

Синдром Велленса за наявності оклюзії медіального сегмента передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії (випадок із практики)

Г.В. Світлик, В.М. Сало, У.Р. Баган, О.В. Смалюх,
М.В. Мигович, Р.А. Ковальчук

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Мета – з'ясувати особливості клінічного перебігу синдрому Велленса за наявності оклюзії медіального сегмента передньої міжшлуночкової гілки (ПМШГ) лівої коронарної артерії (ЛКА).

Матеріали і методи. Клінічні прояви хвороби, з врахуванням динаміки ЕКГ-змін; дані коронароангіографії (КАГ); результати ехокардіографічного та лабораторних досліджень.

Результати. Пацієнтка Л., 70 років, госпіталізована в клінічну лікарню швидкої медичної допомоги м. Львова у зв'язку з появою тиснучого болю за грудиною. На ЕКГ (до моменту запису біль минув самостійно): ритм синусовий, правильний, ЧСС 73 уд./хв, косонизхідна депресія сегмента ST з інверсією зубця T у відведеннях I, aVL, глибокі інвертовані зубці T у V₂-V₆, незначна елевація сегмента ST (до 1 мм) у V₃, V₄. Вміст у крові серцевого тропоніну I (в динаміці, високочутливий (hs)-cTn тест): результати всіх визначень в межах референтних значень, що свідчить про наявність у пацієнтки нестабільної стенокардії.

Трансторакальна ехокардіографія (ЕхоКГ): фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) 55 %; акінезія верхівки ЛШ (циркулярно). Ліпідний профіль крові: загальний холестерин (ЗХС) – 7,53 ммоль/л; холестерин ліпопротеїдів високої щільності – 1,66 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) – 5,35 ммоль/л; тригліцериди – 1,15 ммоль/л.

Результати КАГ: правий тип кровопостачання; стеноз проксимального сегмента ПМШГ ЛКА (до 60%). Наявна субоклюзія медіального сегмента ПМШГ, що в комплексі з клінічними проявами та ЕКГ-зміними стало підставою для верифікації синдрому Велленса, спонтанна реперфузія за наявності якого усуває прояви трансмуральної ішемії міокарда та появу елевації сегмента ST. Проведено стентування ПМШГ ЛКА в ділянці оклюзії, з повним відновленням кровоплину (ТІМІ-3). На ЕКГ упродовж стаціонарного етапу лікування: зменшення вираженості наявних змін, зокрема інверсії зубців T у V₂-V₆.

Після проведення реваскуляризації міокарда оптимізована лікувальна тактика, із застосуванням подвійної антитромбоцитарної терапії (аспірин, 75 мг щоденно; тикагрелор, 90 мг двічі на добу), високоінтенсивної терапії статинами (розувастатин, 40 мг на добу), бісопрололу (5 мг на добу), раміприлу (5 мг на добу).

Повторний огляд пацієнтки через 5 місяців: больовий синдром упродовж періоду спостереження не рецидивував; ЕхоКГ – зони асинергії не візуалізуються, ФВ ЛШ 65 %; ліпідний профіль крові – зменшення рівнів ЗХС (4,48 ммоль/л) та ХС ЛПНЩ (2,54 ммоль/л). На ЕКГ – відновлення нормальної графіки зубців T, зокрема у грудних відведеннях.

Отже, клінічний перебіг синдрому Велленса в описаному випадку відповідав визначеним на сьогодні діагностичним критеріям, однак критична оклюзія ПМШГ ЛКА локалізувалась в її медіальному сегменті; поряд з цим, був наявний гемодинамічно нерелевантний стеноз проксимального відділу цієї ж коронарної артерії (КА). ЕКГ-зміни відповідали патерну В. Стентування КА попередило виникнення обширного переднього інфаркту міокарда (ІМ), що в комплексі з оптимальною фармакотерапією покращило перебіг захворювання.

Висновки. Гострий коронарний синдром з повною оклюзією КА нерідко супроводжується спонтанною реперфузією, що сприяє усуненню за грудного болю та появі характерних зубців T на ЕКГ і є основою синдрому Велленса. Переважна локалізація оклюзії КА за наявності синдрому Велленса – проксимальний сегмент ПМШГ ЛКА, ми ж спостерігали наявність оклюзії в медіальному сегменті цієї КА. Вчасне стентування оклюзованої артерії запобігає виникненню ІМ і у поєднанні з оптимальною фармакотерапією покращує прогноз пацієнта.

Вплив стентування на діастолічну функцію лівого шлуночка у пацієнтів зі стенокардією

В.А. Скибчик¹, М.П. Ігнацевич²

¹ Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

² Львівський обласний державний клінічний
лікувально-діагностичний кардіологічний центр

Мета – вивчити особливості діастолічної функції міокарда лівого шлуночка у пацієнтів із стабільною стенокардією (СТ) II–III функціонального класу (ФК) із збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ понад 50 %), які перенесли стентування коронарних артерій.

Матеріали і методи. Обстежено 29 пацієнтів зі СТ II–III ФК із ФВЛШ ≥ 50 %, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні інтервенційної радіології. Середній вік становив (54,4 \pm 4,2) року. Після госпіталізації та через 6 місяців після установки стента проводили трансторакальну ехокардіографію (ЕхоКГ) на ультразвуковому апараті з використанням секторного датчика з кольоровим режимом. Визначали наступні ехокардіографічні показники діастолічної функції: максимальну швидкість хвилі пізнього діастолічного наповнення (А, м/с), максимальну швидкість хвилі раннього діастолічного наповнення (Е, м/с), час уповільнення ранньодіастолічного трансмітрального кровотоку (DT, м/с), час ізо-