

მიოკარდიუმის ინფარქტი, რომელიც გამოვლინდა მხოლოდ ორმხრივი ყურის ტკივილით.

ქეისის განხილვა

ავტორი :Israel Ugalde ^{1,✉}, Ibrar Anjum ², Saberio Lo Presti ³, Alfonso Tolentino ³

თარგმნა: ნანო შვანგირაძემ

მწვავე კორონარული სინდრომის ძირითადი გამოვლინებაა ტკივილი გულმკერდის არეში, გულისრევა, ღებინება, ოფლიანობა, ქვედა ყბის ან მხრის ტკივილი. ზოგიერთ პაციენტს, აღენიშნება უსიამოვნო შეგრძნება მხოლოდ კისრის, ეპიგასტრიუმის ან ყურის მიდამოში.

47 წლის მამაკაცს, რომელსაც ანამნეზში აღენიშნებოდა ჰიპერტენზია და კორონარული არტერიების დაავადება, გადაყვანილ იქნა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ორმხრივი ოტალგიის ჩივილით. მას არ ჰქონდა ტკივილი გულმკერდის არეში, ქვედა ყბის ტკივილი, გულისრევა, დიაფორეზი (ჭარბი ოფლიანობა) ან სუნთქვის გაძნელება. პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავდა 2 მწვავე კორონარულ მოვლენას, რის გამოც ჩატარდა სტრეს-ტესტი ჰოსპიტალიზაციამდე 2 თვით ადრე. აღნიშნული ტესტი არაინფორმატიული იყო.

პაციენტს საწყის ელექტროკარდიოგრამაზე აღენიშნებოდა სინუსური რითმი, Q - კბილები ქვედა განხრებში და არასპეციფიური ST სეგმენტის ცვლილებები ლატერალურ განხრებში.

პაციენტის ტროპონინის მაჩვენებელი ნორმალური იყო, მაგრამ მოგვიანებით, 24 სთ-ის შემდეგ გაიზარდა 20.00 მკ/მლ-მდე. მას ჩატარდა გულის მარცხენამხრივი კათეტერიზაცია, რომლის დროსაც ნანახი იქნა მნიშვნელოვანი ოკლუზია მეორე და მეოთხე მარგინალური ტოტებში, ჩაედგა ორი წამლიანი სტენტი.

პაციენტს კათეტერიზაციის შემდეგ ორმხრივი ოტალგია მალევე გაუქრა. ითვლება, რომ აღნიშნული ტკივილის პათოფიზიოლოგია დაკავშირებულია გულისა და ყურის ნერვების ნეიროანატომიასთან. ვაგუსის (ცდომილი) ნერვის ყურის ტოტები, ამარაგებს გარეთა ყურის შიდა ნაწილს. დაფიქსირებულია ოტალგიის მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევა. პაციენტები ძირითადად იყვნენ ხანდაზმულები, უფრო ხშირად ქალები და მათ ასევე აღენიშნებოდათ დიაბეტი ან გულის უკმარისობა. კლინიცისტებმა უნდა იცოდნენ სტენოკარდიის ატიპური გამოვლინებების შესახებ, რაც შესაძლოა იყოს სიცოცხლისთვის საშიში გულის იშემიური დაავადების ნიშანი.

ყურის ტკივილი ან დაგუბება შეიძლება იყოს მწვავე კორონარული სინდრომის მქონე პაციენტების ერთადერთი კლინიკური გამოხატულება.

შესავალი

გულის დაავადება არის სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი მთელ მსოფლიოში.¹ სიკვდილიანობა გულის დაავადების მქონე პაციენტებში, ასევე განპირობებულია მწვავე კორონარული სინდრომით (ACS).

ACS არის გულის დაავადებების სპექტრი, რომელიც მოიცავს ინფარქტს ST სეგმენტის ელევაციით (STEMI), ასევე, ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე განვითარებულ მიოკარდიუმის ინფარქტს (Non-STEMI) და არასტაბილურ სტენოკარდიას.² ACS-ის ყველაზე ხშირი კლინიკური გამოვლინებაა ზეწოლის მსგავსი ტკივილი გულმკერდში, გულისრევა, ღებინება, ოფლიანობა დაქვედა ყბის ან მხრის ტკივილი. ზოგიერთ პაციენტს აღენიშნება დისკომფორტი მხოლოდ კისრის, ეპიგასტრიუმის ან ყურის მიდამოში.² მიოკარდიუმის ინფარქტის მქონე პაციენტების შემთხვევათა 6%-ში, კრანოფარინგეალური ტკივილი შეიძლება იყოს, ერთადერთი სიმპტომი.³ აქ აღწერილია ACS-ის შემთხვევა, რომელიც ვლინდება ისეთი ატიპიური სიმპტომებით, როგორიცაა, მხოლოდ ორმხრივი ყურის დაგუბება და ყურის ტკივილი.

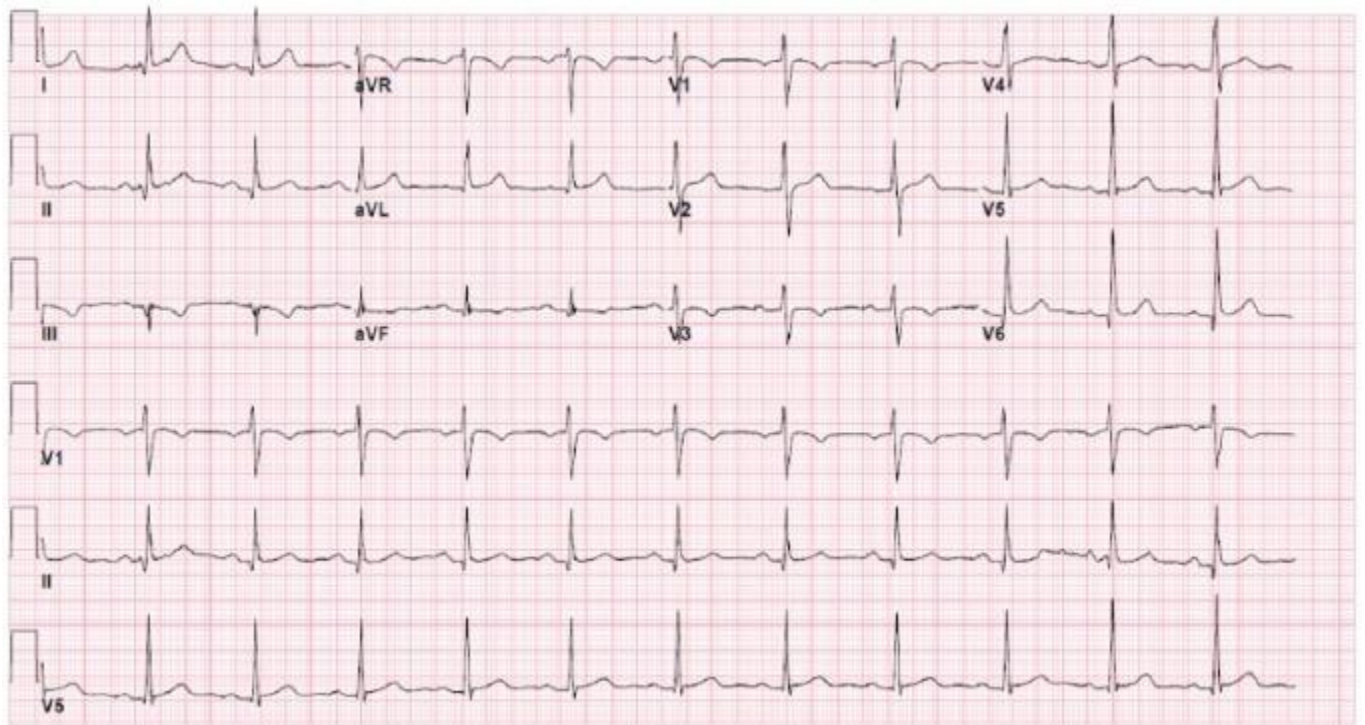
კლინიკური შემთხვევის განხილვა

47 წლის მამაკაცი ჰიპერტენზიისა და კორონარული არტერიის დაავადების წარსულის სამედიცინო ანამნეზით, გადაიყვანეს სასწრაფო დახმარების განყოფილებაში ორმხრივი ოტალგიის ჩივილით. მამაკაცმა სახლში დილით გაიღვიძა და საუზმობას აპირებდა, როდესაც მოულოდნელად სიმპტომები დაეწყო. ორმხრივი ყურის ტკივილი გაგრძელდა დაახლოებით 30-დან 45 წუთამდე, ტკივილი არ განიცდიდა ირადიაციას, იგი მსუბუქად გაუმჯობესდა მას შემდეგ, რაც მიიღო ბინაზე ასპირინი და β-ბლოკერი. სიმპტომების გახანგრძლივების შემდეგ, პაციენტი იძულებული გახდა განეხორციელებინა ვიზიტი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. პაციენტს არ აღენიშნებოდა გულმკერდის ტკივილი, სუნთქვის გაძნელება, გულისრევა, ღებინება, დიაფორეზი, თავბრუსხვევა, ტინიტუსი, სმენის დაკარგვა, ცხელება ან შემცირება. მისი წარსულის სამედიცინო ისტორიიდან მნიშვნელოვანი იყო 2 მიოკარდიუმის Non-STEMI ინფარქტი 6 და 10 წლის წინ, რის გამოც გაუკეთდა 3 კორონარული სტენტი, აღნიშნულის შესახებ მას არ ჰქონდა დამატებითი ინფორმაცია დამატებითი ინფორმაცია. პაციენტი ყოველდღიურად იტარებდა დანიშნულებას და იღებდა მედიკამენტებს, მათ შორის ბისოპროლოლს, ატორვასტატინს და ასპირინს. ის უარყოფდა ალკოჰოლის ან თამბაქოს მოხმარებას.

პაციენტის მამასაც 40 წლის ასაკში ჰქონდა კორონარული არტერიის დაავადების ისტორია. პაციენტს კლინიკაში მოხვედრამდე 2 თვით ადრე ჩაუტარდა სტრეს-ტესტი, რომელშიც არ აღინიშნებოდა რომელიმე იშემიური ელექტროკარდიოგრაფიული (EKG) ცვლილებები.

გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში მისვლისას ფიზიკური გამოკვლევით არ გამოვლინდა ტემპერატურის მატება, პაციენტის ჰემოდინამიკური მდგომარეობა სტაბილური იყო. იგი თავს კომფორტულად გრძნობდა და არ აღნიშნებოდა რაიმე ტიპის მწვავე გამოხატულება. კარდიოვასკულარული გამოკვლევით გამოვლინდა გულისცემის ნორმალური სიხშირე და რეგულარული რიტმი შუილისა და ხახუნის გარეშე. ოტოსკოპიური გამოკვლევით პათოლოგიური ცვლილებები (გამონადენი, ტიმპანური შეშუპება ან სინათლის რეფლექსის დაკარგვა) არ აღინიშნებოდა. თავდაპირველმა ეკგ-მ აჩვენა სინუსური რიტმი Q-ტალღებით ქვედა განხრებში და არასპეციფიკური ST ცვლილებები ლატერალურ განხრებში . (სურათი1).

სურათი 1.

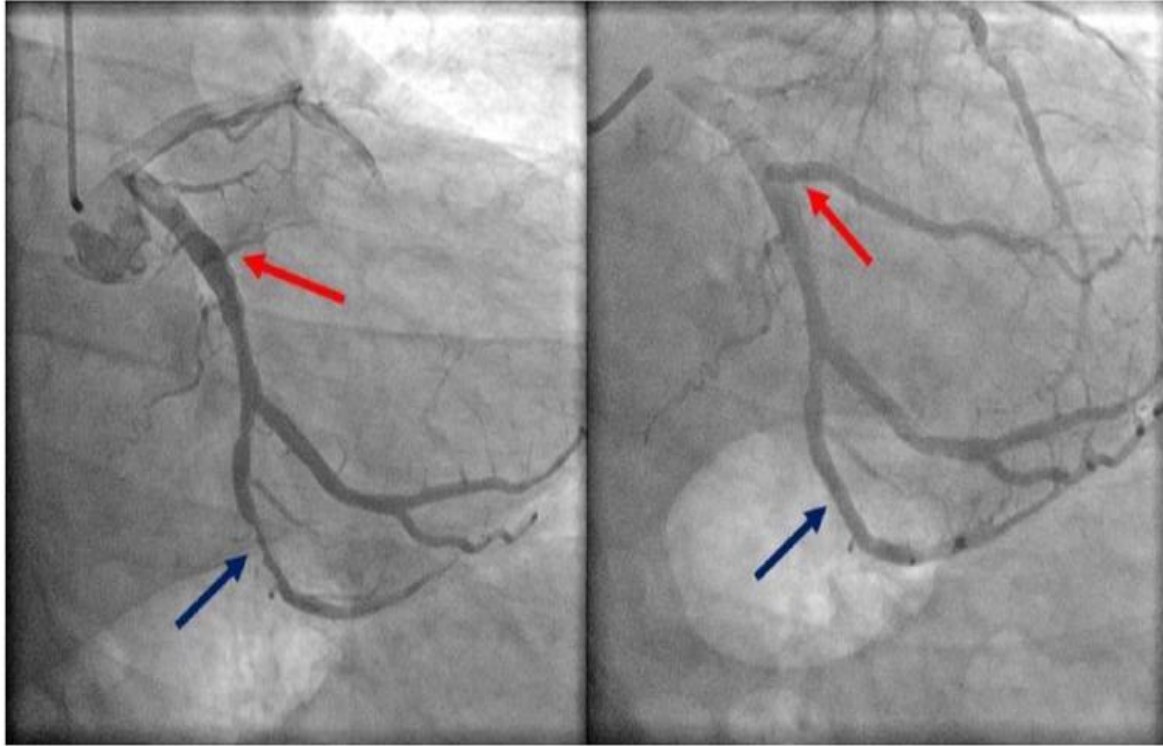


პაციენტი ჰოსპიტალში გადაიყვანეს დაკვირვებისთვის იმის გათვალისწინებით, რომ მას დატვირთული კორონარული არტერიების დაავადების დატვირთული ანამნეზი

ჰქონდა. მისი საწყისი ტროპონინი ნორმალური იყო, მაგრამ შემდგომ 24 საათში მიაღწია პიკს 20.00 მგ/მლ. ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრამა ინტერპრეტირებული იქნა შემდეგნაირად: განდევნის ფრაქცია 60%-დან 65%-მდე, აშკარა სარქვლოვანი ან კედლის მოძრაობის ანომალიები არ ფიქსირდებოდა. ტროპონინის მატებასთან ერთად, განმეორებითმა ეკგ-ებმა აჩვენა სინუსური ბრადიკარდიის განვითარება წუთში 48 დარტყმით ST სეგმენტის მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე. გულის ბიომარკერების მნიშვნელოვანი მატების გამო მას ჩაუტარდა გულის მარცხენამხრივი კათეტერიზაცია, რამაც გამოავლინა მეორე და მეოთხე მარგინალური ტოტების მნიშვნელოვანი ოკლუზიური დაზიანება (სურათი 2).

ორი წამლის შემცველი სტენტი ჩაედგა მეორე და მეოთხე (Boston Scientific SYNERGY 2.75 × 11 mm and 3.0 × 24 mm) არტერიის მარგინალურ ტოტებში, შესაბამისად. (სურათი 2). სანათურის დარღვევები ასევე აღინიშნა მარცხენა წინა დაღმავალ არტერიაში, დიაგონალურ ტოტებში, მარცხენა შემომხვევ არტერიაში და დომინანტურ მარჯვენა კორონარულ არტერიაში. მისი ორმხრივი ყურის დაგუბება და ოტალგია მკვეთრად შემცირდა ანგიოპლასტიკის შემდეგ და მთლიანად გაქრა მეორე დღეს.

სურათი2.



მეორე მარგინალური არტერია (წითელი ისარი) და მეოთხე მარგინალური არტერიები (ლურჯი ისარი) მანამდე (მარცხნივ) და შემდეგ (მარჯვნივ).

მეორე მარგინალური არტერია (წითელი ისარი) და მეოთხე მარგინალური არტერიები (ლურჯი ისარი) მანამდე (მარცხნივ) და შემდეგ (მარჯვნივ).

დისკუსია

ოტალგია განიხილება, როგორც ACS-ის შესაძლო გამოხატულება 2014 წლის ამერიკის გულის ასოციაციის არა ST-elevation მიოკარდიუმის ინფარქტის მართვის გაიდლაინებში². სომატური ტკივილი ვრცელდება სხვა მიდამოებში, ხასიათდება ირადიაციით. ტკივილი ჩვეულებრივ გამოხატულია, როგორც შემაწუხებელი, ძლიერ მტკივნეული ან მღრღნელი ხასიათის. იგი არ გამოვლინდება სისუსტით ან ნევროლოგიური სიმპტომებით, რადგან არ ხდება ზურგის ტვინის ნერვებზე ზეწოლა.⁴ მიიჩნევა, რომ ტკივილის პათოფიზიოლოგია დაკავშირებულია ნერვების ნეიროანატომიასთან, რომლებიც აინერვირებს გულსა და ყურს. ყურის სენსორული ინერვაცია ცერვიკალური და კრანიალური ნერვების ერთობლიობაა.⁵ ყველა ეს ნერვი შედის სპინალური ტრაქტის ბირთვში მედულასთან ახლოს. რომელიმე ამ ნერვის სტიმულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ყურის ტკივილი, რაც დაფუძნებულია კონვერგენცია-პროექციის თეორიაზე.⁵ ეს თეორია მოიაზრებს, რომ ცენტრალურ

ნერვულ სისტემას არ შეუძლია განასხვავოს სტიმულები, რომლებიც კონვერტირდება საერთო სენსორულ გზაზე. ვაგუსი აინერვირებს სინოატრიულ (SA) კვანძს და ატრიოვენტრიკულურ (AV) კვანძს გულში. ვაგუსის ყურის ნერვის ტოტი, რომელიც ასევე ცნობილია, როგორც არნოლდის ან ოლდერმენის ნერვი, ამარაგებს გარეთა ყურის შიდა ნაწილს. ცდომილი ნერვის ყურის ტოტის სტიმულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ოტალგია. მაშინ, როდესაც მარჯვნივ SA კვანძი იღებს ინერვაციას მარჯვენა ცდომილი ნერვიდან, AV კვანძი ინერვირდება ძირითადად მარცხენა ცდომილი და სიმპათიკური ნერვებით. ურთიერთქმედება რთულია და შეიძლება მოხდეს მნიშვნელოვანი გადაფარვა.⁶ მარჯვენა კორონარული არტერიის ნებისმიერი ხარისხით ოკლუზიამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის მიწოდების დაქვეითება და ცდომილი ნერვის დაზიანება. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ვაგუსის ნერვის აურიკულური ტოტის ავტონომიური დისფუნქცია, რომელიც იწვევს ყურების დაგუბებას და ტკივილს. თუმცა, SA კვანძის არტერიული მომარაგება, შემთხვევათა 55%-დან 60%-ში ხდება მარჯვენა კორონარიდან, ან პაციენტების 40-45%-ში მარცხენა შემომხვევი არტერიიდან. SA კვანძის სისხლით მომარაგება, შესაძლებელია განხორციელდეს საათის ისრის ან საათის ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით, ზედა ღრუ ვენის გარშემო მარჯვენა წინაგულთან შეერთებამდე.⁶ არსებობს იშვიათი შემთხვევები, რომლის დროსაც, აღწერილია SA კვანძის ორმაგი სისხლმომარაგება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს, მსგავსად ჩვენი პაციენტისა, უნიკალური ოტალგიის ორმხრივი პრეზენტაცია.⁹ ამას დამატებით ადასტურებს დაკვირვება, რომ გულის კათეტერიზაციამდე რამდენიმე საათით ადრე პაციენტს განუვითარდა სინუსური ბრადიკარდია. ეს შეიძლება განპირობებული იყოს SA კვანძის დარღვეული სისხლმომარაგებით, რომელიც გამოწვეულია მარცხენა შემომხვევი არტერიის ობსტრუქციული დაავადებით. ST-სეგმენტის ცვლილებები არ აღინიშნებოდა შემდგომ ეკგ-ებში, მაგრამ უკანამხრივი V7-დან V9-ში არსებული მაჩვენებლები არ იყო შეგროვებული.¹⁰

დაფიქსირდა მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევა ჩივლით ოტალგიაზე, ყურის დაგუბების გარეშე.^{7,11-15} ლიტერატურის მიმოხილვამ აჩვენა, რომ გამოხატულების ასაკი იყო 50 წელიწადით, დიაგნოზის დაგვიანებული იდენტიფიცირებით, რადგან სხვა დაავადებები უფრო მეტად განიხილებოდა დიფერენციალური დიაგნოზის დროს, პაციენტებს ჩვეულებრივ, აღენიშნებოდათ ისეთი თანმხლები დაავადებები, როგორიცაა გულის უკმარისობა ან დიაბეტი. უმეტესწილად საბოლოო დიაგნოზი იყო მიოკარდიუმის ინფარქტი და არასტაბილური სტენოკარდია ST სეგმენტის ელევაციით. დაფიქსირდა ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიოკარდიუმის ინფარქტის მხოლოდ ერთი ზემოთ აღნიშნული შემთხვევა, რომელიც გამოვლინდა

ოტალგიის სახით.¹² ეს მოცემულობა ხაზს უსვამს რომ, მიოკარდიუმის ინფარტი ვლინდება ატიპიური გულმკერდის ტკივილის სიმპტომებით ხანდაზმულებში, უმეტესწილად ქალებში და მათ აღენიშნებათ კომორბიდული მდგომარეობები, როგორცაა მაგალითად, დიაბეტი ან გულის უკმარისობა.¹⁶

დასკვნა

ეს შემთხვევა ხაზს უსვამს მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ გამოწვევას ზოგადი პრაქტიკოსებისა და სასწრაფო დახმარების ექიმებისთვის. ACS-ის დიაგნოზის დაგვიანება დაკავშირებულია ცუდ კლინიკურ გამოსავალთან და სიკვდილიანობასთან. კლინიცისტებმა უნდა იცოდნენ სტენოკარდიის ატიპიური გამოვლინების შესახებ, რომელიც შეიძლება იყოს სიცოცხლისათვის საშიში გულის იშემია. ყურის ტკივილი და დაგუბება შეიძლება იყოს ACS-ის მქონე ზოგიერთ პაციენტებში ერთადერთი დამახასიათებელი სიმპტომი. შესაბამისად, აღნიშნული ჩივილების დროს ექვი უნდა იქნეს მიტანილი გულის იშემიურ დაავადებაზე.

რეფერენსები:

- 1. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Ann Transl Med. 2016;4:256-256. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 2. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. Circulation. 2014;130:344-426. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 3. Kreiner M, Okeson JP, Michelis V, Lujambio M, Isberg A. Craniofacial pain as the sole symptom of cardiac ischemia: a prospective multicenter study. J Am Dent Assoc. 2007;138:74-79. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 4. Bogduk N. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. Pain. 2009;147:17-19. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.020. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 5. Chen RC, Khorsandi AS, Shatzkes DR, Holliday RA. The radiology of referred otalgia. AJNR Am J Neuroradiol. 2009;30:1817-1823. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- 6. Rubart M, Zipes DP. Genesis of cardiac arrhythmias, electrophysiologic considerations. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, Braunwald E. eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:629-661. doi: 10.1016/B978-1-4557-5134-1.00033-0. [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]
- 7. Dundar R, Kulduk E, Soy FK, Sengul E, Ertas F. Case report: myocardial infarction as a rare cause of otalgia. Case Rep Otolaryngol. 2014;2014:106938. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 8. Trichon BH, Roe MT. Acute coronary syndromes and diabetes mellitus. Diab Vasc Dis Res. 2004;1:23-32. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 9. Ho SY, Sánchez-Quintana D. Anatomy and pathology of the sinus node. J Interv Card Electrophysiol. 2016;46:3-8. doi: 10.1007/s10840-015-0049-6. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 10. Agarwal JB, Khaw K, Aurignac F, LoCurto A. Importance of posterior chest leads in patients with suspected myocardial infarction, but nondiagnostic, routine 12-lead electrocardiogram. Am J Cardiol. 1999;83:323-326. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 11. Amirhaeri S, Spencer D. Myocardial infarction with unusual presentation of otalgia: a case report. Int J Emerg Med. 2010;3:459-460. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 12. Basic-Jukic N, Novosel D, Ivanac I, Danic-Hadzibegovic A, Kes P. Pain in the left ear as the presenting symptom of acute myocardial infarction in a renal transplant recipient. Transplant Proc. 2014;46:284-285. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.01.001. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 13. Myers DE. Vagus nerve pain referred to the craniofacial region. A case report and literature review with implications for referred cardiac pain. Br Dent J. 2008;204:187-189. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 14. Rothwell PM. Angina and myocardial infarction presenting with pain confined to the ear. Postgrad Med J. 1993;69:300-301. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 15. Sheikh M, Adlakha S, Chahal M, Bruhl S, Pandya U, Saeed B. "Cardiac otalgia": acute coronary syndrome masquerading as bilateral ear pain. Cardiol J. 2010;17:623-624. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- 16. Canto AJ, Kiefe CI, Goldberg RJ, et al. Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2012;163:572-579. doi: 10.1016/j.ahj.2012.01.020. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
-