

- elective coronary stent placement. *Circ. Cardiovasc. Genet.* 2011; 4: 429–36.
48. *Reny J.L., Combescure C., Daali Y.* et al. Influence of the paraoxonase-1 Q192R genetic variant on clopidogrel responsiveness and recurrent cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. *J. Thrombos. Haemostas.* 2012; 10: 1242–51.
49. *Levine G.N., Bates E.R., Blankenship J.C., Bailey S.R., Bittl J.A., Cercek B.* et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention. *Catheter. Cardiovasc. Interv.* 2011; 82 (4): E266–E355.
50. *Hamm C.W., Bassand J.-P., Agewall S., Bax J., Boersma E., Bueno H.* et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2011; 32: 2999–3054.
51. *Steg P.G., James S.K., Atar D., Badano L.P., Lundqvist C.B., Borger M.A.* et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2012; 33 (20): 2569–619.
52. *Scott S.A., Sangkuhl K., Stein C.M., Hulot J.S., Mega J.L., Roden D.M.* et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium guidelines for CYP2C19 genotype and clopidogrel therapy: 2013 update. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2013; 94 (3): 317–23.
53. *Roberts J.D., Wells G.A., Le May M.R., Labinaz M., Glover C., Froeschl M.* et al. Point-of-care genetic testing for personalisation of antiplatelet treatment (RAPID GENE): a prospective, randomised, proof-of-concept trial. *Lancet.* 2012; 379 (9827): 1705–11.

Поступила 06.10.2014

## СЛУЧАИ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

© Д.А. АНДРЕЕВ, Д.С. ТУТТЕР, 2014

УДК 616.127-005.8:616-006.48

### Инфаркт миокарда при феохромоцитоме

*Д.А. Андреев, Д.С. Туттер*

Клиника кардиологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения РФ, ул. Б. Пироговская, 6, стр. 1, Москва, 119992, Российская Федерация

Андреев Денис Анатольевич, доктор мед. наук, профессор; e-mail: dennan@mail.ru;

Туттер Денис Сергеевич, кардиолог

Представлено клиническое описание случая инфаркта миокарда при феохромоцитоме.

В клинику кардиологии поступил больной А., 41 года, перенесший нижний инфаркт миокарда. При коронарографии патологии не выявлено. Анализ клинических данных (кризовые подъемы артериального давления, сахарный диабет при отсутствии ожирения и отягощенной наследственности) позволил предположить наличие феохромоцитомы. Диагноз подтвержден инструментально-лабораторными методами. Проведено успешное хирургическое лечение заболевания.

Данный случай демонстрирует необходимость внимательного отношения прежде всего к клиническим особенностям течения заболевания, это позволило авторам провести правильную диагностику редкой, но курабельной причины инфаркта миокарда.

*Ключевые слова:* инфаркт миокарда, нормальные коронарные артерии, феохромоцитомы.

## Myocardial infarction resulting from pheochromocytoma

*D.A. Andreev, D.S. Tutter*

Cardiology clinic, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the RF, ul. Bol'shaya Pirogovskaya, 6, stroenie 1, Moscow, 119992, Russian Federation

Andreev Denis Anatol'evich, MD, DM, Professor;

Tutter Denis Sergeevich, Cardiologist

Case report of myocardial infarction related to pheochromocytoma is presented.

Patient A., aged 41 years, with prior inferior myocardial infarction was admitted to the Cardiology clinic. Coronary angiography didn't show any abnormalities. Clinical data analysis (hypertensive crises, diabetes mellitus without obesity or hereditary taint) allowed presuming pheochromocytoma. Diagnosis was confirmed by instrumental and laboratory procedures. Successful surgical treatment was carried out.

This case demonstrates necessity of careful attitude to peculiarities of clinical course resulting in diagnostics of rare but curable cause of myocardial infarction.

*Key words:* myocardial infarction, normal coronary arteries, pheochromocytoma.

Инфаркт миокарда при нормальных коронарных артериях встречается в 2–3% случаев [1] и нередко представляет сложную диагностическую проблему поиска вторичных причин некроза миокарда.

Приводим описание собственного клинического наблюдения.

Пациент А., 41 года, поступил в Клинику кардиологии с диагнозом «Первичный Q-образующий инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ» для проведения коронароангиографии.

При поступлении жалоб не предъявлял.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена.

Анамнез: впервые в начале 2012 г. отмечено повышение АД до 220/120 мм рт. ст. без видимых провоцирующих факторов. Госпитализирован по месту жительства (медицинская документация не представлена), во время обследования выявлен сахарный диабет 2 типа (гликемия натощак до 11,0 ммоль/л). Выписан с рекомендациями приема гипотензивных и сахароснижающих препаратов, которые пациент не соблюдал. В дальнейшем уровень АД не превышал 120–140/80 мм рт. ст., уровень гликемии натощак 6–7 ммоль/л (регулярные самостоятельные измерения). Посещал регулярно тренажерный зал, занимался бегом (до 3 км два-три раза в неделю). 26.09.2013 г. – внезапное повышение АД

до 220/130 мм рт. ст., сопровождающееся потливостью, головокружением, общей слабостью. Вызвана бригада СМП, проведена гипотензивная терапия – без эффекта. Выполнена ЭКГ (рис. 1). Госпитализирован. В приемном отделении стационара возникли интенсивные боли в эпигастрии, тошнота, рвота. Снята ЭКГ (рис. 2). С диагнозом «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» больной направлен в блок кардиореанимации, где после стабилизации АД проведен системный тромболизис (стационар не имеет возможности инвазивного лечения больных с ОКС) с возвращением сегмента ST к изолинии через 2 ч. В анализах крови через 24 ч после поступления: КФК – 1327 МЕ, МВ-КФК – 394 МЕ.

На 4-е сут больной переведен в Клинику кардиологии. При осмотре: рост 180 см, вес 84 кг (ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>), АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 60 уд/мин. Органы и системы – без патологии. При проведении коронароангиографии установлен сбалансированный тип кровоснабжения сердца. Ствол левой коронарной артерии интактен. Передняя межжелудочковая и огибающая артерии – без признаков стенозирования. Правая коронарная артерия – без признаков стенозирования.

Учитывая развитие инфаркта миокарда при интактном коронарном русле, кризовое течение гипертонической болезни, а также

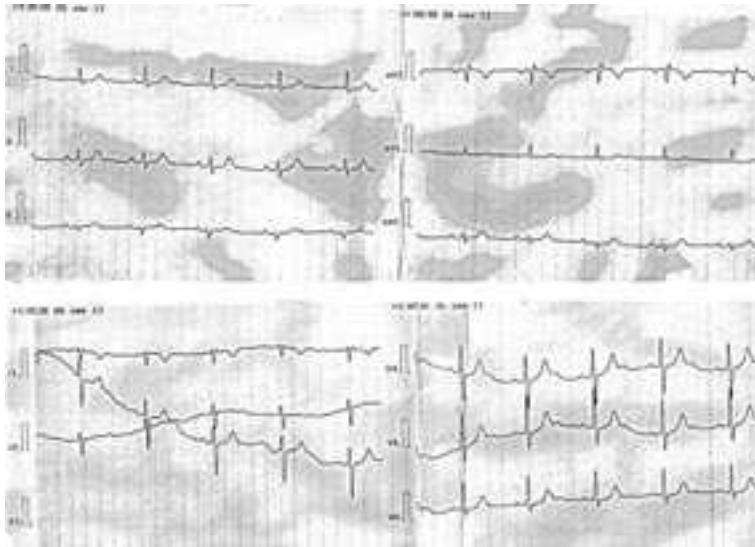


Рис. 1. Электрокардиограмма, снятая бригадой СМП. Регистрируются синусовый ритм, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, без ишемических изменений в миокарде

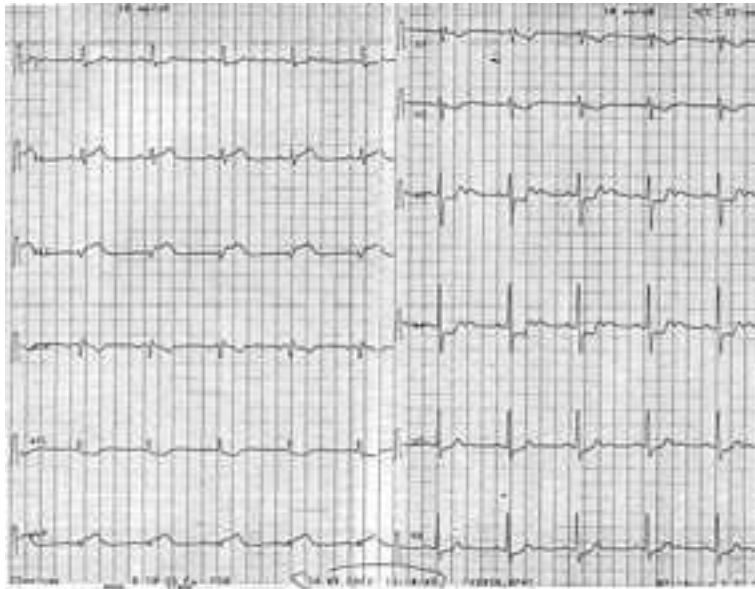


Рис. 2. Электрокардиограмма, снятая в приемном покое. Наблюдаются признаки острой фазы нижнего инфаркта миокарда



Рис. 3. Компьютерная томограмма органов брюшной полости с контрастированием. В медиальной ножке правого надпочечника определяется образование овальной формы с ровными контурами (стрелка), размером 56 × 65 мм, слабо накапливающее контрастный препарат. Окружающая клетчатка не инфильтрирована, признаков прорастания в окружающие органы не выявлено

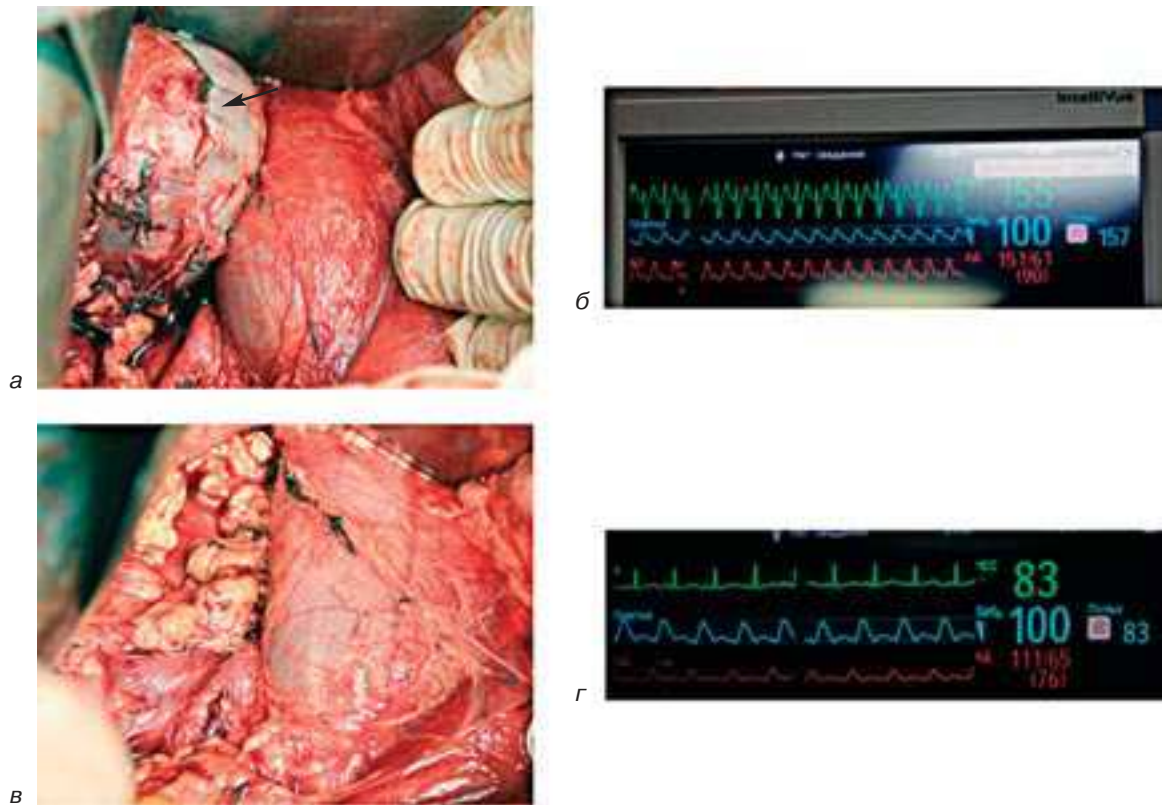


Рис. 4. Интраоперационное фото при проведении правосторонней адреналэктомии (а). Во время выделения опухоли (стрелка) отмечается повышение АД до 151/61 мм рт. ст. и ЧСС – до 155 уд/мин (б). После удаления опухоли (в) наблюдается спонтанная нормализация АД и ЧСС (г)

наличие сахарного диабета у пациента без ожирения, отягощенной наследственности, активно занимающегося спортом, было высказано предположение о наличии феохромоцитомы. Проведена компьютерная томография брюшной полости с контрастированием (рис. 3). Результаты анализа суточной мочи на уровень метаболитов катехоламинов: норметанефрин – 2702 мкг/сут (норма 35–445 мкг/сут), метанефрин – 4051 мкг/сут (норма 25–312 мкг/сут). Подтверждено наличие феохромоцитомы.

После предварительного назначения доксазозина в дозе 2 мг/сут выполнена операция – правосторонняя адреналэктомия (рис. 4).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 06.11.2013 г. Рекомендован

прием бисопролола 2,5 мг/сут, преднизолона 7,5 мг/сут в течение 2 нед.

Данный случай демонстрирует необходимость внимательного отношения прежде всего к клиническим особенностям течения заболевания. Это позволило провести правильную диагностику редкой, но курабельной причины инфаркта миокарда [2].

#### Литература/References

1. *Betriu A., Pare J.C., Sanz G.I. et al.* Myocardial infarction with normal coronary arteries: a prospective clinical-angiographic study. *Am. J. Cardiol.* 1981; 48 (5): 28–32.
2. *Yu R., Nissen N.N., Bannykh S.I.* Cardiac complications as initial manifestation of pheochromocytoma: frequency, outcome, and predictors. *Endocr. Pract.* 2012; 18 (4): 483–92.

Поступила 06.10.2014