

Iedzimtas un iegūtas asinsvadu anomālijas

Agnese Štrengē,

kardioloģe – pieaugušo iedzimto sirdskaišu speciāliste,
Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

Andrejs Ērglis,

kardiologs, radiologs diagnostis, Latvijas
Universitātes profesors,
Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca

Krista Lesiņa,

interniste, rezidente kardioloģijā,
Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca,
Bērnu Klīniskā universitātes slimnīca

Īsumā

Precīzi dati par pieaugušo iedzimtām sirds slimībām nav zināmi. Iedzimto sirds slimību incidence ir 5–7 gadījumi uz 1000 dzīvi dzimušajiem, no tiem 85% sasniedz pieaugušo vecumu. To lielā mērā nosaka apstākļi, ka mūsdienās ir uzlabojušās iedzimto sirds slimību ārstēšanas metodes. Tiek lēsts, ka 2020. gadā gandrīz katram 1 no 150 jaunajam pieaugušajam būs kāda no iedzimto sirds slimību formām. Koronāro artēriju anomālijas ir visbiežāk sastopamās anomālijas starp iedzimtām kardiovaskulārajām anomālijām. [1,2]

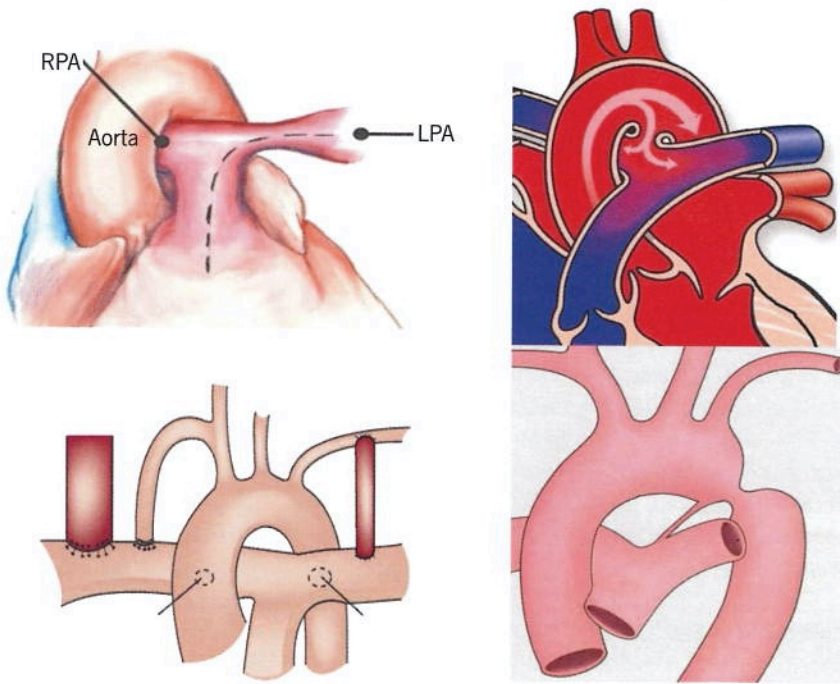
vads – *patent ductus arteriosus*, aortas koarktācija);

- pēcoperācijas asinsvadu komunikācijas (klasiskais *Blalock–Taussing (BT)* šunts, modificētais *BT* šunts, *Waterstone–Cooley* šunts, *Potts* šunts, bidirekcionālais *Glenn* šunts, *Fontan* tunelis);
- kollaterāles;
- koronāro artēriju fistulas;
- Koronāro artēriju anomālijas:**
- anomāla koronāro artēriju atiešana no

Vispārējs iedzimto un iegūto asinsvadu anomāliju iedalījums (skat. att. Nr. 1):

- plaušu artēriju anomālijas;
- artēriju anomālijas (atvērts arteriālais

1. attēls | Vispārējs iedzimto un iegūto asinsvadu anomāliju iedalījums



aortas (anomāla koronāro artēriju atiešana no plaušu artērijas, kas nav fistula);

- koronāro artēriju anatomijas anomālijas – iekšējo struktūru vai gaitas anomālijas (koronārā hipoplāzija);

Artēriju gaitas anomālijas:

- samazināts arteriolu/kapilāru sazarojums;
- koronāro artēriju fistulas uz citām sirds struktūrām – koronāro sinusu, labo priekškamari, labo kambari, plaušu artēriju, dobo vēnu;
- koronāro artēriju fistulas uz citām struktūrām, kas atrodas ārpus sirds (bronhiem, iekšējām krūšu artērijām, perikardu, vidēni, diafragmas un starpribu artērijām, barības vada asinsvadu zariem uz aortu). Šie savienojumi var būt hemodinamiski nozīmīgi, ja pastāv spiediena gradients starp divām arteriālām sistēmām, kuras daudz biežāk parādās, attīstoties atero-

sklerotiskai koronāro artēriju slimībai. [3,4].

Koronāro artēriju fistulas

Koronāro artēriju fistulas (koronārās fistulas) ir abnormāla komunikācija starp koronāro artēriju sistēmu un sirds kambari (*coronary-cameral fistula*) vai lielo asinsvadu. Koronārās fistulas var atiet no jebkuras no galvenajām epikardiālajām artērijām un drenējas parasti uz koronāro sinusu, labo kambari, labo priekškamari, plaušu artēriju vai uz augšējo dobo vēnu. Tās var arī drenēties uz jebkuru sistēmiskās vai plaušu cirkulācijas segmentu, ieskaitot bronhu artērijas. Incidence ir aptuveni 0,1–0,2% pacientu, kuriem tiek veikta selektīva koronāro artēriju angiogrāfija. Koronāro artēriju fistula ir otrā visbiežāk iedzimtā koronāro artēriju anomāli-

ja pēc anomāla koronāro artēriju novietojuma. Fistulas biežāk iesaista labo koronāro artēriju (*Right coronary artery – RCA*) nekā kreiso koronāro artēriju (*Left coronary artery – LCA*). Mazāk nekā 5% gadījumu fistulas var iesaistīt abas artērijas – gan labo koronāro artēriju, gan kreiso koronāro artēriju. Kreisā apliecošā artērija (*Left circumflex artery – LCx*) tik reti skarta. Drenāža uz kreiso kambari un priekškamari ir ļoti reti sastopama. Drenāžas vieta parasti ir zemāka spiediena venozās cirkulācijas sistēmā, kas rezultējas ar šuntu no kreisās uz labo pusi. Vairumā gadījumu koronāro artēriju fistulas ir mazas un asimptomātiskas. Klīniskā manifestācija ir atkarīga no šunta smaguma pakāpes. Ja šunts ir hemodinamiski nozīmīgs, tas var rezultēties ar labās sirds puses tilpuma pārslodzi (palielināsies labais kambaris) un hemodinamisko “apzagšanas fenomenu”, kas, savukārt, var izraisīt ishēmiju. Ja komunikācija ir ar kreisās puses kambari, tad tas hemodinamiski var atgādināt aortālas nepietiekamības simptomus. [3,4]

Koronāro artēriju fistulu diagnostika

Koronāro artēriju fistulas var diagnosticēt ar koronāro artēriju angiogrāfiju. No attēldiagnostikas metodēm koronāro anomāliju diagnostikā datortomogrāfija (DT) ir pārāka par magnētiskās rezonanses izmeklējumu. Pretēji koronāro artēriju angiogrāfijai, kas ir invazīvs izmeklējums, ar DT var izvērtēt ne tikai artēriju lūmenu, bet arī artērijas sienīgu un tai pieguļošās blakusstruktūras – miokardu, lielas artērijas un sirds kambarus.

DT ļauj precīzi novērtēt koronāro artēriju anomālo izcelsmi, kā arī artērijas gaitu – tās sākumu un beigas (*skat. att. Nr. 2. un Nr. 3.*) [3,4]

Koronāro artēriju fistulu ārstēšana

Koronāro artēriju fistulas jāizvērtē ziņoši sirds ārstu komandai, kurā ir gan kardiologi, kuri specializējušies iedzimtajās sirdskaitēs, gan invazīvie kardiologi un kardiķirurgi, lai noteiktu to medikamentozo terapiju un/vai perkutānu vai ķirurģisku fistulu slēgšanu. Ārstēšanas iespējas ir fistulas slēgšana ar embolizāciju vai tās liģēšana ar vai bez koronāro artēriju šuntēšanas. Transkatetra koronāro artēriju arteriovenožu fistulu slēgšana jāveic tikai specializētos centros ar pieredzi šādās procedūrās. Fistulu slēgšanas indikāci-

2., 3. attēls | Koronāro artēriju fistula

