

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXVI Національного конгресу кардіологів України (Київ, 23-26 вересня 2025 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни



Інтервенційна кардіологія

Сучасний стан проблеми: балонний катетер з лікувальним покриттям, альтернатива стента чи ні?

А.Ю. Гладун, Є.В. Аксьонов

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

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найпоширеніших причин смерті у світі. Це захворювання виникає внаслідок порушення кровопостачання серцевого м'яза через звуження або закупорку коронарних артерій. ІХС є серйозною медичною та соціальною проблемою, оскільки часто призводить до інфарктів, серцевої недостатності та раптової серцевої смерті. Завдяки безперервному розвитку інтервенційної кардіології та впровадженню передових технологій у клінічну практику, виникає потреба у пошуку нових підходів для оптимального лікування ішемічної хвороби серця та гострих коронарних синдромів. Останнім часом особливу увагу привертає використання балонних катетерів з лікувальним покриттям, як альтернативи традиційному стентуванню, оскільки результати нових методик досить обнадійливі.

Мета – оцінити сучасні стратегії інтервенційного лікування дифузних уражень коронарних артерій з урахуванням розвитку технологій, впровадження нових підходів та практичного досвіду провідних кардіологічних центрів.

Матеріали та методи. Аналіз базувався на узагальненні досвіду Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова, світового досвіду та практики лікування дифузного атеросклерозу коронарних артерій в умовах сучасної інтервенційної кардіології. Розглядалися типові клінічні ситуації, в яких застосовувалися такі підходи, як ретельна ангіопластика, використання балонів з лікувальним покриттям, імплантація довгих стентів, послідовне встановлення декількох стентів із перекриттям, а також використання внутрішньосудинної візуалізації для оптимізації результатів втручання.

Результати. Дифузні ураження коронарних артерій залишаються складним викликом для інтервенційних кардіологів через велику довжину ураженого сегмента, складність адекватного позиціонування стента та високий ризик рестенозу. Світова практика показує, що застосування балонів з лікувальним покриттям, довгих сучасних стентів з покриттям, оптимізація техніки імплантації за допомогою внутрішньосудинної візуалізації та персоналізованого

підходу до кожного клінічного випадку дозволяє значно покращити результати. Віддалені результати свідчать про зменшення частоти рестенозу та повторних втручань у пацієнтів, у яких застосовувались сучасні інтервенційні стратегії.

Висновки. Інтервенційне лікування дифузних уражень коронарних артерій потребує індивідуального підходу, високої технічної оснащеності та клінічного досвіду. Застосування балонів з лікувальним покриттям, довгих стентів, внутрішньосудинної візуалізації, а також дотримання принципів оптимізації стентування значно підвищують ефективність лікування і покращують прогноз для пацієнтів. Досвід провідних центрів, зокрема вітчизняних, підтверджує доцільність використання комплексного інтервенційного підходу у пацієнтів з дифузними ураженнями.

Рівень фракталкіну в плазмі крові хворих на Q-інфаркт міокарда після перкутанного коронарного втручання

Д.А. Лашкул, Ю.В. Савченко

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета – виявити взаємозв'язок структурних, функціональних та електрофізіологічних змін серця та рівня фракталкіну в плазмі крові хворих в гострому періоді Q-інфаркту міокарда (ІМ після первинного перкутанного коронарного втручання (пПКВ)).

Матеріали та методи. Проаналізовано дані клініко-інструментального обстеження 78 пацієнтів із Q-ІМ в гострому періоді. Хворі розподілені на 2 групи: до 1-ї групи увійшли хворі (n=42), яким у гострому періоді Q-ІМ була проведена реперфузійна терапія (пПКВ) (медіана віку 62 (52; 71) років, з них жінок – 8, чоловіків – 34), до 2-ї групи – хворі (n=36), які не увійшли у «терапевтичне вікно» для проведення пПКВ та отримували стандартну медикаментозну терапію (медіана віку 67,5 (61,5; 75) років, з них жінок – 15, чоловіків – 21). Хворим проведено ЕКГ, коронароангіографію, трансторакальну ехокардіоскопію, лабораторне обстеження. Всім пацієнтам, які увійшли у «терапевтичне вікно», виконано стентування інфарктзалежної коронарної артерії. Статистичну обробку виконано за допомогою пакета програм Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США). Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. Хворі першої групи мали менший середній вік порівняно з пацієнтами другої групи

(62 (52; 71) vs 67,5 (61,5; 75), $p=0,03$). Рівень фракталкіну в досліджуваних групах становив 0,12 (0,08; 0,47) та 0,24 (0,08; 0,65), відповідно ($p=0,6$). У хворих групи 1 рівень фракталкіну мав прямий кореляційний зв'язок з кількістю моноцитів ($r=0,4$, $p<0,05$) та рівнем ліпопротеїдів низької щільності ($r=0,53$, $p<0,05$), а також мав прямий кореляційний зв'язок із кількістю гемоглобіну ($r=0,33$, $p<0,05$). Виявлено, що рівень фракталкіну в плазмі крові хворих першої групи мав прямий кореляційний зв'язок з кінцево-діастолічним розміром лівого шлуночка (ЛШ) ($r=0,4$, $p<0,05$), кінцевосистолічним розміром ЛШ ($r=0,33$, $p<0,05$), індексом маси міокарда ЛШ ($r=0,36$, $p<0,05$) та мав зворотний зв'язок із показниками фракції викиду ЛШ ($r=0,39$, $p<0,05$). У хворих із вищим рівнем даного хемокину відзначалась більша кількість надшлуночкових екстрасистол (НШЕ) в денний період, що проявлялося в наявності прямого кореляційного зв'язку ($r=0,44$, $p<0,05$), з НШЕ в нічний період ($r=0,53$, $p<0,05$), парних НШЕ ($r=0,36$, $p<0,05$), загальною кількістю шлуночкових екстрасистол (ШЕ) ($r=0,35$, $p<0,05$), кількістю парних ШЕ ($r=0,35$, $p<0,05$) та епізодів шлуночкових алоритмій ($r=0,36$, $p<0,05$). В другій групі виявлено, що рівень фракталкіну мав прямий кореляційний зв'язок з рівнем лімфоцитів ($r=0,41$, $p<0,05$).

Висновки. У хворих на Q-інфаркт міокарда (ІМ) після первинного перкутанного коронарного втручання (пПКВ) в гострому періоді структурні, функціональні та електрофізіологічні зміни ЛШ, у вигляді збільшення кінцеводіастолічного розміру, зменшення ФВ, збільшення кількості НШЕ та ШЕ супроводжувались більш високим рівнем фракталкіну в плазмі крові.

Вроджені аномалії коронарних артерій у дорослих

О.А. Мазур, Я.П. Труба, А.С. Тертична,
Г.В. Майстрюк, І.А. Перепека,
В.В. Лазоришинець

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

Вроджені аномалії коронарних артерій — рідкісні, але клінічно значущі стани, що можуть асоціюватися з ішемією міокарда, аритміями та раптовою серцевою смертю у молодих дорослих. За даними ангіографічних досліджень поширеність даних патологій у загальній популяції становить приблизно 0,2–1,3 %, проте за результатами автопсій ця цифра є дещо вищою — до 1–5%. Найбільш поширеною серед них у дорослому віці є аномальне відходження лівої коронарної артерії від легеневої артерії. Ведення пацієнтів старшого віку з симптомами

ішемії та прогресуючою дисфункцією лівого шлуночка залишається складним, особливо в умовах обмеженої доказової бази.

Мета — проаналізувати періопераційні характеристики дорослих пацієнтів із вродженими аномаліями відходження коронарних артерій, безпосередні та віддалені результати після хірургічної корекції вади.

Матеріали та методи. За період з 2008 по 2025 рік в ДУ «НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України» виконано хірургічну корекцію аномального відходження коронарних судин від легеневої артерії 7 пацієнтам. Серед досліджуваної групи пацієнтів чоловічої статі було 2 (29%), жіночої статі 5 (71%). Медіана віку на момент операції становила 355 [252; 564] місяці. Трьом пацієнтам попередньо вже проводились кардіохірургічні втручання з приводу вроджених вад серця. Основними методами діагностики у визначенні вади та оцінюванні безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування були трансторакальне ехокардіографічне дослідження та комп'ютерна томографія або катетеризація порожнини серця з ангіографією у разі складної анатомії.

Результати. В ранньому та віддаленому післяопераційному періоді летальних випадків не зафіксовано. Із супутніх серцевих патологій спостерігались фібриляція передсердь (28,5 %), відкрита артеріальна протока (14,3%), виражена мітральна недостатність (14,3%), а також двостулковий АК з аневризматичним розширенням кореня та висхідної аорти (14,3). Усі операції виконували із серединної стернотомії в умовах штучного кровообігу при помірній гіпотермії. Фармакохолодову кардіоплегію використовували всім пацієнтам у дозі 30 мл/кг. Хірургічну корекцію вади виконували шляхом висічення лівої коронарної артерії від стовбура легеневої артерії та прямої її реімплантації в аорту з реконструкцією стовбура легеневої артерії автоперикардом. Усі супутні внутрішньосерцеві патології були скореговані інтраопераційно. Середній період спостереження становив 66 [6; 120] місяців. Післяопераційна ехокардіографія показала відновлення фракції викиду лівого шлуночка, показник медіани склав 51 [50; 60] %. В ранньому та віддаленому післяопераційному періоді спостерігалось зменшення ступеня недостатності мітрального клапана у пацієнтів із аномальним відходженням лівої коронарної артерії, що свідчить про відновлення кровопостачання папілярних м'язів.

Висновки. Клінічне значення та довгострокові прогностичні наслідки вроджених аномалій відходження коронарних артерій у дорослих залишаються недостатньо вивченими, а чинні рекомендації щодо діагностики та лікування базуються переважно на експертній думці, ретроспективних даних. Подальші проспективні дослідження необхідні для