

douille C. Congenital atrioventricular block: histological aspects. *Forensic science international*. 2003; 136(1-3): 12-15.

10. Riesenfeld T, Jonzon A. Natural history of congenital complete atrioventricular block. *Pacing and clinical electrophysiology*. 1997; 20: 2098-101.

### References

1. Yater WM. Congenital heart block: review of the literature: report of a case with incomplete heterotaxy: the electrocardiogram in dextrocardia. *American journal of diseases of children*. 1929; 38: 112-136.

2. Morquio L. Sur une maladie infantile et familiale caractérisée par des modifications permanentes du pouls des attaques syncopales et épileptiformes et la mort subite. *Archivos de medicina infantil*. 1901; 10: 4467-469.

3. Kleiman CS, Donnerstein RL. Fetal echocardiography: A tool for evaluation of in utero cardiac arrhythmias and monitoring of in utero therapy: Analysis of 71 patients. *The American journal of cardiology*. 1983; 5: 1237-243.

4. Ross BA. Atrioventricular block. In A Garson Jr, JT Bricker, DG Monamara (eds): *The Science and Practice of Pediatric Cardiology*. Philadelphia, PA, Lea & Febiger, 1990: 1803.

5. Hull D, Binns BAO, Joyce D. Congenital heart block and widespread fibrosis due to maternal erythematosis. *Archives of disease in childhood*. 1966; 41: 688-90.

6. Michaelsson M, Riesenfeld T, Jonzon A.. Natural history of congenital complete atrioventricular block. *Pacing and clinical electrophysiology*. 1997; 20(8): 2098-101.

7. Buyon JP, Hiebert R, Copel J, Craft J, Friedman D, Katholi M, Lee LA, Provost TT, Reichlin M, Rider L, Rupel A, Saleeb S, Weston WL, Skovron ML. Autoimmune-associated congenital heart block: demographics, mortality, morbidity and recurrence rates obtained from a national neonatal lupus registry. *JACC*. 1998; 31(7): 1658-66.

8. Michaëlsson M, Jonzon A, Riesenfeld T. Isolated Congenital Complete Atrioventricular Block in Adult Life. *Circulation*. 1995; 92: 442-449.

9. Piercecchi-Marti MD, Mohamed H, Chau C, Liprandi A, Fre-douille C. Congenital atrioventricular block: histological aspects. *Forensic science international*. 2003; 136(1-3): 12-15.

10. Riesenfeld T, Jonzon A. Natural history of congenital complete atrioventricular block. *Pacing and clinical electrophysiology*. 1997; 20: 2098-101.

### Сведения об авторах

Черныш Арина Александровна, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; кафедра детских болезней; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(921)3363673; e-mail: dr.arina.aleksandrovna@mail.ru

Васичкина Елена Сергеевна, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(921)9351890; e-mail: Vasichkinaelena@mail.ru

Лебедева Виктория Кимовна, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(921)9353475; e-mail: Viktim@rambler.ru

Гурев Сергей Викторович, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(921)4181034; e-mail: Sgureeff@mail.ru

Татарский Роман Борисович, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(911)7666285; e-mail: tatar2002@list.ru

Никитина Ирина Леоровна, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(931)2242238; e-mail: nikitina0901@gmail.com.

Лебедев Дмитрий Сергеевич, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздравства Российской Федерации; научно-исследовательский отдел интервенционной аритмологии; адрес: Российская Федерация 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2; тел.: +7(921)9373283; e-mail: lebedevdmitry@mail.ru.

### Information about the authors

Chernysh Arina Aleksandrovna, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Department of Children Disease. Address : 2, Akkuratova Str., 197341 St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(921)3363673; e-mail: dr.arina.aleksandrovna@mail.ru

Vasichkina Elena Sergeevna, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research department of interventional arrhythmology. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341 Russian Federation. Phone: +7(921)9351890; e-mail: Vasichkinaelena@mail.ru

Lebedeva Viktoria Kimovna, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Interventional arrhythmology department. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(921)9353475; e-mail: Viktim@rambler.ru

Gureev Sergei Viktorovich, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Interventional arrhythmology department. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(921)4181034; e-mail: Sgureeff@mail.ru

Tatarskiy Roman Borisovich, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Interventional arrhythmology department. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(911)7666285; e-mail: tatar2002@list.ru

Nikitina Irina Leorovna, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Department of Pediatric Endocrinology. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(931)2242238; e-mail: nikitina0901@gmail.com.

Lebedev Dmitriy Sergeevich, FSBI «V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Interventional arrhythmology department. Address : 2, Akkuratova Str., St.-Petersburg, 197341, Russian Federation. Phone: +7(921)9373283; e-mail: lebedevdmitry@mail.ru

Поступила 03.04.2017 г.

Принята к печати 11.08.2017 г.

© СКОРОДУМОВА Е. Г., КОСТЕНКО В. А., СКОРОДУМОВА Е. А., СИВЕРИНА А. В.

УДК 616.12-008.318:616.127-005.8

DOI: 10.20333/2500136-2017-4-93-96

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИЗОЛИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Е. Г. Скородумова, В. А. Костенко, Е. А. Скородумова, А. В. Сиверина  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе,  
Санкт-Петербург 192242, Российская Федерация

**Резюме.** Изолированный инфаркт миокарда (ИМ) правого желудочка (ПЖ) в клинической практике встречается довольно редко. Как правило, он является следствием распространения ИМ задней стенки левого желудочка (ЛЖ) на ПЖ с формированием явлений правожелудочковой недостаточности. Основной причиной ИМ ПЖ является поражение атеросклерозом правой коронарной артерии (ПКА) при правом типе кровообращения или окклюзия огибающей ветви (ОВ) при левом, или изолированный стеноз задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ). При лечении больных с ИМ ПЖ следует учитывать некоторые важные аспекты нарушения гемодинамики, определяющие тактику ведения больного.

**Ключевые слова:** правый желудочек, инфаркт миокарда, задняя межжелудочковая ветвь.

**Для цитирования:** Скородумова ЕГ, Костенко ВА, Скородумова ЕА, Сиверина АВ. Редкий случай изолированного инфаркта миокарда правого желудочка. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(4): 93-96. DOI: 10.20333/2500136-2017-4-93-96

## RARE CASE OF ISOLATED RIGHT VENTRICLE MYOCARDIAL INFARCTION

E. G. Skorodumova, V. A. Kostenko, E. A. Skorodumova, A. V. Siverina

Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care II Janelidze, St. Petersburg 192242, Russian Federation

**Abstract.** Isolated myocardial infarction (MI) of the right ventricle (RV) in clinical practice is rare. As a rule, it is a consequence of the spread of myocardial infarction in the back wall of the left ventricle (LV) to the RV with the formation of the phenomena of right ventricular failure. The main cause of RV myocardial infarction is the lesion of right coronary artery by atherosclerosis with the right type of circulation or occlusion of the circumflex branch in the left, or isolated stenosis of the posterior interventricular branch (PIVB). When treating patients with MI RV, it is necessary to take into account some important aspects of hemodynamics disorders, that determine the tactics of patient treatment.

**Key words:** right ventricle, myocardial infarction, posterior interventricular branch.

**Citation:** Skorodumova EG, Kostenko VA, Skorodumova EA, Siverina AV. Rare case of isolated right ventricle myocardial infarction. Siberian Medical Review. 2017;(4): 93-96. DOI: 10.20333/2500136-2017-4-93-96

Картина при ИМ ПЖ напоминает картину инфаркта миокарда задней стенки ЛЖ, но характеризуется рядом особенностей, в частности, при снижении сократимости правого желудочка появляется артериальная гипотензия. Позднее присоединяются признаки правожелудочковой недостаточности, при этом, как правило, не отмечается левожелудочковой недостаточности [1].

Основной причиной летального исхода при ИМ ПЖ являются жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма, кардиогенный шок, разрыв межжелудочковой перегородки, инфаркт папиллярных мышц, острая митральная недостаточность [2,3]. Как правило, явления хронической сердечной недостаточности начинают формироваться уже к концу первой недели.

Основным методом визуализации ИМ ПЖ является эхокардиография. Она позволяет выявить дилатацию ПЖ, гипокинезию или акинезию его стенок, а также парадоксальное движение межжелудочковой перегородки к левому желудочку [4,5]. В качестве дополнительного метода используется коронароангиография (КАГ). С ее помощью можно диагностировать сужение ПКА, ОВ, ЗМЖВ, ответственных за кровоснабжение задней стенки правого желудочка. При левом типе кровоснабжения сердца поражение ОВ левой коронарной артерии встречается реже [5,6,7].

Тактика ведения направлена на диагностику инфаркта правого желудочка, его реперфузию, нагрузку объемом, контроль частоты сердечных сокращений и ритма. Учитывая повышенную чувствительность правого желудочка к преднагрузке, следует крайне осторожно использовать диуретики и нитраты. Опасными являются и вазопрессоры, повышающие системное давление, они увеличивают его и в легочных сосудах, что резко усиливает нагрузку на правый желудочек [7,8,9].

### Описание клинического случая

Пациентка В., 67 лет, поступила в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи И. И. Джанелидзе» 24.12.2016 с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией межлопаточное пространство, уменьшающиеся после приема нитратов. В анамнезе длительная артериальная гипертензия с максимальным подъемом артериального давления (АД) до 180/100 мм рт.ст., при нормальном АД 140/80 мм рт.ст. В 2012 году перенесла инфаркт миокарда, в дальнейшем отмечалась стенокардия напряжения 3 функционального класса (ФК). В апреле 2016г. находилась на госпитализации с диагнозом «Нестабильная стенокардия», была выполнена КАГ, выявлено многосудистое поражение коронарного русла. Настоящее ухудшение в течение суток, когда развился типичный ангинозный приступ в покое, длительностью около 1 часа. Родственники вызвали скорую помощь, пациентка была госпитализирована в кардиологическую реанимацию.

Сопутствующие заболевания - сахарный диабет 2 типа инсулинозависимый, ожирение 3 степени.

При поступлении на электрокардиограмме (ЭКГ): синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 78 в минуту, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, депрессия сегмента ST до 1,5 мм в V2-V4, без динамики в сравнении с ЭКГ от 01.12.16 и 09.12.16. В анализах крови при серийном определении в первые сутки отмечалось повышение тропонина Т максимум до 0,353 нг/мл (верхний предел нормы 0,05 нг/мл), креатинфосфокиназа (КФК) характеризовалась волнообразным колебанием в пределах нормальных значений: 90 ед/л, 42 ед/л, 109 ед/л, 91 ед/л.

Пациентке был поставлен диагноз: основной: ИБС Q(-) инфаркт миокарда в области нижней стенки от 24.12.2016.

Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. КАГ от 13.04.2016 года - многосудистое поражение коронарного русла.

Осложнения: ХСН 3 ф.к., Killip 1. Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа инсулинозависимый. Ожирение 3. По данным выполненной КАГ: Тип кровоснабжения: правый, ствол левой коронарной артерии диффузно стенозирован, максимально до 50 % - бифуркационный стеноз с переходом бляшки на устье передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), передняя межжелудочковая ветвь: стеноз устья 60 %, стеноз дистальной трети 60 %, огибающая ветвь: диффузно стенозирована в дистальной трети, максимально до 70 % (ветвь малого диаметра, < 2 мм); ветви тупого края: стеноз средней трети 50 %, правая коронарная артерия без гемодинамически значимых (г/з) стенозов, ветвь острого края: без г/з стенозов, заднебоковая ветвь без г/з стенозов, задняя межжелудочковая ветвь - стеноз устья 60 %, окклюзирована в средней трети, в дистальной трети заполняется коллатерально конкурентно. Несмотря на проведенную беседу и предупреждении о возможных осложнениях, больная дала письменный отказ от проведения оперативного вмешательства на коронарных артериях.

По стабилизации состояния пациентка была переведена в кардиологическое отделение. При осмотре обращало на себя внимание набухание шейных вен, отсутствие застоя в малом круге кровообращения. Отмечалась тенденция к гипотонии. Все это в совокупности заставило сомневаться в диагнозе инфаркта миокарда левого желудочка. Пациентке была выполнена эхокардиография, по данным которой: ЛЖ: толщина межжелудочковой перегородки 10 мм, задняя стенка 10 мм, конечный диастолический объем 122 мл, конечный систолический объем 49 мл, фракция выброса по Simpson 60 %. Зоны нарушения локальной сократимости отсутствовали. ПЖ: 30 мм, зона акинезии в трабекулярном отделе. Левое предсердие: продольный размер 53 мм, поперечный размер 32 мм. Правое предсердие: продольный размер 42 мм, поперечный размер 37 мм. Аорта: кольцо 18 мм, синусы 25 мм, восходящий отдел 23 мм. Легочная артерия: давление в легочной артерии не повышено. Клапаны не изменены. Пиковые скорости в пределах нормальных значений. Регургитации не выявлено.

На фоне стандартной консервативной терапии состояние пациентки улучшилось, на 18-е сутки она была выписана на амбулаторное лечение.

Нами было получено письменное согласие пациентки на публикацию клинического случая в рецензируемом медицинском журнале.

### Заключение

Нами представлен редкий случай изолированного инфаркта правого желудочка. Обращает на себя внимание, что причина развития ИМ правого желудочка - окклюзия ЗМЖВ в средней трети. Обращала на себя внимание тенденция к гипотонии у данной больной.

### Литература

1. Шпектор АВ, Васильева ЕЮ. Кардиология: клинические лекции. М.: АСТ: Астрель; 2008. 765 с.
2. Setaro JF, Cabin HS. Right ventricular infarction. *Cardiology Clinics*. 1992;10(1):69-90.
3. Ляховец ЕГ, Костенко ВА, Скородумова ЕА, Шуленина

ЮБ. Жизнеугрожающие аритмии со спонтанным восстановлением синусового ритма у пациента с острым коронарным синдромом. *Трансляционная медицина*. 2016;3(3):97-100.

4. Мазур НА. Практическая кардиология. М.: Медпрактика-М; 2009. 616 с.

5. Starling MR, Dell'Italia LJ, Chaudhuri TK, Boros BL, O'Rourke RA. First transit and equilibrium radionuclide angiography in patients with inferior transmural myocardial infarction: criteria for the diagnosis of associated hemodynamically significant right ventricular infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 1984;4(5):923-30.

6. Horan LG, Flowers NC. Right ventricular infarction: specific requirements of management. *American Family Physician*. 1999;60(6):1727-34.

7. Kinch JW, Ryan TJ. Right ventricular infarction. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(17):1211-7. DOI:10.1056/NEJM199404283301707

8. Zehender M, Kasper W, Kauder E, Schönthaler M, Geibel A, Olschewski M, Just H. Right ventricular infarction is an independent predictor of prognosis after acute inferior myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328:981-988. DOI:10.1056/NEJM199304083281401

9. Mehta SR, Eikelboom JW, Natarajan MK, Diaz R, Yi C, Gibbons RJ, Yusuf S. Impact of right ventricular involvement on mortality and morbidity in patients with inferior myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2001;37(1):37-43.

10. Dell'Italia LJ, Lembo NJ, Starling MR, Crawford MH, Simmons RS, Lasher JC, Blumhardt R, Lancaster J, O'Rourke RA. Hemodynamically important right ventricular infarction: follow-up evaluation of right ventricular systolic function at rest and during exercise with radionuclide ventriculography and respiratory gas exchange. *Circulation*. 1987;75(5):996-1003.

11. Jugdutt BI, Sussex BA, Sivaram CA, Rossall RE. Right ventricular infarction: two-dimensional echocardiographic evaluation. *American Heart Journal*. 1984;107(3):505-18.

12. Yasuda T, Okada RD, Leinbach RC, Gold HK, Phillips H, McKusick KA, Glover DK, Boucher CA, Strauss HW. Serial evaluation of right ventricular dysfunction associated with acute inferior myocardial infarction. *American Heart Journal*. 1990;119(4):816-22.

### References

1. Shpektor AV, Vasilieva EYu. Cardiology: clinical lectures. M.: AST: Astrel; 2008. 765 p. (In Russian).
2. Setaro JF, Cabin HS. Right ventricular infarction. *Cardiology Clinics*. 1992;10(1):69-90.
3. Lyakhovets EG, Kostenko VA, Skorodumova EA, Shulenina YuB. Life-threatening arrhythmias with spontaneous restoration of sinus rhythm in a patient with acute coronary syndrome. *Translation medicine*. 2016;3(3):97-100. (In Russian).
4. Mazur NA. Practical cardiology. M.: Medpractica-M; 2009. 616 p. (In Russian).
5. Starling MR, Dell'Italia LJ, Chaudhuri TK, Boros BL, O'Rourke RA. First transit and equilibrium radionuclide angiography in patients with inferior transmural myocardial infarction: criteria for the diagnosis of associated hemodynamically significant right ventricular infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 1984;4(5):923-30.
6. Horan LG, Flowers NC. Right ventricular infarction: specific

requirements of management. *American Family Physician*. 1999;60(6):1727-34.

7. Kinch JW, Ryan TJ. Right ventricular infarction. *New England Journal of Medicine*. 1994;330(17):1211-7. DOI:10.1056/NEJM199404283301707

8. Zehender M, Kasper W, Kauder E, Schönthaler M, Geibel A, Olschewski M, Just H. Right ventricular infarction is an independent predictor of prognosis after acute inferior myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328-981-988. DOI:10.1056/NEJM199304083281401

9. Mehta SR, Eikelboom JW, Natarajan MK, Diaz R, Yi C, Gibbons RJ, Yusuf S. Impact of right ventricular involvement on mortality and morbidity in patients with inferior myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2001;37(1):37-43.

10. Dell'Italia LJ, Lembo NJ, Starling MR, Crawford MH, Simmons RS, Lasher JC, Blumhardt R, Lancaster J, O'Rourke RA. Hemodynamically important right ventricular infarction: follow-up evaluation of right ventricular systolic function at rest and during exercise with radionuclide ventriculography and respiratory gas exchange. *Circulation*. 1987;75(5):996-1003.

11. Jugdutt BI, Sussex BA, Sivaram CA, Rossall RE. Right ventricular infarction: two-dimensional echocardiographic evaluation. *American Heart Journal*. 1984;107(3):505-18.

12. Yasuda T, Okada RD, Leinbach RC, Gold HK, Phillips H, McKusick KA, Glover DK, Boucher CA, Strauss HW. Serial evaluation of right ventricular dysfunction associated with acute inferior myocardial infarction. *American Heart Journal*. 1990;119(4):816-22.

#### Сведения об авторах

Скородумова Елизавета Геннальевна, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-

исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», адрес: Российская Федерация, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская г. 3; тел.: +7(921)3396760; e-mail: lisavetta91@mail.ru

Костенко Виктор Авенирович, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», адрес: Российская Федерация, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская г. 3; тел.: +7(921)9456921; e-mail: vic2012tor@gmail.com

Скородумова Елена Андреевна, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», адрес: Российская Федерация, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская г. 3; тел.: +7(921)3276510; e-mail: elskor@mail.ru

Сиверина Анна Викторовна, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», адрес: Российская Федерация, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская г. 3; тел.: +7(911)7100152; e-mail: Gudkovanna\_09@mail.ru

#### Information about the authors

Skorodumova Elizaveta Gennadievna, MD. GBU «Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care II Janelidze», St. Petersburg, 192242, Russian Federation Address: Budapeshtskaya Street 3St-Petersburg, Russian Federation, 192242; Phone: +7(921)3396760; e-mail: lisavetta91@mail.ru

Kostenko Viktor Avenirovich, MD, PhD. GBU «Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care II Janelidze», St. Petersburg, 192242, Russian Federation Address: Budapeshtskaya Street 3St-Petersburg, Russian Federation, 192242; Phone: +7(921)9456921; e-mail: vic2012tor@gmail.com

Skorodumova Elena Andreevna, MD, PhD. GBU «Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care II Janelidze», St. Petersburg, 192242, Russian Federation Address: Budapeshtskaya Street 3 St-Petersburg, Russian Federation, 192242; Phone: +7(921)3276510; e-mail: elskor@mail.ru

Siverina Anna Viktorovna MD, GBU «Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Care II Janelidze», St. Petersburg, 192242, Russian Federation Address: Budapeshtskaya Street 3St-Petersburg, Russian Federation, 192242; Phone: +7(911)7100152; e-mail: Gudkovanna\_09@mail.ru

Поступила 15.03.2017 г.

Принята к печати 11.08.2017 г.

## Лекции



© ПЕТРОВА В. Б., ЗАХАРОВА О. В., БОЛДУЕВА С. А.

УДК 616.127-005.4-07 / 08

DOI: 10.20333/2500136-2017-4-96-105

### МИКРОСОСУДИСТАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ИЗВЕСТНОЕ О НЕИЗВЕСТНОМ

В. Б. Петрова, О. В. Захарова, С. А. Болдуева

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург 191015, Российская Федерация

**Резюме.** Микрососудистая стенокардия определяется при наличии ангинозных болей, положительного стресс-теста и интактных коронарных артерий, что наблюдается примерно у 20-30 % пациентов со стенокардией, перенесших коронарную ангиографию. Распространенность данного заболевания значительно выше у женщин по сравнению с мужчинами. Микрососудистая стенокардия представляет собой гетерогенную форму ишемической болезни сердца, как клинически, так и патофизиологически, охватывающая различные патогенетические механизмы. Несмотря на полувековую историю изучения данного заболевания, остается много нерешенных вопросов, касающихся ведения пациентов с микрососудистой стенокардией. В статье рассматриваются современные представления о патогенезе, клиническом течении, диагностике и лечении микрососудистой стенокардии.

**Ключевые слова:** микрососудистая стенокардия, кардиальный синдром X, патогенез, диагностика, лечение.

**Для цитирования:** Петрова ВБ, Захарова ОВ, Болдуева СА. Микрососудистая стенокардия: известное о неизвестном. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(4): 96-105. DOI: 10.20333/2500136-2017-4-96-105