

ЗВИВИСТІСТЬ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ІШЕМІЗАЦІЇ МІОКАРДА

©Є. О. Лебедева¹, М. М. Груша², О. М. Трембовецька¹, М. М. Брянський¹

¹ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України», Київ

²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС), основною причиною якої є атеросклероз коронарних артерій (КА), одна з найбільш актуальних медичних проблем сучасності, у зв'язку з її внеском в структуру причин інвалідизації та смертності населення. Незважаючи на значні досягнення за останні десятиліття в діагностиці, лікуванні та профілактиці ІХС, а саме, активне впровадження в клінічну практику широкого спектра сучасних методів діагностики уражень КА, роль їх звивистості в генезі ішемічного пошкодження міокарда досі залишається не визначеною. Враховуючи частоту виявлення феномену звивистості КА (ЗКА) за даними ангіографії (9,2 – 12,45%) та дефіцит літературних даних щодо її значущості в розвитку ІХС, доцільно визначити функціональний стан міокарда у пацієнтів з цією судинною аномалією.

Мета дослідження: визначити функціональний стан міокарда у пацієнтів з ЗКА за відсутності атеросклеротичного ураження цих судин.

Матеріали та методи. Функціональний стан міокарда оцінювали у 14 пацієнтів (5 чоловіків і 9 жінок), в звитих КА яких були відсутні ангіографічні ознаки атеросклеротичного ураження. За даними коронарографії було виділено групу судин з 5 інтактних огинаючих гілок лівої коронарної артерії (ОГ ЛКА) і 10 інтактних правих коронарної артерії (ПКА) та групу судин, в яку увійшли 14 звитих передніх міжшлуночкових гілок лівої коронарної артерії (ПМШГ ЛКА), 9 звитих ОГ ЛКА та 4 звитих ПКА. При виконанні стрес-векторехокардіографії (до і після введення добутаміну) у пацієнтів вивчали систолічний поздовжній стрейн, вимірюючи його сегментарні значення в 17 сегментах лівого шлуночка (ЛШ) у відповідності до зон їхньої васкуляризації. В подальшому визначали індекс повздовжньої деформації міокарда (ІПДМ) ЛШ в спокої та на висоті добутамінової проби для кожної ділянки міокарду, що окремо кровопостачається інтактними КА (ІКА) або окремо ЗКА.

Результати. В ділянках міокарда, які кровопостачаються ЗКА (ОГ ЛКА і ПКА), середній ІПДМ ЛШ в стані спокою становив $(-19,5) \pm 5,2$ %, а в тих, що кровопостачаються ІКА (ОГ ЛКА і ПКА) – $(-17,8) \pm 4,7$ %. В результаті проведеного стрес-тесту в ділянках міокарда, що кровопостачаються ЗКА середній ІПДМ ЛШ на висоті проби склав $(-15,5) \pm 6,2$ % в зонах васкуляризації ОГ ЛКА і ПКА, а в ділянках кровопостачання відповідними ІКА значення цього показника становили $(-17,3) \pm 6,7$ %. При цьому між ІПДМ виборок ЗКА та ІКА за середніми значеннями показника в цілому і для кожної зони васкуляризації окремої КА як в стані спокою, так і при стрес-тесті, достовірних відмінностей між групами даних не встановлено ($p > 0,05$). При проведенні стрес-тесту з добутаміном виявлено тенденцію до погіршення середніх значень показника ІПДМ ЛШ у виборці ЗКА, на відміну від його значень у виборці ІКА, яка однак не досягала статистичної достовірності ($p > 0,05$). Необхідно зазначити, що відсутність достовірних змін при проведенні стрес-тесту в значеннях ІПДМ ЛШ ділянок, що окремо кровопостачаються ЗКА або ІКА, можна пов'язати з тим фактом, що повністю завершити пробу (розраховану за цільовою частотою серцевих скорочень) вдалося тільки одному з 14 пацієнтів, оскільки у інших вона була вимушено зупинена за медичними показаннями.

Висновки. Відсутність змін середніх значень ІПДМ ЛШ зон васкуляризації ІКА порівняно з такими зонами васкуляризації ЗКА, може вказувати на погіршення скоротливості міокарда в басейні кровопостачання останніх внаслідок ішемії. На користь цього припущення свідчить необхідність зупинки проби у 92,8 % пацієнтів на підставі регламентованих критеріїв припинення фармакологічного стрес-тесту внаслідок ішемізації міокарда (прояву ехокардіографічних, електрокардіографічних змін, виникнення блокади лівої ніжки пучка Гіса, появи ангінозного болю).