

Клиническая задача для самоконтроля

Пациентка 37 лет с жалобами на боли в левой половине грудной клетки

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
dvoretski@mail.ru

Clinical case for self-monitoring

Female patient aged 37 complaining about left side chest pain

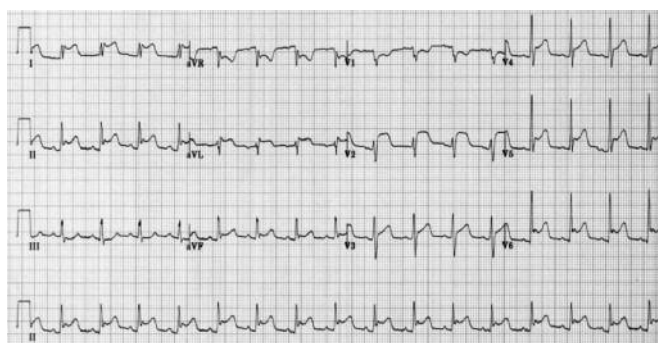
Leonid I. Dvoretzky

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
dvoretski@mail.ru

37-летняя больная обратилась с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой, слабость, повышенную утомляемость. Около недели назад отмечала повышение температуры до 37,5–38,0 °С, боли в горле, непродуктивный кашель. Лечилась аспирином. Неделю спустя появились боли в левой половине грудной клетки, не купирующиеся нитроглицерином. Врач диагностировал остеохондроз, однако рекомендовал ЭКГ-исследование. В связи с обнаруженными на ЭКГ-исследовании изменениями больная госпитализирована. Анамнез без особенностей. Отмечает обильные, нерегулярные месячные.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Частота дыхательных движений – 20/мин. В легких хрипов не прослушивается. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений – 88/мин. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Со стороны других органов – без особенностей. Консультация гинеколога: дисфункция яичников. Проведена электрокардиография (ЭКГ); рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки без инфильтративных изменений. Анализ крови: гемоглобин – 105 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л. МСН (Mean Cell Hemoglobin – среднее содержание гемоглобина в эритроцитах) – 23 pg, лейкоциты – 11×10^9 /л, эозинофилы – 2, палочкоядер-

ЭКГ больной
Patient's ECG



ные – 8, сегментоядерные – 68, лимфоциты – 18, моноциты – 4. СОЭ – 35 мм/ч. С-реактивный белок – 45 мг/л. Анализ мочи – без особенностей.

Какое утверждение правильно?

- А. Острый инфаркт миокарда
- Б. Острый миокардит
- В. Острый перикардит
- Г. Дизгормональная (дизовариальная) миокардиодистрофия
- Д. Изменения на ЭКГ связаны с анемией

Верный ответ на стр. 64.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 31.05.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.06.2021

Ответ на клиническую задачу «Пациентка 37 лет с жалобами на боли в левой половине грудной клетки»

Correct answer on clinical case «Female patient aged 37 complaining about left side chest pain»

Верный ответ: В – Острый перикардит

Обсуждение

Болевой синдром, не связанный с физической нагрузкой, не купирующийся нитроглицерином у молодой женщины без факторов риска, не позволяет расценивать его как проявление ишемической болезни сердца. В то же время развитие симптоматики после перенесенного острого респираторного заболевания (наиболее вероятно – вирусной инфекции), характер болевого синдрома, изменения со стороны периферической крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ), повышение содержания С-реактивного белка требуют исключения воспалительного поражения (острый перикардит, острый миокардит). На снятой ЭКГ имеются конкордантные изменения сегмента ST в виде его подъема в стандартных и грудных отведениях. Этот признак, типичный для острого перикардита, связан с вовлечением в воспалительный процесс и повреждением субэпикардальных слоев миокарда. В некоторых случаях смещение сегмента ST вверх наблюдается не во всех отведениях и может отсутствовать в III стандартном и VI отведениях, как это имеет место у данной больной. В отличие от инфаркта миокарда, наряду с конкордантным подъемом сегмента ST отсутствует углубленный зубец Q.

Отсутствие на ЭКГ нарушений ритма сердца, клинических признаков сердечной недостаточности свидетельствуют против острого миокардита.

С учетом наличия у больной дисфункции яичников и анемии могут обсуждаться различные варианты миокардиодистрофии (анемическая и дисгормональная). Под миокардиодистрофией понимают невоспалительные поражения сердечной мышцы в виде нарушений ее метаболизма под влиянием различных внесердечных факторов (код I51 МКБ-10 – Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца). Однако изменения на ЭКГ при анемии, обусловленные гипоксией миокарда, проявляются обычно горизонтальным снижением сегмента ST и наблюдаются при более выраженном анемическом синдроме. Несмотря на диагностированную гинекологом дисфункцию яичников, предположение о дисгормональной (дизовариальной) миокардиодистрофии маловероятно с учетом нехарактерных для данной патологии воспалительных изменений со стороны крови и изменений ЭКГ. Кроме того, острое развитие заболевания и отсутствие анамнестических сведений об аналогичных клинических признаках также исключают предположения о миокардиодистрофиях.

Таким образом, наиболее вероятным диагнозом является острый перикардит, имеющий в МКБ-10 код I30 «Острый перикардит», входящий в состав блока кодов I30–I52 – Другие болезни сердца. Есть основания считать, что острый перикардит у данной пациентки может иметь инфекционное происхождение (чаще вирусное, реже бактериальное), что шифруется в МКБ-10 кодом I30.1 – Инфекционный перикардит.