

УДК 616.132.2–007.253:616.126–002^616.132–002

СПОСТЕРЕЖЕННЯ КОРОНАРНОЇ НОРИЦІ У ПАЦІЄНТКИ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ ЕНДОКАРДИТІ КЛАПАНА АОРТИ

I. M. Будзан¹, А. В. Судус^{1,2}, У. Д. Івасюк¹, О. Ю. Стефанський¹, О. В. Гретчин¹,
Т. Р. Петровський^{1,2}, В. М. Іванишин¹, С. А. Грищенко¹

¹Клінічний лікувально–діагностичний центр «Сімедгруп», м. Івано–Франківськ,

²Івано–Франківський національний медичний університет

OBSERVATION OF CORONARY FISTULA IN A WOMAN PATIENT IN INFECTIOUS ENDOCARDITIS OF THE AORTAL VALVE

I. M. Budzan¹, A. V. Sudus^{1,2}, U. D. Ivasyuk¹, O. Yu. Stefanskiy¹, O. V. Gretchyn¹,
T. R. Petrovskiy^{1,2}, V. M. Ivanyshyn¹, S. A. Gryshchenko¹

¹Clinical Treatment–Diagnostic Centre «Simedgrup», Ivano–Frankivsk,

²Ivano–Frankivsk National Medical University

Аномалії вінцевих артерій (ВА) спостерігають надзвичайно рідко – у 0,3 – 1,6% хворих [1], проте, вони мають важливе клінічне значення в діагностиці причини коронарної недостатності. Існують різні варіанти аномалій ВА, з них так звані «аномалії сполучення», або коронарні норичі (КН), відносять до великих коронарних аномалій (Ogden, 1969), це аномальне сполучення ВА одна з одною, з магістральними судинами і/або камерами серця [1]. У структурі вроджених вад серця (ВВС) частота коронарно–венозних та коронарно–серцевих норичь становить 0,08 – 0,4% [1 – 3]. За даними скринінгових досліджень, КН виявляють в 1 з 50 000 пацієнтів [2]. У 5 – 20% спостережень КН спричиняє інфекційний ендокардит, її виявляють в будь–якому віці [1, 3 – 5]. Існує кілька варіантів відходження та сполучення КН. Частота відходження від правої ВА становить 50 – 60%, лівої ВА – до 42%, обох ВА – до 5%, однієї ВА – до 7% [1 – 3, 5]. Вперше цю аномалію описав у 1865 р. Krause, успішну корекцію здійснили Vjirck і Crafoord у 1947 р. [3]. Наводимо спостереження.

Пацієнтка Л., 64 років, госпіталізована в Клінічний лікувально–діагностичний центр «Сімедгруп» з ознака-

ми сепсису та тяжкої недостатності клапана аорти (КА). Чотири місяці тому у хворої виникла лихоманка неясного генезу. За даними ехокардіоскопії виявлене гіперехогенне, вільнорухливе включення (вегетация) довжиною до 12 мм на невінцевій заслінці КА та її перфора-

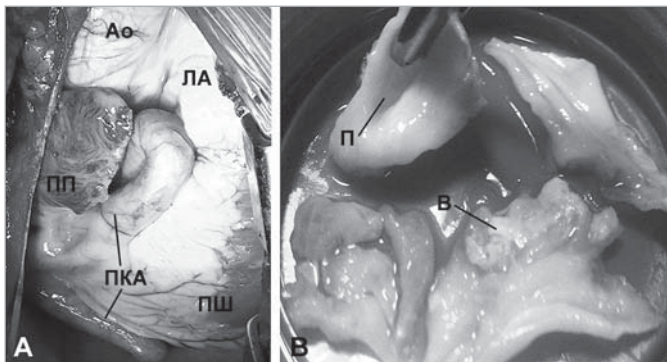


Рис. 1.

А. Інтраопераційне зображення.

Ао – аорта; ЛА – легенева артерія; ПП – праве передсердя;
ПШ – правий шлуночок; ПКА – права ВА.

В. Макропрепарат заслінок КА.

П – перфорація заслінки; В – вегетация на заслінці.

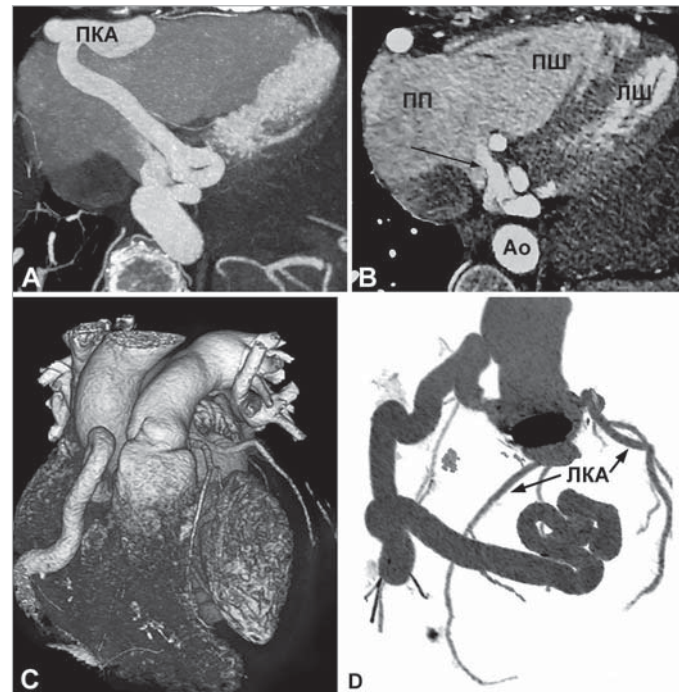


Рис. 2.
МСКТ КГ

А. 3D реконструкція (MIP Thin).

ПКА – права ВА.

В. Скан в аксіальній проекції.

Стрілкою позначене місце сполучення правої КН з правим передсердям.

Ао – аорта; ПП – праве передсердя; ПШ – правий шлуночок;

ЛШ – лівий шлуночок.

С. 3D реконструкція (VRT).

Д. 3D реконструкція (MIP).

ЛКА – ліва ВА з її гілками.

цію з значною регургітацією на КА. Хворій рекомендоване невідкладне хірургічне втручання з приводу хронічного підгострого інфекційного ендокардиту з в'ялим перебігом, ураженням КА, наявності ембологенних вегетацій, перфорації заслінки КА, вираженої недостатності КА, сепсису. Під час передопераційного обстеження від виконання селективної коронарографії (КГ) вирішено утриматись через наявність вегетацій на КА та відсутність даних про стенокардію в анамнезі. План операції: санація камер серця, протезування КА в умовах штучного кровообігу.

Хірургічний доступ – середина стернотомія, перикардіотомія. Під час ревізії виявлено звивисту на всьому протязі, розширену (до 10 – 12 мм) праву ВА (ПВА) (рис. 1). Така інтраопераційна знахідка розцінена як КН. Зважаючи на відсутність даних про місце її сполучення, вирішено обмежитись протезуванням КА.

Підключений апарат штучного кровообігу. Накладений затискач на висхідну частину аорти, здійснені поперечна аортотомія, антеградна кардіоплегія, дрнування лівого шлуночка. Під час ревізії КА вияв-

лені вегетації на всіх заслінках, абсцес в ділянці спайки лівої вінцевої та невінцевої заслінок, перфорація невінцевої заслінки. Заслінки висічені, абсцес, ложе та камери серця сановані двічі розчином бетадіну, експозиція 3 хв. Імпантований механічний протез Saint Jude № 21 з частковою транслокацією в ділянці невінцевої заслінки шляхом поєднання окремих та П-подібних швів. Завершення операції за протоколом.

Зважаючи на інтраопераційні знахідки, після операції проведено мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) з контрастуванням (Омніпак 350, обстеження проведено за допомогою апарата Somatom Definition AS, Siemens, Німеччина)

За даними МСКТ КГ, візуалізовано патологічно звивисту, дилатовану ПВА (рис. 2). Місце дрнування в праве передсердя. Варіанти реконструкції дозволили деталізувати коронарну аномалію.

Унікальність представленого спостереження в тому, що селективна КГ як протокольний метод діагностики пацієнта перед хірургічним втручанням не була проведена через відносні протипоказання. Внаслідок цього

інтраопераційну знахідку – рідкісну аномалію ВА не було можливості коригувати одномоментно.

Безумовно, селективна КГ має суттєві переваги порівняно з МСКТ КГ щодо визначення показань та обсягу хірургічного втручання і є основним методом діагностики. В той же час МСКТ КГ може бути корисним додатковим методом діагностики в сумнівних ситуаціях та розумною альтернативою за неможливості проведення селективної КГ через будь-які обставини.

На нашу думку, при аномаліях ВА, виявлених під час КГ, обстеження слід доповнити МСКТ КГ.

ВИСНОВКИ

1. Аномалії ВА – вкрай рідкісна патологія, її перебіг може бути безсимптомним, ускладнюватися інфекційним ендокардитом.
2. МСКТ серця з контрастуванням – це доступний, неінвазивний високоінформативний метод верифікації аномалії ВА.
3. МСКТ КГ є альтернативою у пацієнтів за неможливості проведення КГ через будь-які обставини.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zerbino DD, Kuryliak OB, Boiko OI. Anomalii koronarnykh arterii. Ser-tse i sudyny. 2014;(2):81–90. [In Ukrainian].
2. Zinkovskiy MF. Vrozhdenne poroki serdtsa; red. AF Vozianov. Kiev: Kniga plyus, 2008. 1168 s. [In Russian].
3. Serdechno-sosudistaya khirurgiya: rukovodstvo; red. VI Burakovskiy, LA Bokeriya. Moskva: Meditsina;1989. 362 s. [In Russian].
4. Ivaniv YuA, Telishevska MYu, Yevtukh VP, ta in. Vrozhdeni koronarni fistuly u ditei: vlasnyi dosvid. Khvoroby-syritky v kardiologii. 2013;1:54–60. [In Ukrainian].
5. Podolec P. Rare cardiovascular diseases from classification to clinical examples. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna;2013. 1st ed. 84 p.