

Tək çıxışlı koronar arteriya anomaliyası

G. Ağayeva¹, S. Hüseynova¹, M. Ağamalıyev¹, N. İslamova¹

Giriş

Tək çıxışlı koronar arteriya nadir bir anomaliyadır, həm təkbaşına, həm də digər anadangəlmə ürək anomaliyaları ilə birlikdə müşahidə oluna bilər. Tək çıxışlı koronar arteriya azalmış miokard perfuziyasına bağlı qəfləti ürək ölümü yarada bilər. Müxtəlif məlumatlara görə, rastgəlmə sıxlığı 0,024% ilə 1% arasında dəyişir[1]. Anomaliyanın növü ilə angina simptomları arasında bəlgir bir korrelyasiya yoxdur[2].

Açar sözlər: tək çıxışlı koronar arteriya, koronar anomaliya, anadangəlmə ürək qüsuru, koronar angiografiya, qəfləti ürək ölümü, mədəcik ekstrasistoliyası

Giriş

Tək çıxışlı koronar arteriya nadir bir anomaliyadır, həm təkbaşına, həm də digər anadangəlmə ürək anomaliyaları ilə birlikdə müşahidə oluna bilər. Tək çıxışlı koronar arteriya azalmış miokard perfuziyasına bağlı qəfləti ürək ölümü yarada bilər. Müxtəlif məlumatlara görə, rastgəlmə sıxlığı 0,024% ilə 1% arasında dəyişir[1]. Anomaliyanın növü ilə angina simptomları arasında bəlgir bir korrelyasiya yoxdur[2].

Açar sözlər: tək çıxışlı koronar arteriya, koronar anomaliya, anadangəlmə ürək qüsuru, koronar angiografiya, qəfləti ürək ölümü, mədəcik ekstrasistoliyası

Klinik hal

58 yaşlı qadın xəstə ürəkdöyünmə, anginoz ağrılar və təngnəfəslik şikayəti ilə klinikamıza müraciət etdi. Yanaşı olaraq, hipertoniya xəstəliyindən əziyyət çəkir və daimi olaraq 5 mq amlodipin qəbul edir. AT - 160/80 mmHg, ÜVS - 81 v/dəq, SpO2 - 97%. Laborator analizləri normaldır.

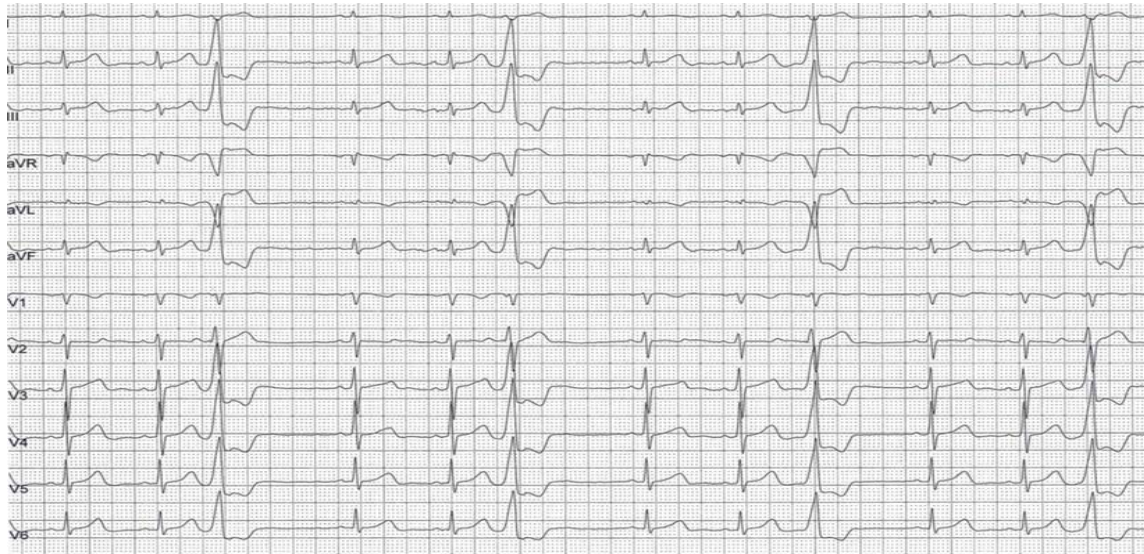
Yazışma üçün əlaqə:

G. Ağayeva¹, S. Hüseynova¹, M.

Ağamalıyev¹, N. İslamova¹

1. Medistyle Hospital, Zəfəran
Hospital

E mail:doctorgulane@yahoo.com

Ekq: Normal sinus ritmi, trigeminik mədəcik ekstrasistoliyaları

Exokardioqrafiya : LVEF - 60%, ciddi seqmentar divar qüsuru müşahidə edilmədi, minimal MÇ.

Xəstəyə koronar angiografiya (KAQ) icra edildi:



Bütün koronarlar sağ koronar kuspisdən və eyni ostiumdan çıxır. Sol koronar kuspisə selektiv kontrast verildi və heçbir koronar çıxışın olmadığı müşahidə edildi. Xəstəyə 24 saatlıq ritm holteri məsləhət görüldü. 24 saatlıq ritm holteri: 6220 ədəd (6%) tək-tək, bigeminiya və trigeminiya şəklində mədəcik

ekstrasistoliyaları qeyd edildi. Xəstəyə Metoprolol 25 mq b.i.d başlandı. 1 ay sonrakı kontrol müayinədə: Xəstənin şikayəti yoxdur, 24 saatlıq ritm holterində mədəcik ekstrasistoliyalarının sayı 2% qeyd edilir.

Müzakirə

Tək çıxışlı koronar arteriya – tək bir ostiumdan başlanğıc götürən koronar damarların bütün ürəyi qidalandırması son dərəcə nadir görülən bir anomaliyadır. Əksər hallarda xəstələr asimptomatik olur və koronar angiografiya əsnasında təsadüfən diaqnoz qoyulur və ya tipik sinə ağrısı, xüsusilə də fiziki aktivlik zamanı azalmış miokard perfuziyasına bağlı ani kardiak ölüm, senkop, miokard infarktı və s. də müşahidə edilə bilər[3]. Diaqnoz koronar angiografiya ilə yanaşı, KT (kompüter tomoqrafiya) angiografiya və kardiak MRT (maqnit rezonans tomoqrafiya) ilə də təsdiqlənə bilər. KT angiografiya kontrast maddə iştirakı ilə icra edilsə də, invaziv olmayan görüntülemə metodudur. Kardiak MRT ilə isə ionlaşdırıcı radiasiyaya məruz qalmadan, kardiovaskulyar anatomiya, perfuziya və funksiya kimi bir çox parametrlər eyni anda dəyərləndirilə bilər[4]. Qızıl standart KAQ olmağa davam edir, lakin invaziv olmamaqları səbəbilə KT angiografiya və kardiak MRT son zamanlarda getdikcə daha çox istifadə olunur.

Aorta və ağciyər arteriyasına görə anormal koronarların gedişinin dəqiq müəyyən edilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir, çünki fiziki aktivlik zamanı miokard işemiyası aorta ilə ağciyər arteriyası arasında anormal SCA (single coronary artery) budaqlarının əyilməsi və ya sıxılması nəticəsində yarana bilər.

Müalicə seçimləri arasında konservativ müalicə, perkutan koronar müdaxilə (PKM) və cərrahi müdaxilə yer alır. SCA olan insanlar üçün proqnoz qeyri-müəyyən olsa

da, əsas neqativ kardiak hadisələr 15% xəstədə 40 yaşdan əvvəl baş verir. Asimptomatik xəstələrin əksəriyyəti müalicə tələb etmir və risk faktorlarına ciddi nəzarətlə kontrol altında saxlanılmalıdır. Anatmik çoxsaylı anomaliyaların mövcud olduğu hallarda və simptomatik xəstələrdə kardiotorakal cərrahiyyə və invaziv müdaxilə daxil olmaqla multidissiplinar yanaşma nəzərdən keçirilə bilər.

Koronar anomaliyaların mövcudluğunda aterosklerotik koronar arteriya xəstəliyinin (KAX) aşkar edilməsi, xüsusilə PKM ilə CABG arasında bir qərar verilməsi lazım gəldikdə praktik əhəmiyyət kəsb edir. Diaqnostik və terapevtik səbəblərdən ötrü, koronar anatomiyadakı mümkün variasiyaların, onların fərqli mənbələrinin və gedişatının bilinməyi çox vacibdir. Ciddi KAX ilə əlaqəli simptomatik xəstələr PKM və ya CABG kimi rutin müdaxilələrlə müalicə edilə bilər[5]. Koronar arteriya anomaliyalarının cərrahi öncəsi angiografik olaraq tanınması da böyük əhəmiyyət kəsb edir. Əməliyyat zamanı, kardiopulmonar bypass zamanı tanınmayan anormal bir damarın perfuziyadan çıxarılması və ya cərrahın səhvən anormal yola sahib bir arteriyaya zərər verməsi halında cərrahi ağırlaşmalar baş verə bilər.

Lipton[6] başlanğıcda SCA-nın angiografik təsnifatını irəli sürmüş, daha sonra Yamanaka tərəfindən dəyişdirilmişdir. Bu təsnifat, ostiumun sinus Valsalvadan çıxışını, damarların anatomik gedişini nəzərə alır.

Cədvəl 1. Liptonun tək koronar arteriya təsnifatı

Sağdan çıxış	Tərif	Soldan çıxış
RI	Normal sağ və ya sol koronar arteriyanın gedişini izləyərək, sol və ya sağ koronar kuspisdən çıxan tək damar	RII
RIIA	Anormal damar, böyük damarlarla əlaqəsinə görə 3 tipə ayrılır. Tip A pulmoner gövdənin önündən keçir. Tip B, aorta və pulmoner gövdə arasında yerləşir. Tip P isə aortanın arxasından keçir	LIIA
RIIB		LIIB
RIP		LIIP
RIII	Sağ koronardan, ortaq gövdədən çıxan sol ön enən və sirkumfleks arteriyaları ilə birlikdə sol koronar arteriyanın olmaması	

R və ya L hərfləri damarın osteal mənşəyini müəyyən etmək üçün istifadə olunur; damarın anatomik paylanması göstərmək üçün I, II və ya III rum rəqəmləri, A, B, P, S və C hərfləri isə damarın ağciyər arteriyası və aortaya nisbətən gedişini təsvir etmək üçün istifadə olunur[7].

RI, LI tipləri kimi bəzi anomaliya sinifləndirilmələri xoşxassəli klinik gedişat göstərir. Anormal koronar arteriya R/LIIB və ya RIII tipdə olarsa, ciddi klinik ağırlaşmalara daha çox meyllilik göstərir deməkdir.

Ədəbiyyat:

- Desmet W, Vanhaecke J, Vrolix M, Van de Werf F, Piessens J, Willems J, De Geest H. Isolated single coronary artery: a review of 50,000 consecutive coronary angiographies. *Eur Heart J*. 1992;13:1637–1640. doi: 10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a060117;
- Martin J. Lipton, William H. Barry, Ivo Obrez, James F. Silverman, Lewis Wexler - Isolated Single Coronary Artery: Diagnosis, Angiographic Classification, and Clinical Significance;
- Akçay A, Tuncer C, Batyraliev T, Gökçe M, Eryonucu B, Koroglu S, Yılmaz R. Isolated single coronary artery. *Circ J*. 2008;72:1254–8;
- Rudan D, Todorovic N, Starcevic B, Raguz M, Bergovec M. Percutaneous coronary intervention of an anomalous right coronary artery originating from the left coronary artery. *Wien Klin Wochenschr*. 2010;122:508–10;
- Zweiker R, Luha O, Klein WW. Rescue percutaneous transluminal coronary angioplasty in a patient with a single coronary artery arising from the right Sinus Valsalvae: previously unreported scenario and review of literature. *J Intern Med*. 2002;252:84–87;

6. Lipton MJ, Barry WH, Obrez I, Silverman JF, Wexler L. Isolated single coronary artery: diagnosis, angiographic classification, and clinical significance. *Radiology*. 1979;130:39–47. doi: 10.1148/130.1.39;
7. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Catheter Cardiovasc Interv*. 1990;21:28–40. doi: 10.1002/ccd.1810210110.

Əlavə məlumatlar.

Müəlliflərin töhfələri.

Konsepsiya və dizayn, Məlumatların əldə edilməsi, təhlili və ya təfsir, Əlyazmanın tərtibi, Əlyazmanın mühüm intellektual məzmun üçün tənqidi təftişi, Statistik təhlil, Məlumatların idarəedilməsi, Araşdırma, Əldə edilmiş dəstək, maliyyə və nəzarət: bütün müəlliflər bərabər qaydada. Müəlliflər yekun əlyazmanı oxuyub və təsdiq edib.

Maliyyələşdirmə.

Məqalənin hazırlanması məqsədilə aparılan təhlil və araşdırmalar üçün heç bir kənar maliyyə əldə edilməmişdir. Heç bir digər qurum və ya sponsor təşkilatlararasıdırmanın və ya tədqiqatın və ya təhlilin

dizaynı və aparılmasında; məlumatların toplanması, idarə edilməsi, təhlili, məlumatların təfsirində, habelə əlyazmanın hazırlanması, nəzərdən keçirilməsi və ya təsdiqində heç bir rola malik olmayıb; əlyazmanın nəşrə təqdim edilməsi haqqında qərarların verilməsində iştirak etməmişdir.

Məlumat və materialların əlçatanlığı.

Təhlil zamanı istifadə olunan və/yaxud təhlil edilən məlumatlar (datalar) müəlliflərə və ya jurnalın redaksiyasına müraciət etməklə əldə edilə bilər.

Bəyannamələr.

Etik Komitənin icazəsi və məlumatlı razılıq.

Hər bir iştirakçıdan yazılı və ya uyğun olduqda şəfahi məlumatlı razılıq alınıb. Etik Komitə (AKC, Azərbaycan) bu təhlili təsdiq edib.

Maraqların toqquşması.

Müəllif(lər) hər hansı maraqların toqquşmasını bəyan etməyiblər.

Müəlliflərə dair təfərrüatlar.

1. Medistyle Hospital, Zəfəran Hospital

Göndərilib: 21 fevral 2024-cü il. **Qəbul edilib:** 22 fevral 2024-cü il. **Elektron nəşr** 23 fevral 2024-cü il.