УДК 616.12-005.4-053.8

DOI: 10.34215/1609-1175-2021-4-95-97

Особенности диагностики и течения ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста: клинический случай

Л.В. Родионова¹, Е.Н. Швецова², М.М. Циванюк², А.В. Павлов², Н.В. Шевчук², Л.В. Родионова¹¹Тихоокеанский медицинский университет, Владивосток, Россия;²Владивостокская клиническая больница №1, Владивосток, Россия

Данное клиническое наблюдение посвящено случаю обострения ишемической болезни сердца у мужчины 36 лет. Особенностью данного случая является сочетание молодого возраста и обструктивного поражения коронарных артерий, а также диагностический поиск и анализ полученных данных в группе молодых пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, обструктивные поражения коронарных артерий

Поступила в редакцию 27.04.2021. Получена после доработки 15.05.2021. Принята к печати 8.11.2021.

Для цитирования: Родионова Л.В., Швецова Е.Н., Циванюк М.М., Павлов А.В., Шевчук Н.В., Родионова Л.В. Особенности диагностики и течения ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста: клинический случай. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2021;4:95–97. doi: 10.34215/1609-1175-2021-4-95-97

Для корреспонденции: Циванюк Михаил Михайлович – врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, кардиолог ВКБ №1 (690078, г. Владивосток, ул. Садовая, 22); ORCID: 0000-0003-3545-3862; e-mail m_tsivanyuk@list.ru

Features of the diagnosis and course of coronary heart disease in young people: a clinical case

L.V. Rodionova¹, E.N. Shvetsova², M.M. Tsivanyuk², A.V. Pavlov², N.V. Shevchuk², L.V. Rodionova¹¹Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia; ²Vladivostok Clinical Hospital No 1. Vladivostok, Russia

Summary: This clinical analysis is devoted to the case of exacerbation of ischemic heart disease in a 36-year-old man. A feature of this case is the combination of young age and obstructive coronary artery disease, as well as diagnostic search and analysis of the data obtained in the group of young patients

Keywords: ischemic heart disease, obstructive coronary artery disease

Received 27 April 2021; Revised 15 May 2021; Accepted 8 November 2021

For citation: Rodionova L.V., Shvetsova E.N., Tsivanyuk M.M., Pavlov A.V., Shevchuk N.V., Rodionova L.V. Features of the diagnosis and course of coronary heart disease in young people: a clinical case. *Pacific Medical Journal*. 2021;4:95–97. doi: 10.34215/1609-1175-2021-4-95-97

Corresponding author: Mikhail M. Tsivanyuk, interventional cardiologist of the division of Interventional Radiology, Vladivostok clinical hospital №1 (22 Sadovaya St., Vladivostok, 690078, Russian Federation); ORCID: 0000-0003-3545-3862; e-mail: m_tsivanyuk@list.ru

Лица молодого возраста (до 45 лет) составляют 3-10% от общей структуры заболеваемости ишемической болезни сердца (ИБС). Более чем в половине случаев дебютом заболевания является острый инфаркт миокарда (ИМ), и в подавляющем большинстве случаев (до 95%) данное заболевание развивается у мужчин. Зачастую на фоне обструктивного поражения 1 или 2 коронарных артерий (КА) возникает трансмуральный ИМ. Стабильная стенокардия обнаруживается реже, только в 0,4–1,6% случаев. Многососудистое поражение КА в молодом возрасте встречается редко. К «традиционным» факторам риска ИБС, выявляемым у таких больных, относят активное курение, отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям [1–4].

ИБС у лиц молодого возраста имеет следующие особенности: ранняя диагностика ИБС в молодом возрасте затруднена из-за низкой обращаемости больных и невысокой настороженности врачей; дебют ИБС в виде ИМ у молодых часто ассоциирован с активным

образом жизни – интенсивной физической работой, спортивными тренировками; у лиц моложе 45 лет в постинфарктном периоде реже, чем в пожилом возрасте, развиваются сердечная недостаточность, повторные ИМ и постинфарктная стенокардия; молодых лиц с доказанной ИБС или подозрением на ее наличие следует активно направлять на диагностические исследования, желательно с проведением коронарографии (КАГ). При выявлении обструктивного поражения КА следует придерживаться активной тактики реваскуляризации миокарда. Если у молодых больных с признаками ИБС обнаружены интактные или малоизмененные КА, необходимо активно исследовать этих пациентов с целью выявления системных заболеваний и неатеросклеротического поражения коронарных артерий. Медикаментозную терапию пациенту в возрасте до 45 лет с доказанной ИБС назначают на общих основаниях [1].

Согласно национальным рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2020 году, у всех пациентов

Рис. 1. Тредмил-тест пациента А., 36 лет.

На пике нагрузки – патологическая депрессия сегмента ST и частые желудочковые экстрасистолы, сопровождающиеся дискомфортом в груди у пациента.

с подозрением на ИБС рассчитывается предтестовая вероятность (ПТВ), базирующаяся на оценке симптомов (типичная и атипичная стенокардия, кардиалгия, одышка), возраста, пола. ПТВ ИБС считается очень низкой при значении $<5\%$ (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого ИМ $<1\%$ в год). ПТВ ИБС $>15\%$ является умеренной и требует проведения не только первичного обследования, но и дополнительных специфических методов диагностики ИБС. ПТВ ИБС 5-15% в целом обеспечивает хороший прогноз (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого ИМ $<1\%$ в год), но при наличии дополнительных клинических факторов, повышающих вероятность ИБС, или явных симптомов после проведения первичного обследования, может потребоваться выполнение дополнительного специфического обследования.

42% от всех умерших в результате ИБС были в трудоспособном возрасте [4]. Среди лиц молодого возраста течение ИБС часто носит атипичный характер и не проявляется изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ), вследствие этого запаздывает своевременная диагностика данного заболевания.

Для примера рассмотрим клинический случай.

Пациент А. 36 лет обратился в приемный покой КГБУЗ ВКБ №1 с жалобами на ангинозные приступы, провоцируемые физической и психоэмоциональной нагрузкой, продолжительностью до 10 минут, проходящие самостоятельно.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение последних 3 месяцев, когда появились жгучие боли в эпигастриальной области, возникающие после физической нагрузки, обильного приема пищи и психоэмоциональной нагрузки. Наблюдался у терапевта по месту жительства. Выполнялась фиброгастродуоденоскопия, на которой морфологических изменений выявлено не было. Был выставлен диагноз спазм пищевода, по которому больной наблюдался и проходил лечение у терапевта по месту жительства, без положительного эффекта. Жалобы сохранялись. Пациент перенес эмоциональный стресс, после

которого боли стали более интенсивными и продолжительными, поэтому обратился в ВКБ №1.

Анамнез жизни: городской житель, офисный работник. Хронические заболевания, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери, а у отца — ИМ в возрасте 50 лет. Вредные привычки отрицает.

Объективно состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной влажности и окраски. Видимые слизистые: нормальные. Подкожная клетчатка развита нормально. ИМТ = 25,1 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии. Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. Пальпация грудной клетки безболезненная. Частота дыхательных движений – 15 в минуту; SpO₂ 98%. Перкуторно над легкими звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Частота сердечных сокращений 66 уд./в 1 минуту. Пульс удовлетворительных качеств. Тоны сердца громкие, ритмичные. Артериальное давление 120 и 60 мм рт. ст. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Язык влажный и чистый. Живот правильной формы, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Нервная система: без особенностей. Щитовидная железа не увеличена. Предварительный диагноз: ИБС, нестабильная стенокардия, прогрессирующая.

В клиническом анализе крови гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – $5,08 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 40%; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула без особенностей; СОЭ – 15 мм/ч, тромбоциты – 154×10^9 /л. В биохимическом исследовании: глюкоза – 5,0 ммоль/л; общий белок 81 г/л; креатинин 63 мкмоль/л; мочевины 5,7 ммоль/л; АЛТ – 27 Ед./л; АСТ – 24 Ед./л; общий билирубин 19 мкмоль/л; общий холестерин – 7,1 ммоль/л; триглицериды – 1,5 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности – 4,4 ммоль/л; высокой – 1,1 ммоль/л; мочевая кислота 338 мкмоль/л; креатинфосфокиназа МВ – 7 Ед./л. Показатели электролитного обмена в норме.

На ЭКГ покоя синусовый ритм с ЧСС 61 в минуту. Ишемических изменений не выявлено. ЭКГ в пределах нормы.

Рис. 2. Определение деформации миокарда *strain rate* пациента А., 36 лет. Отмечается снижение локальной сократимости в базальных и средних сегментах септального отдела.

Рис. 3. Коронароангиография пациента А., 36 лет. Бифуркационное поражение в средней трети ПНА с субтотальным стенозом основного русла и устьевым стенозом первой диагональной ветви 50%.

При проведении тредмил-теста (рис. 1) были выявлены патологическая депрессия сегмента ST и частые желудочковые экстрасистолы, сопровождающиеся у пациента дискомфортом в груди. По данным эхокардиографии – камеры сердца не расширены, клапанный аппарат не изменен. Сократительная способность левого желудочка в норме. Фракция выброса – 68%. Зон гипо- и акинеза не выявлено. В дальнейшем применен метод определения деформации миокарда и скорости деформации миокарда *strain rate* (рис. 2), по данным которого отмечается снижение локальной сократимости в базальных и средних сегментах септального отдела. Для верификации состояния КА и определения дальнейшей тактики лечения больному была выполнена инвазивная КАГ, по результатам которой был

выявлен правый тип коронарного кровоснабжения, бифуркационное поражение в средней трети передней нисходящей артерии (ПНА) с субтотальным стенозом до 99% основного русла и устьевым стенозом первой диагональной ветви 50% (рис. 3). Проведена реваскуляризация миокарда в объеме транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием ПНА.

Состояние больного с положительной динамикой, ангинозные боли не рецидивировали, гемодинамические показатели стабильные. Был рекомендован прием тикагрелора 90 мг 2 раза в день, ацетилсалициловой кислоты 100 мг 1 раз в день, бисопролола 5 мг 1 раз в день, периндоприла 5 мг 1 раз в день, розувастатина 40 мг 1 раз в день. Диспансерное наблюдение у кардиолога.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует важность детального обследования пациентов с подозрением на ИБС, особенно лиц молодого возраста, для которых характерно атипичное течение ИБС и умеренная ПТВ данного заболевания. Необходимо комплексное функциональное обследование пациента, а также проведение КАГ.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – РЛВ, ШЕН, ЦММ

Сбор и обработка материала – РЛВ, ШЕН, ЦММ, ШНВ

Написание текста – РЛВ, ШЕН, ЦММ, РЛВ

Редактирование – РЛВ, ЦММ, РЛВ

Список литературы:

1. Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2021; 26(3):4418. [The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Russian Journal of Cardiology*. 2021; 26(3):4418 (in Russ).] doi: 10.15829/1560-4071-2021-4418.
2. The Task Force for diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). 2019 ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2019; 1–71. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.
3. Андреев Е.Ю., Явелов И.С., Лукьянов М.М., Вернохаева А.Н., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: особенности этиологии, клинических проявлений и прогноза. *Кардиология*. 2018;58(11):24–34. [Andreenko EY, Yavelov IS, Lukanov MM, Vernokhaeva AN, Drapkina OM, Boytsov SA. Ischemic heart disease in young people: features of etiology, clinical manifestations and prognosis. *Cardiology*. 2018; 58 (11): 24–34. (In Russ).] doi: 10.18087/cardio.2018.11.10195.
4. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4076. [Stable ischemic heart disease. Clinical guidelines 2020. *Russian journal of cardiology*. 2020; 25 (11): 4076. (In Russ).] doi:10.15829/1560-4071-2020-4076.