

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПАТТЕРН ВИНТЕРА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

К. В. Игнатенко, А. Е. Сидоренкова, В. В. Мазур

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

Согласно существующим рекомендациям [Ошибка! Источник ссылки не найден.], больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПST) показана немедленная реперфузионная терапия с проведением тромболизиса или чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), поскольку в основе этого состояния лежит острая тромботическая окклюзия коронарных артерий (КА). Однако не всегда окклюзионный тромбоз КА проявляется подъемом сегмента ST на ЭКГ [1, 2]. Еще в 2008 году de Vinter с соавторами сообщили о том, что примерно у 2 % больных с доказанной острой тромботической окклюзией передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии вместо подъема сегмента ST на ЭКГ выявлена депрессия сегмента ST с гиперамплитудными положительными зубцами T в прекардиальных отведениях, часто сопровождающаяся подъемом сегмента ST в отведении AVR [3]. В подтверждение сказанному приводим следующее клиническое наблюдение.

Мужчина, 60 лет, госпитализирован в региональный сосудистый центр с жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, которые появились 40 минут назад и послужили поводом для вызова бригады скорой медицинской помощи. Такие же боли, но средней интенсивности отмечал в течение месяца, они провоцировались физической нагрузкой и проходили самостоятельно не более чем через 5 минут. На протяжении 5 лет страдает артериальной гипертонией с максимальными цифрами артериального давления 170/100 мм рт.ст., но к врачу не обращался, гипотензивные препараты не принимал. На ЭКГ, зарегистрированной бригадой скорой медицинской помощи, выявлялась депрессия сегмента ST с высоким положительным зубцом T в отведениях V₂– V₅ (рисунок 1). Именно такая депрессия сегмента ST с высокими остроконечными зубцами T в прекардиальных отведениях называется паттерном Винтера. Его наличие свидетельствует о проксимальной окклюзии ПМЖВ.

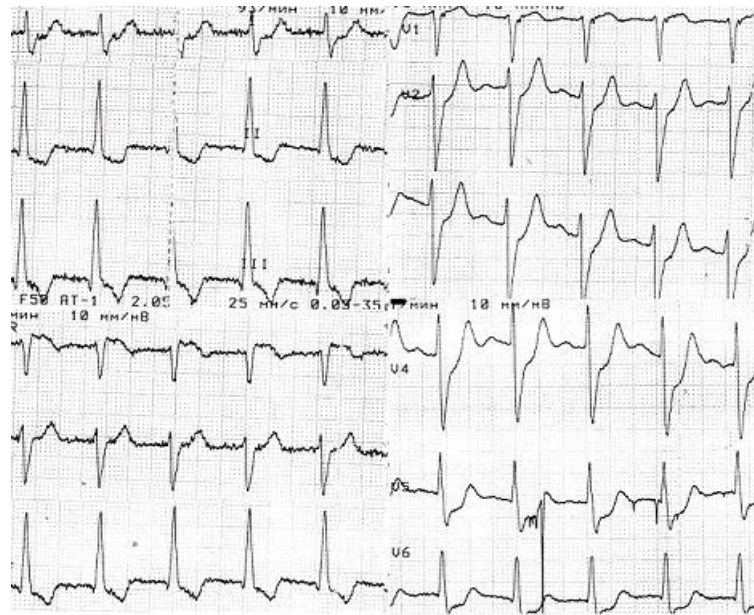


Рисунок 1 - Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 77 в 1 мин, направление электрической оси сердца влево. Депрессия сегмента STс высокими зубцами Т в отведениях $V_2 - V_5$. Реципрокные изменения в отведениях нижней стенки.

Поскольку была выбрана стратегия срочной реваскуляризации миокарда, то сразу же после транспортировки больного в региональный сосудистый центр была проведена коронарография, при которой была выявлена окклюзия проксимальная ПМЖВ (рисунок 2). Сразу же были проведены баллонная предилатация и стентирование инфаркт-связанной артерии, в результате чего кровоток в ПМЖВ был восстановлен (рисунок 2).

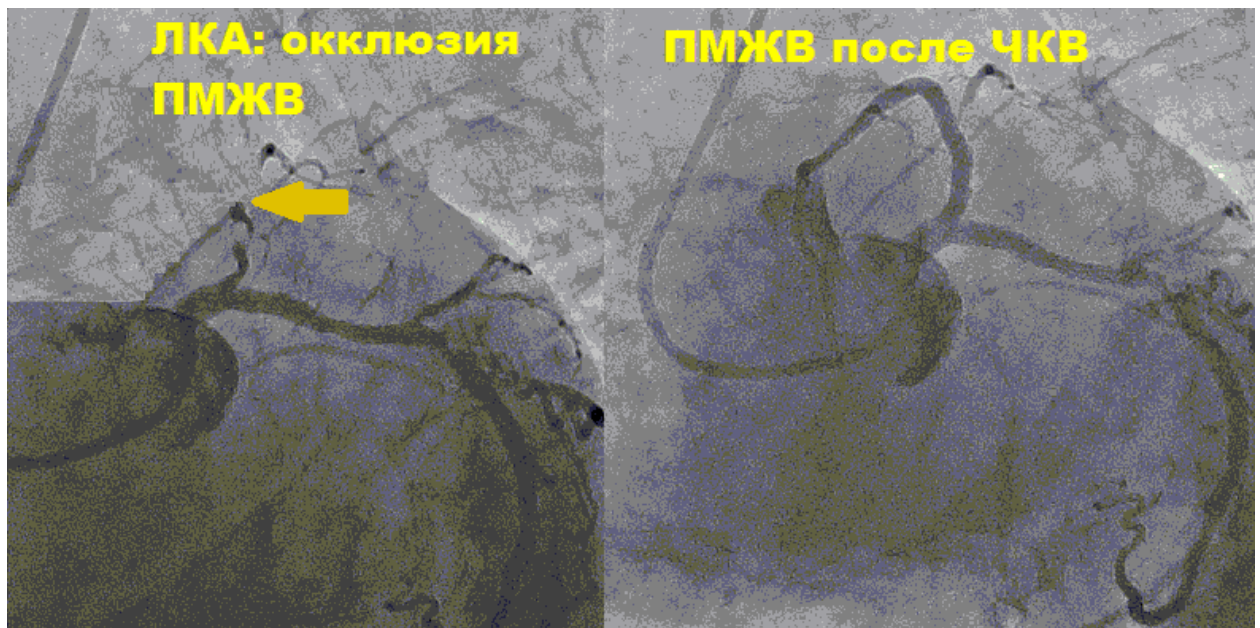


Рисунок 2 – Коронароангиограмма левой коронарной артерии с признаками проксимальной окклюзии ПМЖВ (слева) и восстановленного кровотока в ПМЖВ после ЧКВ (справа).

После реваскуляризации сегмент ST на ЭКГ вернулся на изолинию и сформировались отрицательные зубцы T. При этом зубцы R хорошо представлены в отведениях V₂ – V₆, что свидетельствует о том, что удалось спасти большую часть миокарда (рисунок 3).

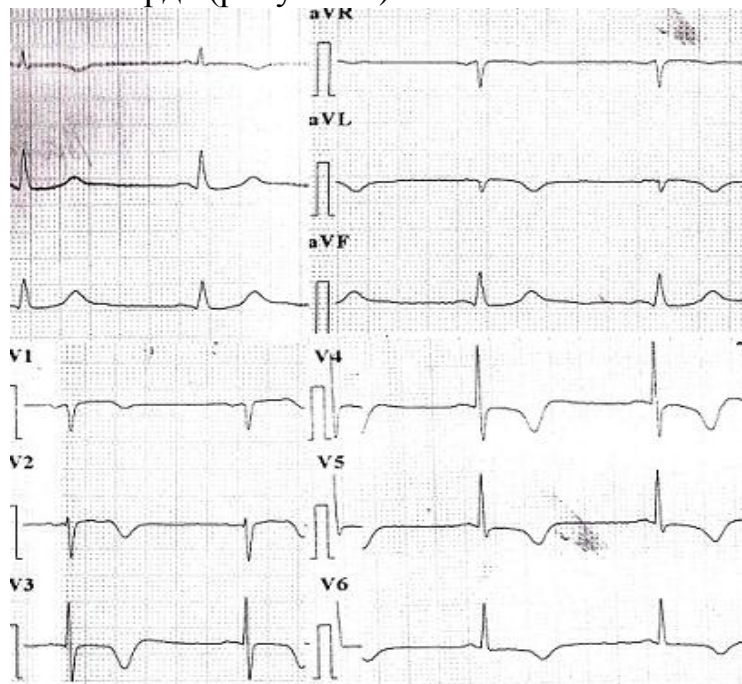


Рисунок 3 - Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 60 в 1 мин, правильное направление электрической оси сердца, отрицательные зубцы T в отведениях V₁₋₆.

Для продолжения лечения больному были назначены аспирин 100 мг в сутки, клопидогрел 75 мг в сутки, аторвастатин 40 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки, эналаприл 2,5 мг 2 раза в сутки. Больному рекомендовано расширение двигательного режима.

Таким образом, несмотря на отсутствие подъема сегмента ST на ЭКГ, при коронарографии выявлена полная тромботическая окклюзия передней межжелудочковой артерии, при которой показана срочная реваскуляризация миокарда. Правильно выбранная тактика ведения больного позволила минимизировать повреждение миокарда.

Литература

1. Steg G., James S. K., Atar D., Badano L. P., Blomstrom-Lundqvist C., Borger M. A., Di Mario C., Dickstein K., Ducrocq G., Fernandez-Aviles F., Gershlick A. H., Ciannuzzi P., Halvorsen S., Huber K., June P., Kastrati A., Knuuti J., Lenzen M. J., Mahaffey W., Valgimigli M., Van't Hof A., Widimsky P., Jahger D. - 2012 ESC guidelines for the management of myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the

- management of acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2012; 33:2569–2619.
2. Jacob R., Hennings M. D., Francis M., Fesmire M. D. A new electrocardiographic criteria for emergent reperfusion therapy. *Am. J. Emergency Medicine* 2012; 30: 994 – 1000.
 3. Rokos I. C., Franch W. J., Mattu A., Nichol G., Farkouh M. E., Reiffel J., Stoun G. W. Appropriate Cardiac Cath Lab activation: Optimizing electrocardiogram interpretation and clinical decision – making for acute ST-elevation myocardial infarction. *Am. Heart. J.* - 2010; 160: 995 – 1003.
 4. De Winter R. J., Verouden N. J., Wellens H. J., Wilde A. A. A new ECG sign of proximal LAD occlusion. *N. Engl. J. Med.* - 2008; 2008;359 (19): 2071–2073.