

Р. А. ХОРОШАЕВА

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Как известно, прогноз и летальность у больных с перемежающейся хромотой в значительной степени зависят от тяжести сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС). Так, по данным ряда авторов [9—11] примерно в 40—80% случаев непосредственной причиной смерти больных с перемежающейся хромотой являлся атеросклероз коронарных артерий.

Целью настоящего исследования явилось изучение сопутствующей ИБС у больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных артерий. При этом ставились следующие задачи: определить частоту ИБС, степень выраженности, особенности клинического течения и эффективность дифференцированного лечения больных.

Материал и методы исследования

Диагностика ИБС осуществлялась на основании учета клинической картины и результатов электрокардиографии с использованием велоэргометрии, двухступенчатой пробы Мастера, нитроглицериновой и гипервентиляционной проб. Электрокардиограмма регистрировалась на аппарате «6-НЕК-4» (ГДР) в 12 отведениях по Вильсону. Велоэргометрия осуществлялась на велоэргометре фирмы «Элема» (Швеция) методом ступнеобразно возрастающих нагрузок до достижения пороговых и субмаксимальных величин. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1969) критериями коронарной недостаточности считали появление на ЭКГ горизонтальной депрессии сегмента ST не менее 1 мм ниже изолинии или подъема его вверх на 2 мм и более, инверсии зубца Т, нарушения ритма и проводимости, а также появление приступа стенокардии во время выполнения нагрузочной пробы. Коронарная недостаточность по степени тяжести разделена нами на 3 группы, согласно классификации, принятой в Институте кардиологии имени А. Л. Мясникова АМН СССР.

При оценке результатов лечения под *улучшением* понималось: уменьшение интенсивности и частоты болей в сердце или их исчезновение под влиянием лечения, уменьшение депрессии сегмента ST и инверсии зубца Т, появление положительного зубца Т на месте сглаженного

или отрицательного, уменьшение или исчезновение аритмии. Понятие *без перемен* означает отсутствие после лечения динамики клинических и электрокардиографических признаков. Под *ухудшением* понималось учащение и усиление болей в сердце с углублением депрессии сегмента ST и инверсии зубца T.

Результаты и их обсуждение

По данным различных авторов сочетание ИБС с окклюзирующим атеросклерозом встречается от 16—19 [6, 8, 11] до 70—80% [5, 7] случаев.

С июня 1977 года по август 1979 года нами обследовано 233 больных (преимущественно старше 50 лет) с окклюзионными заболеваниями аорты и магистральных артерий. Мужчин было 222 (95,2%), женщин—11 (4,7%).

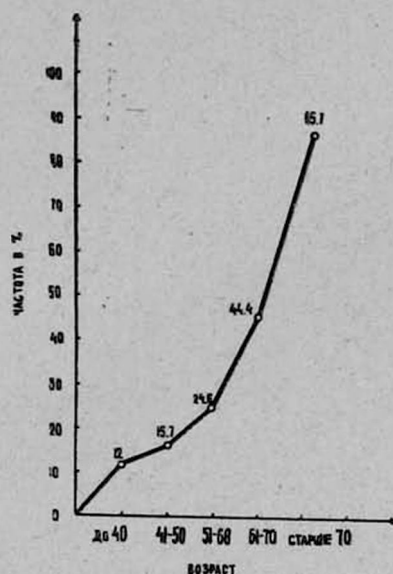


Рис. 1.

Коронарная недостаточность различной степени тяжести выявлена у 63 (27%) больных, из них: I степени—у 2, II степени—у 34, III—у 27 больных. На рис. 1 представлена частота коронарной недостаточности в зависимости от возраста. Из диаграммы видно, что частота коронарной недостаточности у больных с окклюзионными заболеваниями аорты и ее магистральных ветвей увеличивается с увеличением возраста.

Безболевая форма ИБС диагностирована у 21 (33,3%) больного, астматическая—у 4 (6,3%), стенокардия напряжения—у 23 (36,5%), стенокардия напряжения и покоя—у 12 (19%), стенокардия покоя—у 3 (4,7%) больных.

Из 63 больных у 29 (46%) диагноз ИБС поставлен на основании клинической картины и ЭКГ в покое. Наличие коронарной недостаточности у них не вызывало сомнения: у 4 (6,3%) из них на ЭКГ обнаруже-

ны признаки, указывающие на наличие подострой стадии инфаркта миокарда, у 14 (22,2%) больных—рубцовые изменения миокарда в различных областях левого желудочка и перегородки. Из них лишь у 4 из 14 были указания на перенесенный инфаркт миокарда. У 11 (17,4%) на ЭКГ отмечена депрессия сегмента ST не менее 1 мм в двух и более отведениях с отрицательными зубцами Т или их инверсией.

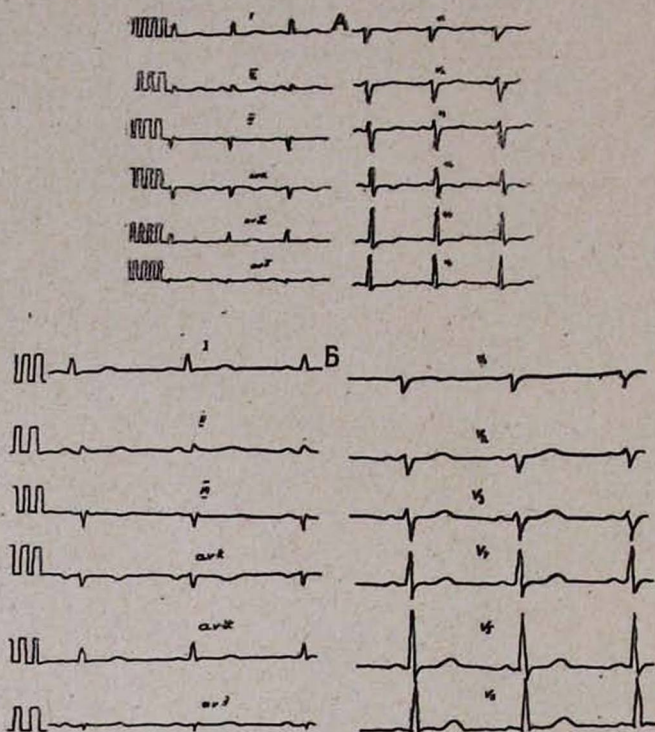


Рис. 2. ЭКГ больного А., 49 лет. Диагноз: Синдром Лериша. А—ЭКГ до лечения. Синусовая тахикардия, хроническая коронарная недостаточность II степени в передне-септальной и верхушечно-боковой стенке левого желудочка. Б—ЭКГ после проведения курса лечения. Отмечается положительная динамика коронарного кровообращения.

У одного больного имелась типичная клиника стенокардии напряжения. На ЭКГ в покое и после проведения нагрузочной пробы на велоэргометре признаки коронарной недостаточности отсутствовали. Диагноз ИБС у него поставлен лишь на основании клинической картины.

У остальных 33 (52,4%) больных на ЭКГ в покое имелись нечеткие признаки коронарной недостаточности в виде сглаженных зубцов Т в различных отведениях. Наличие коронарной недостаточности у них подтверждено после проведения велоэргометрии, двухступенчатой пробы Мастера или дифференциально-диагностических проб.

Больные с сопутствующей ИБС предъявляли жалобы в основном на боли сжимающего, колющего характера в области сердца с ирради-

ацией в левую лопатку, левую руку, левое плечо и шею. У некоторых больных имелись тупые или жгучего характера боли в области сердца с чувством онемения левой руки.

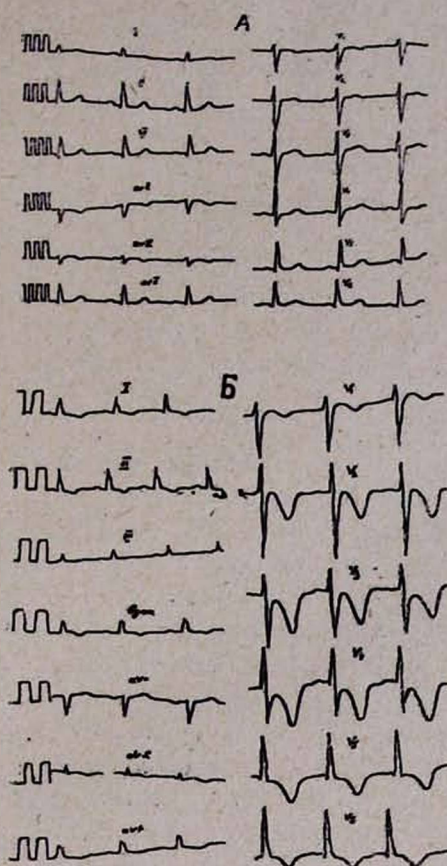


Рис. 3. ЭКГ больного С., 69 лет. Диагноз: Атеросклероз, окклюзия брюшной аорты, подвздошных и бедренных артерий. Ишемия конечностей II степени. А—ЭКГ до операции. Умеренные дистрофические изменения миокарда. Б—ЭКГ через 3 суток после операции. (Резекция брюшной аорты и поверхностных бедренных артерий, бифуркационное аорто-глубокобедренное протезирование). Синусовая тахикардия, субэндокардиальное повреждение и субэпикардиальная ишемия верхушечной области, выраженная ишемия передней и задне-боковой стенки левого желудочка.

Обращает на себя внимание наличие у значительной части больных (21 из 63) безболевого формы ИБС, что составляет 33,3%. У этих больных диагностирована II и III степень коронарной недостаточности. Различные авторы указывают на необходимость предоперационной подготовки при сочетании окклюзионных заболеваний аорты и магистральных артерий с ИБС [1, 3].

В предоперационном периоде больным с коронарной недостаточностью нами проводилась дифференцированная терапия в зависимости от степени тяжести ИБС. Назначались седативные, сосудорасширяю-

щие, анаболические, противоаритмические препараты, улучшающие метаболизм миокарда. Из 54 больных, получавших лечение, улучшение по клиническим и электрокардиографическим данным отмечено у 33 (61,1%) из них, без перемен—у 15 (27,8%), у 6 (11,1%) больных наблюдалось дальнейшее ухудшение коронарного кровообращения. На рис. 2 представлена ЭКГ больного А. (49 лет) до лечения (А) и после лечения (Б). У больного отмечается положительная динамика клинических и электрокардиографических данных.

Из 63 у 41 (65%) больного были выполнены различные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях, причем 2 больных, имевших подострую стадию инфаркта миокарда, были оперированы в экстренном порядке по поводу основного заболевания. В дальнейшем у них наблюдался благоприятный исход. 3 больных не оперированы в связи с возникновением повторного острого инфаркта миокарда. Остальные 19 больных выписаны после консервативного лечения без операции.

Как указывает ряд авторов [1, 2, 4], риск операции у больных с синдромом Лериша и окклюзиями бедренных артерий с одновременным поражением коронарных артерий возрастает из-за возможных осложнений со стороны сердца. Наши наблюдения подтверждают это. Так, в послеоперационном периоде, у 9 (21,9%) из 41 оперированного больного наблюдалось дальнейшее ухудшение коронарного кровообращения. При этом у 8 из них наступил летальный исход. У 3 больных непосредственной причиной смерти явился острый инфаркт миокарда, у 4—острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся в раннем послеоперационном периоде и у 1—постгеморрагическая анемия.

В качестве примера приводим ЭКГ больного С. (69 лет) до операции (А) и после операции (Б), у которого на третий день после операции возникло острое нарушение коронарного кровообращения.

Выводы

1. Сопутствующая ИБС встречается у 27% больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных артерий.
2. У 52,4% больных коронарная недостаточность выявляется после проведения нагрузочных и дифференциально-диагностических проб.
3. Безболевая форма ИБС наблюдается у 33,3% больных.
4. В предоперационном периоде больным с сопутствующей ишемической болезнью сердца целесообразно назначение дифференцированной терапии.
5. Коронарная недостаточность I и II степени не является противопоказанием к оперативному лечению основного хирургического заболевания. При наличии коронарной недостаточности III степени показания к операции следует решать индивидуально, с учетом тяжести и характера основного заболевания.

ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՌՏԱՅԻ ԵՎ ՄԱԳԻՍՏՐԱԼ
ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԽՅԱՆՈՂԱԿԱՆ ՎՆԱՍՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աորտայի և մագիստրալ անոթների խցանողական վնասումներով հիվանդների մոտ, առա-
վելապես 50-ից բարձր տարիքում, հայտնաբերված է ծանրության տարբեր աստիճանի պսա-
կաձև անբավարարություն:

R. A. Khoroshaeva

Ischemic Heart Disease in Patients With Occlusive Affection of Aorta and Magistral Arteries

S u m m a r y

In patients, mainly more than 50 years old, with occlusive affection of aorta and magistral arteries coronary insufficiency of different degree is revealed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Қаримов Ш. И. В кн.: «Ишемическая болезнь сердца», Ташкент, 1976, с. 91—92.
2. Покровский А. В., Ермолюк Р. С., Крестинская Н. Н., Челикиди Р. Ф. В кн.: «Актуальные вопросы хирургии», Тарту, 1974, с. 102—103.
3. Потемкина Е. В., Коган Б. М., Рушанова И. И. Грудная хирургия, 1966, № 6, с. 11—16.
4. Barker W. F. (Ed), Surgical Treatment of Peripheral Vascular Disease. New York, 1962.
5. Dimtza A. Bibl. Cardiol., (Basel), 1963, Fasc. 13, p. 101.
6. Juergens J. L., Barker N. W., Hines E. A. Circulation, 1960, v. 21, p. 188.
7. Moret P. R., Bibl. Cardiol., (Basel), 1963, Fasc., 13, p. 105.
8. Schadt D. C., Hines E. A., Juergens J. L. et al. JAMA, 1961, v. 175 p. 937.
9. Selvaag A., Otto G. Acta Med. Scand., 1956, Suppl., 319, 59.
10. Singer A., Rob C. Brit. Med. J., 1960, v. 2, p. 633.
11. Taylor G. W., Calo A. R. Brit. Med. J., 1962, v. 1, № 5277, p. 507.