

К. В. САРКИСЯН, Б. В. ШАБАЛКИН, И. С. АСЛИБЕКЯН, Л. Н. ИВАНОВА,
О. М. БЕЛОКРЫЛОВА, А. М. АБУГОВ

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ К АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Нестабильная стенокардия—стадия течения ишемической болезни сердца (ИБС), которая может наблюдаться далеко не у каждого больного и при которой риск развития инфаркта миокарда или внезапной смерти значительно выше, чем при стабильном течении заболевания [1, 2, 7].

В последние годы в лечении нестабильной стенокардии значительно возросла роль аортокоронарного шунтирования [5, 8].

Дискуссионной остается проблема выбора предоперационной тактики лечения этой группы больных в кардиохирургическом стационаре.

Цель работы—проанализировать результаты оперативного вмешательства в зависимости от медикаментозного лечения в предоперационный период.

Материал и методы. В исследование включены данные наблюдения 79 пациентов с нестабильной стенокардией, что составило 20,8% от общего числа оперированных с ИБС за 1981—1985 гг. в отделе хирургии сердца ВНИИ АМН СССР (зав. отделом проф. Б. А. Константинов). Среди них 8 женщины и 71 мужчина со средним возрастом $48,5 \pm 1,2$ (от 29 до 67 лет).

У 16 (20,3%) пациентов стенокардия возникла впервые, у остальных 63 (79,9%) прогрессировала в последние 3 месяца.

Более половины—48 (60,8%)—в анамнезе не имели инфаркта миокарда, 1 отмечен у 24 (30,4%), 2 и более—у 7 (8,8%) пациентов.

Электрокардиографические признаки рубцовых изменений нетрансмурального характера определялись у 14 (17,7%) больных, трансмуральные с исходом в аневризму сердца—у 7 (8,9%). Проба с физической нагрузкой на ВЭМ не проводилась из-за тяжести состояния больных.

Ангиографическое исследование выявило множественное поражение коронарных артерий у 52 (65,8%) пациентов, при этом у 20 (25,3%) был поражен основной ствол левой коронарной артерии, поражение передне-межжелудочковой ветви (ПМЖВ) было у 64 (81%), правой коронарной артерии (ПКА)—у 42 (53,2%), огибающей артерии (ОА)—у 31 (39,2%), диагональной ветви (ДВ)—у 9 (11,4%).

При левой вентрикулографии гипокинез сегментов выявлен у 23 (29,1%), акинез у 3 (3,8%). Общее количество пораженных артерий составило 266, из них шунтировано 255, процент шунтабельности—95,9%, в среднем на 1 пациента приходилось 3,2 шунта.

У всех больных проведено аутовенозное аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения и холодной кардиopleгии.

Результаты и обсуждение. В результате длительного отбора различных методов подготовки нами разработан комплекс терапевтических мероприятий у больных с нестабильной стенокардией, позволившей снизить оперативную летальность.

Подробный анализ клинико-электрокардиографических показателей установил, что пациенты с нестабильной стенокардией составляют

далеко не однородную группу. Так, например, из 79 пациентов у 30 (37,9%) кроме клинической нестабильности определялись признаки интермиттирующего ухудшения ЭКГ в виде преходящей ишемии или острого коронарного синдрома, что позволило нам выделить особую группу—«Нестабильные по ЭКГ». Эта группа требовала особой тактики ведения и подготовки к аортокоронарному шунтированию.

Выбор тактики лечения больных нестабильной стенокардией остается в настоящее время спорным. Большинство исследователей придерживаются мнения, что состояние больных нестабильной стенокардией необходимо стабилизировать медикаментозным лечением и после этого можно отправлять больного на ангиографическое исследование и решать вопрос о показаниях к аортокоронарному (АКШ) шунтированию [3—5, 9, 12].

Некоторые авторы рекомендуют после интенсивной медикаментозной терапии в первые 24 часа провести коронарографию и решить вопрос о показаниях к хирургическому лечению [10, 11].

Разработанная в отделе предоперационная подготовка включала большие дозы нитратов (тринитролонг—12—14 мг в сутки, нитросорбит—120—160 мг, сустак форте—38,4—51,2 мг в сутки), бета-блокаторы (60—100 мг), антагонисты кальция (60—120 мг), антиагреганты (аспирин—0,25—0,3 г, курантил—300 мг), гепарин (20000—30000 ед. в сутки), транквилизаторы; в ряде случаев—в/в введение поляризующей смеси; при наличии у больных признаков сердечной недостаточности пациенты получали небольшие дозы сердечных гликозидов, мочегонных и по показаниям—коррекция водно-электролитного баланса. При необходимости использовалась внутриаортальная контрпульсация (12 больных). Большое значение отдается положительному психоэмоциональному фону, который успешно создается в отделении. Затем в ближайшие 5 дней проводилась селективная коронароангиография и левая вентрикулография.

С помощью такой подготовки удалось достичь стабилизации состояния у 58 (73%). Благодаря выработанной медикаментозной тактике, удалось снизить госпитальную летальность с 11,8 до 4,6%, что существенно не отличалось от летальности в группе больных со стабильной стенокардией.

При тенденции к ухудшению выполнялась полуэкстренная операция аортокоронарного шунтирования. При относительной стабилизации состояния больных, особенно нормализации ЭКГ, операция аортокоронарного шунтирования выполнялась в плановом порядке.

Послеоперационный период осложнился нефатальным инфарктом миокарда у 5 (7,6%) пациентов, у 2 из них он протекал на фоне функционирующих шунтов. Длительная сердечная недостаточность в послеоперационный период отмечена у 3 (у 2 с поражением ствола левой коронарной артерии и у 1—с митральной недостаточностью I степени в исходе).

При анализе интраоперационных и ранних послеоперационных ос-

ложений удалось установить, что предоперационная подготовка позволила снизить эти осложнения за последние годы почти в 3 раза.

В отдаленный период (в сроки от 3 месяцев до 3 лет) обследовано 32 пациента, из них у 12 проведено повторное ангиографическое исследование, у 4 шунты проходимы полностью, у 1 непроходимы и у 7 проходимы неполностью, однако функционировали шунты к крупным коронарным артериям (передне-межжелудочковой, правой, огибающей). Следует отметить, что клиническое (симптоматическое) улучшение коррелировало с проходимостью шунтов, в том числе даже при неполной их проходимости.

У 30 пациентов либо полностью отсутствовала, либо определялась стенокардия чрезвычайных нагрузок. Толерантность к физической нагрузке превышала 100 Вт, максимальное потребление кислорода 26 мл/мин/кг, что позволило отнести их к I—II функциональному классу по N—YHA.

Таким образом, интенсивная медикаментозная подготовка в предоперационный период в кардиохирургическом стационаре позволяет улучшить состояние больных с нестабильной стенокардией и оперировать их в относительно благоприятных условиях.

Такая тактика ведет к улучшению непосредственных результатов и снижению интра- и послеоперационных осложнений у этой тяжелой группы больных ИБС.

ВНЦХ АМН СССР, Москва

Поступила 10/1. 1986 г.

Կ. Վ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Բ. Վ. ՇԱԲԱԿԻՆ, Ի. Ս. ԱՍԼԻԲԵԿՅԱՆ, Լ. Ն. ԻՎԱՆՈՎԱ,
Օ. Մ. ԲԵԼՈՎՐՅՈՎԱ, Ա. Մ. ԱԲՈՒԳՈՎ

ՈՉ ԿԱՅՈՒՆ ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՆԱԽԱՊԱՏՐԱՍՏՈՒՄԸ ԱՈՐՏՈԿՈՐՈՆԱՐ ՇՈՒՆԹԱՎՈՐՄԱՆ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Ոչ կայուն ստենոկարդիայով հիվանդների երկարատև բնորոշյան հետևանքով մշակված է ֆերապեաթիկ միջոցառումների կոմպլեքս, որը հնարավորություն է տալիս իջեցնել հոսպիտալ մահացությունը և պահպանել ներ- և հետմիտահատական բարդությունները:

K. V. Sarkissian, B. V. Shabalkin, I. S. Aslibekian, L. N. Ivanova,
O. M. Betokrylova, A. M. Abougov

Preparation of the Patients with Unstable Stenocardia to Aortocoronary Shunting

S u m m a r y

In result of the long selection, the complex of therapeutic measures in patients with unstable stenocardia is worked out, which allows to decrease the hospital letality and the quantity of intra and postoperative complications.

1. Алмазов В. А., Ермилов Л. П., Кулешова Э. В. Кардиология, 1984, 24, 10, 5—
11. 2. Виноградов А. В., Лобзева В. И., Тимофеева Т. А. Кардиология, 1983, 23, 9, 65—69. 3. Жаров Е. И., Газарян Г. А. Кардиология, 1984, 24, 5, 111—118. 4. Князев М. Д., Стегайлов Р. А. Реконструктивная хирургия прединфарктной стенокардии и острого инфаркта миокарда. М., «Медицина», 1978, 26—238. 5. Князев М. Д., Кириченко А. А. Кардиология, 1982, 22, 5—9. 6. Петровский Б. В., Князев М. Д., Шабалкин Б. В. Хирургия хронической ишемической болезни сердца. М., 1978.
7. Bertolasi S., Tronze J. E., Carreno C. A., Jalon J., Vega M. K. Am. J. Cardiology 1974, 33, 2, 201—208. 8. Cohn P. F. Progr. Cardiovasc. Dis. 1979, 18, 3, 223—236. 9. Hultgren H. N., Shettigar V. R., Miller D. S. Am. J. Cardiology 1982, 50, 4, 663—670. 10. Mulcahy R., Dall L., Graham J., Hickey N., Owens A., Tobin G. Am. J. Cardiology 1981, 48, 3, 525—528. 11. Takekoshi N., Murakami E., Wakajima M. Jap. Circ. J. 1983, 47, 4, 495—502. 12. Wisam D. N., Rogers W. K. Arch. Surg. 1982, 114, 5, 611—613.

УДК 616.132.2—073.75—08—06

М. Н. СЕЛЕЗНЕВ, А. Г. ЯВОРОВСКИЙ, А. М. АБУГОВ, Н. В. РОСТУНОВА

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ

Коронарография (КГ) заняла в настоящее время важное место среди различных диагностических методов исследования, применяемых в кардиохирургии. Однако КГ является серьезным и не вполне безопасным методом исследования, чреватым серьезными осложнениями, особое место среди которых занимают нарушения ритма сердца, нередко приводящие к летальному исходу [2—4, 7, 13]. В литературе сравнительно мало внимания уделено вопросам профилактики и лечения нарушений ритма в практике анестезиологического обеспечения коронарографии и катетеризации полостей сердца. Поэтому нам представлялось целесообразным изучить эффективность для этой цели инсулин-глюкозо-калиевой смеси, а также лидокаина и нового отечественного препарата пиромеканна.

Материал и методы. Анализ анестезиологического обеспечения во время КГ проведен у 81 больного ишемической болезнью сердца в возрасте 32—58 лет. Все пациенты были мужчины. Эти больные составили 4 группы. Больным I группы (21) в течение всего исследования вводили калий в виде так называемой «поляризующей» смеси (400 мл 10% раствора глюкозы с добавлением 3 г KCl и 20 ед. инсулина), регулируя скорость инфузии в зависимости от исходного уровня K^+ в крови (30—60 ммоль/л). Темп инфузии во всех случаях увеличивали перед манипуляциями, наиболее часто приводящими к развитию нарушений ритма (проведение зонда в желудочек или устье коронарных артерий). Больным II группы перед проведением катетера в левый желудочек или устье коронарных артерий вводили пиромеканн в дозе 2 мг/кг (20). Больным III группы вместо пиромеканна вводили лидокаин—1 мг/кг (20) и больным IV группы