

## Клінічний випадок ендопротезування аневризми коронарних артерій

Аксьонов Є.В., Левчишина О.В.

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН» (Київ)

У статті представлено випадок виявлення та лікування пацієнта аневризми інфраренального відділу аорти та аневризми коронарної артерії.

**Ключові слова:** аневризма коронарної артерії, коронарний атеросклероз, стентування коронарних артерій.

Аневризми коронарних артерій (АКА) – достатньо рідкісна патологія коронарних судин, при якій відмічається локальне розширення просвіту коронарних артерій на 50% або більше відносно проксимального сегмента. Згідно з даними Daoud, АКА зустрічалися в 1,4% з 694 випадків аутопсії у хворих віком понад 16 років. Найбільш часто АКА виявляються в ПКА, далі – в стовбурі ЛКА, ПМШГ і ОГ ЛКА. Також АКА можуть бути множинними [5].

Найбільш повною та поширеною є наступна класифікація АКА [1, 4]:

1. Локальні аневризми:
  - 1.1. вроджені;
  - 1.2. набуті як результат атеросклерозу, запалення, травми, неоплазії, артеріовенозної фістули.
2. Пов'язані з розшаруванням:
  - 2.1. первинні;
  - 2.2. при розшаровуючих аневризмах грудного відділу аорти.
3. Дифузна артеріовенозна фістула.

Найбільш часто АКА мають атеросклеротичну етіологію [1, 2]. Другими за частотою є аневризми вродженого походження [4]. Доволі часто зустрічаються аневризми коронарних артерій після запальних захворювань, таких, як синдром Кавасакі [3]. В літературі описані випадки аневризми коронарних артерій травматичного походження після спроби ангіопластики [2].

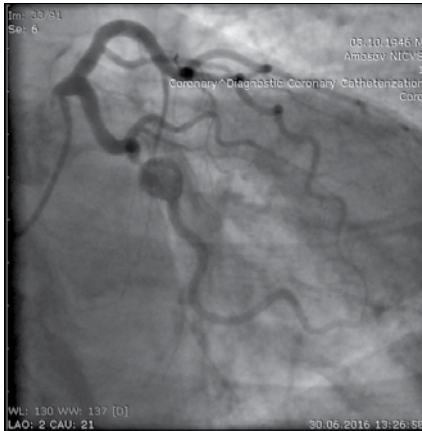
Суперечливими є світові дані щодо клінічної значущості цієї патології. Відомо, що частіше вона протікає безсимптомно і зазвичай виявляється випадково. Однак відомо, що аневризми призводять до підвищеного ризику виникнення інфаркту міокарда. Описані навіть випадки стенокардії у дітей, єдиною причиною якої були множинні АКА [2]. Рідко, але трапляються випадки розриву АКА з розвитком гемоперикарда і тампонади серця, що закінчуються смертю пацієнта.

Представлений клінічний випадок є яскравим прикладом АКА атеросклеротичного генезу в поєднанні з некардіальною аневризмою судини. В червні 2016 року до НІССХ імені М. М. Амосова поступив хворий Д., 69 років, зі скаргами на за грудиною болі при фізичному навантаженні. Пацієнт страждає ішемічною хворобою серця протягом останніх трьох років. За даними ЕКГ у пацієнта виявлені дрібновогнищеві зміни задньо-

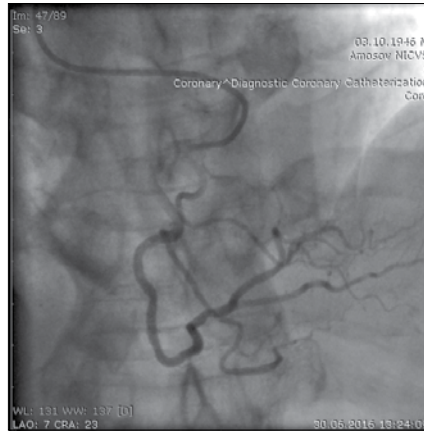
бокової стінки лівого шлуночка. При ЕхоКГ – гіпокінезія задньої стінки лівого шлуночка, фракція викиду при цьому збережена і склала 56%. Також при УЗД виявлена аневризма інфраренального відділу аорти діаметром 6,2 см з пристінковим тромбозом. Супутньою патологією у пацієнта є цукровий діабет II типу в стадії компенсації. Хворому виконано КВГ: ПМШГ ЛКА прохідна, 30% стеноз у проксимальній третині та інтрамуральний хід із компресією до 70% в середній третині; ОГ ЛКА 90% стеноз середньої третини та відразу за ним мішкоподібна аневризма судини зі сповільненим кровотоком у дистальному руслі артерії (рис. 1); ПКА прохідна, в проксимальній третині виявлений 30% стеноз та аневризматичне розширення гілки гострого краю в її середній та дистальній частинах (рис. 2); скоротливість лівого шлуночка збережена. При аортографії низхідної аорти виявлено інфраренальну аневризму 65 мм в діаметрі (рис. 3). За даними КТ у пацієнта нижче відходження ниркових артерій виявлена аневризма аорти максимальним діаметром 60 мм, протяжністю 125 мм до рівня біфуркації, з масивними напівциркулярними і циркулярними пристінковими масами і максимальним діаметром просвіту 40 мм; проксимальна шийка аневризми довжиною 10 мм, діаметром 25 мм; ознак екстравазації контрастної речовини немає.

При консультації з хірургами відділення патології аорти прийнято рішення виконати етапне лікування хворого. З метою усунення геморагічних ускладнень першим етапом проведено хірургічне усунення аневризми інфраренального відділу аорти за допомогою протезу. Далі після видалення дренажів пацієнту другим етапом виконано ендопротезування ОГ ЛКА: після предилатації субтотального стенозу середньої третини артерії балон-катетером 2,5×10,0 мм (12 атм) імплантовано стент-систему Graft Master 3,5×26,0 мм (18 атм) з гарним ангіографічним результатом. Порожнина аневризми «виключена» з коронарного кровотоку (рис. 4). Пацієнту після прийому навантажувальної дози клопідогрелю (600 мг) рекомендовано прийом цього препарату в дозі 75 мг/день протягом року та ацетилсалцилової кислоти 100 мг/день пожиттєво.

АКА, як правило, не становлять самостійної небезпеки для пацієнта, однак у деяких випадках, безумов-



**Рис. 1.** Коронарограма пацієнта Д. з мішкоподібною аневризмою ОГ ЛКА з каудальної проекції до стентування



**Рис. 2.** Коронарограма пацієнта Д. з аневризматичним розширенням гілки гострого краю ПККА в лівій косій проекції



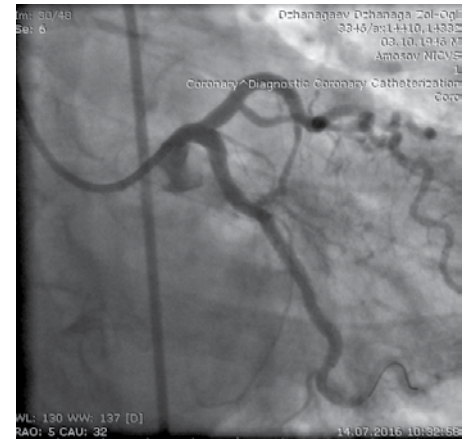
**Рис. 3.** Аортограма інфраренального відділу аорти до корекції аневризми в прямій проекції

но, погіршують прогноз пацієнтів, особливо при поєднанні з атеросклеротичними ураженнями коронарного русла. Це пов'язано перш за все з неможливістю адекватної колатеральної підтримки зі сторони артерії, кровотік у якій скомпрометований наявністю аневризматичного розширення. Також наявність АКА підвищує ризик тромбоутворення в даній ділянці з подальшою дисемінацією дистального коронарного русла. Крім того, знижений кровотік нижче місця аневризми може не забезпечувати адекватного кровопостачання відповідної анатомічної ділянки. Відтак пацієнти з АКА потребують більш ретельного спостереження з метою раннього виявлення і лікування атеросклеротичних стенозів коронарних артерій. Таке спостереження повинно включати регулярну контрольну коронарографію не рідше одного разу на рік.

### Література

1. Абугов С. А., Сулимов В. А., Удовиченко А. Е. Аневризмы коронарных артерий: три клинических случая // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2004. — № 6. — С. 36.
2. Бабунашвили А. М., Дундуа Д. П., Карташов Д. С. Развитие аневризмы ствола левой коронарной артерии после коронарной ангиопластики // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2008. — № 3. — С. 73.
3. Внезапная сердечная смерть при болезни Кавасаки / Белозеров Ю. М., Брегель Л. В., Дзизинский А. А., Субботин В. М. // РМЖ. — 2009. — № 1. — С. 44.
4. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону / Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. В 2-х томах. Пер. с англ. — М.: Практика-Мак-Гроу-Хилл (совместное издание), 2002. — С. 186–188.
5. Daoud A. S., Tulgan H., Florentin R. A. Aneurysms of coronary artery: report of the ten cases and review of the literature // Am. J. Cardiol. — 2011. — Vol. 11. — P. 228.

**Рис. 4.** Коронарограма ЛКА пацієнта Д. в каудальній проекції після стентування



### Клинический случай эндопротезирования аневризмы коронарных артерий

Аксенов Е.В., Левчишина Е.В.

В статье представлен случай выявления и лечения пациента с аневризмой инфраренального отдела аорты и аневризмой коронарной артерии.

**Ключевые слова:** аневризма коронарной артерии, коронарный атеросклероз, стентирование коронарных артерий.

### Case of the coronary artery aneurysm stenting

Aksjonov E.V., Levchyshyna O.V.

The article presents a case of diagnose and treating of the patient with an aneurysm of the infrarenal aorta and coronary artery aneurysm.

**Key words:** coronary artery aneurysm, coronary arteriosclerosis, coronary artery stenting.