

не определены. Считается, что они связаны с частым (в 10 раз чаще, чем в среднем в популяции) наличием дополнительных проводящих путей сердца или с опухолью, которая функционирует в качестве такого пути для эктопического импульса. Последнее обусловлено наличием в рабдомиоме клеток, структурно идентичных нормальным клеткам Пуркинье [11]. В связи с этим в качестве лечебного вмешательства возможна катетерная абляция как дополнительных путей, так и самой рабдомиомы [5, 7, 13].

Наше наблюдение представляет интерес в следующих аспектах:

1. Суправентрикулярная аритмия может быть первым и единственным симптомом туберозного склероза, одним из компонентов которого является рабдомиома сердца.
2. Рабдомиома при туберозном склерозе способна к быстрому росту с усугублением нарушений ритма сердца.
4. Хирургическое удаление опухоли сопровождается стойкой нормализацией ритма сердца.

Наш опыт показывает, что при наличии аритмий сердца, особенно суправентрикулярных, необходимо пристальное изучение зон впадения полых вен в предсердие с целью выявления аномальных образований, которые мо-

гут быть причиной аритмий. При обнаружении опухоли сердца целесообразно проводить комплексное исследование, направленное на диагностику туберозного склероза. При наличии показаний возможно успешное хирургическое вмешательство (на открытом сердце или интервенционное) по удалению аритмогенного очага.

Литература

1. Белозеров Ю.М. – Детская кардиология/ М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Бокерия Л.А., Кавсадзе Р.Э., Гогиченшвили И.К. и соавт. Спонтанный регресс рабдомиома сердца у детей // Серд.-сос. забол. Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2002. – Т. 3. – № 11. – 40 с.
3. Темин П.А., Дорофеева М.Ю. Туберозный склероз. М., 2000. – 38 с.
4. Школьникова М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. М., 1999. – 230 с.
5. Bartolome F.B., Fernandez-Bernal S. Radiofrequency catheter ablation of accessory pathways in an infant tuberous sclerosis and cardiac rhabdomyoma // Rev. Esp. Cardiol. – 1998. – Vol. 51. – P. 255–257.
6. Case C.L., Gillette P.C., Crawford F.A. Cardiac rhabdomyomas causing supraventricular and lethal ventricular arrhythmias in an infant // Am. Heart J. – 1991. – Vol. 122. – P. 1484–1486.
7. Emmel M., Brockmeier K., Sreeram N. Rhabdomyoma as accessory pathway: electrophysiologic and morphologic confirmation // Heart. – 2004. – Vol. 90. – 43 p.
8. Hiraishi S., Iwanami N., Ogawa N. Enlargement of cardiac rhabdomyoma and myocardial ischaemia during corticotropin treatment for infantile spasm // Heart. – 2000. – Vol. 84. – 170 p.
9. Holley D.G., Martin G.R., Brenner J.T. et al. Diagnosis and management of fetal cardiac tumors: A multicenter experience and review of published reports // J. Am. Coll. Cardiol. – 1995. – Vol. 26. – P. 516–520.
10. Nir A., Ekstein S., Nadjari M. et al. Rhabdomyoma in the fetus: Illustration of tumor growth during the second half of gestation // Pediatr. Cardiol. – 2001. – Vol. 22. – P. 515–518.
11. O'Callaghan F.J.K. Clarke A.C., Joffe H. et al. Tuberous sclerosis complex and Wolf-Parkinson-White syndrome // Arch. Dis. Child. – 1998. – Vol. 78. – P. 159–162.
12. O'Callaghan F.J., Osborne J.P. Advances in understanding of tuberous sclerosis // Arch. Dis. Child. – 2000. – Vol. 83. – P. 140–142.
13. Pietrucha B.J., Kordon Z., Okok-Lagan J. et al. Supraventricular tachycardia in neonates // Europace Suppl. – 2005. – Vol. 7. – P. S37.

Контактная информация

Шарыкин Александр Сергеевич
127473, Москва, ул. Делегатская, д. 9
Тел.: +7 (916) 188-58-60
e-mail: soncar@rambler.ru

АТИПИЧНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Линчак Р.М., Догадова Т.В.,
Жирова Л.Г.

УДК: 616.12-009.72-07-08

ATYPICAL ANGINA: FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Linchak R.M., Dogadova T.V., Zhirona L.G.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет остается ведущей причиной смертности населения в экономически развитых странах. В 2006 году

смертность от болезней системы кровообращения в Российской Федерации составила 56,5% в общей структуре смертности, из них около половины пришлось на смертность от ИБС [1].

Смертность больных стабильной стенокардией составляет 2% в год, при этом, у 40–50 % пациентов заболевание остается нераспознанным [1].

Наиболее типичной жалобой больных стабильной стенокардией является чувство дискомфорта или боль в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть. Однако у части больных стенокардия может протекать атипично. Так, описаны случаи локализации болевого синдрома в правой половине грудной клетки, в области прямой кишки, в первом пальце стопы при ходьбе, и даже острой зубной боли [2].

Одним из ярких примеров атипичного течения стенокардии служит следующее клиническое наблюдение.

Больная А., 62 лет, поступила в ревматологическое отделение Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова 17 февраля 2010 года с неправильным диагнозом «Эпикондилит правого локтевого сустава неясной этиологии» для дообследования. Из анамнеза было известно, что в течение последних 3 лет пациентку беспокоили приступы болей в правом локтевом суставе, давяще-ломящего характера, высокой интенсивности. Последние несколько месяцев боли стали беспокоить и в ночные часы. Пациентка неоднократно обследовалась и лечилась в стационарных условиях, однако отчетливого терапевтического эффекта на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств, локальной терапии глюкокортикоидами, физиотерапевтического лечения достичь не удавалось.

На вторые сутки пребывания в ревматологическом отделении у пациентки развился очередной затяжной приступ болей в правом локтевом суставе, сопровождавшийся холодным потом и снижением артериального давления до 90/60 мм рт.ст. На снятой ЭКГ во время приступа была зафиксирована отрицательная динамика в виде появления подъема сегмента ST до 5 мм в отведениях, характеризующих потенциалы нижней стенки левого желудочка (рис. 1).

Пациентка была экстренно переведена в блок интенсивной кардиологии, где через 10 минут после приема 1 дозы нитроглицерина сублингвально болевой синдром был полностью купирован, на ЭКГ в динамике отмечен возврат сегмента ST к изолинии (рис. 2).

На следующие сутки в утренние часы у пациентки рецидивировал типичный для нее болевой синдром в правом локтевом суставе, сопровождавшийся характерной динамикой сегмента ST на ЭКГ, а также появлением атриовентрикулярной блокады 2 степени с проведением 2:1 и брадикардией до 38 ударов в мин.

По данным коронароангиографии гемодинамически значимого поражения коронарного русла не было выявлено, отмечалось развитие спазма правой коронарной артерии при введении контрастного вещества, купировавшегося на фоне интракоронарного введения изокета (рис. 3).

На основании результатов клинико-инструментальных методов исследования пациентке был выставлен диагноз: «ИБС. Вазоспастическая стенокардия». Назначен препарат из группы антагонистов кальция, на фоне чего болевой синдром не рецидивировал.

Развитие гемодинамически значимого нарушения проводимости сердца потребовало проведения временной электрокардиостимуляции с последующей имплантацией постоянного электрокардиостимулятора.

Данное клиническое наблюдение напоминает нам о важности укрепления просвещенной настороженности среди врачей различных специальностей.

Литература

1. Национальные клинические рекомендации / Р.Г. Оганов (и др.). — М.: «Солиция-полиграф», 2010 — 592 с.
2. Окорочков А.Н. — Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окорочков — М.: Мед. лит., 2007. — 416 с.

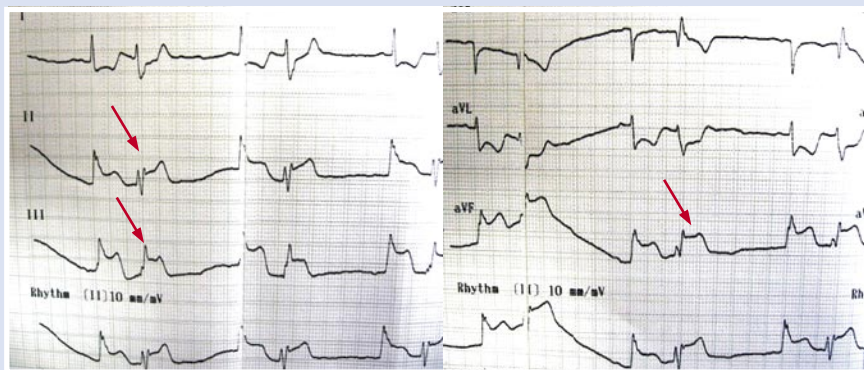


Рис. 1. ЭКГ пациентки А., стрелками указан подъем сегмента ST в II, III, aVF

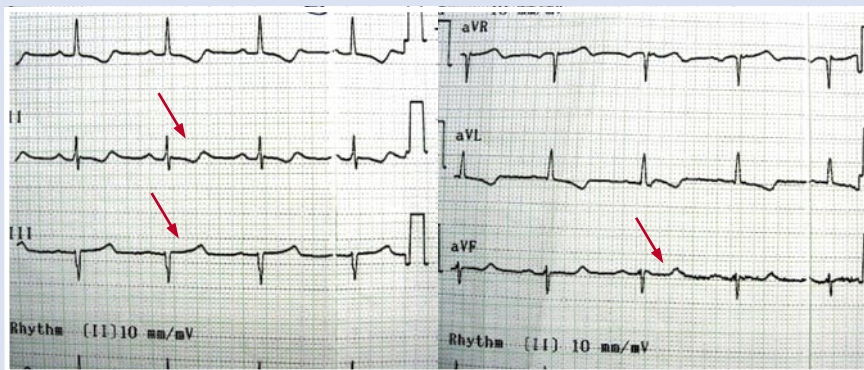


Рис. 2. ЭКГ пациентки А., после приема 1 дозы нитроглицерина (стрелками указан возврат сегмента ST к изолинии)

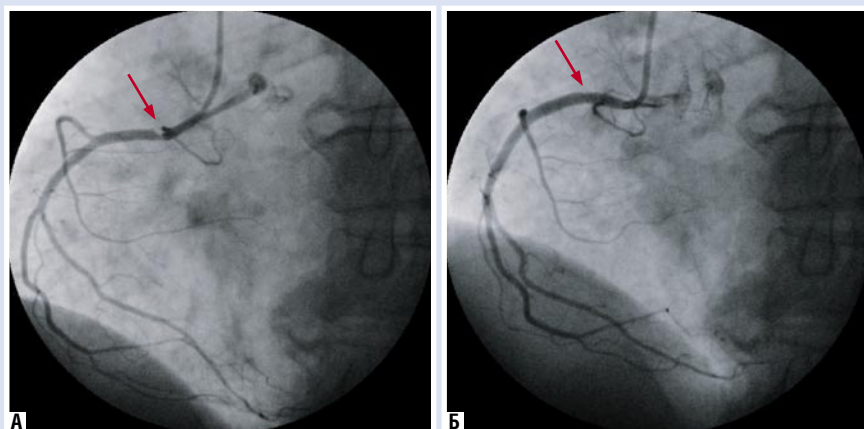


Рис. 3. Коронарограмма пациентки А., стрелками указана зона спазма правой коронарной артерии (А — до введения изокета, Б — после)

Контактная информация

Догадова Т.В.
Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
Тел.: + 7 (915) 060-58-19
e-mail: dogadova.t@gmail.com