

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭКТАЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Кухарчик Г. А.^{1,2}, Сорокин Л. А.², Коваль И. Н.², Сараев Г. Б.²

В статье описан редкий случай инфаркта миокарда, развившегося у молодого мужчины на фоне редкой патологии коронарных артерий — множественной эктазии.

Российский кардиологический журнал 2016, 8 (136): 105–106

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-8-105-106>

Ключевые слова: инфаркт миокарда, эктазия коронарных артерий, ангиопластика, стентирование.

¹Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург; ²ГБУЗ Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия.

Кухарчик Г. А.* — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, Сорокин Л. А. — зав. кардиологическим отделением для лечения больных инфарктом миокарда, Коваль И. Н. — врач-кардиолог, Сараев Г. Б. — зав. отделением РХМДил.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): gkukharchik@yandex.ru

ЭКА — эктазия коронарной артерии, ЛЖ — левый желудочек, ПМЖВ — передняя межжелудочковая ветвь, ЛКА — левая коронарная артерия.

Рукопись получена 17.03.2016

Рецензия получена 29.03.2016

Принята к публикации 05.04.2016

A RARE CASE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN CORONARY ARTERIES ECTASIA

Kukharchik G. A.^{1,2}, Sorokin L. A.², Koval I. N.², Saraev G. B.²

A rare case is described, of myocardial infarction developed in a young male with rare pathology of coronary arteries — multiple ectasies.

Russ J Cardiol 2016, 8 (136): 105–106

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-8-105-106>

Key words: myocardial infarction, ectasia of coronary arteries, angioplastic, stenting.

¹I. I. Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg; ²Elisabeth Hospital, Saint-Petersburg, Russia.

Эктазия коронарной артерии (ЭКА) — редкая патология, при которой выявляется сегментарная дилатация коронарной артерии с превышением диаметра нормальных смежных сегментов или диаметра наибольшего коронарного сосуда пациента в 1,5 раза [1]. Частота ЭКА составляет от 1 до 4% у пациентов, подвергшихся коронарной ангиографии [2]. Причины ЭКА разнообразны: врожденные (20–30% случаев) и приобретенные. Среди последних около 50% случаев ассоциировано с атеросклерозом коронарных артерий, от 10 до 20% — с воспалительными заболеваниями и заболеваниями соединительной ткани (синдром Эйлера-Данло, болезнь Кавасаки, склеродермия), сифилисом, бактериальными инфекциями [1–3]. Часто ЭКА приводит к развитию стенокардии. Среди других проявлений: инфаркт миокарда, аритмии, диссекции артерий и внезапная смерть [1].

Мужчина, 28 лет был госпитализирован с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в Елизаветинскую больницу г. Санкт-Петербурга. Ухудшение состояния после тяжелой физической нагрузки в спортзале, когда появились интенсивные боли за грудиной давящего характера, слабость.

Из анамнеза известно, что около 10 лет отмечает подъемы артериального давления (АД), максимально до 170/100 мм рт.ст. Периодически принимает эналаприл. Знает о дислипидемии (общий холестерин — 7,5 ммоль/л). Наследственность не отягощена. Вред-

ные привычки отрицает. Профессионально занимался легкой атлетикой, с 18 лет — бодибилдингом. В течение 10 лет регулярно принимал анаболические стероиды, различные средства, содержащие кофеин, аргинин, цитруллин, тирозин и другие компоненты.

При поступлении: Состояние средней тяжести. Индекс массы тела 30,32 кг/м². Частота сердечных сокращений 70 в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. При аускультации шумов не выслушивается. Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Диагностическая коронароангиография: Сбалансированный тип коронарного кровоснабжения. Левая коронарная артерия (ЛКА): ствол короткий. Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖВ) — множественно эктазирована, тромботическая окклюзия в средней трети. Кровоток TIMI 0 (рис. 1). Огибающая артерия и правая коронарная артерия — множественно эктазированы, без гемодинамически значимого стенозирования (рис. 2, 3).

Коронарная ангиопластика со стентированием ПМЖВ ЛКА: выполнена аспирация тромботических масс с положительным эффектом. Восстановлен антеградный кровоток. Ангиопластика и стентирование ПМЖВ ЛКА. На контрольных ангиограммах диссекции, резидуального стеноза, эмболизации дистального русла нет. Кровоток TIMI III (рис. 4).



Рис. 1. Множественная эктазия коронарных артерий. Тромботическая окклюзия средней трети ПМЖВ ЛКА (стрелка).

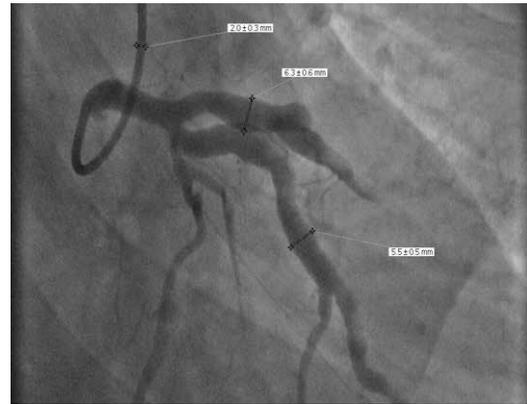


Рис. 2. Ветви ЛКА эктазированы (диаметр огибающей ветви 5,5±0,5 мм, ПМЖВ — 6,3±0,6 мм).

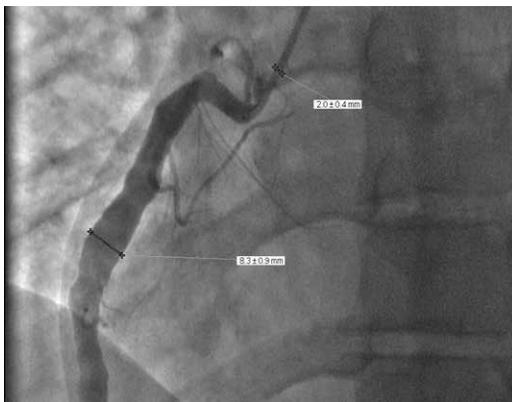


Рис. 3. Правая коронарная артерия эктазирована (диаметр артерии 8,3±0,9 мм, размер диагностического катетера 2,0 мм).



Рис. 4. ПМЖВ ЛКА после коронарной ангиопластики и стентирования. Кровоток ТИМІ ІІІ.

В анализе крови: тропонин Т — 8039 пг/мл, КФК — 6027 Е/л, КФК-МВ — 471 Е/л.

Эхокардиография: полости сердца не увеличены. Фракция выброса ЛЖ — 45%. Акинезия средней и нижней трети межжелудочковой перегородки, нижней трети боковой и передней стенок ЛЖ.

Данный клинический случай демонстрирует развитие Q-инфаркта миокарда на фоне редко встречающейся патологии коронарных артерий — множественной эктазии (тип I) с успешной ангиопластикой и стентированием. Патогенез ЭКА оста-

ется до конца не ясным. Среди основных патогенетических механизмов развития ЭКА — врожденные аномалии, атеросклероз, воспалительные заболевания и генетические полиморфизмы NO-синтазы, которые ассоциированы с нарушением функции эндотелия [1, 2, 4, 5]. Возможными триггерными механизмами развития ЭКА были интенсивные силовые физические нагрузки на фоне приема анаболических стероидов и “предтренировочных комплексов” у пациента с дислипидемией, артериальной гипертензией.

Литература

1. Díaz-Zamudio M, Bacilio-Pérez U, Herrera-Zarza MC, et al. Coronary artery aneurysms and ectasia: role of coronary CT angiography. *Radiographics* 2009; 29(7): 1939-54.
2. Kuno T, Numasawa Y, Sugiyama K, et al. A rare case of acute myocardial infarction with multivessel coronary artery ectasia successfully treated with percutaneous coronary intervention and systemic thrombolysis. *Intern Med.* 2015; 54 (9): 1057-62.
3. Mavrogeni S. Coronary artery ectasia: from diagnosis to treatment. *Hellenic J Cardiol.* 2010; 51(2):158-63.
4. Tony H, Meng K, Wu B, et al. Among Ectasia Patients with Coexisting Coronary Artery Disease, TIMI Frame Count Correlates with Ectasia Size and Markis Type IV Is the Commonest. *Cardiol Res Pract.* 2015; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332750/> (3 February 2015)
5. Yalcin AA, Akturk I F, Celik O, et al. Coronary Artery Ectasia Is Associated with the c.894G>T (Glu298Asp) Polymorphism of the Endothelial Nitric Oxide Synthase Gene *Tohoku J. Exp. Med.*, 2014; 232(2), 137-44.