

Спонтанная диссекция коронарных артерий у молодого пациента: клинический случай

А.А. Бапинаев¹, А.А. Бапинаева^{2,3}, А.Б. Хадзугов^{3✉}, arturahad1976@gmail.com, И.К. Тхабисимова³, Ф.Х. Оракова³, Л.С. Болотокова³, О.С. Шогенов³, О.А. Мизиев³, С.С. Гулаев³, Д.А. Нагоева³, Р.М. Абидокков³, И.В. Мусов³, Д.И. Истепанова³, Д.Р. Заифова³, А.А. Урусбамбетова⁴

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова; 194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

² Республиканский клинический многопрофильный центр высоких медицинских технологий; 360001, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Шогенова, д. 30а

³ Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173

⁴ Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

Резюме

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться одной из самых актуальных проблем медицины во всем мире. Спонтанная диссекция коронарных артерий (СДКА) – довольно редкая причина острого коронарного синдрома, не ассоциированная с атеросклеротической бляшкой. Актуальность изучения данного состояния связана с высокой смертностью в остром периоде: около 50% пациентов умирают внезапно, не получив медицинской помощи. Клинические предвестники повторной СДКА не идентифицированы. В клиническом наблюдении описан случай пациента 33 лет, поступившего в Республиканский клинический многопрофильный центр высоких медицинских технологий (РЦВМТ) г. Нальчика для проведения диагностической коронароангиографии. Ранее пациент наблюдался у сосудистого хирурга с диагнозом «облитерирующий эндартериит нижних конечностей». При эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлен перенесенный в прошлом инфаркт миокарда. На момент осмотра приступов стенокардии и явлений сердечной недостаточности нет. При проведении коронароангиографии (КАГ) выявлена протяженная диссекция различных сегментов передней нисходящей артерии, диагональной ветви, огибающей артерии, ветви тупого края. С учетом клинико-anamnestических данных и результатов КАГ принято решение воздержаться от ангиопластики коронарных артерий и проведения аортокоронарного шунтирования. Была назначена медикаментозная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, β-адреноблокаторами и ацетилсалициловой кислотой, т. к. реваскуляризация показана пациентам высокого риска.

Ключевые слова: коронарит, острый коронарный синдром, коронароангиография, реваскуляризация миокарда, постковидный синдром

Благодарности. Работа поддержана программой стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

Для цитирования: Бапинаев АА, Бапинаева АА, Хадзугов АБ, Тхабисимова ИК, Оракова ФХ, Болотокова ЛС, Шогенов ОС, Мизиев ОА, Гулаев СС, Нагоева ДА, Абидокков РМ, Мусов ИВ, Истепанова ДИ, Заифова ДР, Урусбамбетова АА. Спонтанная диссекция коронарных артерий у молодого пациента: клинический случай. *Медицинский совет.* 2025;19(13):35–41. <https://doi.org/10.21518/ms2025-327>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Spontaneous coronary artery dissection in a young patient: A clinical case

Asker A. Bapinaev¹, Aminat A. Bapinaeva^{2,3}, Artur B. Khadzugov^{3✉}, arturahad1976@gmail.com, Irina K. Tkhabisimova³, Fatima Kh. Orakova³, Lalina S. Bolotokova³, Osman S. Shogenov³, Omar A. Miziev³, Sultan S. Gulaev³, Diana A. Nagoeva³, Reziuan M. Abidokov³, Islam V. Musov³, Dina I. Istepanova³, Darina R. Zaifova³, Alina A. Urusbambetova⁴

¹ Military Medical Academy named after S.M. Kirov; 6, Akademik Lebedev St., St Petersburg, 194044, Russia

² Republican Clinical Multidisciplinary Center for High Medical Technologies; 30a, Shogenov St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360001, Russia

³ Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia

⁴ Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia

Abstract

Today, cardiovascular diseases continue to be one of the most pressing medical issues worldwide. Spontaneous coronary artery dissection is a fairly rare cause of acute coronary syndrome that is not associated with atherosclerotic plaque. The relevance of studying this condition is associated with high mortality in the acute period: about 50% of patients die suddenly without receiving medical attention. Clinical precursors of repeated spontaneous coronary artery dissection have not been

identified. The clinical observation describes the case of 33-year-old patient who was admitted to the Republican Clinical Multidisciplinary Center for High Medical Technologies in Nalchik for diagnostic coronary angiography. Previously, the patient was observed by a vascular surgeon with a diagnosis of obliterating endarteritis of the lower extremities, as well as with echocardiography, a previous myocardial infarction was detected. At the time of the examination, there were no angina attacks or heart failure symptoms. Coronary angiography revealed extensive dissection of various segments of the anterior descending artery, the diagonal branch, the circumflex artery, and the obtuse edge branch. Taking into account the clinical and anamnestic data and the results of angiography, it was decided to refrain from coronary artery angioplasty and coronary artery bypass grafting. Drug therapy with angiotensin-converting enzyme inhibitors, β -blockers and acetylsalicylic acid was prescribed, since revascularization is indicated for high-risk patients.

Keywords: coronary artery disease, acute coronary syndrome, coronary angiography, myocardial revascularization, post-COVID syndrome

Acknowledgments. The work was supported by the strategic academic leadership program "Priority-2030".

For citation: Bapinaev AA, Bapinaeva AA, Khadzugov AB, Tkhabisimova IK, Orakova FH, Bolotokova LS, Shogenov OS, Miziev OA, Gulaev SS, Nagoeva DA, Abidokov RM, Musov IV, Istepanova DI, Zaifova DR, Urusbambetova AA. Spontaneous coronary artery dissection in a young patient: A clinical case. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(13):35–41. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-327>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В отечественной и зарубежной литературе большинство обзоров посвящено спонтанной диссекции коронарных артерий (СДКА), ассоциированной с беременностью и послеродовым периодом у молодых женщин. В данной работе представлен клинический случай развития множественной коронарной диссекции у молодого мужчины без факторов риска, возможно, вследствие коронарита, развившегося после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Коронарит – это воспалительное поражение стенок сосудов, питающих миокард. Развивается на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний сердца, других органов и тканей, в том числе системного характера, что в некоторых случаях приводит к СДКА. Важно, что данное состояние является редкой причиной острого коронарного синдрома (ОКС) и кардиальных осложнений, не ассоциированных с коронарным атеросклерозом [1]. Чаще болеют женщины в возрасте 35–40 лет. Причинами могут быть васкулит, гигантские аневризмы коронарных артерий (КА), перипартальный период, воспалительные заболевания кишечника, заболевания соединительной ткани, системная красная волчанка, саркоидоз и некоторые другие аутоиммунные заболевания [2].

В 2014 г. J. Saw предложена современная ангиографическая классификация СДКА. Согласно данной классификации, выделяется 3 типа СДКА: 1-й тип – наличие на ангиограммах множественных рентген-негативных просветов и прокрашивания стенки КА; 2-й тип – наличие на ангиограммах участков длинного и плавного диффузного сужения КА; 3-й тип – наличие на ангиограммах фокусов локального сужения просвета КА, которые напоминают атеросклеротические бляшки [3].

Вероятно, в основе диссекции лежат предшествующие поражения артерий, так называемые артериопатии и коронариты [1, 4], которые делают сосуды хрупкими и уязвимыми для диссекции.

Актуальность изучения данного состояния связана с высокой смертностью в остром периоде: около

50% пациентов умирают внезапно. Верификация заболевания крайне важна на ранней стадии, т. к. лечение и обследование больных с СДКА и инфарктом миокарда 1-го типа имеют отличия. Возможности воздействия на прогноз ограничены и требуют дальнейшего изучения [5].

В данной статье мы представляем клиническое наблюдение развития СДКА у молодого мужчины после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Х., 33 года, госпитализирован 09.04.2024 в Республиканский клинический многопрофильный центр высоких медицинских технологий (РЦВМТ) г. Нальчика с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ускорении шага. Также беспокоили боли в нижних конечностях, больше справа, похолодание и онемение стоп, снижение чувствительности, синюшность пальцев верхних и нижних конечностей, которые усиливаются в холодное время года, наличие длительно незаживающей язвы на 2-м пальце правой стопы.

Из анамнеза: с 20-летнего возраста – ожирение степени III (индекс массы тела (ИМТ) 44,2 кг/м²), беспокоила одышка смешанного, преимущественно инспираторного характера при подъеме на 2-й этаж. Пациент не курит, наркоанамнез не отягощен. СПИД отрицает. Наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС), сахарному диабету, артериальной гипертензии (АГ) не отягощена. В результате диетотерапии и увеличения физической нагрузки к 2019 г. добился снижения веса на 50 кг (со 140 до 90 кг). В последующие годы прибавка в весе составила около 2–3 кг, одышка значительно уменьшилась. В марте 2021 г. перенес COVID-19, вирус идентифицирован методом ПЦР, с 70% поражением легких в виде «матового стекла», лечился стационарно (рис. 1). Через несколько месяцев, после пребывания на холоде, появились боли и посинение пальцев стоп. Лечился амбулаторно по месту жительства, без эффекта. В связи с нарастанием болевого синдрома обратился в приемное отделение

Республиканской клинической больницы г. Нальчика, госпитализирован в отделение термической травмы и пластической хирургии. При дуплексном сканировании артерий на всех уровнях выявлен магистральный кровоток, глубокие и поверхностные вены нижних конечностей без признаков острого тромбоза. Лечился с 09.07.2021 по 14.02.2022 с диагнозом: отморожение обеих стоп степени I–III с некрозом мягких тканей 5-х пальцев обеих стоп. С начала 2023 г. стал отмечать постепенное нарастание одышки инспираторного характера. В сентябре того же года получил травму правой стопы, после чего образовалась незаживающая рана 2-го пальца правой стопы, которую лечил амбулаторно, без эффекта. С 20.10.2023 по 03.11.2023 лечился стационарно в отделении сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Нальчика с диагнозом: облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей; окклюзия ЗББА, ПББА с обеих сторон, субокклюзия артериальной дуги правой стопы. Осложнения: хроническая ишемия нижних конечностей степени III с обеих сторон. Сопутствующий диагноз: ангиотрофоневроз, синдром Рейно верхних конечностей степени II. Тромбоцитоз.

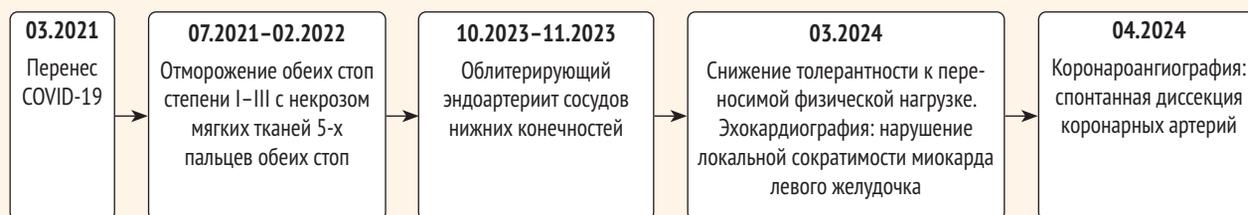
Далее продолжил амбулаторное лечение по поводу инфицированной, длительно незаживающей раны 2-го пальца правой стопы с незначительным положительным эффектом. С марта 2024 г. отмечает снижение толерантности к физической нагрузке, при эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлено нарушение локальной сократимости миокарда левого желудочка. Результат стресс-эхокардиографии отрицательный. 09.04.2024 госпитализирован для проведения диагностической коронароангиографии (КАГ) в РЦВМТ г. Нальчика. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, высыпаний нет. ИМТ 30 кг/м². Кисти и стопы умеренно отечные, реактивная гиперемия, холодные на ощупь. Пульсация на локтевой и лучевой артериях с обеих сторон ослаблена, на подколенной артерии ослаблена, на задней большеберцовой и передней большеберцовой артериях с обеих сторон пальпаторно не определяется. Обе нижние конечности одинаковой длины. В области нижней трети обеих голени определяется индурация кожных покровов. Пальцы правой стопы синюшного цвета. На дистальной фаланге 2-го пальца правой стопы определяется рана диаметром до 1 см. Дно выстлано налетом фибрина, палец отечный. В легких: везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 19 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 70 ударов в минуту. Артериальное

давление симметричное на обеих руках – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания поясничной области» отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Диурез положительный. Предварительный диагноз: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (по данным ЭхоКГ).

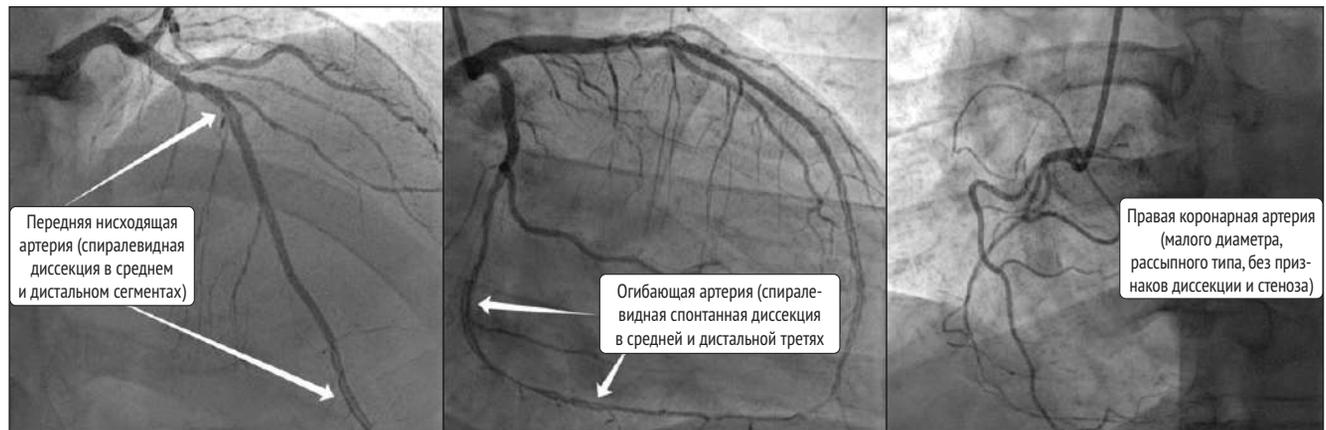
Интересно, что результаты всех проведенных в РЦВМТ лабораторных исследований оказались в пределах нормы. *Клинический анализ крови*: эритроциты – $5,07 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 144 г/л, лейкоциты – $11,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 64%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 22%, моноциты – 5%, тромбоциты – $528 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов – 19 мм/ч. *Клинический анализ мочи*: уд. вес – 1025, белок – отр., сахар – отр., пл. – 0–1 ед в п/зр., лейкоциты – 1–2 в п/зр., билирубин – отр. Тропонин I – отр., глюкоза крови – 4,2 ммоль/л, АЛТ – 30,4 Е/л, АСТ – 27,1 Е/л, креатинин – 108,3 мкмоль/л, мочевины – 7,1 ммоль/л, холестерин – 4,97 ммоль/л, ТГ – 2,73 ммоль/л, ХСЛПВП – 1,10 ммоль/л, ХСЛПНП – 2,62 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, альбумин – 34 г/л, К крови – 4,2 ммоль/л, Na – 140 ммоль/л, антинуклеарный фактор (ANA IIFT, HEp-2) – титр <1: 160 (референсные значения <1: 160). *Коагулограмма*: ПТИ – 99,9%, фибриноген – 4,2 г/л; тромботест – степень V–VI; этаноловый тест – отр., МНО – 1,0, АЧТВ – 29 сек. RW отр., HBSAg, АнтиВГС, СПИД отр., группа крови: A (II), Rh положит.

ЭхоКГ. Аорта: кольцо аорты – 24,4 мм, синус Вальсальвы – 32,4 мм, синотубулярное соединение – 28,5 мм, восходящая часть – 30,9 мм. Левый желудочек: КДР ЛЖ – 58,8 мм, КСР ЛЖ – 40,6 мм, МЖП – 10,3 мм, ЗСЛЖ – 10,7 мм, масса миокарда – 255,7 мм, индекс относительной толщины – 0,36 мм, КДО ЛЖ – 172,1 мм, КСО ЛЖ – 72,3 мм. Фракция выброса ЛЖ (Simpson) – 56%. Ударный объем ЛЖ (LVOT VTI) – 99,8 мм. Диастолическая функция левого желудочка: трансмитральное отношение E/a – 1,49. Время замедления пика E (DT) – 188 мсек. Скорость пика E – 72 см/сек. Скорость (септальная) – 9 см/сек. Скорость (латеральная) – 11 см/сек. Отношение E/e – 7,2. Объем левого предсердия – 31 мл/м². Правый желудочек: базальный диаметр – 28,8 мм, средний диаметр – 25,5 мм, толщина свободной стенки ПЖ – 2 мм, TAPSE – 21,7 мм, объем правого предсердия – 28 мл/м², НПВ – 18,8 мм. Уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Акинез заднего, заднебокового, заднеперегородочного сегментов. Расширение полости левого

- **Рисунок 1.** Временная шкала
- **Figure 1.** Timeline



- Рисунок 2. Результаты коронароангиографии
- Figure 2. The results of coronary angiography



желудочка. Митральная регургитация степени I. Трикуспидальная регургитация степени I.

На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 72 удара в минуту. ЭОС не отклонена. Элевация с ST 1,5 мм V1-V3, QS V1-V2. (+) T V5-V6. (-) T III.

КАГ, лучевой доступ (рис. 2): тип кровоснабжения – левый. Ствол левой КА (ЛКА) не поражен. Передняя нисходящая артерия (ПНА) проходима, протяженная диссекция в среднем и дистальном сегментах. Диагональная ветвь (ДВ) проходима, протяженная диссекция в проксимальном и среднем сегментах. Огибающая артерия (ОА) проходима, протяженная диссекция в среднем и дистальном сегментах. Ветвь тупого края (ВТК) проходима, протяженная диссекция в проксимальном сегменте. Правая КА (ПКА) проходима, контуры ровные, гипоплазирована, диаметр 2 мм. Рекомендована консультация сердечно-сосудистого хирурга для исключения системного васкулита.

Клинический диагноз: спонтанная диссекция коронарных артерий. КАГ от 9.04.2024: тип кровоснабжения – левый. Ствол ЛКА не поражен. ПНА проходима, протяженная диссекция в среднем и дистальном сегментах. ДВ проходима, протяженная диссекция в проксимальном и среднем сегментах. ОА проходима, протяженная диссекция в среднем и дистальном сегментах. ВТК проходима, протяженная диссекция в проксимальном сегменте. ПКА проходима, контуры ровные, гипоплазирована, артерия 2 мм. Перенесенный инфаркт миокарда неизвестной давности.

GRACE 56 баллов.

Принимая во внимание отсутствие клиники стенокардии на момент госпитализации, стабильную гемодинамику, отрицательную нагрузочную пробу по данным стресс-эхокардиографии, возраст пациента, анатомию и локализацию поражения КА, было принято решение воздержаться от попыток реваскуляризации миокарда. Назначена консервативная терапия: бисопролол 2,5 мг/сут, периндоприл 2 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут.

После выписки из стационара пациент наблюдается у кардиолога по месту жительства, комплаентен к проводимому лечению. Спустя 3 мес. выполнена КТ-ангиография артерий нижних конечностей: патологических изменений не выявлено. ЭхоКГ: без динамики. Пациент был

проконсультирован специалистами ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского: на момент осмотра признаков активного аутоиммунного процесса не обнаружено. Рекомендовано продолжить медикаментозную терапию.

ОБСУЖДЕНИЕ

У молодого мужчины без факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний через 3 мес. после перенесенной новой коронавирусной инфекции развился некроз мягких тканей мизинцев обеих стоп. Длительное время наблюдался и лечился у сосудистого хирурга с диагнозом «облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей». Через 3 года стал отмечать снижение толерантности к физической нагрузке. При ЭхоКГ были выявлены акинез заднего, заднебокового, заднеперегородочного сегментов, расширение полости левого желудочка, в связи с чем была проведена диагностическая КАГ, выявившая множественную диссекцию КА (рис. 1).

За период с 2015 по 2019 г. в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева было диагностировано 7 случаев развития СДКА. У 3 пациентов клиническая картина СДКА проявлялась выраженными загрудинными болями. У четверых СДКА протекала бессимптомно и была случайно выявлена по данным диагностической КАГ. Ссылаясь на данные мировой литературы, авторы рекомендуют применять индивидуальный подход к каждому пациенту с подозрением на СДКА в зависимости от ее клинической картины, степени и локализации поражения венечных артерий, т. к. патофизиология данного поражения в корне отличается от патофизиологии стенозов, вызванных атеросклерозом [6, 7]. Из 7 зарегистрированных случаев СДКА в 1 (14,3%) была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда, в 2 (28,6%) – стентирование пораженного сосуда с покрытием всей зоны СДКА металлическим каркасом стента, в 4 (57,1%) отмечалось самозаживление КА в период от 2 до 5 ($3,8 \pm 1,1$) мес.

Аналогичного подхода придерживаются А.А. Кузнецов и соавт., описывающие случай ОКС с подъемом ST у молодой пациентки в послеродовом периоде (это наиболее частая причина СДКА). При КАГ диагностирована окклюзия ПНА в проксимальном отделе (дистальное русло

было крайне истончено и заполнялось по коллатералям из ЛКА) и 90% стеноз интермедиальной ветви (ИМВ). Учитывая отсутствие кровотока в дистальном отделе и крайне малый диаметр ПНА, от имплантации стента было решено воздержаться, но в последующем, в связи с рецидивированием ангинозного синдрома, на контрольных КАГ установлено распространение диссекции на ствол ЛКА с распространением на проксимальный отдел ПНА, ИМВ, ОА с формированием окклюзии ПНА и гемодинамически значимых стенозов указанных артерий. Выполнено стентирование КА [7].

В представленном нами клиническом случае, с учетом отсутствия ангинозных болей, отрицательных результатов нагрузочных проб, анатомии пораженного коронарного русла, принято решение воздержаться от попыток реваскуляризации миокарда. Назначена медикаментозная терапия: бисопролол 2,5 мг/сут, периндоприл 2 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут. Реваскуляризация показана пациентам высокого риска, которые соответствуют хотя бы одному из нижеследующих критериев: нестабильность гемодинамики, кардиогенный шок; желудочковые аритмии, фибрилляция желудочков; персистирующая и повторная СДКА; длина интрамуральной гематомы >10 мм или ее увеличение; диссекция ствола ЛКА, протяженная проксимальная диссекция ПНА, ОА или ПКА, устьева диссекция ПНА, многососудистая диссекция.

Достоверных данных о различии чрескожного коронарного вмешательства и аортокоронарного шунтирования как методов реваскуляризации при СДКА на сегодняшний день нет [8, 9].

Больные с нарушением систолической функции левого желудочка после перенесенной СДКА должны получать

медикаментозную терапию в соответствии с текущими рекомендациями по лечению больных после перенесенного инфаркта: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, β-адреноблокаторы и, при наличии показаний, антагонисты минералокортикоидных рецепторов [10]. Имеются трудности в прогнозировании повторных СДКА и их предупреждении. Только β-адреноблокаторы и контроль АД продемонстрировали потенциальную способность снижать риск повторной СДКА, в то время как эффективность других стратегий не подтверждена [11, 12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует развитие СДКА у молодого пациента, предположительно связанной с коронаритом после перенесенной коронавирусной инфекции. Данное состояние привело к инфаркту миокарда, который не был диагностирован в остром периоде. Применение устройств для внутрисосудистой визуализации, таких как внутрисосудистое ультразвуковое исследование и оптическая когерентная томография, существенно упрощает диагностику СДКА. Лечение таких пациентов требует индивидуального подхода. Реваскуляризацию следует рассматривать только для пациентов высокого риска. Прогноз для пациента остается неблагоприятным из-за риска развития повторного инфаркта миокарда неатеротромботического генеза. Принципы воздействия на прогноз изучены недостаточно.

Поступила / Received 14.05.2025

Поступила после рецензирования / Revised 11.06.2025

Принята в печать / Accepted 04.07.2025

Список литературы / References

1. Чазов ЕИ (ред.). *Болезни сердца и сосудов*. М.: Медицина; 1992. Т. 1. 496 с.
2. Протасова ЕА, Фурман НВ, Титков ИВ, Олейник АО, Гусев КВ. Спонтанная диссекция коронарной артерии как причина развития острого инфаркта миокарда. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(5):70–73. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-5-70-73>. Protasova EA, Furman NV, Titkov IV, Oleynik AO, Gusev KV. Spontaneous dissection of coronary artery as a cause of acute myocardial infarction. *Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation)*. 2014;13(5):70–73. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-5-70-73>.
3. Saw J. Coronary angiogram classification of spontaneous coronary artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2014;84(7):1115–1122. <https://doi.org/10.1002/ccd.25293>.
4. Saw J, Aymong E, Sedlak T, Buller CE, Starovoytov A, Ricci D et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Association With Predisposing Arteriopathies and Precipitating Stressors and Cardiovascular Outcomes. *Circ Cardiovasc Interv*. 2014;7(5):645–655. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.114.001760>.
5. Жукова НС, Шахнович РМ, Меркулова ИН, Сухинина ТС, Певзнер ДВ, Староверов ИИ. Спонтанная диссекция коронарных артерий. *Кардиология*. 2019;59(9):52–63. <https://doi.org/10.18087/cardio.2019.9.10269>. Zhukova NS, Shakhnovich RM, Merkulova IN, Sukhinina TS, Pevzner DV, Staroverov II. Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Kardiologiya*. 2019;59(9):52–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/cardio.2019.9.10269>.
6. Бокерия ЛА, Голухова ЕЗ, Петросян КВ, Караев АВ, Григорян МР, Лосев ВВ. Спонтанная диссекция коронарных артерий: клинические случаи и литературная справка. *Креативная кардиология*. 2020;14(1):71–81. <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2020-14-1-71-81>. Bockeria LA, Golukhova EZ, Petrosyan KV, Karaev AV, Grigoryan MR, Losev VV. Spontaneous coronary dissection: case reports and literature review. *Creative Cardiology*. 2020;14(1):71–81. (In Russ.) <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2020-14-1-71-81>.
7. Кузнецов АА, Намитокоев АМ, Сажнева АВ, Некрасов АС, Космачёва ЕД. Клинический случай спонтанной диссекции левой коронарной артерии в послеродовом периоде. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(35):5059. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5059>. Kuznetsov AA, Namitokov AM, Sazhneva AV, Nekrasov AS, Kosmacheva ED. Spontaneous left coronary artery dissection in the postpartum period: a case report. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(35):5059. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5059>.
8. Havakuk O, Golland S, Mehra A, Elkayam U. Pregnancy and the Risk of Spontaneous Coronary Artery Dissection: An Analysis of 120 Contemporary Cases. *Circ Cardiovasc Interv*. 2017;10(3):e004941. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.117.004941>.
9. Спонтанная диссекция коронарных артерий, ассоциированная с беременностью: результаты многоцентрового «виртуального» регистра спонтанной диссекции коронарных артерий. *Доказательная кардиология*. 2017;10(3):17–22. Режим доступа: <https://elibrary.ru/zvlawf>. Pregnancy associated spontaneous coronary artery dissection: results of multicenter “virtual” register of spontaneous coronary artery dissection. *Evidence-Based Cardiology*. 2017;10(3):17–22. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/zvlawf>.
10. Rogers JH, Lasala JM. Coronary artery dissection and perforation complicating percutaneous coronary intervention. *J Invasive Cardiol*. 2004;16(9):493–439. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15353832/>.
11. Saw J, Humphries K, Aymong E, Sedlak T, Prakash R, Starovoytov A, Mancini GBJ. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(9):1148–1158. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.06.053>.
12. Tweet MS, Olin JW. Insights Into Spontaneous Coronary Artery Dissection: Can Recurrence Be Prevented? *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(9):1159–1161. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.07.726>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – А.А. Бапинаев, А.А. Бапинаева, А.Б. Хадзугов

Написание текста – А.А. Бапинаев, А.А. Бапинаева, А.Б. Хадзугов, И.К. Тхабисимова, Ф.Х. Оракова

Сбор и обработка материала – А.А. Бапинаев, А.А. Бапинаева, Д.И. Истефанова, И.В. Мусов

Анализ материала – А.А. Бапинаев, Р.М. Абидокков, С.С. Гулаев, О.С. Шогенов, Л.С. Болотокова, А.А. Урусмамбетова, Д.Р. Заифова

Редактирование – И.К. Тхабисимова, А.Б. Хадзугов, О.А. Мизиев, Д.А. Нагоева

Утверждение окончательного варианта статьи – А.Б. Хадзугов

Contribution of authors:

Concept of the article – Asker A. Bapinaev, Aminat A. Bapinaeva, Artur B. Khadzugov

Text development – Asker A. Bapinaev, Aminat A. Bapinaeva, Artur B. Khadzugov, Irina K. Tkhabisimova, Fatima Kh. Orakova

Collection and processing of the material – Asker A. Bapinaev, Aminat A. Bapinaeva, Dina I. Istepanova, Islam V. Musov

Material analysis – Asker A. Bapinaev, Reziuan M. Abidokov, Sultan S. Gulaev, Osman S. Shogenov, Lalina S. Bolotokova,

Alina A. Urusbambetova, Darina R. Zaifova

Editing – Irina K. Tkhabisimova, Artur B. Khadzugov, Omar A. Miziev, Diana A. Nagoeva

Approval of the final version of the article – Artur B. Khadzugov

Согласие пациентов на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Бапинаев Аскер Алимович, студент, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова; 194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; <https://orcid.org/0000-0002-0176-5879>; askbapinaev@mail.ru

Бапинаева Аминат Абсаламовна, к.м.н., врач-кардиолог, Республиканский клинический многопрофильный центр высоких медицинских технологий; 360001, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Шогенова, д. 30а; доцент кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации Медицинской академии, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0004-2631-3221>; aminatbapinaeva75@mail.ru

Хадзугов Артур Барасбиевич, к.м.н., председатель Российского общества кардиологов по Кабардино-Балкарской Республике, доцент кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации Медицинской академии, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0000-0002-7530-7483>; arturahad1976@gmail.com

Тхабисимова Ирина Корнеевна, к.м.н., доцент, заведующая кафедрой общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации Медицинской академии, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0000-0003-4065-989X>; tkhabisim@mail.ru

Оракова Фатима Хажбикеровна, к.м.н., доцент кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации Медицинской академии, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0000-4231-6968>; aila01@mail.ru

Болотокова Лалина Станиславовна, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0004-7255-2151>; bolotokovals@mail.ru

Шогенов Осман Султанбекович, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0003-5455-2900>; osmanshogenov@mail.ru

Мизиев Омар Адилгериевич, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0008-5649-4325>; mizievomar@gmail.com

Гулаев Султан Салаудинович, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0009-4451-5907>; Sultan.gulaev.02@mail.ru

Нагоева Диана Аскарбиевна, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0005-1286-2040>; nagoevadiana098@gmail.com

Абидокков Резиуан Мухамадинович, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0009-8814-3623>; abidokov2020@mail.ru

Мусов Ислам Вячеславович, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0004-1177-7912>; musov0737@gmail.com

Истефанова Дина Исламовна, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0000-5702-3498>; istepanovadina599@icloud.com

Заифова Дарина Романовна, студент, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; 360004, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173; <https://orcid.org/0009-0005-6671-5062>; zaifovadarina@gmail.com

Урусмамбетова Алина Анзоревна, студент, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; <https://orcid.org/0009-0007-1445-6235>; urusbambetovaa@bk.ru

Information about the authors:

Asker A. Bapinaev, Student, Military Medical Academy named after S.M. Kirov; 6, Akademik Lebedev St., St Petersburg, 194044, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0176-5879>; askbapinaev@mail.ru

Aminat A. Bapinaeva, Cand. Sci. (Med.), Cardiologist, Republican Clinical Multidisciplinary Center for High Medical Technologies; 30a, Shogenov St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360001, Russia; Associate Professor of the Department of General Medical Training and Medical

Rehabilitation, Medical Academy, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0004-2631-3221>; aminatbapinaeva75@mail.ru

Artur B. Khadzugov, Cand. Sci. (Med.), Chairman of the Russian Society of Cardiologists in the Kabardino-Balkarian Republic, Associate Professor of the Department of General Medical Training and Medical Rehabilitation, Medical Academy, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-7530-7483>; arturahad1976@gmail.com

Irina K. Tkhabisimova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of General Medical Training and Medical Rehabilitation, Medical Academy, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-4065-989X>; tkhabisim@mail.ru

Fatima Kh. Orakova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of General Medical Training and Medical Rehabilitation, Medical Academy, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0000-4231-6968>; aila01@mail.ru

Lalina S. Bolotokova, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0004-7255-2151>; bolotokovals@mail.ru

Osman S. Shogenov, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0003-5455-2900>; osmanshogenov@mail.ru

Omar A. Miziev, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0008-5649-4325>; mizievomarm@gmail.com

Sultan S. Gulaev, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0009-4451-5907>; Sultan.gulaev.02@mail.ru

Diana A. Nagoeva, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0005-1286-2040>; nagoevadiana098@gmail.com

Reziuan M. Abidokov, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0009-8814-3623>; abidokov2020@mail.ru

Islam V. Musov, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0004-1177-7912>; musov0737@gmail.com

Dina I. Istepanova, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0000-5702-3498>; istepanovadina599@icloud.com

Darina R. Zaifova, Student, Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov; 173, Chernyshevsky St., Nalchik, Kabardino-Balkarian Republic, 360004, Russia; <https://orcid.org/0009-0005-6671-5062>; zaifovadarina@gmail.com

Alina A. Urusbambetova, Student, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; <https://orcid.org/0009-0007-1445-6235>; urusbambetovaa@bk.ru