



Особенности течения острого коронарного синдрома вследствие спонтанной диссекции коронарных артерий у женщин: серия случаев

Недбаева Д. Н., Асеева А. С., Жидулева Е. В., Минеева Е. В., Яковлев А. Н., Кухарчик Г. А.

Спонтанная диссекция коронарных артерий (СДКА) — расслоение стенки коронарной артерии, возникающее спонтанно, без связи с атеросклерозом, чрескожным коронарным вмешательством или механической травмой. Особенностью заболевания является его преобладание у молодых женщин. Известно о связи данного состояния с беременностью и гормональными изменениями. Описан ряд факторов риска, таких как сосудистая патология (наиболее часто — фибромускулярная дисплазия), другие наследственные заболевания соединительной ткани, системные воспалительные заболевания, мигрень, заболевания щитовидной железы.

Тем не менее точные механизмы патофизиологической связи на сегодняшний день не определены, и не у всех пациентов удастся выявить факторы риска, что свидетельствует о сложной и не до конца изученной природе заболевания. В данной статье мы приводим серию случаев, посвященных развитию СДКА у женщин, и рассматриваем предрасполагающие факторы развития заболевания.

Ключевые слова: клинический случай, спонтанная диссекция коронарных артерий, острый коронарный синдром, коронароангиография.

Отношения и деятельность: нет.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Недбаева Д. Н. — аспирант Института медицинского образования, ORCID: 0000-0001-7278-6581, Асеева А. С. — врач кардиологического отделения, ORCID: 0000-0001-7225-1560, Жидулева Е. В. — врач кардиологического отделения, ORCID: 0000-0003-4715-7585, Минеева Е. В. — к.м.н., зав. кардиологи-

ческим отделением, ORCID: 0000-0001-9735-0207, Яковлев А. Н. — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии с клиникой, врач отделения анестезиологии и реанимации, ORCID: 0000-0001-5656-3978, Кухарчик Г. А. * — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии с клиникой, ORCID: 0000-0001-8480-9162.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

kukharchik_ga@almazovcentre.ru

ИМ — инфаркт миокарда, КАГ — коронароангиография, ЛЖ — левый желудочек, ОКС — острый коронарный синдром, ПКА — правая коронарная артерия, ПМЖА — передняя межжелудочковая артерия, СДКА — спонтанная диссекция коронарных артерий, ФВ — фракция выброса, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиограмма, ЭхоКГ — эхокардиография.

Рукопись получена 04.06.2024

Рецензия получена 15.07.2024

Принята к публикации 01.08.2024



Для цитирования: Недбаева Д. Н., Асеева А. С., Жидулева Е. В., Минеева Е. В., Яковлев А. Н., Кухарчик Г. А. Особенности течения острого коронарного синдрома вследствие спонтанной диссекции коронарных артерий у женщин: серия случаев. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(3S):5982. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5982. EDN NBTKTE

Clinical features of acute coronary syndrome associated with spontaneous coronary artery dissection in women: a case series

Nedbaeva D. N., Aseeva A. S., Zhiduleva E. V., Mineeva E. V., Yakovlev A. N., Kukharchik G. A.

Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is defined as a spontaneous dissection of the coronary artery wall that occurs independently of atherosclerosis, percutaneous coronary intervention, or mechanical trauma. Its distinctive feature is high prevalence in young women. This condition is associated with pregnancy and hormonal changes. A number of risk factors have been identified, including vascular pathology (most commonly fibromuscular dysplasia), other hereditary connective tissue disorders, systemic inflammatory diseases, migraine, and thyroid diseases. Nevertheless, the precise mechanisms of the pathophysiological relationship remain to be elucidated, and risk factors cannot be identified in all patients, indicating the complex and incompletely understood nature of the disease. The present article presents a case series on the development of SCAD in women and a review of the predisposing factors for the disease.

Keywords: clinical case, spontaneous coronary artery dissection, acute coronary syndrome, coronary angiography.

Relationships and Activities: none.

Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia.

Nedbaeva D. N. ORCID: 0000-0001-7278-6581, Aseeva A. S. ORCID: 0000-0001-7225-1560, Zhiduleva E. V. ORCID: 0000-0003-4715-7585, Mineeva E. V. ORCID: 0000-0001-9735-0207, Yakovlev A. N. ORCID: 0000-0001-5656-3978, Kukharchik G. A. * ORCID: 0000-0001-8480-9162.

*Corresponding author:

kukharchik_ga@almazovcentre.ru

Received: 04.06.2024 **Revision Received:** 15.07.2024 **Accepted:** 01.08.2024

For citation: Nedbaeva D. N., Aseeva A. S., Zhiduleva E. V., Mineeva E. V., Yakovlev A. N., Kukharchik G. A. Clinical features of acute coronary syndrome associated with spontaneous coronary artery dissection in women: a case series. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(3S):5982. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5982. EDN NBTKTE

Спонтанная диссекция коронарных артерий (СДКА) — расслоение стенки коронарной артерии, возникающее спонтанно, без связи с атеросклерозом, чрескожным коронарным вмешательством или механической травмой (рис. 1). СДКА чаще возникает у пациентов без известных факторов риска

зом, чрескожным коронарным вмешательством или механической травмой (рис. 1). СДКА чаще возникает у пациентов без известных факторов риска

Ключевые моменты

- Спонтанная диссекция коронарной артерии (СДКА) — это редкая причина острого коронарного синдрома (ОКС).
- Необходимо учитывать СДКА в дифференциальной диагностике ОКС, особенно у молодых женщин без факторов риска атеросклероза.
- Тактика ведения пациентов с СДКА не изучалась в рандомизированных исследованиях, рекомендации основаны преимущественно на консенсусе экспертов.
- Многообразие клинических вариантов СДКА требует индивидуального подхода к ведению пациентов с учетом особенностей течения заболевания.

Key messages

- Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) represents a rare cause of acute coronary syndrome (ACS).
- SCAD should be considered in the differential diagnosis of ACS, particularly in young women without risk factors for atherosclerosis.
- The management of patients with SCAD has not been studied in randomized trials, and recommendations are based primarily on expert consensus.
- The variety of SCAD clinical variants requires an individual approach to patient management, taking into account the characteristics of the disease course.

сердечно-сосудистых заболеваний и составляет от 1% до 4% случаев острого коронарного синдрома (ОКС). Особенностью заболевания является его преобладание у молодых женщин. Более 90% пациентов с диссекцией — женщины, их средний возраст составля-

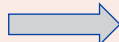
ет 44-53 года, хотя СДКА встречается от подросткового возраста до восьмого десятилетия жизни. Клинические проявления СДКА могут варьировать от боли в груди до внезапной сердечной смерти [1-3].

В последние годы в литературе были описаны случаи ОКС вследствие СДКА у женщин [4-8]. Одним из

Спонтанная диссекция коронарной артерии — расслоение стенки коронарной артерии, возникающее спонтанно, без связи с атеросклерозом, чрескожным коронарным вмешательством или механической травмой

Предшествующие состояния

- Беременность
- Прием гормональных препаратов
- Фибромускулярная дисплазия
- Системные заболевания соединительной ткани
- Системные воспалительные заболевания
- Мигрень
- Заболевания щитовидной железы



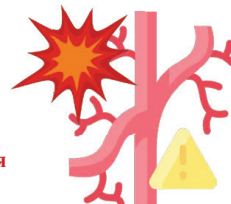
- Нарушение архитектуры сосудистой стенки
- Эндотелиальная дисфункция

Триггеры

- Физическая нагрузка
- Механические триггеры типа приема Вальсальвы
- Психологический стресс
- Лекарственные препараты



Спонтанная диссекция коронарной артерии



Лечение

Индивидуальный выбор тактики

Основано на мнении экспертов
Не проводилось рандомизированных исследований

Консервативная терапия — основная стратегия

Чрескожное коронарное вмешательство — при сохранении симптомов и признаков продолжающейся ишемии миокарда, большой площади повреждения миокарда, и сниженным кровотоком в коронарных артериях (I, C — ESC, 2023)

Аорто-коронарное шунтирование — при окклюзии инфаркт-связанной артерии, когда ЧКВ невозможно/безуспешно и под угрозой находится большая площадь миокарда (IIa, C — ESC, 2023)

Рис. 1. СДКА — графическое резюме.

Сокращение: ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

важных и часто встречающихся факторов, ассоциированных с СДКА, является беременность и длительный прием гормональных препаратов. Нередко провоцирующим фактором является стресс: по данным ряда исследований, порядка половины пациентов с СДКА (41-55%) испытывали высокий уровень психологического стресса до наступления события [3].

В данной статье мы представляем серию случаев, иллюстрирующих особенности течения ОКС вследствие СДКА у женщин.

Клинический случай 1

Пациентка 41 года, беременность 39 недель, госпитализирована в перинатальный центр в связи с развитием ангинозного болевого синдрома. Беременность первая, протекала без серьезных осложнений. Артериальное давление при поступлении 160/100 мм рт.ст., ранее значимого повышения артериального давления не регистрировалось. Отягощен наследственный анамнез (инфаркт миокарда (ИМ) у отца в возрасте 30 лет, повторные инсульты).

Обследована по протоколу ОКС: электрокардиограмма (ЭКГ) без признаков острых очаговых изменений (рис. 2), при проведении эхокардиографии (ЭхоКГ) зон нарушения локальной сократимости не выявлено, клапанный аппарат без особенностей, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в пределах нормы. Отмечалось увеличение тропонина I максимально до 2,759 нг/мл (референсные значения 0-0,016 нг/мл). Была выполнена коронароангиография (КАГ) в экстренном порядке, по результатам которой значимых стенозов коронарных артерий не

выявлено, кровоток удовлетворительный — TIMI 3 (рис. 3) Выполнена магнитно-резонансная томография аорты: признаков аневризматического расширения аорты не выявлено. Состояние было расценено как острое повреждение миокарда, генез которого оставался неясным (возможные причины — вазоспазм

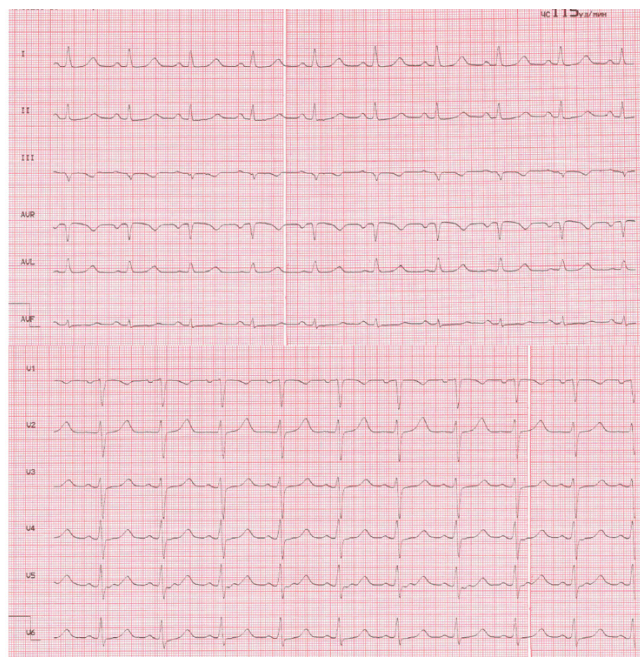


Рис. 2. ЭКГ при поступлении.

Примечание: синусовая тахикардия с ЧСС 115 уд./мин. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Без острых очаговых изменений.

Сокращение: ЧСС — частота сердечных сокращений.

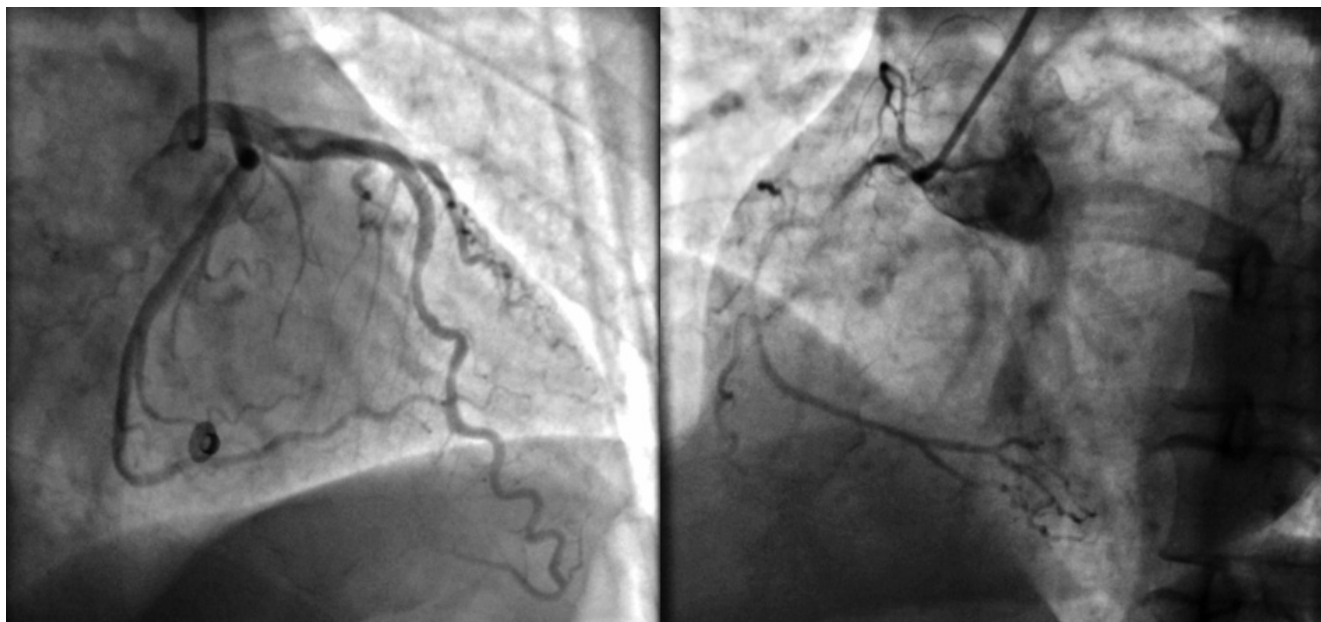


Рис. 3. КАГ при поступлении в стационар.

Примечание: коронарные артерии без значимого стенозирования, кровоток удовлетворительный, TIMI 3.

коронарных артерий, миокардит). При дообследовании данных в пользу инфекционного/воспалительного генеза заболевания получено не было. С учетом беременности возможности терапии и дообследования были ограничены. В связи со стабилизацией состояния (ЭКГ, ЭхоКГ без отрицательной динамики, тропонин со снижением) принято решение о дообследовании пациентки после родоразрешения.

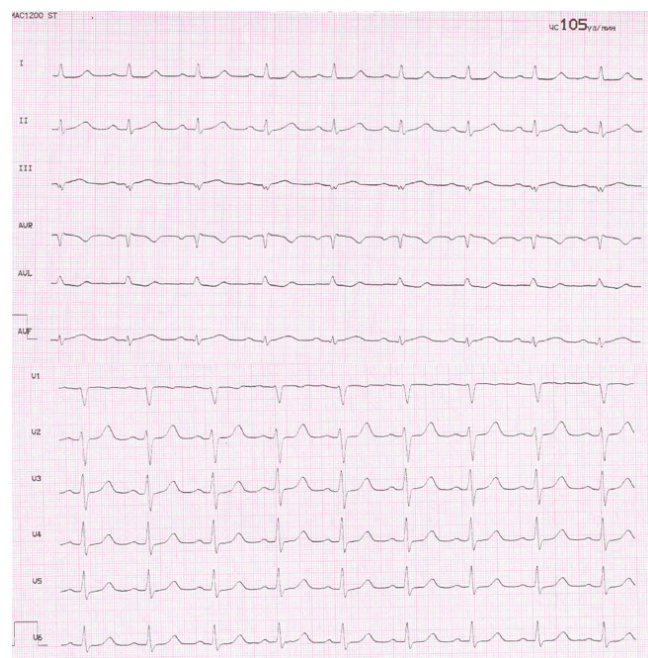


Рис. 4. ЭКГ при болевом синдроме.

На вторые сутки госпитализации пациентка была родоразрешена путем кесарева сечения в условиях общей анестезии. Проводили мультимодальное обезболивание, утеротоническую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений, антигипертензивную терапию.

В раннем послеоперационном периоде пациентка отметила рецидив болевого синдрома в грудной клетке, боли аналогичного характера с меньшей интенсивностью длительностью около 2 ч. На ЭКГ — синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 105 уд./мин. Признаки нагрузки на правое предсердие. Изменения реполяризации в области нижней стенки: тенденция к элевации ST III, aVF, изменение формы комплекса: rs III, aVF → qs III, qrs aVF (рис. 4).

По результатам ЭхоКГ ФВ — 65%, появление гипокинезии базального и срединного сегментов нижней стенки. Тропонин с повышением до 8,8 нг/мл (референсные значения 0-0,016). Таким образом, представленный эпизод критерияльно соответствует понятию "инфаркт миокарда": помимо лабораторных проявлений повреждения миокарда имеются убедительные признаки его ишемии в виде характерной ЭКГ динамики, классического ангинозного синдрома, локальной потери сократительной функции ЛЖ на ЭхоКГ. Консилиумом были определены показания к срочной КАГ, по результатам которой был выявлен протяженный стеноз правой коронарной артерии (ПКА), обусловленный спонтанной диссекцией в дистальной трети с вовлечением устья доминирующей ретровентрикулярной ветви. С учетом анатомии

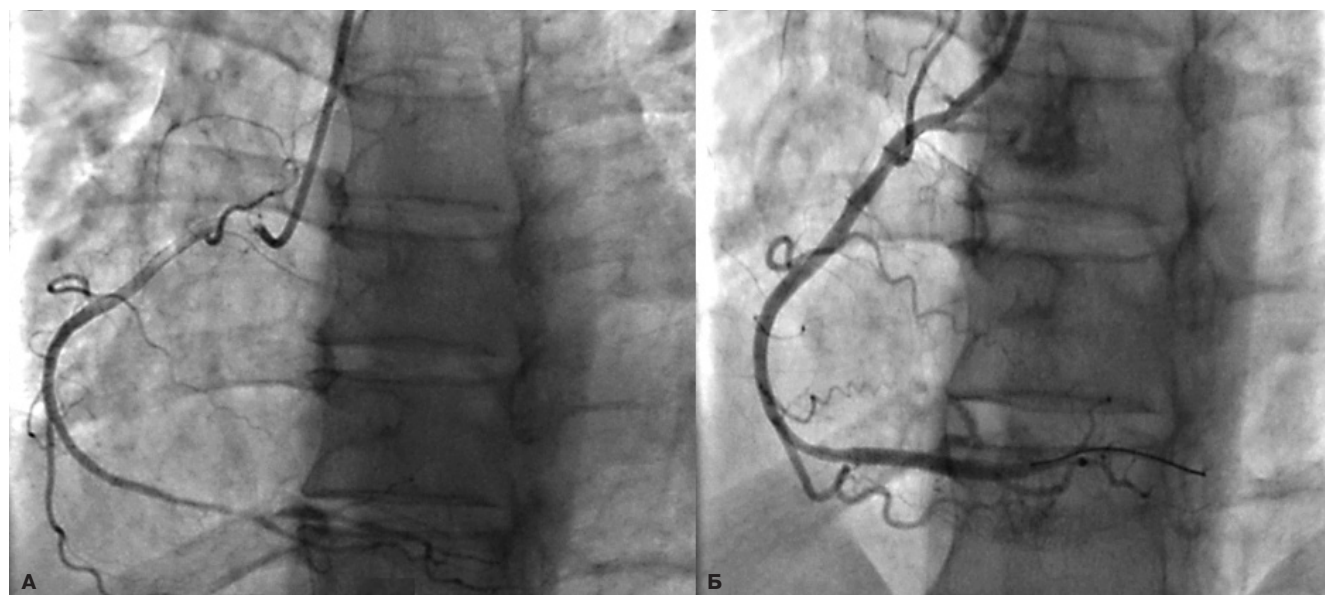


Рис. 5. Результаты повторной коронарографии.

Примечание: А. Протяженный стеноз ПКА, обусловленный спонтанной диссекцией, в дистальной трети с вовлечением устья доминирующей ретровентрикулярной ветви, кровоток по артерии выраженно замедлен (TIMI I-II). Б. Результат стентирования участков диссекции. Кровоток по ПКА удовлетворительный (TIMI III).
Сокращение: ПКА — правая коронарная артерия.

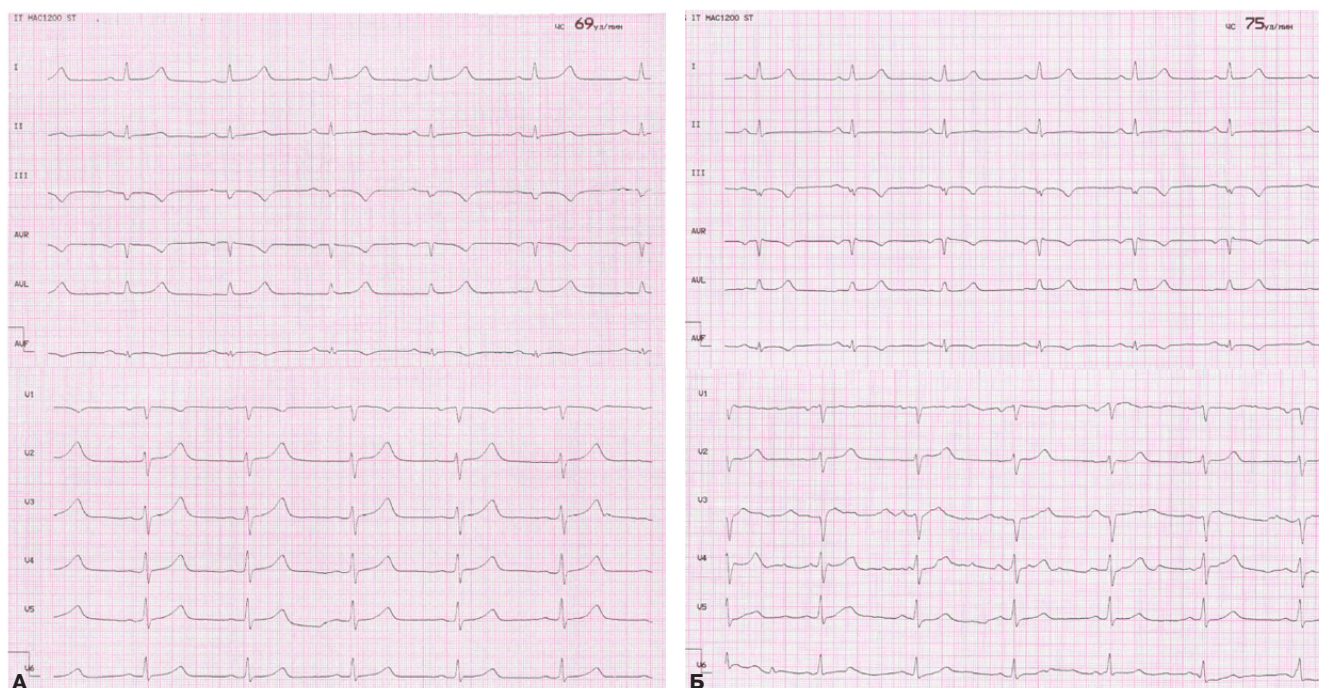


Рис. 6. ЭКГ в динамике.

Примечание: ЭКГ картина динамики инфаркта миокарда с формированием патологического зубца Q в области нижней стенки ЛЖ. **А** — вторые сутки ИМ, **Б** — шестые сутки ИМ.

Сокращения: ИМ — инфаркт миокарда, ЛЖ — левый желудочек, ЭКГ — электрокардиограмма.

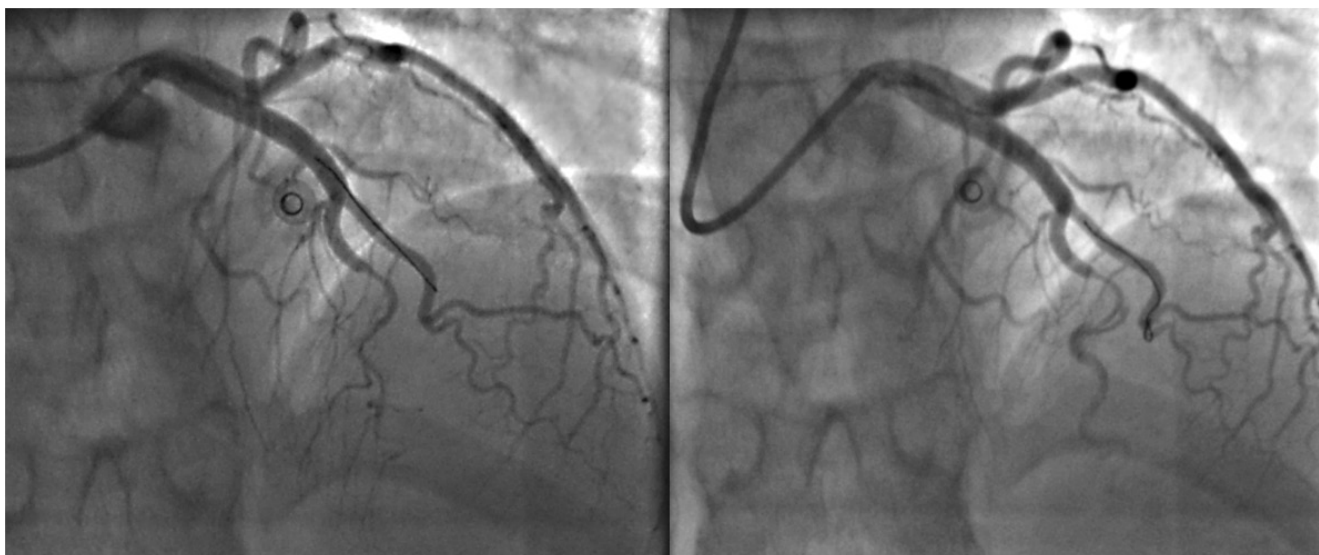


Рис. 7. Результаты КАГ при госпитализации.

Примечание: спонтанная диссекция от уровня средней трети ПМЖА: дефект контрастирования на границе средней и дистальной трети.

Сокращение: ПМЖА — передняя межжелудочковая артерия.

ческой характеристики повреждения, сохраняющегося стеноза и клинической картины (рецидивирующий болевой синдром) выполнено стентирование ПКА (имплантирован 1 стент — DES), реваскуляризация полная (рис. 5).

Течение послеоперационного периода без осложнений, содержание тропонина I снизилось до рефе-

ренсных значений, на ЭКГ — закономерная динамика ИМ (рис. 6). ЭхоКГ исследование — без отрицательной динамики, ФВ сохранена. При обследовании у пациентки выявлена дислипидемия (холестерин общий 8,03 ммоль/л, липопротеины низкой плотности 5,38 ммоль/л), начата терапия статинами. Проводилась двойная антиагрегантная терапия, назначены ингиби-

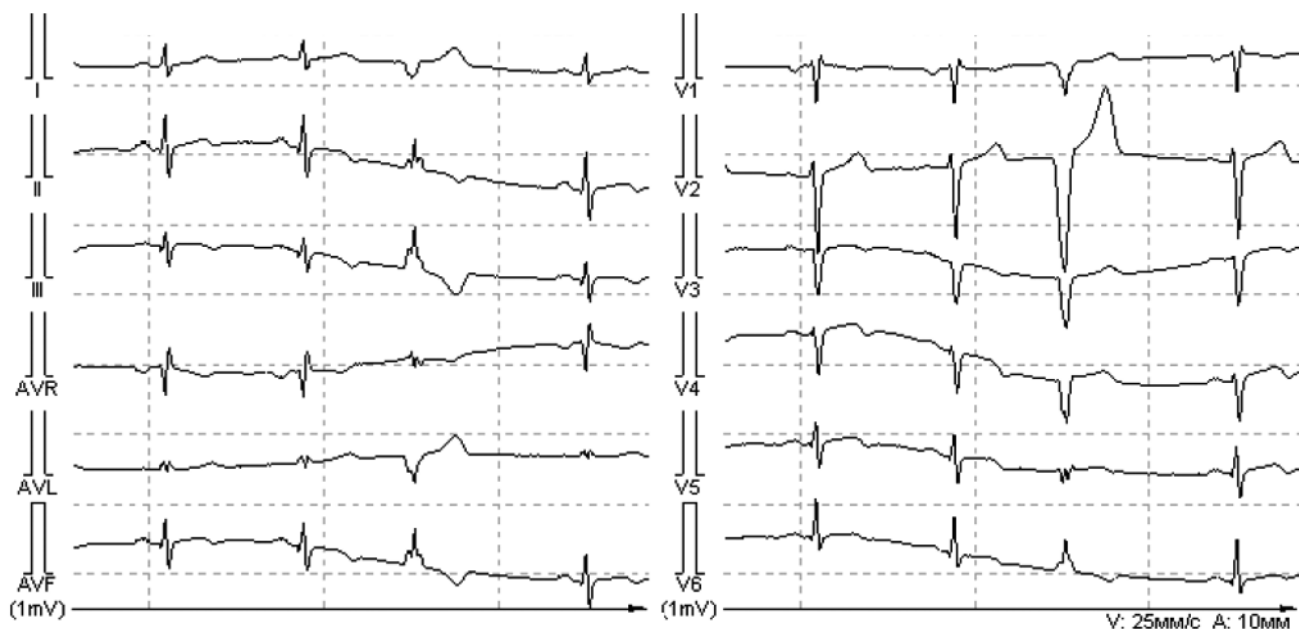


Рис. 8. ЭКГ на третьи сутки ИМ.

Примечание: закономерная динамика инфаркта миокарда переднебоковой стенки без зубца Q. ST V₃-V₆ ближе к изолинии, сформировались отрицательные T V₃-V₆.

торы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы.

Из сопутствующей патологии известно, что у пациентки имеется пролактинсекретирующая микроаденома гипофиза и до наступления беременности проводилось медикаментозное лечение гиперпролактинемии. Также в анамнезе — фузиформная аневризма препетрозального сегмента правой внутренней сонной артерии — без признаков разрыва или диссекции по данным компьютерной томографии-ангиографии в данную госпитализацию. Изменений других артерий шеи или основания головного мозга не выявлено.

Таким образом, у молодой женщины в раннем послеродовом периоде имеет место СДКА, на фоне измененного гормонального статуса. Послеоперационный период без осложнений, болевой синдром не рецидивировал.

Клинический случай 2

Пациентка 45 лет без анамнеза ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, без тяжёлой сопутствующей патологии, госпитализирована с ОКС с подъемом сегмента ST. На ЭКГ при поступлении ритм синусовый, ЧСС 85 уд./мин, элевация сегмента ST в V₃-V₆ до 2-3 мм. Зарегистрировано повышение тропонина (максимальное значение 22 нг/мл, референсные значения 0-0,016). На ЭхоКГ — ФВ ЛЖ 60%, гипокинезия верхушки, апикального сегмента межжелудочковой перегородки. По данным экстренной КАГ в передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) определяется дефект контрастирования на

границе средней и дистальной трети, визуализируется спонтанная диссекция от уровня средней трети ПМЖА, периферия гипоперфузирована (рис. 7). Определена консервативная тактика лечения.

Проводили терапию антиагрегантами, бета-адреноблокаторами, блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, статинами, препаратами железа по поводу железодефицитной анемии легкой степени. В связи с отсутствием атеросклеротического поражения коронарных артерий по данным КАГ было рекомендовано амбулаторно продолжить монотерапию ацетилсалициловой кислотой. На фоне проводимого лечения положительная динамика: болевой синдром не рецидивировал, на контрольных ЭКГ — закономерная динамика ИМ передне-боковой стенки без зубца Q (рис. 8).

Пациентка была дообследована. Выполнен лабораторный скрининг на наличие ревматологической патологии (определение уровня антител к протеиназе 3, миелопероксидазе, определение антинуклеарного фактора) — патологических изменений не выявлено. С целью исключения атеросклероза, фибромускулярной дисплазии, паттернов воспалительных заболеваний артерий выполнена ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий: признаков поражения сосудов не выявлено; по данным ультразвуковой доплерографии сосудов почек убедительных признаков гемодинамически значимых стенозов почечных артерий не выявлено. Характер и скорости кровотока на всех уровнях "сосудистого дерева" обеих почек сохранены. Таким образом, исключены поражения сосудов, в т.ч. фибромуску-

лярной дисплазии, системные заболевания соединительной ткани как причины спонтанной диссекции. В удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторный этап, рекомендованную терапию принимала в полном объеме. В данном случае на момент госпитализации не было выявлено сопутствующих заболеваний и состояний, которые могли бы привести к диссекции коронарной артерии. Пациентке было рекомендовано амбулаторное наблюдение и дообследование.

Обсуждение

Рассматривая возможные причины диссекции коронарных артерий в описанных случаях, в первую очередь необходимо отметить беременность и изменения гормонального статуса. С беременностью связано ~10% от всех случаев СДКА. При этом треть случаев ОКС при беременности и почти половина в послеродовом периоде обусловлены СДКА. Большинство случаев диссекции отмечается в последнем триместре беременности и в течение первой недели после родов. СДКА, связанная с беременностью, имеет более тяжелое клиническое течение и чаще проявляется как ОКС с подъемом сегмента ST с развитием ИМ передней стенки ЛЖ, при этом ангиографически в большинстве случаев выявляется поражение ствола левой коронарной артерии или многососудистое поражение [1, 9]. Точные механизмы патофизиологической связи на сегодняшний день не определены. Известно, что гормоны оказывают влияние на соединительную ткань и микроциркуляторное русло. Вследствие гормональных изменений происходят изменения эластических волокон и содержания мукополисахаридов в сосудах, а также нарушение синтеза коллагена. В сочетании с общим ослаблением сосудистой стенки острые гемодинамические изменения во время беременности, родов и послеродового периода могут повысить риск диссекции [9].

Патология соединительной ткани и коронарных сосудов также являются predisposing факторами развития СДКА [3]. В описанном нами первом клиническом случае известно о наличии аневризмы внутренней сонной артерии, что может быть признаком системного заболевания, в связи с чем пациентке было рекомендовано дообследование на амбулаторном этапе.

Тем не менее при СДКА не всегда удается выявить predisposing фактор, что свидетельствует о сложной и не до конца изученной природе заболевания. Среди таких факторов описан ряд состояний: сосудистая патология (наиболее часто — фибромускулярная дисплазия), несколько реже — другие наследственные заболевания соединительной ткани, системные воспалительные заболевания, мигрень, заболевания щитовидной железы. СДКА может быть

начальным проявлением основного заболевания соединительной ткани, в связи с чем ряд авторов предлагает включить в диагностический алгоритм СДКА обследование для выявления системных заболеваний [10]. В качестве провоцирующих факторов известна физическая нагрузка и психоэмоциональный стресс. В последние годы генетическая предрасположенность к СДКА также рассматривается в качестве predisposing фактора [3]. В связи с этим пациентам с СДКА необходимо наблюдение и дообследование для выявления причины заболевания.

Тактика ведения пациентов с СДКА преимущественно основана на консенсусе экспертов, поскольку нет данных рандомизированных клинических исследований, которые определяли бы специфическое лечение данной патологии. Пациенты после проведенного стентирования должны получать двойную антитромбоцитарную терапию, а пациенты с систолической дисфункцией ЛЖ — бета-адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы ангиотензиновых рецепторов в соответствии с клиническими рекомендациями [10].

Согласно современным клиническим рекомендациям, чрескожное коронарное вмешательство при СДКА показано при сохранении симптомов и признаков продолжающейся ишемии миокарда, большой площади повреждения миокарда, и сниженным кровотоком в коронарных артериях [10]. Выбор хирургической тактики в первом клиническом случае обусловлен рецидивирующим болевым синдромом, наличием клинических и лабораторных признаков продолжающейся ишемии миокарда. В соответствии с клиническими рекомендациями, пациентке в связи с ИМ и выполненным стентированием была назначена двойная антиагрегантная терапия, а также ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и бета-адреноблокаторы. С учетом дислипидемии инициирована терапия статинами. В связи с абсолютными показаниями к приему препаратов, несовместимых с лактацией, было принято решение о подавлении лактации.

У пациентов с СДКА после стентирования коронарных артерий необходимость назначения двойной антиагрегантной терапии не вызывает сомнений. Однако в случае выбора консервативной тактики при ОКС, вызванном диссекцией, тактика ведения определяется индивидуально. Учитывая риск расширения интрамуральной гематомы на фоне применения антитромбоцитарных препаратов, отсутствие долгосрочной пользы и более высокий риск кровотечений, рассматривается возможность деэскалации антитромбоцитарной терапии. Длительная антиагрегантная терапия может быть продолжена у пациентов с другими убедительными показаниями, в частности при наличии атеросклероза при визуализации сосудов [10, 11].

Применение бета-адреноблокаторов было ассоциировано с более низким риском повторной СДКА в наблюдательном исследовании, проведенном в одном центре, однако эта связь не была подтверждена в других когортах. Учитывая клиническую пользу при ОКС атеросклеротического генеза, применение бета-адреноблокаторов после СДКА целесообразно, если они хорошо переносятся. Влияние статинов на рецидивы СДКА не было доказано в клинических исследованиях, и они рекомендуются только для лечения дислипидемии [11].

Во втором клиническом случае выбрана консервативная тактика. По результатам консилиума в связи с отсутствием атеросклеротического поражения коронарных артерий двойная антитромботическая терапия была завершена на стационарном этапе, амбулаторно рекомендовано продолжить монотерапию ацетилсалициловой кислотой.

Заключение

СДКА — редкая причина ОКС. Она рассматривается как причина ОКС у женщин, преимущественно молодого возраста без факторов риска развития атеросклероза. СДКА следует учитывать при дифференциальной диагностике ОКС в этой популяции.

Литература/References

- Kaddoura R, Cader FA, Ahmed A, Alasnag M. Spontaneous coronary artery dissection: an overview. *Postgraduate Medical Journal*. 2023;99(1178):1226-36. doi:10.1093/postmj/qgad086.
- Zainobidinov ShSh, Khelimsky DA, Baranov AA, et al. Modern aspects of diagnosis and treatment of patients with spontaneous coronary artery dissection. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(8):3193. (In Russ.) Зайнобидинов Ш.Ш., Хелимский Д.А., Баранов А.А. и др. Современные аспекты диагностики и лечения пациентов со спонтанной диссекцией коронарных артерий. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(8):3193. doi:10.15829/1728-8800-2022-3193.
- Stanojevic D, Apostolovic S, Kostic T, et al. A review of the risk and precipitating factors for spontaneous coronary artery dissection. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1273301. doi:10.3389/fcvm.2023.1273301.
- Brylyakova DN, Stepanova EV, Zubarev DD, et al. Myocardial infarction in the young woman due to spontaneous coronary artery dissection. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(2):4159. (In Russ.) Брылякова Д.Н., Степанова Е.В., Зубарев Д.Д. и др. Инфаркт миокарда у молодой женщины вследствие спонтанной диссекции коронарной артерии. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(2):4159. doi:10.15829/1560-4071-2021-4159.
- Kuznetsov AA, Namitokov AM, Sazhneva AV, et al. Spontaneous left coronary artery dissection in the postpartum period: a case report. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(3S):5059. (In Russ.) Кузнецов А.А., Намитокоев А.М., Сажнева А.В. и др. Клинический случай спонтанной диссекции левой коронарной артерии в послеродовом периоде. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(3S):5059. doi:10.15829/1560-4071-2022-5059.
- Zeven K. Pregnancy-Associated Spontaneous Coronary Artery Dissection in Women: A Literature Review. *Curr Ther Res Clin Exp*. 2023;98:100697. doi:10.1016/j.curtheres.2023.100697.
- Pineda A, Martin J, Puri A, Jahangiri B. Spontaneous coronary artery dissection of the proximal left circumflex artery: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2019;3(3):ytz112. doi:10.1093/ehjcr/ytz112.
- Sharma H, Vetrugno V, Khan SQ. Successful treatment of a spontaneous right coronary artery dissection with a 4-mm diameter cutting balloon: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2019;3(4):1-6. doi:10.1093/ehjcr/ytz212.
- Kim CW, Frishman WH, Aronow WS. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Review of Possible Pathophysiological Risk Factors. *Cardiol Rev*. 2023;31(4):207-14. doi:10.1097/CRD.0000000000000477.
- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al., ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2023;44(38):3720-826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.
- Lewey J, El Hajj SC, Hayes SN. Spontaneous Coronary Artery Dissection: New Insights into This Not-So-Rare Condition. *Annu Rev Med*. 2022;73:339-54. doi:10.1146/annurev-med-052819-023826.

Этиология и патогенез заболевания остаются неопределенными. Предполагается, что в основе СДКА лежат предшествующие поражения артерий, на фоне которых они становятся уязвимыми для диссекции. Показана роль в развитии СДКА ряда факторов, в т.ч. женского пола, беременности, гормональных изменений, системных заболеваний соединительной ткани.

Тактика ведения пациентов с СДКА не изучалась в рандомизированных исследованиях. Рекомендации сопоставимы с лечением пациентов с ОКС на фоне атеросклероза, хотя в основе этих двух похожих по симптомам и проявлениям состояний лежат разные патофизиологические механизмы. С учетом многообразия клинических вариантов СДКА, тактика ведения определяется индивидуально с учетом особенностей пациента и течения заболевания.

Информированное согласие от законного представителя пациента на использование медицинских данных в научных целях получено.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.