

СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА

Н. Ю. КИРКИНА, С. В. РЫБИНА

Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула

Синдром Велленса является относительно распространенным клиническим явлением; однако, это часто пропускается, особенно у молодых специалистов. Без быстрой диагностики и агрессивного вмешательства у пациентов с синдромом Велленса может быстро развиваться обширный инфаркт миокарда передней стенки и, возможно, внезапная смерть. В статье рассмотрены диагностические критерии на электрокардиограмме, типы синдрома и их отличия.

Ключевые слова: синдром Велленса (СВ), электрокардиограмма (ЭКГ), зубец Т, инфаркт миокарда, передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА), коронароангиография (КАГ).

Синдром Велленса (СВ) довольно частое распространенное клиническое явление, у молодых неопытных специалистов возникает сложность в постановке диагноза. Анатомическим субстратом СВ является критическое поражение передней межжелудочковой артерии, которое несет высокий риск трансформации в обширный передний инфаркт миокарда. [1]. Если речь идет о нестабильной стенокардии высокого риска, то этот синдром можно расценивать как прединфарктное состояние. Больным с синдромом Велленса противопоказаны нагрузочные пробы, так как они могут спровоцировать передний инфаркт миокарда, внезапную сердечную смерть. [6]

В 1982 году де Зваан и коллеги (один из которых и был тем самым Велленсом) описали группу пациентов с нестабильной стенокардией. У 26 из 145 пациентов был обнаружен характерный ЭКГ паттерн. У 16 из этих 26 пациентов удалось добиться купирования болей и стабилизации состояния, поэтому они не были подвергнуты интервенционному лечению.

Спустя пару недель у 12 из 16 пациентов развился передний инфаркт миокарда. Поэтому авторы заключили, что несмотря на отсутствие клиники, пациенты с таким ЭКГ паттерном имеют высокий риск развития инфаркта миокарда и должны быть подвергнуты экстренной ангиографии и реваскуляризации миокарда. В 1989 году эта же группа исследователей (при участии все того же Велленса и одного из братьев Бругада) подтвердила свои выводы на группе из 1260 пациентов. Данный паттерн был обнаружен у 180 пациентов. У всех пациентов из этой группы был обнаружен стеноз передней межжелудочковой ветви, причем у 108 пациентов был обнаружена полная окклюзия ПМЖВ с частичным коллатеральным кровотоком у 75 пациентов. [11], [12].

В 2008 году де Винтер (в соавторстве все с тем же Велленсом) описал паттерн ЭКГ, который заключался в следующих признаках:

In 2008, de Winter (co-authored with the same Wellens) described a pattern of ECG, which consisted of the following symptoms:

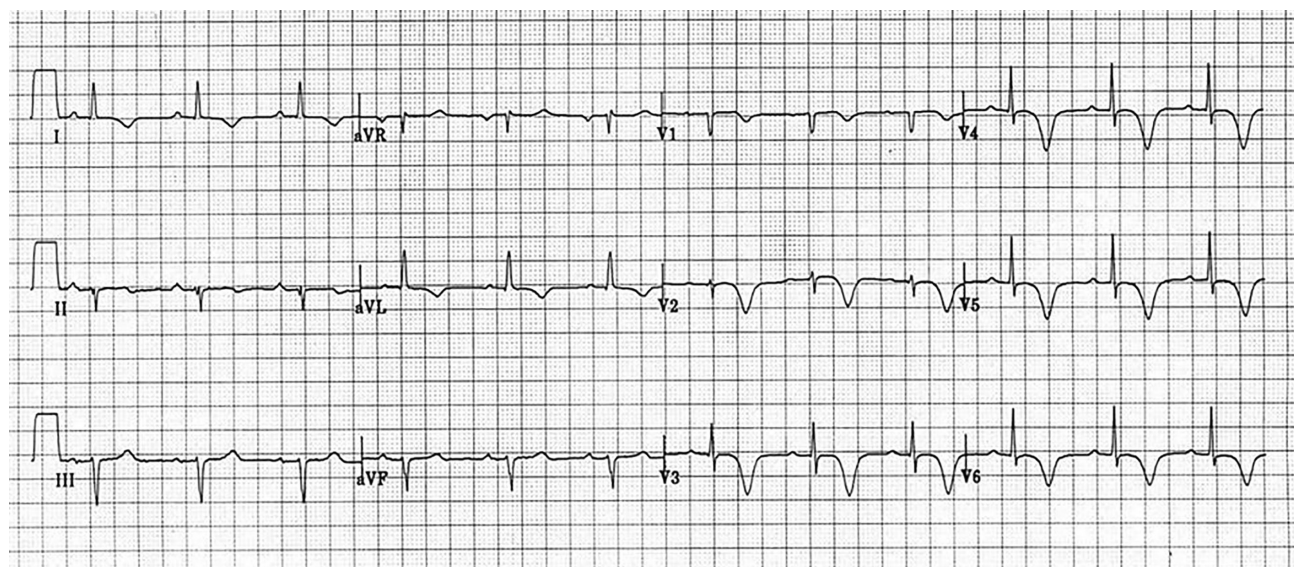


Рис. 1. ЭКГ признаки синдрома Велленса

1. Депрессия сегмента ST в передних грудных отведениях,

2. Высокий заостренный зубец Тв передних грудных отведениях,

3. Невыраженная элевация сегмента ST (0,5 мм) в отведении aVR.

В оригинальном исследовании этот паттерн был обнаружен у 30 из 1532 пациентов (2%) с подтвержденной окклюзией передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). Этот паттерн ЭКГ получил название зубцов Т де Винтера. [13].

ЭКГ признаки синдрома Велленса [1]:

- Глубоко инвертированные или бифазные волны Т в V2–3 (могут наблюдаться V1–6);
- Изoeлектрический или с минимальной (менее 1 мм) элевацией сегмент ST;
- Отсутствие прекордиальных зубцов Q;
- Сохранение прекордиальных зубцов R;
- Недавние приступы ангинозных болей;
- Отсутствие ангинозных болей на момент регистрации ЭКГ;
- Нормальные или слегка повышенные кардиоферменты.

Помимо диагностических критериев на ЭКГ синдром Велленса включает в себя: стеноз проксимального отдела ПМЖА >50%, по данным КАГ. (рис.2)

В настоящее время описаны 2 типа Синдрома Велленса (рис.3):

Первый тип (тип А) встречается в 75% описанных случаев СВ. На ЭКГ характеризуется наличием глубоких инвертированных симметричных зубцов Т, регистрируемых в грудных отведениях после купирования болевого синдрома. Изменения зубца Т чаще отмечаются в отведениях V1–V4, но могут быть и в V5–V6. Сегмент ST прямой или вогнутый



Рис. 2. Стеноз ПМЖА

переходит в глубокий отрицательный зубец Т. Часто эти изменения на ЭКГ ошибочно трактуются как острый инфаркт миокарда без зубца Q передней стенки ЛЖ, несмотря на отрицательные маркеры некроза.

Второй тип (тип В) СВ регистрируется примерно у 25% пациентов. Для него характерны двухфазные ($\pm$) зубцы Т чаще в отведениях V2 и V3, реже в V1–V5/V6. Отличия этих двух типов заключаются в различной форме зубцов Т в грудных отведениях.

Женщина 63 года поступила в отделение неотложной помощи с типичной болью в груди, продолжавшейся 7 часов. Электрокардиография (ЭКГ) выявила характерный синдром Велленса типа А [4]. (рис.4).

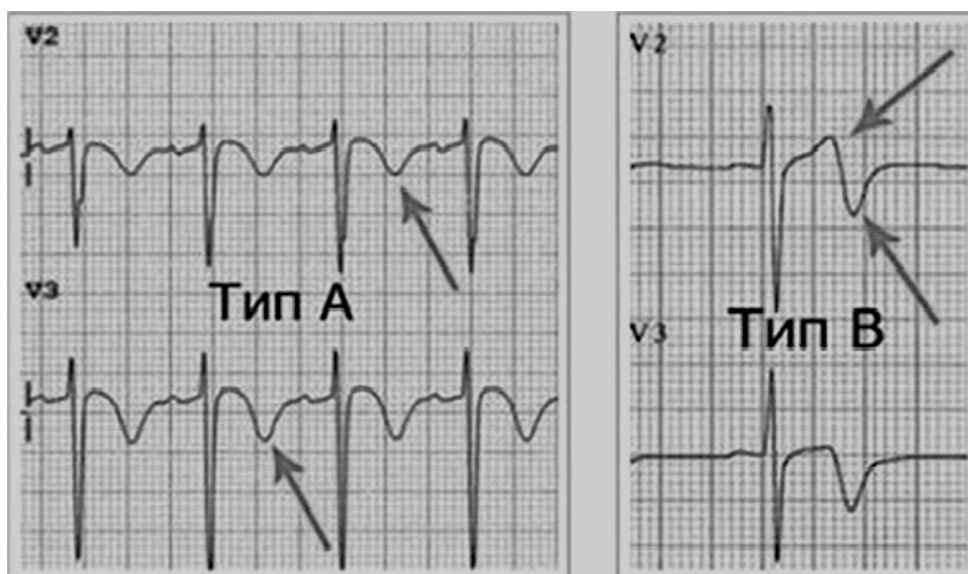


Рис. 3. Типы синдрома Велленса

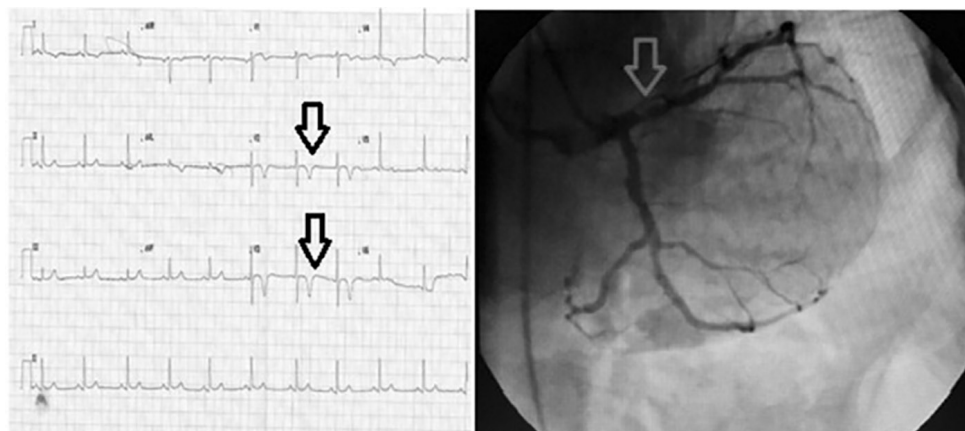


Рис. 4. Клинический случай

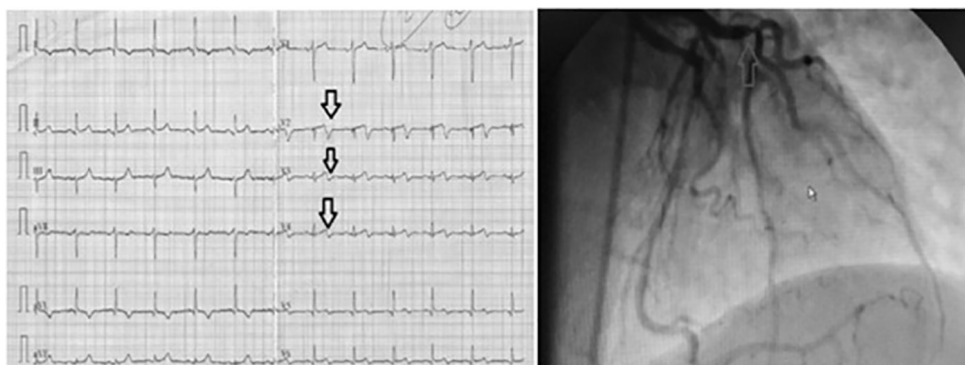


Рис. 5. Клинический случай

Пациентка 64 года, была помещена в отделение неотложной помощи с болью в груди в течение 2 дней. Синдром Велленса типа Был рассмотрен в соответствии с ЭКГ и клиническими данными. [4]. (рис. 5).

Экстренная ангиография выявила критические окклюзии ПМЖА, которые были устранены до того, как в обоих случаях имел место выраженный инфаркт миокарда. Для врачей неотложной помощи важно распознать типичные результаты ЭКГ синдрома Велленса, поскольку эти характерные результаты ЭКГ рассматриваются в качестве маркера критических окклюзий ПМЖА.

Спектр синдрома Велленса очень широк, и знание и высокая клиническая подозрительность в отношении его диагноза, особенно в его редких проявлениях двухфазных зубцов Т, являются ключом к предотвращению катастрофических последствий. [5] Часто практикующими врачами недооцениваются незначительные изменения на ЭКГ, которые встречаются при данном синдроме. [7]. Анатомическим субстратом ОКС без подъема сегмента ST, является критическое поражение ПМЖА, с высоким риском трансформации в обширный передний инфаркт миокарда и/или внезапную смерть. Пациентам

при своевременно поставленном диагнозом СВ требуется срочное проведения коронароангиографии (КА) и чрескожного вмешательства (ЧКВ) для предотвращения риска развития инфаркта миокарда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шляхто Е. В. Кардиология № 3(10), / Шляхто В. Е. // Синдром Велленса. - 2016 - № 3. — С. 83–86.
2. Miner B and Hart EH. StatPearls Wellens Syndrome. StatPearls Publishing 2019 Jan. PMID: 29494097 NBK482490
3. Raheja P, et al. J Wellens' Syndrome Over the Past Three Decades. Cardiovasc Med (Hagerstown) 2017. DOI: 10.2459/JCM.0b013e32835ffb8
4. Ozdemir S, et al. Turk J Emerg Wellens' Syndrome — Report of Two Cases. Med 2015. DOI: 10.1016/j.tjem.2014.07.002
5. Coutinho Cruz M. Wellens' Syndrome: A Bad Omen. Cardiology 2017. DOI: 10.1159/000455911
6. Win Htut OO SZ, et al. J Community Hosp Intern Med Perspect 2016. DOI: 10.3402/jchimp.v6.32011
7. Chen YM and Song KX. Wellens' Syndrome: A Life-Saving Diagnosis. Cardiovasc J Afr 2019. DOI: 10.5830/CVJA-2019-010
8. Udechukwu N, Wellens' Syndrome: A Close Call. BMJ Case Rep 2018. DOI: 10.1136/bcr-2018-225376

9. Inayat F, Pseudo-Wellens' Syndrome Secondary to Concurrent Cannabis and Phencyclidine Intoxication. BMJ Case Rep 2018. DOI: 10.1136 / bcr-2018–225755
10. Kyaw K. Atypical Presentation of Acute Coronary Syndrome and Importance of Wellens' Syndrome. Am J Case Rep 2018. DOI: 10.12659 / ajcr.907992
11. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. Am Heart J. 1982 Apr;103(4 Pt 2):730–6.
12. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. Am J Emerg Med. 2002 Nov;20(7):638–43.
13. de Winter RJ, Verouden NJ, Wellens HJ, Wilde AA. A new ECG sign of proximal LAD occlusion. N Engl J Med. 2008 Nov 6;359(19):2071–3. doi: 10.1056/NEJMc0804737.

WELLENS SYNDROME

N. YU. KIRKINA, S. V. RYBINA

Wellens syndrome is a relatively common clinical phenomenon; However, this is often overlooked, especially among young professionals. Without rapid diagnosis and aggressive intervention in patients with the syndrome Wellens can quickly develop extensive myocardial anterior wall infarction and possibly sudden death. The article describes the diagnostic criteria in the electrocardiogram, the types of the syndrome and how they differ.

Keywords: Wellens syndrome (DS), electrocardiogram (ECG), T-wave myocardial infarction, left anterior descending artery (LAD) coronary angiography (CAG).