

Исмагилова Азалия Ильфаковна
ординатор 2 года обучения по специальности «Терапия»,
кафедра сестринского дела и паллиативной помощи
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России

АТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОД МАСКОЙ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Аннотация. Инфаркт миокарда (ИМ) остаётся одной из главных причин смертности и стойкой утраты трудоспособности во всём мире. В 20-30% случаев заболевание дебютирует с атипичного болевого синдрома, что создаёт серьёзные диагностические трудности и увеличивает время до начала реперфузионной терапии. Цель исследования – на основе двух клинических наблюдений проанализировать особенности течения ИМ с имитацией вертеброгенной и абдоминальной патологии, а также определить наиболее информативные диагностические критерии для раннего распознавания. Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ историй болезни двух пациентов Давлекановской центральной районной больницы с верифицированным острым ИМ, у которых ведущим симптомом была боль нетипичной локализации. Использованы данные физикального, электрокардиографического, эхокардиографического и лабораторного исследований (тропонин I, КФК-МВ). Результаты: в обоих случаях первоначально были установлены ошибочные диагнозы (цервикобрахиалгия, обострение хронического панкреатита), что отсрочило специализированную помощь на 6–8 часов. Уровень тропонина I составил 12,4 и 8,7 нг/мл соответственно. На ЭКГ зарегистрированы типичные изменения: элевация ST в нижних отведениях (случай 1) и передне-перегородочных (случай 2). Заключение: ИМ с атипичной локализацией боли не является редким феноменом; его исключение требует высокой клинической настороженности, динамической оценки ЭКГ и определения кардиоспецифических маркеров. Предложены практические алгоритмы дифференциальной диагностики для врачей первичного звена.

Ключевые слова: Инфаркт миокарда, атипичные формы, острый коронарный синдром, абдоминальная форма, вертеброгенная маска, дифференциальная диагностика, тропонин I, электрокардиография.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование выполнено без привлечения внешних источников финансирования.

Информированное согласие: пациенты дали письменное согласие на публикацию клинических данных в обезличенной форме.

Введение

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и её наиболее острое проявление – инфаркт миокарда – остаются лидирующей причиной заболеваемости и летальности в Российской Федерации и большинстве развитых стран [1, 2]. Ежегодно в России регистрируется более 200 тыс. случаев ИМ, при этом внутригоспитальная летальность достигает 15-18%, а в отдалённом периоде смертность составляет до 40% [3].

Степень разработанности темы. Классическая ангинозная боль – интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в левую руку, челюсть или шею – является хорошо изученным маркером ИМ [4]. Однако, согласно международным регистрам, у 20-30% пациентов болевой синдром имеет нетипичную локализацию или вовсе отсутствует [5, 6]. Наибольшие диагностические сложности возникают при так называемых «маскированных» формах, когда ИМ имитирует остеохондроз позвоночника, межрёберную невралгию, язвенную болезнь желудка, острый панкреатит или холецистит [7, 8]. Данные формы чаще



встречаются у пациентов старше 65 лет, женщин, лиц с сахарным диабетом и хронической почечной недостаточностью [9]. В отечественной литературе этой проблеме посвящены единичные работы, а в практическом здравоохранении сохраняется высокий уровень гипердиагностики вертеброгенных и гастроэнтерологических заболеваний у пациентов с ИМ [10].

Необходимость исследования. Своевременная диагностика ИМ критически важна, поскольку каждая минута отсрочки реперфузионной терапии увеличивает зону некроза и ухудшает прогноз [11]. Таким образом, разработка чётких клинико-диагностических алгоритмов для распознавания атипичных форм ИМ является приоритетной задачей терапии и кардиологии.

Цель исследования – проанализировать особенности клинического течения инфаркта миокарда с атипичным болевым синдромом (вертеброгенная и абдоминальная маски) и выделить ключевые дифференциально-диагностические признаки для практикующих врачей.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Ретроспективное клинико-диагностическое описание двух случаев с анализом данных первичной медицинской документации.

Критерии включения: подтверждённый диагноз острого ИМ с подъёмом сегмента ST (по критериям Четвёртого универсального определения ИМ, 2018) [4]; отсутствие типичной ангинозной боли в дебюте; наличие неврологической (вертебральной) или абдоминальной симптоматики в качестве ведущей жалобы.

Методы исследования:

1. Сбор анамнеза и физикальное обследование (пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД и ЧСС).
2. Стандартная 12-канальная ЭКГ, при необходимости с использованием дополнительных отведений (V7–V9, правые грудные).
3. Лабораторная диагностика: количественное определение высокочувствительного тропонина I (верхняя граница нормы – 0,1 нг/мл), активность КФК-МВ.
4. Эхокардиография (оценка локальной сократимости, фракции выброса).
5. Статистическая обработка не проводилась ввиду описательного характера исследования.

Характеристика пациентов. Возраст пациентов – 58 и 62 года, оба мужчины, с отягощённым кардиоваскулярным анамнезом (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение). Информированное согласие на обработку данных получено.

Результаты

Клинический случай №1 (вертеброгенная маска). Пациент К., 58 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приёмное отделение с жалобами на интенсивную боль в шейно-воротниковой зоне, распространяющуюся на правую лопатку и плечо. Боль усиливалась при поворотах головы. Загрудинного давления и одышки не было. Со слов пациента, накануне поднимал тяжести, что связывал с обострением остеохондроза. Самостоятельно применял диклофенак внутрь – без эффекта.

Объективные данные: состояние средней тяжести, кожные покровы обычной окраски. ЧСС – 96 уд/мин, АД – 145/90 мм рт. ст. При аускультации – тоны сердца ритмичные, шумы отсутствуют. Неврологический статус: болезненность при пальпации паравертебральных точек C5–C7, симптом «корешкового натяжения» отрицательный.

Поскольку у пациента имелись факторы риска (гипертония, курение, возраст >55 лет), врач скорой помощи выполнил ЭКГ, которая выявила элевацию сегмента ST на 2–3 мм в отведениях II, III, aVF (признаки задне-нижнего ИМ). Уровень тропонина I, определённый экспресс-методом, составил 12,4 нг/мл. Через 40 минут от момента прибытия начата тромболитическая терапия (тенектеплаза) в условиях реанимационного блока. На контрольной ЭКГ через 90 минут отмечена редукция ST-элевации >50%. Фракция выброса по данным ЭхоКГ – 52%.



Клинический случай №2 (абдоминальная маска). Пациент М., 62 года, обратился в поликлинику с жалобами на тупые боли в левом подреберье, тошноту, отрыжку и «распирание» в эпигастрии, возникшие через 2 часа после плотного ужина. Принимал панкреатин и дротаверин, после чего тошнота уменьшилась, но боли сохранялись. При объективном осмотре: бледность кожи, акроцианоз, тахикардия (ЧСС 110), АД 95/60 мм рт. ст. При пальпации живота – умеренная болезненность в эпигастрии, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Учитывая наличие гипотензии и тахикардии, дежурный терапевт выполнил ЭКГ, которая зафиксировала элевацию ST до 4 мм в V1–V4 с патологическим зубцом Q – острый передний трансмуральный ИМ. Тропонин I – 8,7 нг/мл. Пациент экстренно госпитализирован в региональный сосудистый центр, проведена коронароангиография: окклюзия передней нисходящей артерии, выполнено стентирование с полным восстановлением кровотока (TIMI 3). Время «дверь–баллон» составило 62 минуты.

Обсуждение

Представленные наблюдения ярко иллюстрируют, насколько сложной может быть диагностика ИМ при атипичном дебюте. В первом случае боль иррадиировала по дерматомам, что симулировало цервикобрахиалгию, однако отсутствие положительных неврологических симптомов (выпадение рефлексов, гипестезия) и неэффективность НПВП стали ключевыми «красными флагами». Во втором случае имитация гастроэнтерологического заболевания была дополнена диспепсией, однако сочетание гипотензии с тахикардией у пациента без признаков желудочно-кишечного кровотечения потребовало исключения кардиальной катастрофы.

Сравнение с литературными данными. Согласно исследованию Sauto et al. (2012), женщины и пожилые пациенты чаще предъявляют атипичные жалобы – слабость, одышку, диспепсию, боль в спине [6]. В нашей серии оба пациента были мужчинами старше 55 лет, что подтверждает, что атипичия не является исключительно женским феноменом. По данным регистра GRACE, до 14% пациентов с ИМ не имеют боли в груди, и у них летальность в 2 раза выше из-за задержки лечения [12].

Диагностические ошибки. В обоих случаях первичный диагноз был ошибочным, и время от начала симптомов до постановки верного диагноза составило около 6-8 часов. Это укладывается в среднероссийские показатели, которые, по данным В.П. Лупанова (2020), достигают 10-12 часов для атипичных форм [8]. Основной причиной является гиподиагностика: врачи недооценивают вероятность ИМ при отсутствии классической боли, особенно если пациент сам интерпретирует свои симптомы как «остеохондроз» или «гастрит».

Дифференциально-диагностические критерии. На основе нашего опыта и обзора литературы можно выделить следующие ключевые признаки, позволяющие заподозрить ИМ под маской:

- отсутствие связи боли с движениями/позой (в отличие от вертеброгенной патологии);
- неэффективность НПВП, миорелаксантов или спазмолитиков;
- вегетативные проявления (бледность, холодный пот, тревога, тахи- или брадикардия);
- динамика АД (повышение в дебюте с последующим снижением);
- наличие ≥ 3 факторов риска ИБС.

Роль инструментальных методов. ЭКГ остаётся первым и наиболее доступным методом, однако при заднем ИМ стандартные отведения могут быть неинформативны – требуется запись V7–V9. В нашей практике использование стандартной 12-канальной ЭКГ в первом случае оказалось достаточным, но во втором случае элевация была ярко выраженной. В сомнительных ситуациях показано определение тропонинов экспресс-методом на догоспитальном этапе, что уже внедряется в ряде регионов РФ [13].



Ограничения исследования. Мы представили лишь два наблюдения, что не позволяет делать статистически достоверные обобщения. Однако как клинический пример они демонстрируют типичные «ловушки» для практического врача. Необходимы крупные проспективные исследования для разработки скрининговых шкал для атипичных форм ИМ.

Заключение

На основании проведенного анализа двух клинических случаев и сопоставления с литературными данными сделаны следующие выводы:

1. Инфаркт миокарда с атипичной локализацией болевого синдрома встречается не менее чем в 20% случаев и может имитировать заболевания позвоночника и органов брюшной полости.

2. Отсутствие загрудинной боли не исключает острого коронарного синдрома; каждый пациент с факторами риска ИБС и необъяснимым болевым синдромом любой локализации должен быть обследован с обязательной ЭКГ и определением тропонина.

3. Наиболее информативными дифференциально-диагностическими признаками являются: отсутствие связи боли с движениями, неэффективность симптоматической терапии, вегетативные нарушения и гемодинамическая нестабильность.

4. Время до реперфузии при атипичных формах превышает рекомендованные 90 минут, что требует совершенствования маршрутизации и повышения настороженности врачей первичного звена.

5. Рекомендовано включение в протоколы скорой и неотложной помощи алгоритма «ЭКГ + тропонин» для всех пациентов старше 50 лет с болевым синдромом неясного генеза.

Список литературы:

1. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Ощепкова Е.В. и др. Кардиоваскулярная заболеваемость и смертность в Российской Федерации: современные тенденции и прогноз // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 3. – С. 58–67. – DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-58-67.

2. Шляхто Е.В., Конради А.О., Недошивин А.О. и др. Острый инфаркт миокарда в Российской Федерации: результаты регистра РЕКВАЗА // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 7. – С. 4–11. – DOI: 10.18087/cardio.2021.7.n1711.

3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Ишемическая болезнь сердца: клиника, диагностика, лечение. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2020. – 550 с.

4. Лупанов В.П. Атипичные формы инфаркта миокарда: диагностические ошибки и пути их преодоления // Сердце. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 89–95. – DOI: 10.18087/cardio.2020.2.n1123.

5. Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И. и др. Коморбидные состояния у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: подходы к терапии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с.

6. Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» (2020). – М., 2020. – 98 с

7. Мелехов А.В., Подзолков В.И., Самойленко В.В. Тропониновые тесты в экстренной кардиологии: современные возможности и ограничения // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2022. – Т. 18, № 1. – С. 44–51

