

В.И. Ганюков, Р.С. Тарасов, П.А. Шушпанников, А.А. Шилов

Выбор лечебной тактики при диссекции ствола левой коронарной артерии с распространением на восходящий отдел аорты во время чрескожного коронарного вмешательства

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, 650002, Кемерово, Сосновый б-р, 6, ganyukov@mail.ru

УДК 616.132.2-007.271-089.819.5-07
ВАК 14.01.05

Поступила в редакцию
15 сентября 2011 г.

© В.И. Ганюков,
Р.С. Тарасов,
П.А. Шушпанников,
А.А. Шилов, 2012

Представлено клиническое наблюдение, касающееся диссекции ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) с распространением на восходящий отдел аорты (ВосАо), осложнившей чрескожное коронарное вмешательство. Выполнена имплантация «непокрытого» коронарного стента из СтЛКА в ПНА с перекрытием целевого стеноза ПНА. Диссекция СтЛКА нивелирована, кровоток по ЛКА восстановлен до уровня TIMI 3. Гемодинамика пациентки стабилизировалась, от дальнейшей активной эндоваскулярной или хирургической тактики лечения было решено воздержаться. Ключевые слова: диссекция ствола левой коронарной артерии и аорты; чрескожное коронарное вмешательство.

Такое редкое осложнение ЧКВ, как диссекция СтЛКА, распространяющаяся на аорту, представляет особую опасность. Это осложнение наблюдается с частотой от 0,02 до 0,06% [1, 3, 13–15]. В ряде случаев распространение диссекции на аорту может приводить к разрыву последней и гемотампонаде. Определение подходов к лечению данного состояния в каждой конкретной ситуации представляет большие сложности, при этом выбор оптимальной тактики лечения проблематичен как для интервенционного кардиолога, так и для сердечно-сосудистого хирурга [2–8, 13–15].

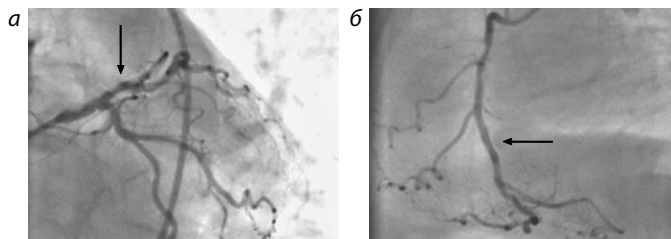
Пациентка П., 70 лет, в июне 2011 г. поступила в Кузбасский кардиоцентр (ККЦ) с клиникой стенокардии напряжения II (ФК) для проведения планового ЧКВ на ПНА. Тремя месяцами ранее больная перенесла ИМ задней локализации, по поводу чего выполнялось экстренное ЧКВ со стентированием инфаркт-зависимой правой коронарной артерии (ПКА), тогда же был выявлен и 75% стеноз проксимального отдела ПНА, а также 25% стеноз СтЛКА с признаками кальциноза. По данным ЭКГ на момент поступления: ритм синусовый, 61 в минуту. Гипертрофия и умеренные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ). При ЭхоКГ: конечный диастолический размер ЛЖ 6,0 см, фракция выброса ЛЖ 64%. Зон с нарушением локальной сократимости не выявлено.

Признаков рестеноза и тромбоза в стенте ПКА выявлено не было, в связи с чем начато запланированное вмешательство на ПНА (рис. 1). В качестве проводникового катетера выбран EBU 4,0, 6F, которым катетеризировано устье ЛКА. После выполнения последовательных серий ЛКА через проводниковый катетер возникла диссекция СтЛКА с переходом на ВосАо (рис. 2). Ангиографический феномен сопровождался падением гемодинамики с развитием кардиогенного шока, подъемом сегмента ST по ЭКГ, ухудшением кровотока до уровня TIMI 1 по ЛКА. Был установлен внутриаортальный баллонный контрапульсатор (БАБК), начата инфузия кардиотоников, больная переведена на искусственную вентиляцию легких.

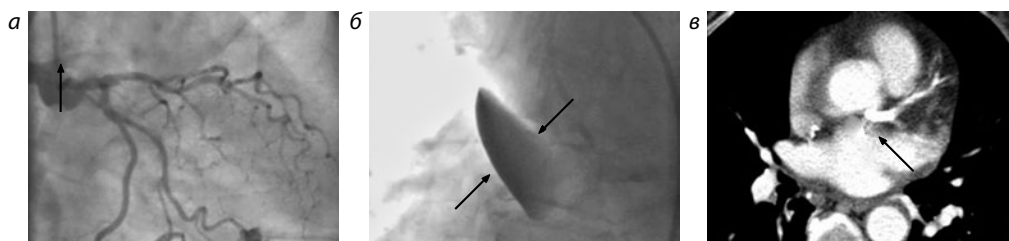
Обсуждены две возможные стратегии лечения: urgentное стентирование сегмента СтЛКА – ПНА с перекрытием области диссекции СтЛКА и стеноза проксимального сегмента ПНА, последующим наблюдением и решением вопроса о необходимости хирургии аорты или выполнении экстренного коронарного шунтирования (КШ) в сочетании с возможной реконструктивной операцией на ВосАо. С учетом экстренности ситуации, тяжести состояния больной, дефицита времени, необходимого для транспортировки в операционную, и технической возможности ЧКВ, было принято решение о стентировании сегмента СтЛКА – ПНА.

Рис. 1.

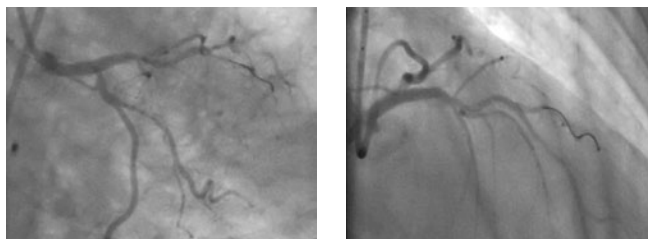
Коронарография:
а – неровность контуров
СтЛКА, 70% стеноз ПНА
(стрелка); б – правый тип
кровотока, отсутствие
рестеноза стента ПКА
(стрелка).

**Рис. 2.**

Визуализация диссекции:
а – начало от СтЛКА
и распространение
на синус Вальсальвы;
б – диссекция ВосАо
с контрастом в ложном
канале (пространство
между стрелками);
в – диссекция ВосАо
на МСКТ (стрелка).

**Рис. 3.**

Контрольная
коронарография
после ЧКВ. Полное
«пломбирование»
коронарной диссекции,
кровоток ТІМІ 3
в целевой артерии.



Проводниковый катетер EBU 4,0, 6F заменен на JL 4,0 6F. В ПНА через СтЛКА заведен коронарный проводник, выполнена преддилатация СтЛКА и проксимального сегмента ПНА баллонным катетером 3,0×20,0 мм с последующей имплантацией «непокрытого» коронарного стента из СтЛКА в ПНА 3,5×23,0 мм, с перекрытием целевого стеноза ПНА и последующей постдилатацией баллонным катетером 4,0×10,0 мм до 4,2 мм. На контрольной коронарографии диссекция СтЛКА нивелирована, кровоток по ЛКА восстановлен до уровня ТІМІ 3, отмечается положительная динамика уменьшения размеров субинтимального затекания контрастного вещества в корень аорты по результатам аортографии (рис. 3). Гемодинамика пациентки стабилизировалась, сегмент ST на изолинии, от дальнейшей активной эндоваскулярной или хирургической тактики лечения было решено воздержаться. По данным МСКТ, выполнявшейся неоднократно в течение госпитализации, выявлена тенденция к уменьшению размеров диссекции аорты. Показания к реконструктивной операции на ВосАо отсутствовали. Спустя две недели пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Этиологическими факторами коронарной диссекции, осложняющей ЧКВ, являются: использование жестких коронарных проводников, агрессивные манипуляции проводниковым катетером, баллонным катетером или иными устройствами, катетеризация при остром инфаркте миокарда, анатомические особенности расположения устья и энергичное введение рентгеноконтрастного вещества [13, 16]. Осложнение, по всей видимости, развилось из-за механического воздействия проводникового катетера на атеросклеротически измененный и кальцинированный СтЛКА и активного введения рентгеноконтрастного вещества. В настоящее время нет однозначных рекомендаций, определяющих тот или иной вид лечения аортокоронарной диссекции. Абсолютными показаниями для хирургической операции является острая аортальная недостаточность, гемоперикард, нестабильная гемодинамика, некупирующиеся боли в груди, тогда как консервативная тактика лечения считается допустимой при диссекции, не лимитирующей кровоток в отсутствии абсолютных показаний к хирургической тактике [1, 9, 12–16].

Таким образом, при возникновении такого грозного осложнения, как диссекция СтЛКА с распространением на ВосАо, сопровождающегося выраженным расстройством гемодинамики, возможным сценарием является имплантация стента в область диссекции СтЛКА с последующей консервативной терапией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alfonso F., Almeria C., Fernandez-Ortiz A. et al. // Cathet Cardiovasc. Diagn. 1997. V. 42. P. 412–415.
2. Roberts W.C. // Am. Heart J. 1981. V. 101. P. 195–214.
3. Geraci A.R., Krishnaswami V., Selman M.W. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973. V. 65. P. 695–698.
4. Erbel R., Alfonso F., Boileau C. et al. // Eur. Heart J. 2001. V. 22. P. 1642–1681.
5. Cigarroa J.E., Isselbacher E.M., DeSanctis R.W., Eagle K.A. // N. Engl. J. Med. 1993. V. 328. P. 35–43.
6. Kwan T., Elsagr A., Feit A. et al. // Cathet. Cardiovasc. Diagn. 1995. V. 35. P. 328–330.
7. Perez-Castellano N., Garcia-Fernandez M.A., Garcia E.J. et al. // Cathet. Cardiovasc. Diagn. 1998. V. 43. P. 273–279.
8. Varma V., Nanda N.C., Soto B. et al. // Am. J. Cardiol. 1992. V. 123. P. 1055–1057.
9. Moussa I., Oetgen M., Roubin G. et al. // Circulation. 1999. V. 99. P. 2364–2366.
10. Hearne S.E., Davidson C.J., Zidar J.P. et al. // Cathet. Cardiovasc. Diagn. 1998. V. 44. P. 153–156.
11. Wei-Chin Hung et al. // Chang Gung Med. J. 2007. V. 30. P. 235–241.
12. Dunning D.W., Kahn J.K., Hawkins E.T. et al. // Catheter. Cardiovasc. Interv. 2000. V. 51. P. 387–393.
13. Boyle A.J., Chan M., Dib J. et al. // J. Invasive. Cardiol. 2006. V. 18. P. 500–503.
14. Wykrzykowska J.J., Carrozza J., Laham R.J. // J. Invasive Cardiol. 2006. V. 18. P. E217–E220.
15. Awadalla H., Salloum J.G., Smalling R.W. et al. // J. Interv. Cardiol. 2004. V. 17. P. 253–257.
16. Cheng-Chung Cheng, Tien-Ping Tsao et al. // Southern Med. J. 2008. V. 101. P. 1165–1167.

Владимир Иванович Ганюков – доктор медицинских наук, заведующий лабораторией интервенционных методов диагностики и лечения атеросклероза ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (Кемерово).

Роман Сергеевич Тарасов – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (Кемерово).

Павел Андреевич Шушпанников – младший научный сотрудник ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (Кемерово).

Александр Александрович Шилов – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (Кемерово).