

.Н.Э. Хлевчук, Н.А. Комелягина, Настина Е.А
.Савельева О.Ю
БУ «Центральная городская больница» МЗ ЧР
г. Чебоксары

Клинический случай врожденной аномалии развития коронарных артерий

Целью настоящей работы является демонстрация случая коронарно-сердечной фистулы с позиции необходимости дифференцировать синдром стенокардии методом коронароангиографии

В статье приводится описание клинического случая пациента в кардиологическом отделении БУ «Центральная городская больница», поступившего на стационарное лечение с клиникой стенокардии напряжения высокого функционального класса. В анамнезе пациента врожденная аномалия коронарных артерий, доказанная коронароангиографией в 2010 году

*Ключевые слова: коронарно-сердечная фистула
коронароангиография*

Врожденные коронарно-сердечные фистулы (КСФ)- это не характерные сообщения, между коронарными артериями и одной из камер сердца, либо сосудов. Гемодинамика порока обусловлена сбросом крови из пораженной коронарной артерии в камеру сердца или магистральный сосуд. Впервые описал Krause в 1865 г. Среди всех врожденных пороков сердца встречается в 0,2-2% случаев. [1] Среди пациентов, кому проводится коронарография, фистула встречается в 0,1-0,2% случаев. [2] Коронарно-сердечные фистулы

могут быть причиной внезапной смерти молодых мужчин и клинически не проявляются в юношеском возрасте. Из осложнений, характерных для данной патологии можно выделить тромбоз и эмболию, сердечную недостаточность, фибрилляцию предсердий (ФП) и другие аритмии, эндокардит, самопроизвольный разрыв аневризматического расширения фистулы, приводящий к гемоперикарду. [5, 6]

Сердце длительное время может переносить наличие коронарно-сердечного сообщения без значительного нарушения своей функции, но признаки ишемии миокарда могут наблюдаться в зоне, расположенной дистальнее фистулы, так и во всей кровоснабжаемой артерией зоне. [7]

Пациент И., 52 года, госпитализирован в кардиологическое отделение БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии 17.05.2018 г, с жалобами на периодические сжимающие боли в левой половине грудной клетки, возникающие при физической нагрузке, на фоне эмоционального напряжения, возможны и в покое. В течение дня боль носит волнообразный характер, ночных приступов нет. При использовании нитроглицерина (НГ) наблюдается положительный эффект, непродолжительный по времени

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 8 лет отмечается артериальная гипертензия, пароксизмальная форма фибрилляции-трепетания предсердий, сахарный диабет 2 тип, инсулинпотребный (ИПП). В 2010г. перенес нестабильную, впервые возникшую стенокардию напряжения. Проведена КАГ, где гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено. В дистальных отделах передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), левой коронарной артерии (ЛКА), 1 диагональной ветви (1 ДВ), ветви тупого края (ВТК 1) – множественные коронарно-

сердечные фистулы небольших размеров сосбросом крови в полость левого желудочка. Нагрузочная проба- тредмил по Брюсу-классический отрицательный. С указанного периода по данным электрокардиограммы регистрируются отрицательные зубцы Т в отведениях I, av1, V5-V6. До настоящего поступления в условия стационара сосудистых событий не было, не госпитализировался. Пациент обратился на прием к врачу в рамках планового осмотра, где отметил, присутствие болевого синдрома в грудной клетке на кануне, купированного приемом НГ. По данным ЭКГ зафиксировано углубление зубца Т в вышеуказанных отведениях. В экстренном порядке консультирован в сосудистом центре Республиканской клинической больницы, за отсутствием данных за острое нарушение коронарного кровообращения .госпитализирован в профильное отделение

Объективно: кожные покровы умеренной влажности, физиологической окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Число дыхательных движений- 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый. Число сердечных сокращений - 62 уд. в мин. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не .пальпируются. Отеков нет

Выполнено комплексное обследование, включившее в себя ряд лабораторных и инструментальных исследований. На электрокардиограмме (ЭКГ) – ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, низкий зубец r в III, avf, гипертрофия левого желудочка. По данным ЭХО КГ: атеросклероз аорты, аортального клапана, нарушение диастолической функции левого желудочка, конечно-диастолический размер -53 мм, диастолическая толщина задней стенки левого желудочка-11 мм, конечно-диастолический объем-135 мл, конечно-систолический объем-44 мл, фракция выброса-

67%, масса миокарда -171 гр., левое предсердие-45 мм, давление в легочной артерии-20,8 мм.рт.ст. Рентгенография органов грудной клетки – частичная релаксация куполов диафрагмы. По суточному мониторингованию ЭКГ-желудочковая экстрасистолия 1 градации по Ryan: синусовый ритм, желудочковые мономорфные экстрасистолы, одиночные, парные и групповые наджелудочковые экстрасистолы. На фоне исходных нарушений процессов реполяризации регистрировались эпизоды инверсии зубца Т, отражающее возможные ишемические изменения. По данным липидограммы – гиперлипидемия IV тип

На фоне титрования нитратов в период нахождения в условиях стационара пациент отмечал положительный эффект. Подобрана лекарственная терапия, позволившая купировать болевой синдром-основное клиническое проявление врожденной аномалии коронарных сосудов множественных коронаро-левожелудочковых фистул. Тем не менее клинический эффект не может быть продолжительным, при наличии КСФ, т.к. физические факторы (давление, скорость кровотока, поперечное сечение) в относительно короткие сроки возобновят клинические проявления

Заключение: Приведенный случай показывает, что за клинической картиной стенокардии напряжения может стоять КСФ, и только КАГ позволяет дифференцировать друг от друга два этих патологических состояния. Не исключено, что процент выявления КСФ может со временем оказаться выше, что значительно изменит спектр оказания помощи пациентам с этой патологией коронарных артерий

Данная аномалия имеет в своей основе нарушение архитектоники коронарного русла, соответственно как следствие, очень многочисленные и разнообразные клинические проявления. Консервативная терапия в лечении КСФ неэффективна, патология

однозначно подлежит хирургической коррекции. При более широком использовании КАГ для выявления КСФ можно определить реальные показатели распространенности патологии в популяции, отследить фактор наследственности, гендерных .предпочтений развития

:Список литературы

- Бокерия Л.А., Беришвили И.И. Хирургическая анатомия .1
венечных артерий. М.: НЦССХ им.А.Н. Бакулева
.РАМН;2003.17-52
- Wanes C.A., Williams R.G., Bashore T.M. et al. ACC/AHA 2008 .2
Guidelines for the Management of adult with Congenital Heart
Disease: report of the American College of Cardiology/American
Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing
committee to develop guidelines on the management of adult with
congenital heart disease). Circulation. 2008; 118 (23): 714–833
- Valente A.M., Lock J.E., Gauvreau K. Predictors of long-term .3
adverse outcomes in patient with congenital coronary artery fistulae.
Circulation: cardiovascular interventions. 2010. Doi:
10.1161/CIRCINTERVENTIONS.109.883884
- Dodge-Khatami A., Mavroudis C., Backer C.L. Congenital Heart .4
Surgery Nomenclature and Database Project: anomalies of coronary
.arteries. Ann. Thorac. Surg. 2000; 69: 270–297
- Said S.M., Burkhart H.M., Schaff H.V. Late – outcome of repair of .5
congenital coronary artery fistulas – a word of caution. J. Thorac.
.Cardiovasc. Surg. 2013; 145: 455–60
- Bauer H.H., Allmendinger P.D., Flaherty J., Owlia D et al. Congenital .6
coronary arteriovenous fistula: spontaneous rupture and cardiac
.tamponade. Ann. Thorac. Surg. 1996; 62: 1521–3

Багманова З.А. Коронаролевожелудочковая фистула. .7
Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2010;2:88-93
.eLIBRARY:15581435