
Случай из практики

УДК 616.127-002.1

ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ ПОД МАСКОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Д. А. Андреев, кандидат медицинских наук,
В. Ю. Фирсакова, кандидат медицинских наук,
О. В. Дорохова*,
О. М. Масленникова, доктор медицинских наук

ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23

РЕЗЮМЕ В статье рассматривается проблема современного подхода к дифференциальной диагностике острого инфаркта миокарда и миокардита. Описывается клинический случай верификации диагноза миокардита с помощью выполнения коронароангиографии и магнитно-резонансной томографии сердца с гадолинием.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, острый миокардит, коронароангиография, магнитно-резонансная томография сердца.

* Ответственный за переписку (corresponding author): o.dorohova@mail.ru.

В настоящий момент проблема диагностики миокардита, особенно у молодых пациентов, является довольно актуальной. Прежде всего это обусловлено особенностями течения миокардитов, которые могут протекать под маской острого коронарного синдрома, а частота встречаемости данного заболевания, по мнению различных авторов, варьирует от 2 до 43% [1, 6, 7].

Как известно, острый коронарный синдром и, в особенности, острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST определяются характерными жалобами, изменениями на ЭКГ [5], повышением уровня маркеров повреждения миокарда с последующей динамикой.

Очень часто в условиях неспециализированного кардиологического стационара пациенты с острым миокардитом, имеющие под эту триаду, получают лечение, соответствующее коронарной

болезни сердца осложненного или неосложненного течения. В последующем они выписываются с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС), атеросклеротического поражения венечных артерий сердца, острого Q-образующего или не-Q-образующего инфаркта миокарда. Если же через несколько лет удастся провести диагностическую коронароангиографию, по результатам которой стенотического поражения сосудов сердца не выявляется, то при наличии сохраняющихся изменений на ЭКГ ишемическая болезнь сердца рассматривается в рамках так называемого «X-синдрома».

Одним из примеров служит клиническое наблюдение пациента Л., 25 лет.

Из анамнеза: заболел остро, когда на фоне относительного благополучия 16.02.2013–17.02.2013 после переохлаждения появились признаки

D. A. Andreev, V. Yu. Firsakova, O. V. Dorokhova, O. M. Maslennikova

ACUTE MYOCARDITIS IN CAMOUFLAGE OF MYOCARDIUM INFARCTION WITH ST SEGMENT ASCENT

ABSTRACT The problem of current approach to differentiated diagnosis of acute myocardial infarction and myocarditis is considered. The clinical case of myocarditis diagnosis verification by coronarography and heart magneto-resonance tomography with gadolinium is described.

Key words: acute coronary syndrome, acute myocarditis, coronarography, heart magneto-resonance tomography.

ОРВИ (боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39,0°C, озноб, ломота в суставах и мышцах). Лечился амбулаторно, принимал аугментин, колдрекс, терафлю. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, однако с 20.02.2013 появились интенсивные боли за грудиной давящего характера, усиливающиеся при физической нагрузке. Бригадой скорой медицинской помощи 21.02.2013 госпитализирован в отделение интенсивной терапии одной из городских больниц г. Москвы с подозрением на ОИМ с подъемом сегмента ST. При поступлении в стационар выявлено повышение уровня тропонина, креатининфосфокиназы (КФК), МВ-фракции КФК (КФК-МВ), характерные изменения на ЭКГ. На фоне проводимой терапии фентанилом, клопидогрелем, ацетилсалициловой кислотой, гепарином наблюдалась положительная динамика состояния – боли за грудиной не рецидивировали.

25.02.2013 по настоянию родственников выписан из стационара, в этот же день для дальнейшего лечения и верификации диагноза (с учетом возраста пациента) госпитализирован в кардиологическое отделение клиники ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное – 15 баллов по шкале комы Глазго. Кожные покровы обычного цвета, теплые, нормальной влажности, без высыпаний, отеков нет. Видимые слизистые оболочки влажные, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита нормально. Дыхание свободное, при перкуссии легких звук ясный легочный, одинаковый во всех перкутируемых областях, границы не расширены, аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений 17 раз в минуту. Область сердца визуально не изменена, границы абсолютной и относительной сердечной тупости

не изменены, ритм правильный, тоны чистые, ясные, шумы отсутствуют. АД справа 120/70 мм рт. ст., АД слева 120/70 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту. Язык чистый, влажный, не обложен. Живот не увеличен, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову 9–8–7 см. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание без особенностей, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При электрокардиографическом исследовании отмечалась динамика, характерная для ОИМ с подъемом сегмента ST (рис. 1–3). При контроле биохимических показателей крови и тропонина также отмечалась динамика, характерная для ОИМ с подъемом сегмента ST (табл. 1, 2).

Учитывая жалобы, клиническую картину, характерную ЭКГ-динамику, динамику биохимических показателей крови и тропонина с целью исключения коронарной болезни сердца 28.02.2013 проведена диагностическая коронароангиография, при которой атеросклеротического поражения коронарных артерий не выявлено (рис. 4, 5).

В соответствии с современным подходом к верификации диагноза острого миокардита [2–4] 13.01.2013 выполнено магнитно-резонансное исследование сердца с внутривенным введением гадолиниума, подтвердившее наличие у пациента некоронарогенного поражения миокарда левого желудочка воспалительного характера (рис. 6).

14.01.2013 пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. 15.01.2013 после осмотра участкового кардиолога и регистрации ЭКГ (при отсутствии клинической картины) был вновь госпитализирован в кардиологическое отделение ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна с

Таблица 1. Динамика биохимических показателей пациента Л., 25 лет, ммоль/л

Параметр	21.02.2013	26.02.2013	04.03.2013	Референсные значения
Аланинаминотрансфераза	95,0	69,5	41,3	1,6–40,0
Аспартатаминотрансфераза	225,0	39,1	20,0	1,6–37,0
Креатинкиназа	2276	517,2	83,6	3–195
Креатинкиназа – МВ	184,0	13,1	7,6	0–25
Лактатдегидрогеназа	521,0	285,1	156,0	1,6–248,0

Таблица 2. Динамика показателей тропонина и миоглобина у пациента Л., 25 лет, нг/мл

Параметр	26.02.2013	01.03.2013	04.03.2013	Референсные значения
Тропонин I	0,356	0,05	0,033	<0,028
Миоглобин	157,4	113,4	50,0	<140,1

диагнозом «острый инфаркт миокарда неизвестной давности». В тот же день пациент выписан из стационара и по настоящее время наблюдается в

нашей клинике с диагнозом: «Острый миокардит. Тип клинического течения – острый коронарный синдром».



Рис. 1. ЭКГ пациента Л., 25 лет. 21.02.2013

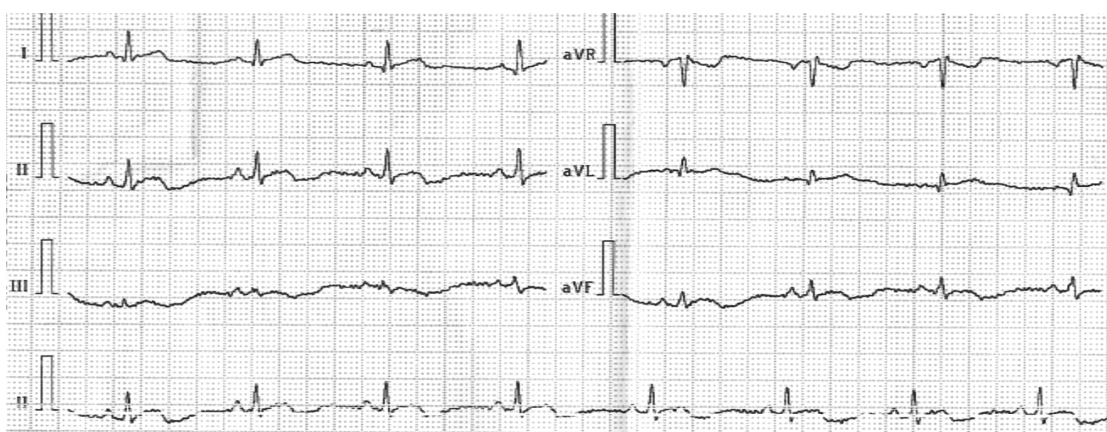


Рис. 2. ЭКГ пациента Л., 25 лет. 26.02.2013

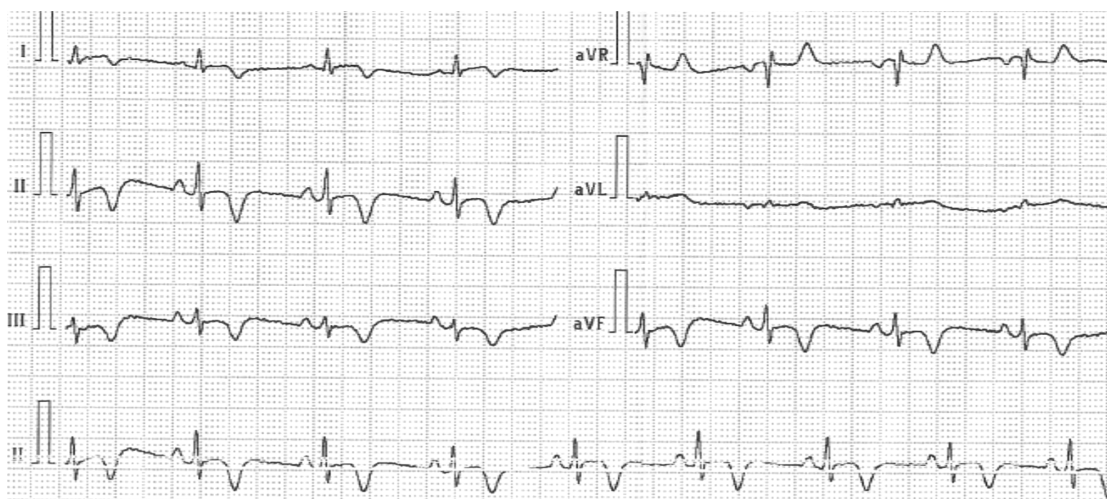


Рис. 3. ЭКГ пациента Л., 25 лет. 03.03.2013

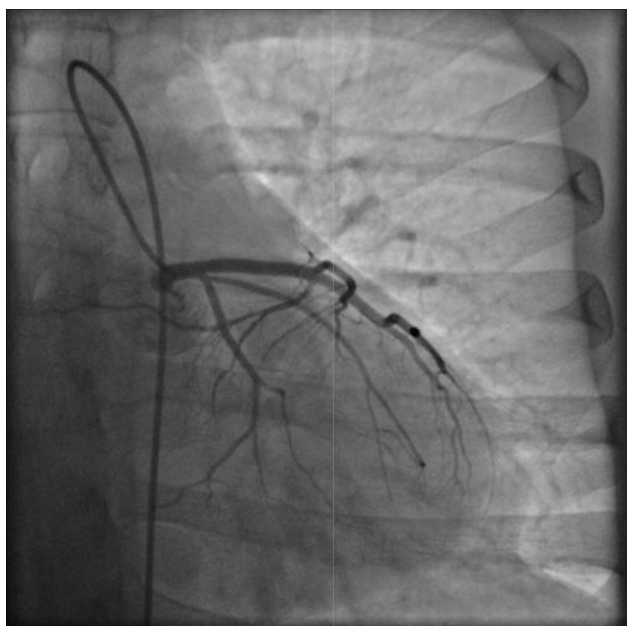


Рис. 4. Коронароангиография пациента Л., 25 лет. Левая коронарная артерия без признаков стенотического поражения



Рис. 5. Коронароангиография пациента Л., 25 лет. Правая коронарная артерия без признаков стенотического поражения

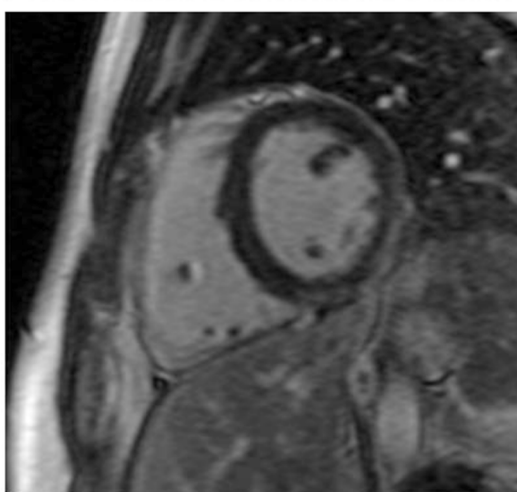
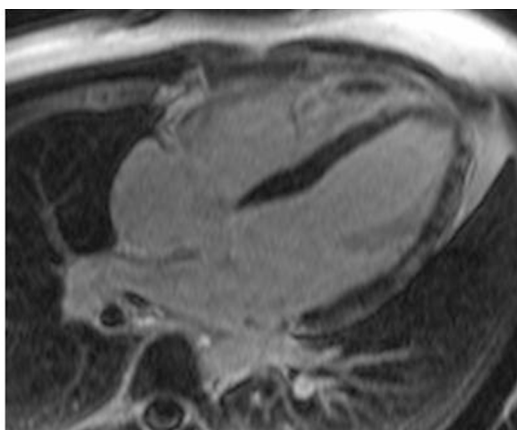
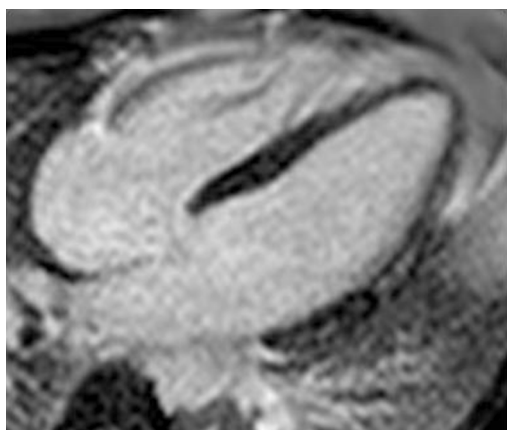


Рис. 6. Магнитно-резонансная томография сердца пациента Л., 25 лет. Исследование с контрастированием в отсроченную фазу выявило наличие субэпикардальных участков патологического накопления контрастного препарата в межжелудочковой перегородке, нижней и боковой стенках левого желудочка

ЛИТЕРАТУРА

1. 2011 Consensus statement on endomyocardial biopsy from the Association for European Cardiovascular Pathology and the Society for Cardiovascular Pathology / O. Leone [et al.] // *Cardiovasc. Pathol.* – 2012. – Vol. 21. – P. 245–274.
2. Contrast media-enhanced magnetic resonance imaging visualizes myocardial changes in the course of viral myocarditis / M. G. Friedrich [et al.] // *Circulation.* – 1998. – Vol. 97. – P. 1802–1809.
3. Coronary vasospasm as the underlying cause for chest pain in patients with PVB19 myocarditis / A. Yilmaz [et al.] // *Heart.* – 2008. – Vol. 94. – P. 1456–1463.
4. Diagnostic performance of cardiovascular magnetic resonance in patients with suspected acute myocarditis: comparison of different approaches / H. Abdel-Aty [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2005. – Vol. 45. – P. 1815–1822.
5. Prognostic electrocardiographic parameters in patients with suspected myocarditis / C. Ukena [et al.] // *Eur. J. Heart Fail.* – 2011. – Vol. 13. – P. 398–405.
6. Report of the 1995 WorldHealth Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of cardiomyopathies / P. Richardson [et al.] // *Circulation.* – 1996. – Vol. 93. – P. 841–842.
7. Update on myocarditis / I. Kindermann [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2012. – Vol. 59. – P. 779–792.