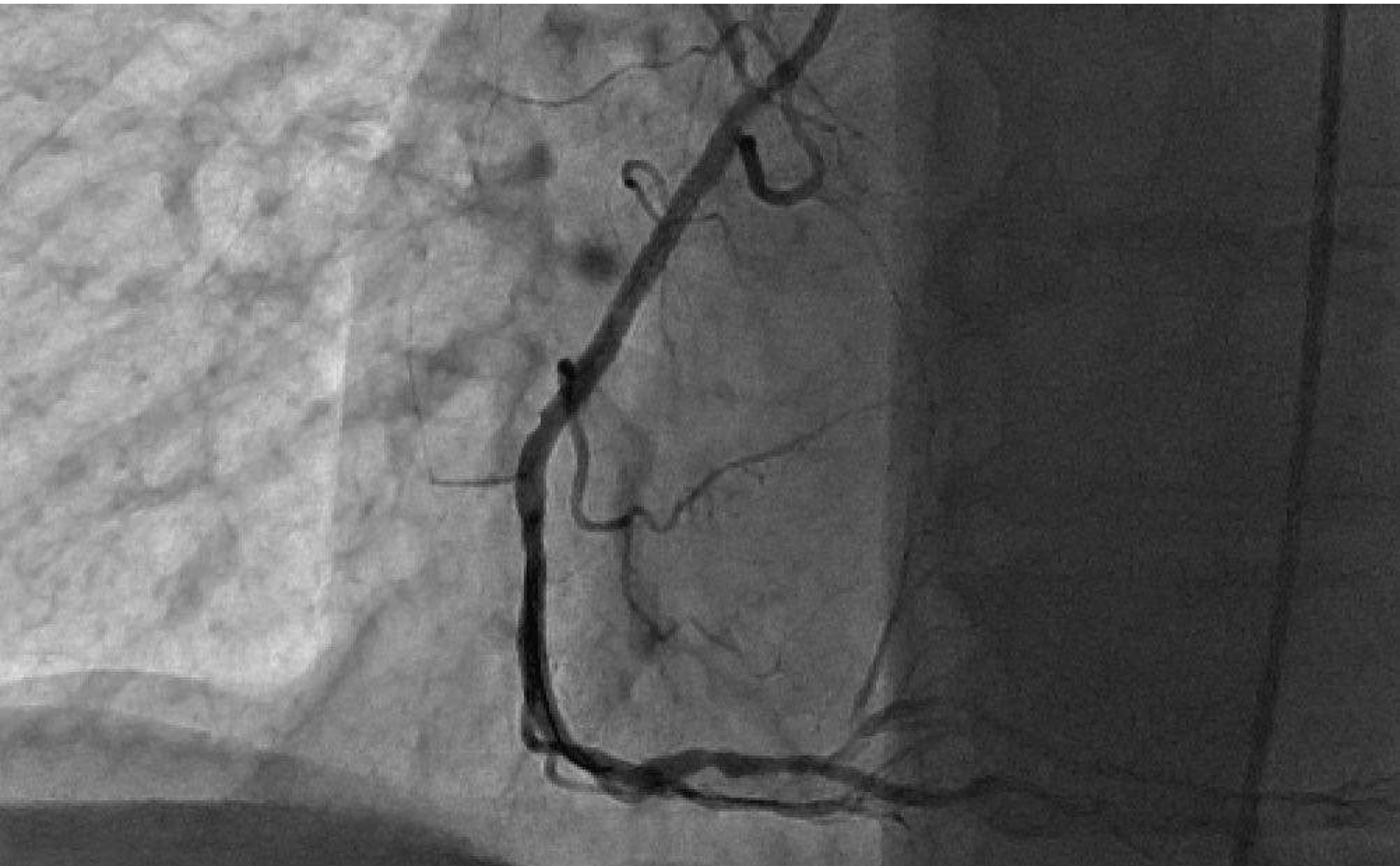


Тромбоз 2 порции

Стентирование ПКА



ПКА после стентирования

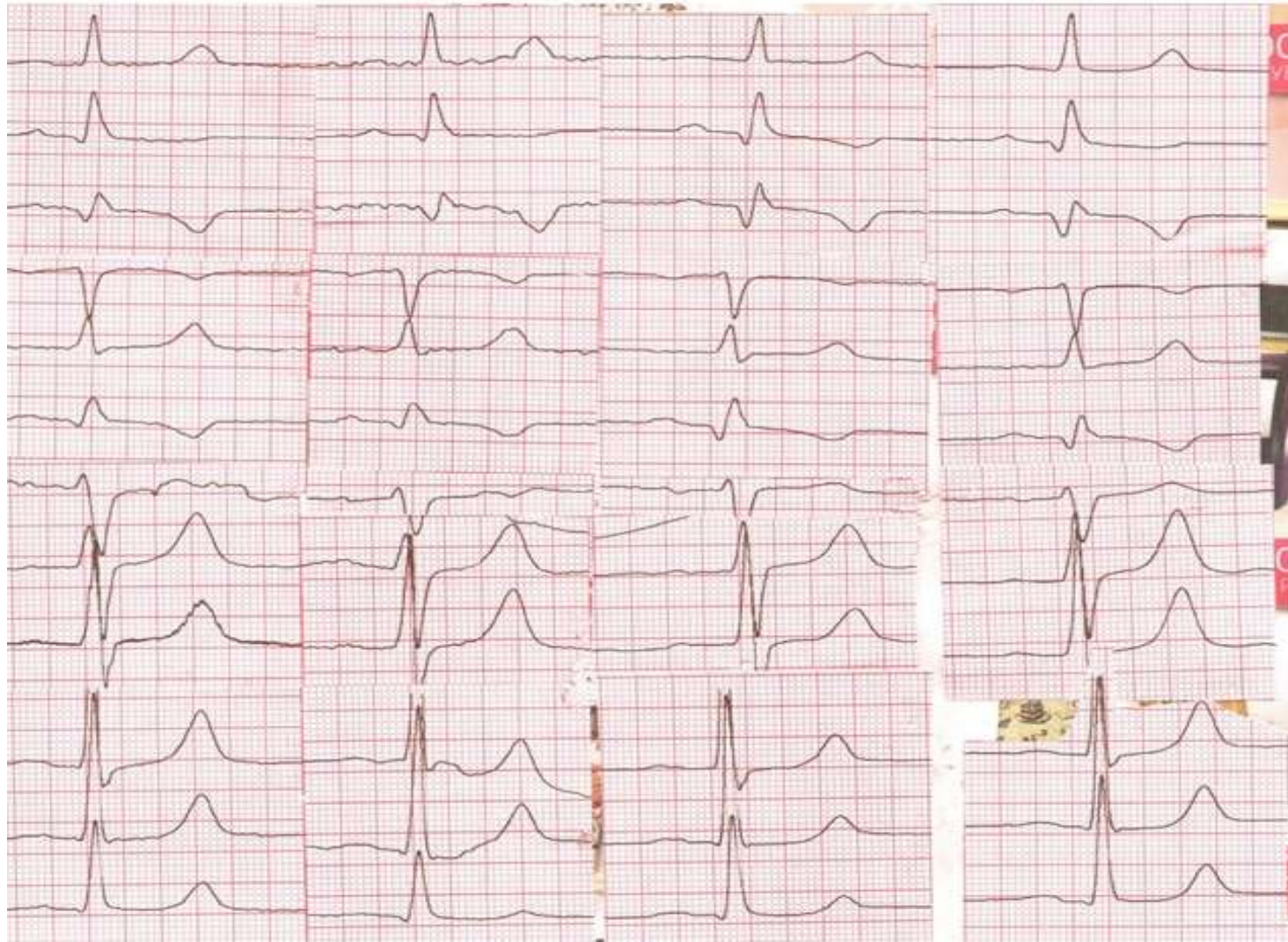


**В дальнейшем расширение
двигательного режима
переносил удовлетворительно**



ЭКГ при выписке

22.05.22 23.05.22 26.05.22 01.06.22
06:50 08:05 11:08 06:50



ИНВХ им В.К. Гусака

Эргометрия №9

Фамилия И.О. Батиг Евгений Васильевич Возраст 66 лет Вес 70

Диагноз: ОИМ ЗСЛЖ 19.05.22 Стент ПКА. Стеноз ОВ ЛКА 70-80%

Цель исследования: ТФН

Регистрирующее устройство CardioLab

РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА

| | | | | |
|----------|-------|-------------|---------|-------------------------------|
| 1 этап - | 25 Вт | 153 кГм/мин | 3.0 мин | 459 кГм |
| 2 этап - | 50 Вт | 306 кГм/мин | 3.0 мин | 918 кГм- 40% от макс нагрузки |

Общий объем работы **1377 кГм**, время работы **6.0 мин.**

Максимальная ЧСС 102 уд/мин-**66% от макс ЧСС**, исходная ЧСС **67 уд/мин**

Максимальное АД **215/85**, исходное АД **140/90**

Максимальное потребление кислорода **2.7 л/мин**

Жалобы во время проведения теста - боль в ногах

Причина остановки-жалобы пациента, максимальное АД

Особенности восстановительного периода-замедленное восстановление АД

На ЭКГ, зарегистрированной во время пробы и в периоде восстановления - ишемических изменений

ЭКГ не зарегистрировано. Нарушений ритма не фиксировано.

Толерантность к физической нагрузке- ниже средней.

Реакция сердечно-сосудистой системы на нагрузку-гипертонический тип

Выводы: ТФН ниже средней. Риск умеренный.

Определение

- ▶ Это группа симптомов, характеризующаяся возникновением острого коронарного синдрома проявляющихся в виде нестабильной вазоспастической/невазоспастической стенокардии и острого инфаркта миокарда, вызванных высвобождением медиаторов воспаления, вследствие аллергической реакции.
- ▶ Часто синдром Коуниса связан с приемом антибиотиков, а частности – амоксициллина/клавуланата.

История

- ▶ Синдром получил название по работам группы ученых из США и Греции, благодаря усилиям Николаса Коуниса, греческого кардиолога, впервые описавшего состояние «аллергической стенокардии» в 1991 году и в дальнейшем посвятившего данной патологии ряд публикаций.

Патогенез

Одновременное появление острого коронарного синдрома и состояния, сопровождающегося активацией тучных клеток



Высвобождение медиаторов воспаления: гистамин, нейтральные протеазы, продукты метаболизма арахидоновой кислоты, фактор активации тромбоцитов и ряд цитокинов и хемокинов



Воспалительная реакция, включая аллергические, анафилактические и анафилактоидные реакции

- ▶ Концентрация медиаторов воспаления в крови и моче увеличивается как при аллергических реакциях, так и при остром коронарном синдроме. Высвобождение медиаторов в ходе аллергической реакции является причиной спазма коронарной артерии и/или повреждением в месте локализации атеросклеротической бляшки.

Тип 1

- ▶ Пациенты с нормальными коронарными артериями без предрасполагающих к заболеваниям коронарных артерий факторов, у которых острое высвобождение воспалительных медиаторов вызывает спазм коронарной артерии без увеличения концентрации сердечных ферментов или тропонинов; либо вызывает спазм коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда с увеличением концентрации сердечных ферментов и тропонинов.

Тип 2

- ▶ Пациенты с предшествующим атеросклеротическим процессом без клинических проявлений, у которых острое высвобождение воспалительных медиаторов вызывает:
- ▶ спазм коронарной артерии без увеличения концентрации сердечных ферментов или тропонинов;
- ▶ эрозию или нарушение целостности бляшки, проявляющиеся в виде острого инфаркта миокарда

Тип 3

- ▶ Тип 3: пациенты с коронарным тромбозом с включением эозинофилов и тучных клеток в ткань тромба.
- ▶ К данному типу также относятся пациенты с установленным стентом, после внезапной смерти которых выявляется инфильтрация эозинофилами и тучными клетками тканей, прилегающих к стенту.

Лечение

- ▶ Тип 1:

Лечение направлено на подавление аллергической реакции.

- ▶ Тип 2:

Лечение по протоколу ведения ОКС с включением ГКС и антигистаминных препаратов. При необходимости — нитроглицерин и блокаторы кальциевых каналов.

- ▶ Тип 3:

Стабилизаторы тучных клеток, ГКС и антигистамины. Удаление тромба с последующим гистологическим исследованием материала. При аллергической реакции на стент необходимы мероприятия по десенсибилизации.

Следует иметь в виду:

- ▶ Адреналин, который необходим при анафилаксии, может ухудшить сосудистый спазм при синдроме Коуниса. Рекомендуется применение водных растворов препаратов адреналина без содержания сульфитов в дозе 0,2–0,5 мг (1:1000) внутримышечно.
- ▶ В случае применения бета-блокаторов, адреналин может оказаться неэффективным. Следует рассмотреть возможность применения глюкагона.
- ▶ Следует избегать применения опиоидных анальгетиков — морфина, кодеина, меперидина, способных вызвать дегрануляцию тучных клеток.
- ▶ Фентанил и его производные менее активно вызывают дегрануляцию тучных клеток и могут применяться вместо опиоидных анальгетиков.

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ**

