

**ФБГОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»**



**Случай успешного
лечения инфаркта
миокарда у пациента с
аномальным
отхождением
коронарной артерии**

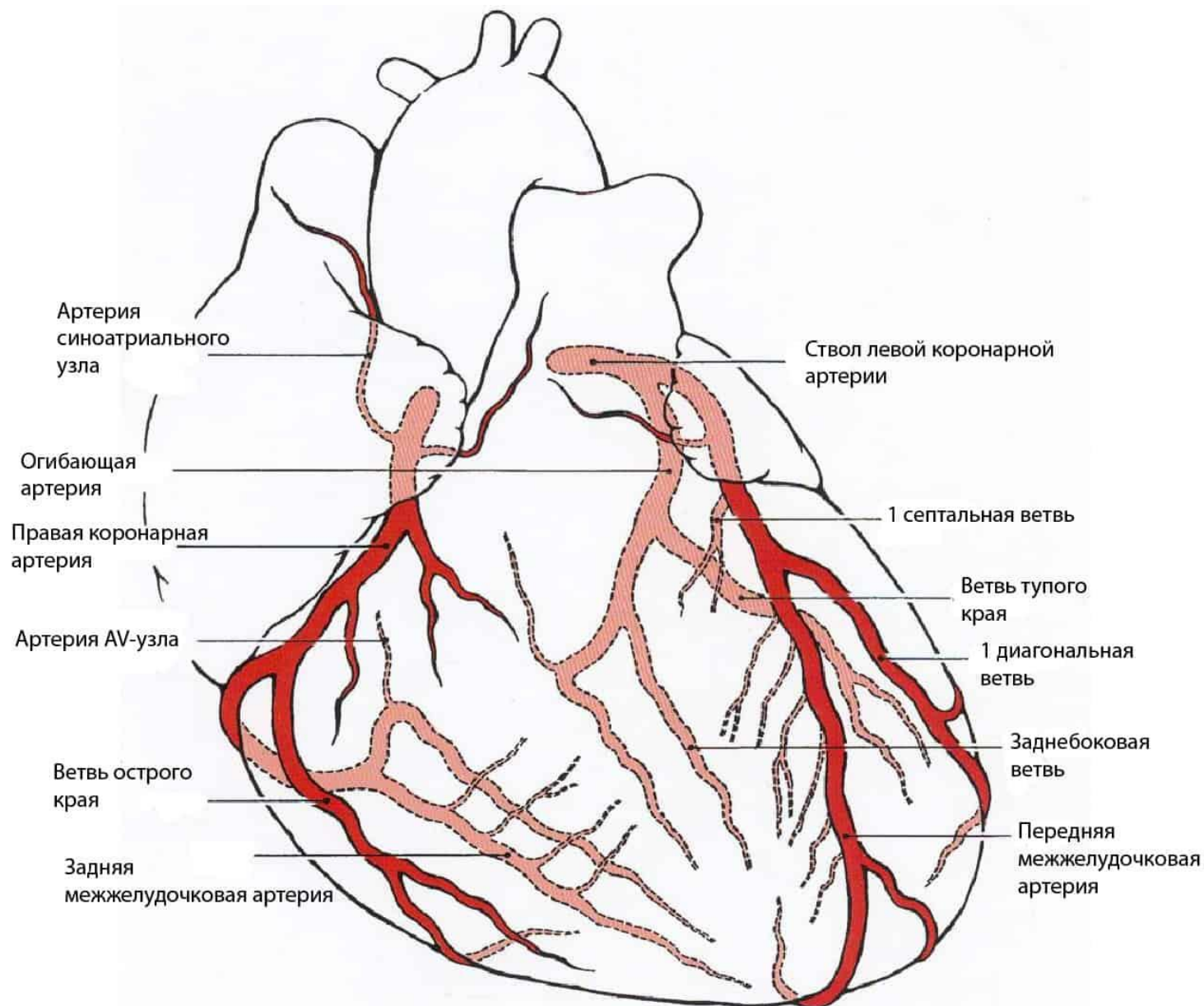
Борт Д.В., ассистент кафедры внутренних болезней №3

Донецк 2025

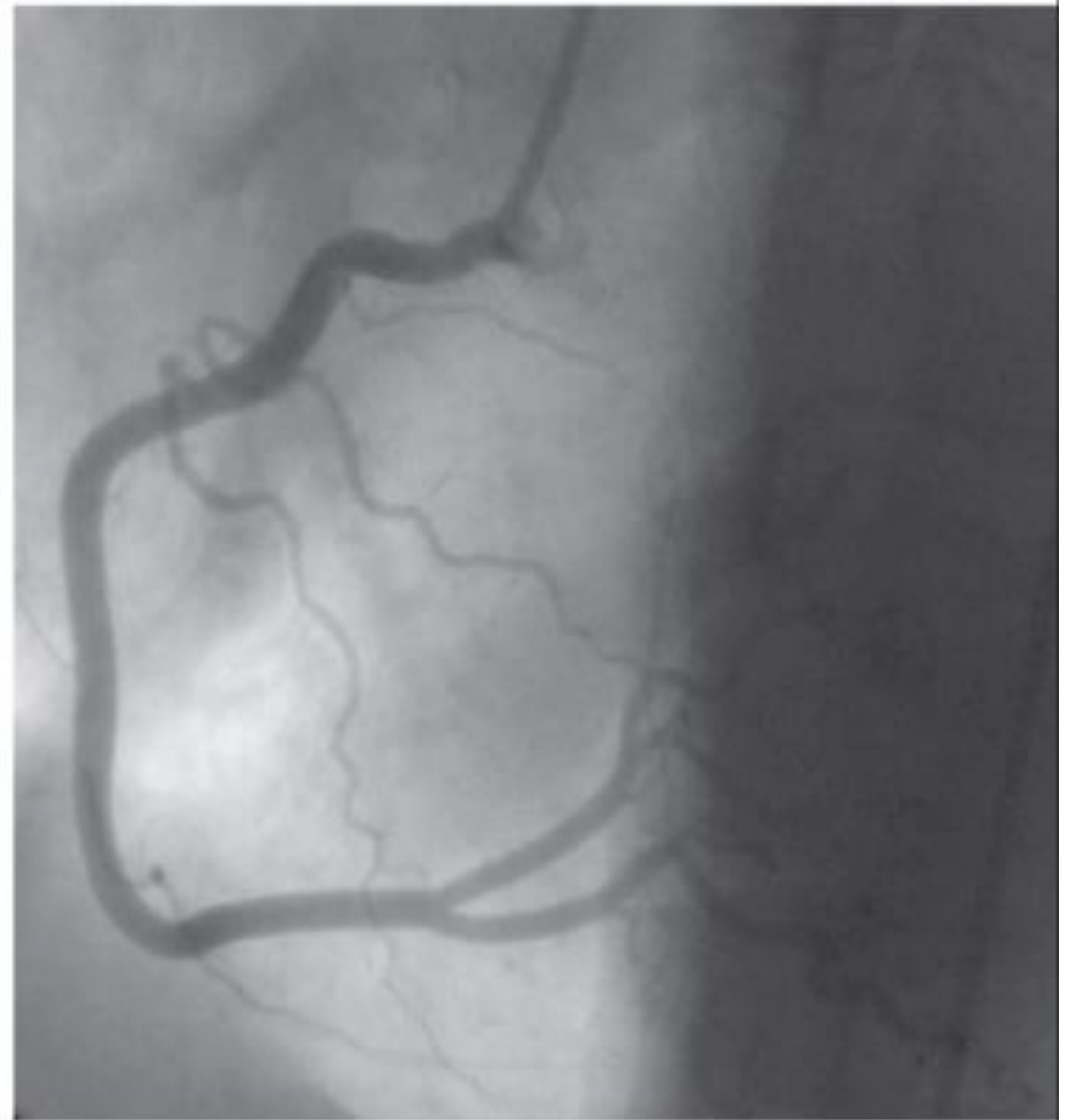
Эпидемиология

- Встречается аномальное отхождение коронарных артерий (АОКА) примерно у 2-3% населения;
- Чаще у мужчин (75%), средний возраст выявления 66,7+/- 12,9 лет
- В структуре аномалий преобладали аномалии отхождения коронарных артерий - 58%
- Коронарные артерии с миокардиальными мостиками - 25%
- Артериовенозные фистулы и другие единичные аномалии коронарных артерий - 17%

Нормальное строение коронарных артерий

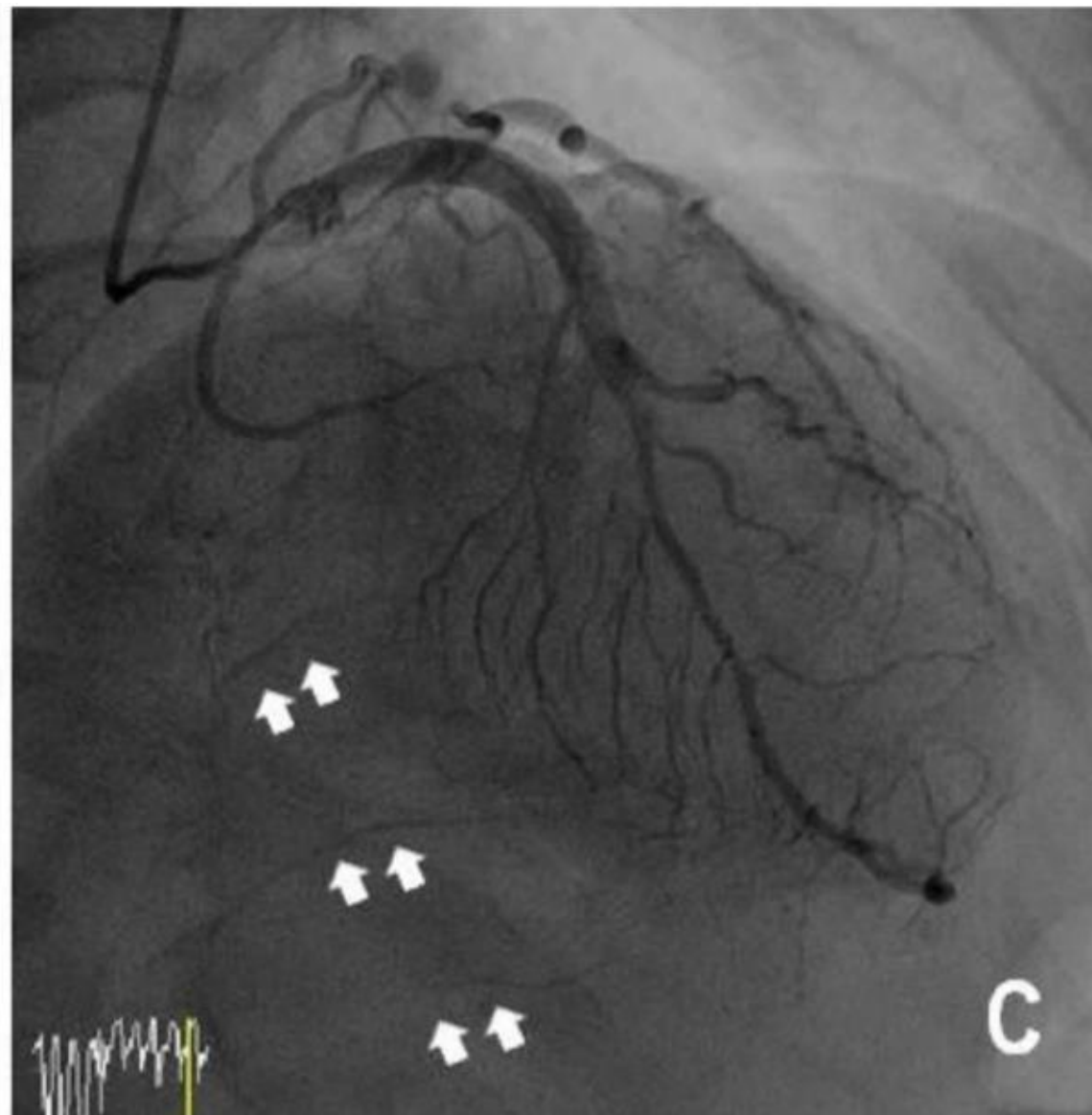
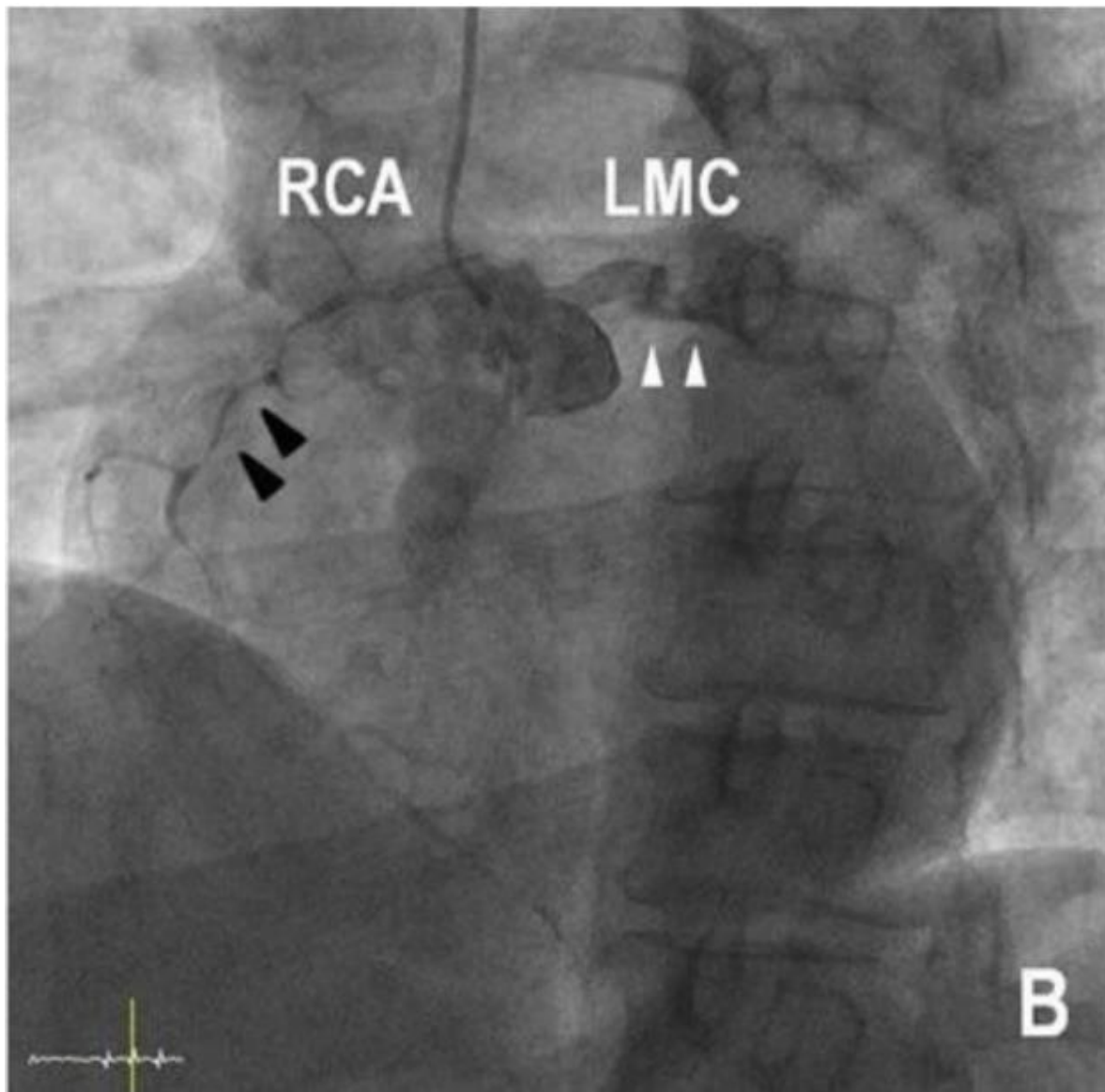


Нормальное строение коронарных артерий

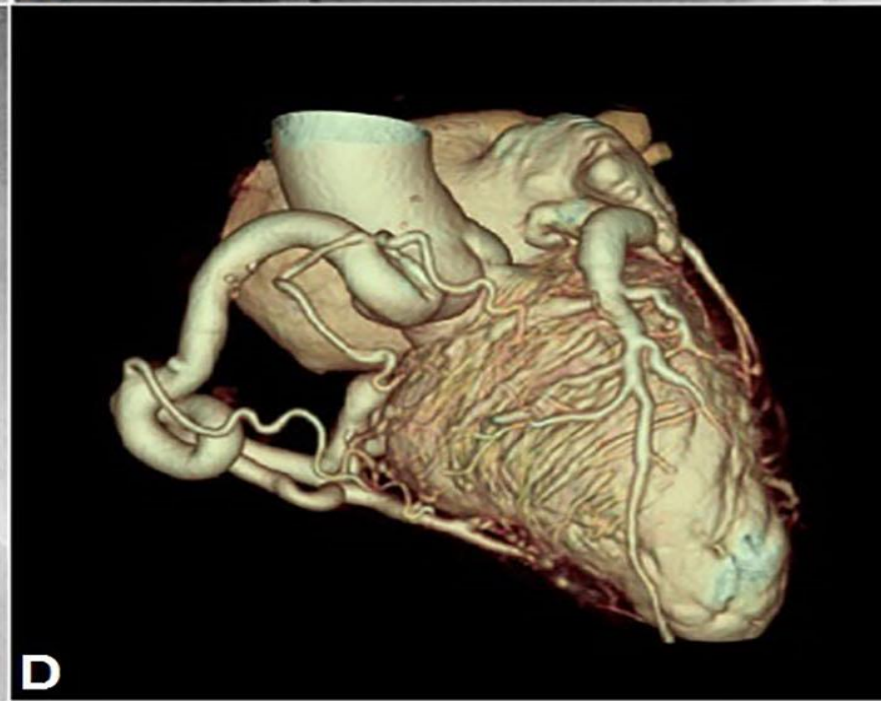
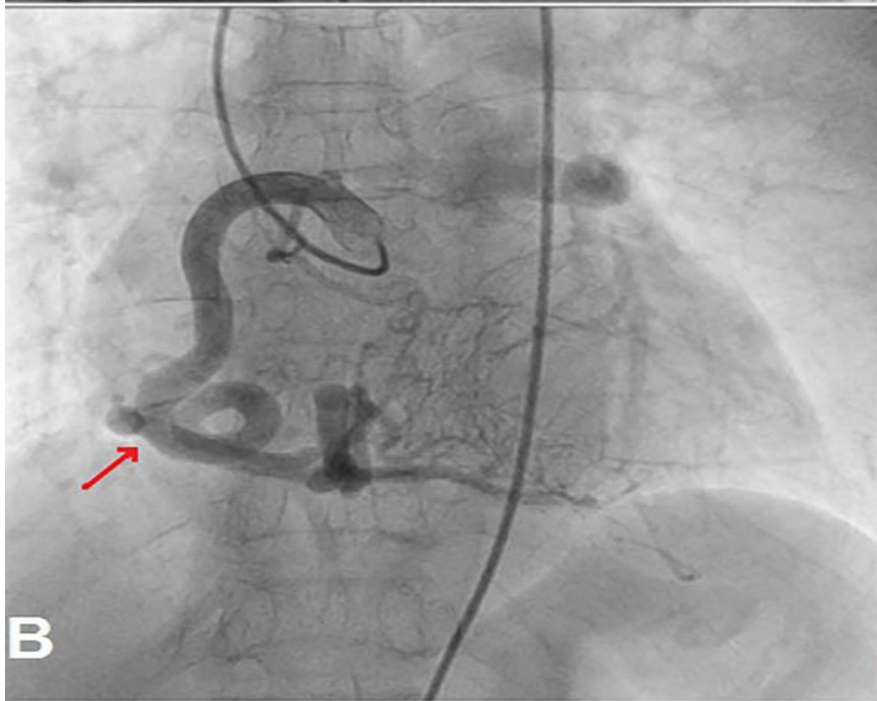
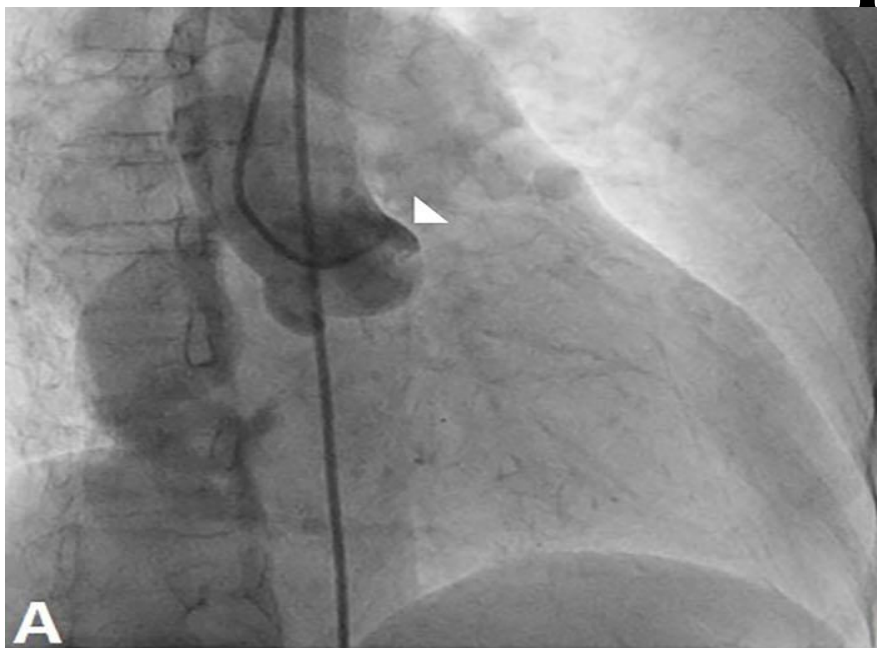


Варианты АОКА

- отхождение правой коронарной артерии (ПКА) из левого коронарного синуса (79,07%)



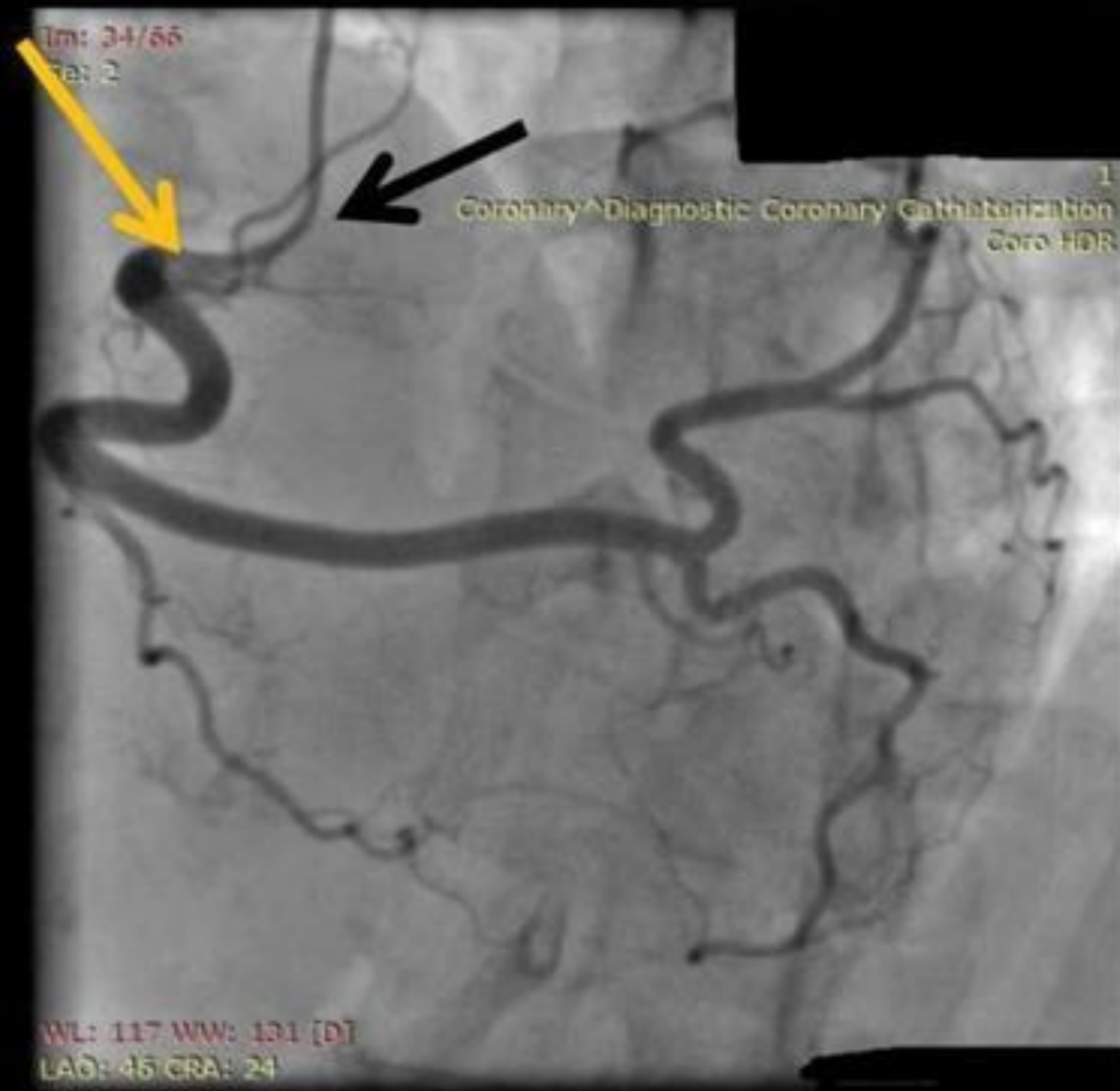
Варианты АОКА



- отхождение
ПКА от
восходящей
аорты

Варианты АОКА

- отсутствие левой коронарной артерии (ЛКА) (4,65%)



Варианты АОКА

- А – отхождение ПМЖВ из правого коронарного синуса и
- В – межжелудочковые ветви
- С - отхождение ОВ ЛКА из правого коронарного синуса

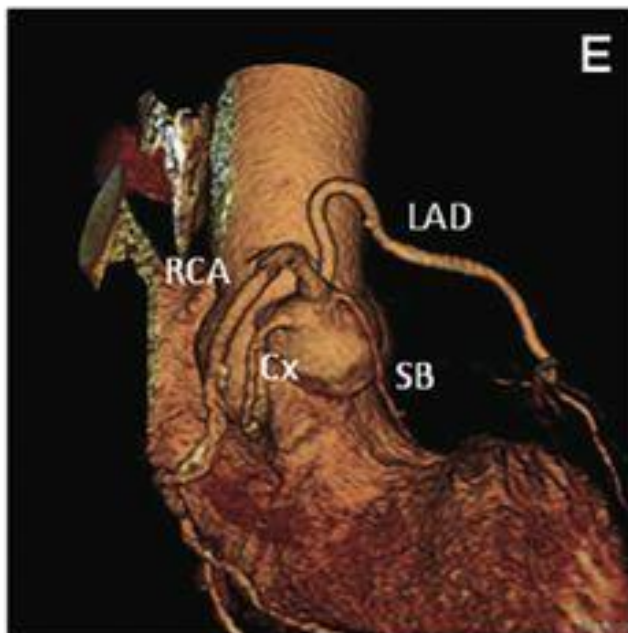
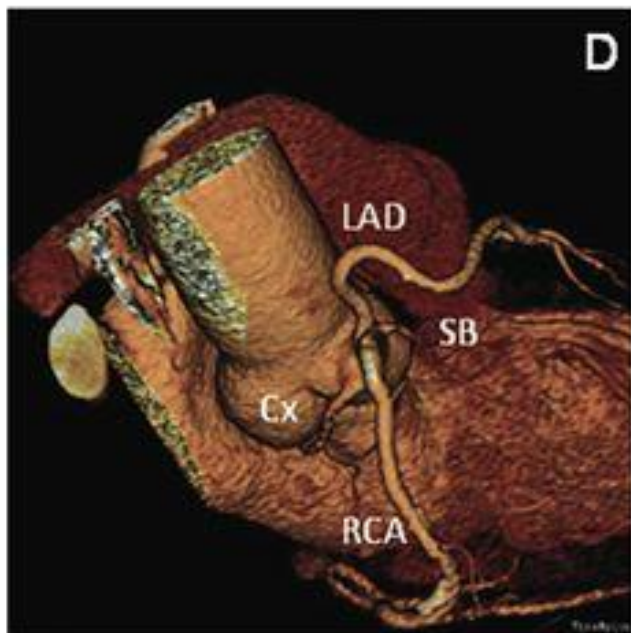
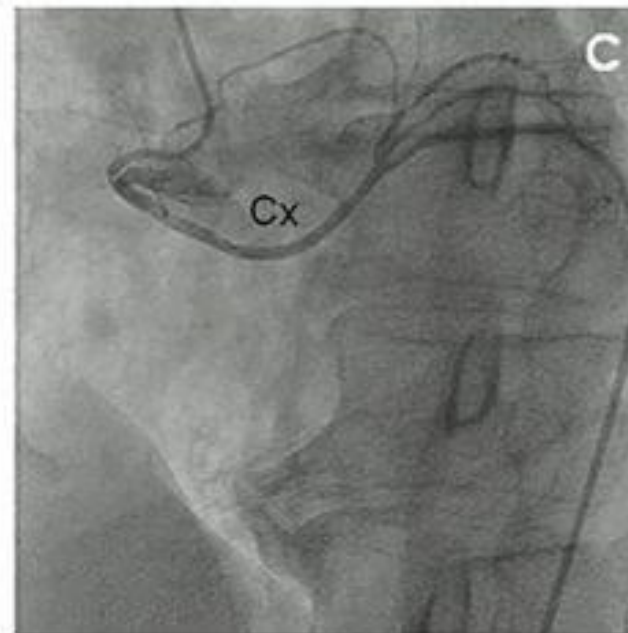
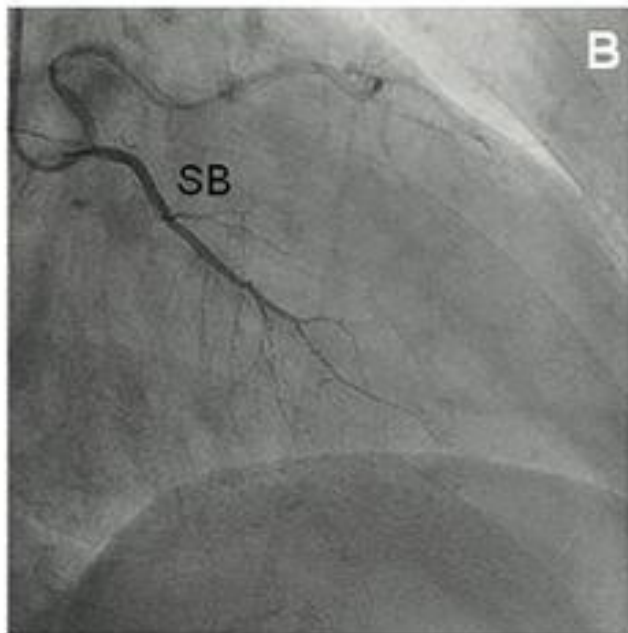
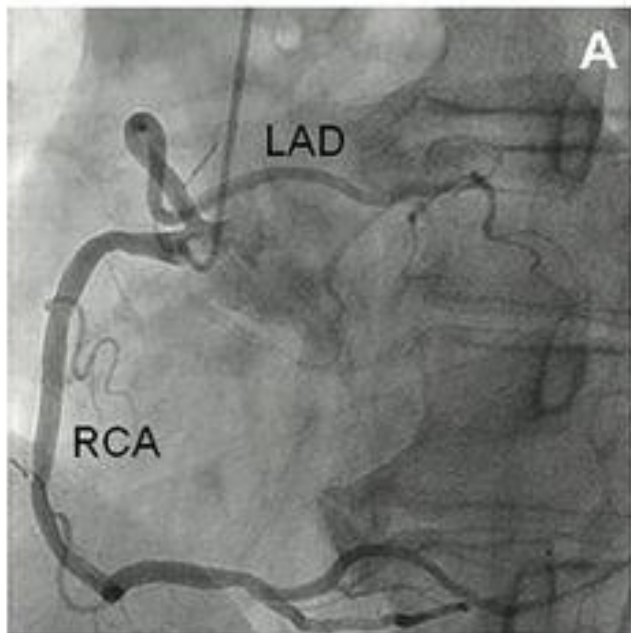


Figure 1. Selective coronary angiography revealed anomalous origins of LAD (A) and a separate first SB artery (B). A Cx artery originated from a separate ostium also in the right coronary sinus of Valsalva (C). The separate ostium of the retroaortic coursed Cx artery is located at the inferior/posterior aspect of the right coronary sinus of Valsalva (D, E).

Представлен случай успешного лечения острого инфаркта миокарда на фоне отхождения ОВ от проксимальной части ПКА, от синуса Вальсальвы.

- Данный эхокардиографический признак в англоязычной литературе описан как «RAC-sign» (Retroaortic Anomalous Coronary – ретроаортальная аномальная коронарная артерия).

Анамнез заболевания

- Пациент Г. 73 года был госпитализирован с жалобами на боль в грудной клетке и общую слабость.
- Из анамнеза жизни известно, что пациент 2005 году перенес инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка (ЛЖ).
- Визуализация коронарных артерий не выполнялась, проходил консервативное лечение. В дальнейшем принимал гипотензивную, антиагрегантную, гиполипидемическую терапию, чувствовал себя удовлетворительно, эпизодов боли в грудной клетке не отмечал.
- В августе 2024 получил травму и перелом шейки бедренной кости слева без сращения, после чего вплоть до поступления в клинику сохранялся постельный режим. Также, длительно страдает синдромом Паркинсона и принимает ежедневно блокатор глутаматных NMDA-рецепторов Амантадин и агонист дофаминовых рецепторов Прамипексол.
- Также обращает на себя внимание наличие у пациента врожденной аномалии развития – единственная почка справа.

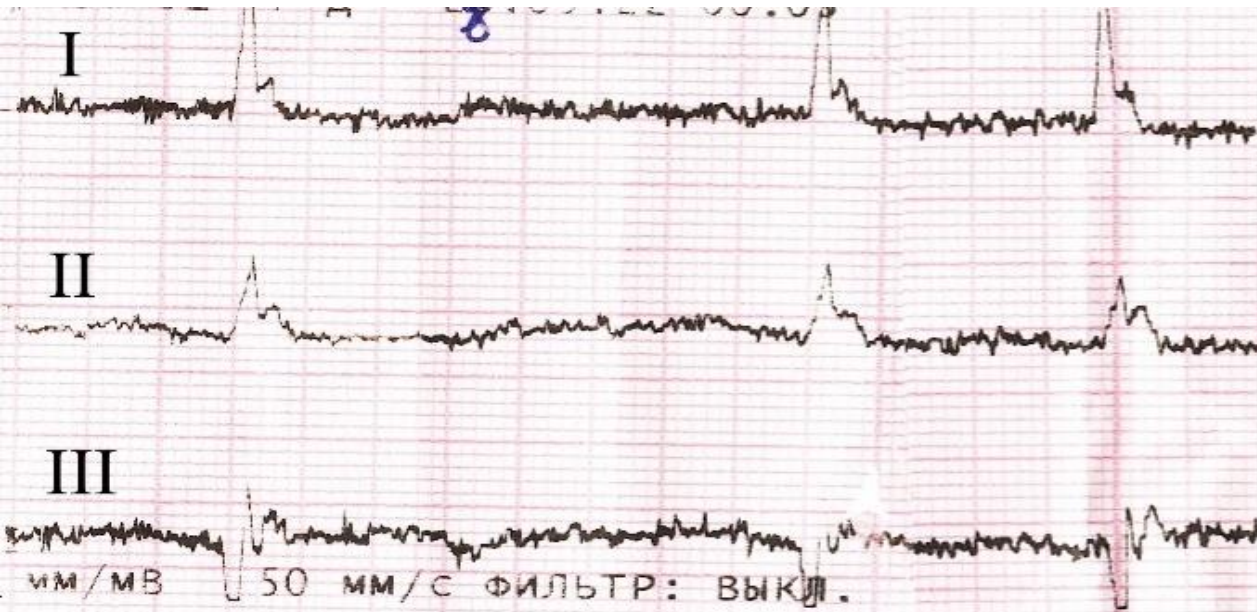
Анамнез заболевания

- Состояние ухудшилось резко за 1,5 часа до поступления в стационар, когда возникла интенсивная давящая боль в грудной клетке, потменение в глазах, общая слабость.
- Вызвана бригада скорой медицинской помощи, снята электрокардиограмма (ЭКГ), диагностирован острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) переднеперегородочной области левого желудочка.
- На догоспитальном этапе оказана помощь: гепарин, аспирин, морфин, метопролол и экстренно доставлен в приёмное отделение клиники, где был осмотрен дежурным кардиологом, анестезиологом и направлен на ургентную коронарографию.

Объективно

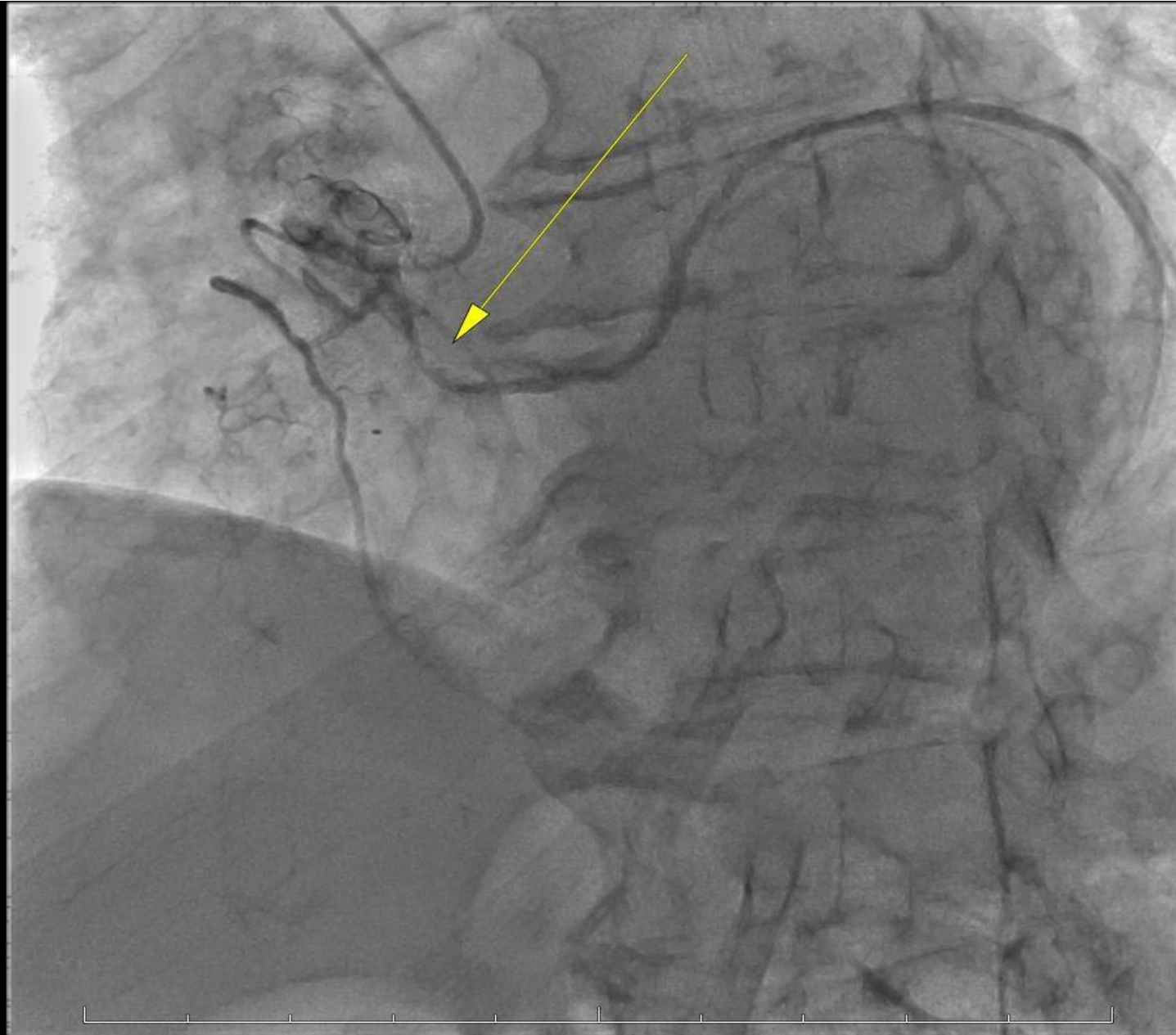
- При объективном осмотре обращало на себя внимание тяжелое общее состояние, ориентирован в пространстве и времени, однако заторможен.
- Также отмечался дефицит массы тела (Индекс массы тела 16,9).
- При аускультации легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, патологических дыхательных шумов нет.
- При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушены с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 80 уд/мин. Артериальное давление (АД) 150/77 мм рт. ст. на обеих руках.
- Частота дыхательных движений 22/мин. Насыщение кислорода 95%. Пульс ритмичный, симметричный, 80 уд/мин.
- По остальным органам и системам без особенностей.

ЭКГ при поступлении



Ургентная коронарография

EX: XA20250130000715
2025-01-30
00:39:44
Se: 5/19
Im: 38/91



HospitalName
G
1952-02-21 M 72Y
890-25
84.19 kV, 423 mA, 728 ms

LAO 31.0, Cranial 0.0
128%

Калибровка
Субтракция: выкл

Ургентная коронарография

EX: XA20250130000715
2025-01-30
00:46:22
Se: 7/19
Im: 50/103

HospitalName
G.
1952-02-21 M 72Y
890-25
85.11 kV, 418 mA, 824 ms



LAO 3.0, Cranial 28.0
192%

Калибровка
Субтракция: выкл

Выполнено стентирование ОБ, с имплантацией стента DES Yukon Chrome PC 2,25x32 мм.

EX: XA20250130000715
2025-01-30
01:12:24
Se: 18/19
Im: 38/59

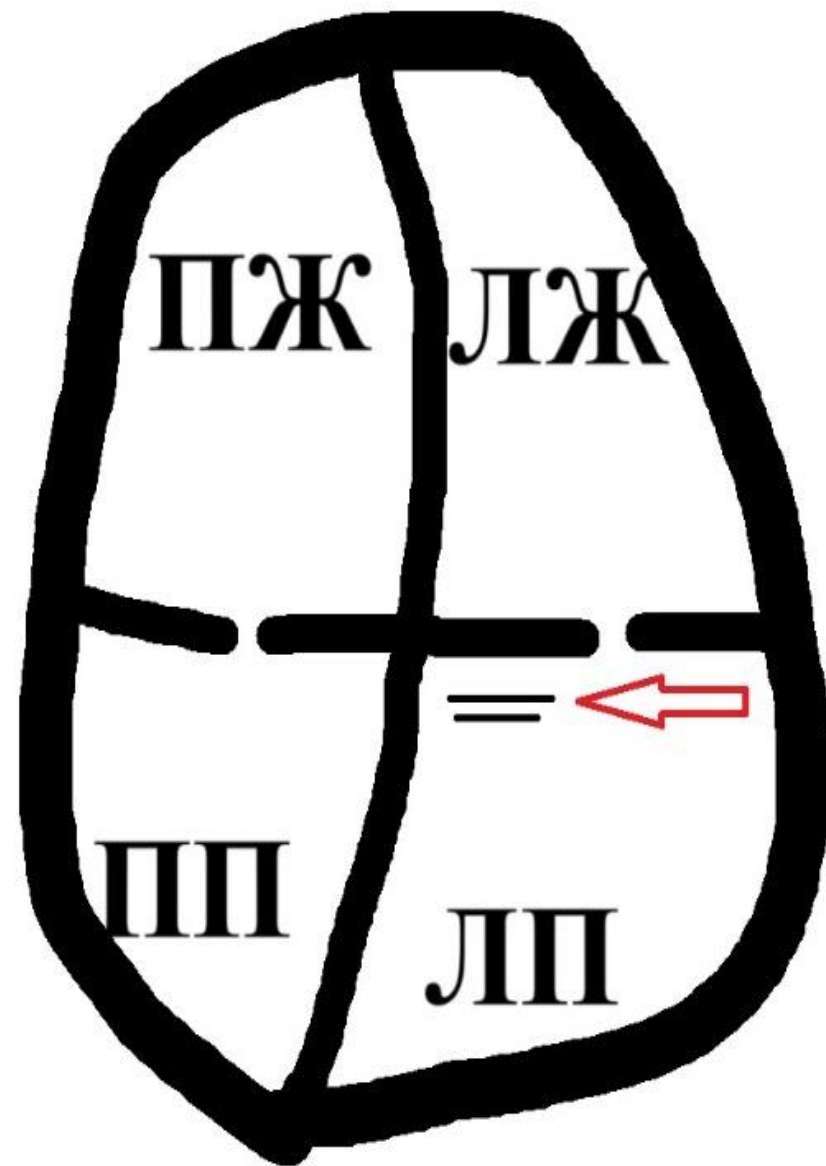
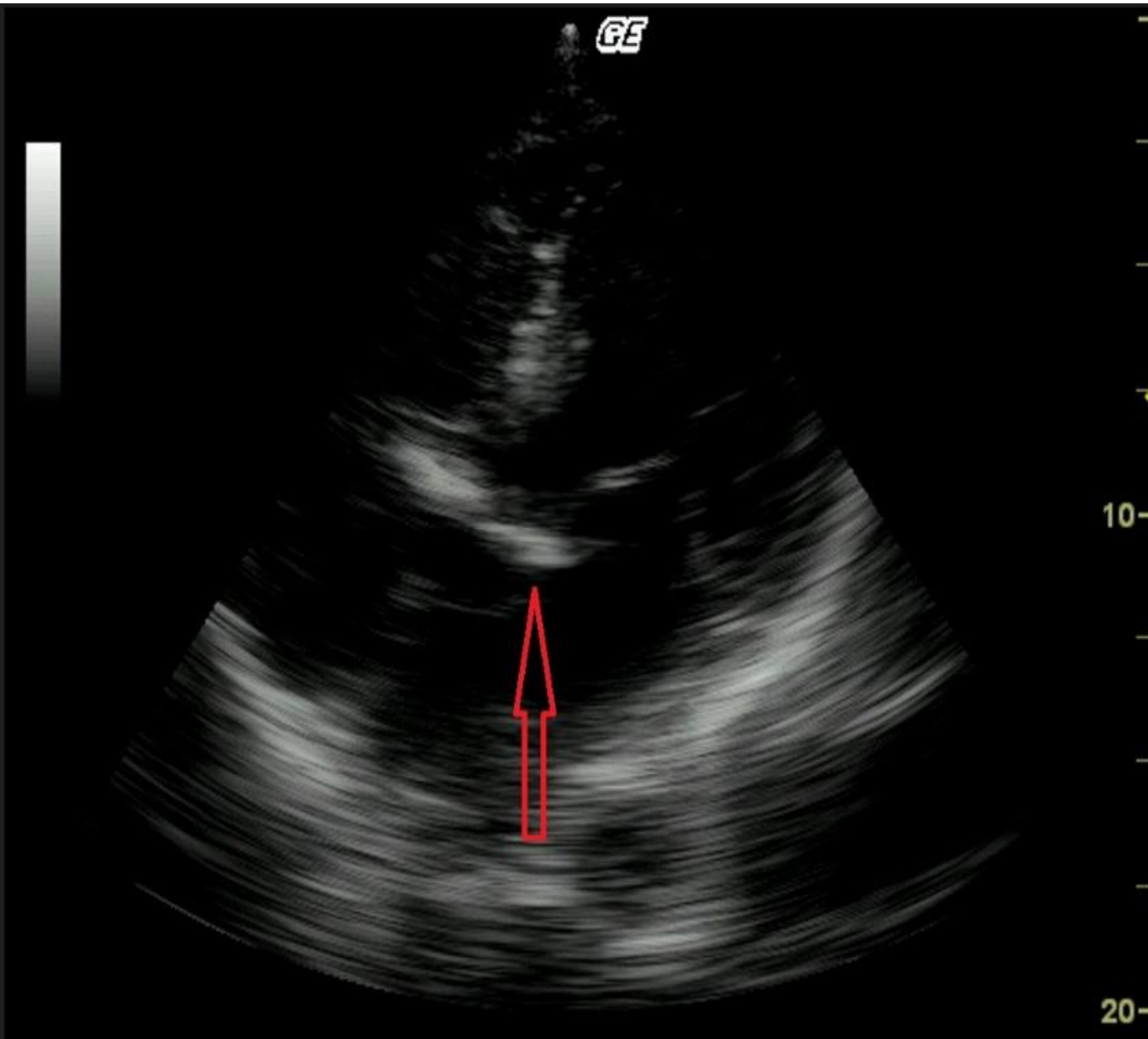


HospitalName
G
1952-02-21 M 72Y
890-25
89.33 kV, 398 mA, 486 ms

LAO 29.0, Cranial -3.0
147%

Калибровка
Субтракция: выкл

Эхокардиография

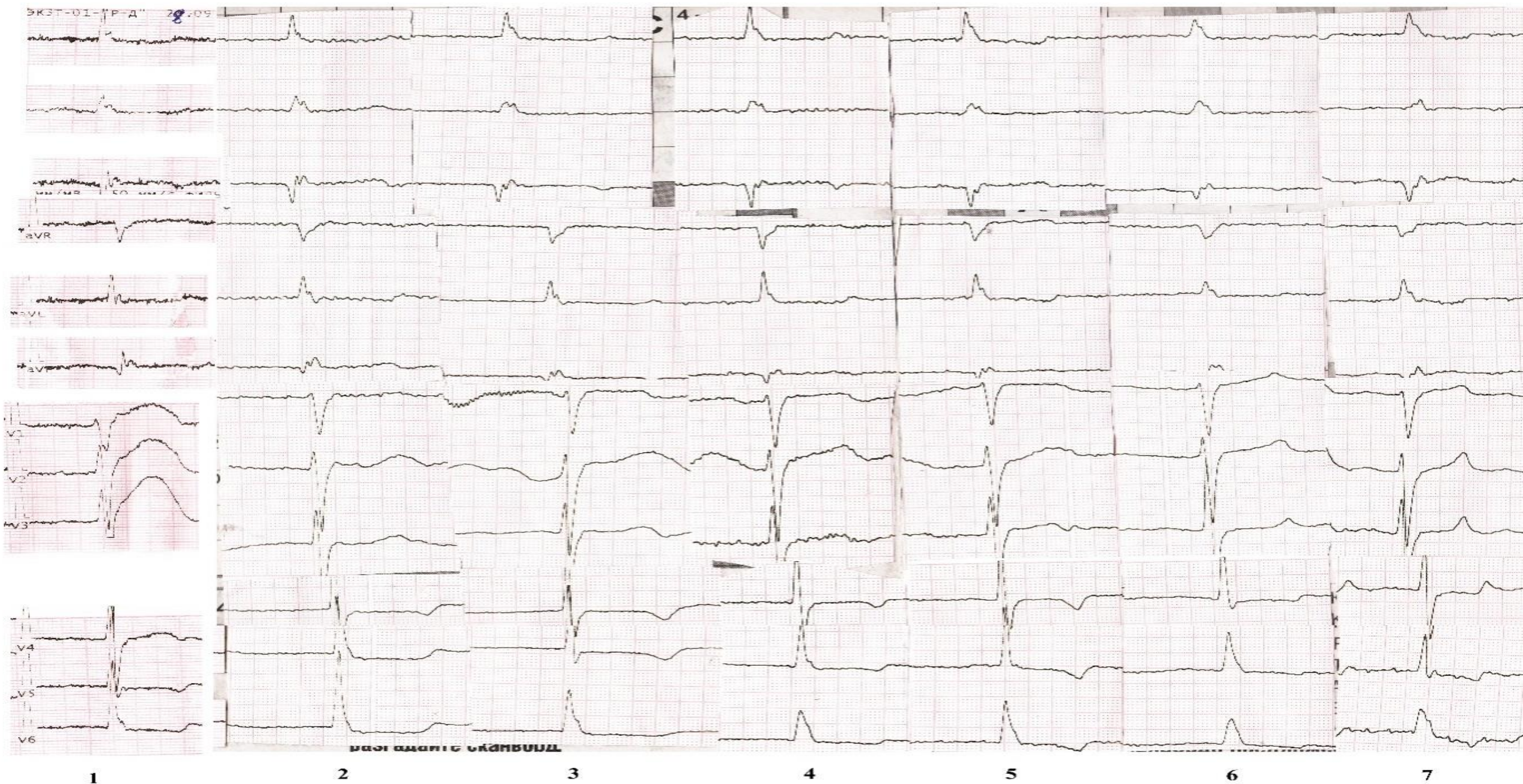


Эхокардиография

- Концентрическое ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), диастолическая дисфункция, умеренный кальциноз стенок аорты, створок и фиброзного кольца аортального клапана, аортальная регургитация 1 ст, трикуспидальная регургитация 1 ст и митральная регургитация 2 ст.
- Нарушение локальной сократимости ЛЖ в виде акинезии нижней стенки ЛЖ.
- Обращает на себя внимание тубулярная структура с четкими гиперэхогенными контурами, пересекающая перпендикулярно область корня аорты и предсердия — RAS-sign.
- Предположено аномальное отхождение огибающей ветви ЛКА от Правого Коронарного Синуса (ПКС)

Результат измерения				
Показатель		Значение	Показатель	Значение
Индекс объёма ЛП		48 мл/м²	УО ЛЖ	70 мл
Индекс объёма ПП		42 мл/м²	ФВ ЛЖ (биплановый метод)	53%
КДР ЛЖ		55 мм	СДЛА	28 мм.рт.ст.
КСР ЛЖ		36 мм	Е/А	1,1
Толщина МЖП		13 мм	е'(l)	9,8 см/сек
Толщина ЗС ЛЖ		11 мм	е'(s)	7,9 см/сек
Индекс ММЛЖ		103 г/м²	Vmax TP	1,1 м/сек
ОТС		0,4	Е/е'	10,49
КДО ЛЖ		132 мл	НПВ	18 мм
КСО ЛЖ		62 мл	Размер ПЖ	26 см²

Динамика ЭКГ



Динамика уровня Тропонина I (нг/мл)

В момент поступления	Через 6 часов после поступления	2 сутки	3 сутки	4 сутки	6 сутки
7,230	7,986	4,432	2,576	0,974	0,03

Лечение стандартное

- Антиагрегантная (аспирин 100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут),
- гиполипидемическая (розувастатин 40 мг\сут),
- бета-адреноблокатор (бисопролол 5 мг/сут),
- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл 10 мг дважды в сутки),
- антагонист альдостерона (эплеренон 25 мг/сут).
- В дальнейшем на фоне лечения состояние стабилизировалось, болевой синдром регрессировал и не возобновлялся.
- Цифры артериального давления сохранялись на уровне 110-120/70-75 мм.рт.ст, ЧСС 60-65.
- Расширение двигательного режима было невозможно в связи с переломом шейки бедренной кости слева без смещения.

Заключение

- Несмотря на аномалию развития коронарной артерии, течение заболевания протекало относительно благоприятно: у пациента к моменту выписки отсутствовала клиника сердечной недостаточности и стенокардии, а также в нормальных значениях сохранилась фракция выброса левого желудочка и размеры камер сердца.
- Мы связываем это с временем транспортировки пациента до ЧКВ (менее 2 часов от момента возникновения болевого синдрома до пункции лучевой артерии), что говорит о важности правильной тактики медицинской помощи на догоспитальном этапе.
- Пациент выписан из клиники на двадцать первые сутки от даты инфаркта миокарда в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Благодарю за внимание

