

Д. Г. ИОСЕЛИАНИ, М. А. ГРИГОРЯН, А. А. ФИЛАТОВ

СУДЬБА БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Известно, что в большинстве случаев на ранних этапах острого инфаркта миокарда у больных исчезали приступы стенокардии на определенное время и нередко они в дальнейшем отсутствовали вообще или возобновлялись спустя длительный промежуток времени. Однако у части больных приступы стенокардии не прекращаются в период острого инфаркта миокарда либо возобновляются в ближайший период, что по мнению некоторых авторов (Adelman, Mak Gouen, Russel) является прогностически неблагоприятным признаком и указывает на продолжающуюся гипоксию перинфарктных зон или других отделов миокарда. У больных с такой постинфарктной стенокардией часто наблюдаются рецидивы острого инфаркта миокарда и другие грозные осложнения (Adelman, Russel, Tompson).

С целью предупреждения рецидивов инфаркта ряд исследователей (Bertolasi, Weintraub, Favaloro) предлагает выполнять больным с постинфарктной стенокардией селективную коронарографию и при показаниях операцию аортокоронарного шунтирования для более полноценного и стойкого восстановления кровоснабжения ишемизированного миокарда и перинфарктной зоны. С этой целью нами была изучена судьба больных с постинфарктной стенокардией в отдаленные сроки после установления диагноза постинфарктной стенокардии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 62 больных (мужчин) с постинфарктной стенокардией. Средний возраст составил $51,9 \pm 4$ года (колеблется от 26 до 76 лет).

Продолжительность заболевания ИБС колебалась от 0,5 года до 14 лет (в среднем $2,9 \pm 0,9$). Срок между возобновлением приступов стенокардии и началом острого инфаркта миокарда колебался от 4 час до 25 дней (в среднем составил $72,4 \pm 9$ час). Все больные имели в анамнезе один или несколько инфарктов миокарда.

В период стационарного лечения всем больным была выполнена селективная коронарография по методике Judkins и левая вентрикулография. Тяжесть поражения коронарных сосудов артерий оценивали по классификации Ю. С. Петросяна и Л. С. Зингермана [2], суммарную тяжесть поражения коронарного русла рассчитывали по методике Ю. С. Петросяна и Д. Г. Иоселиани [3]. Повторно больные обследовались одномоментно спустя 0,5 года. Срок наблюдения в отдаленный период составил $2,9 \pm 0,9$ (колеблется от 0,5 до 4 лет).

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что за время наблюдения ($2,9 \pm 0,4$ года) умерло 15 больных. Следовательно, летальность 24,2%, ежегодная летальность (8,3%). Повторный острый инфаркт миокарда перенесли 10 человек (16,2%). Ежегодная частота острого инфаркта миокарда составила 3,4.

Для выявления факторов, влияющих на прогноз в отдаленные сроки наблюдения у больных с постинфарктной стенокардией, мы про-

вели сравнительный анализ в 2 группах больных: I группа—пациенты, у которых наблюдалось существенное улучшение и стабилизация, т. е. полное исчезновение стенокардии или урежение (37 больных). II группа—пациенты, у которых в отдаленный период развился острый инфаркт миокарда или умерли (25 больных).

Результаты сравнительного анализа клинико-лабораторных исследований приведены в табл. 1.

Обсуждение полученных результатов. Проведенные исследования показали, что из 62 больных, получивших медикаментозную терапию, у 3 больных I группы отмечалось клиническое улучшение, т. е. приступы стенокардии исчезли или стали реже. А во II группе 15 больных (24,2%) умерли, а у 10 больных (16,1%) развился повторный ОИМ. В обеих группах больных достигался эффект после медикаментозного лечения, т. е. исчезли приступы стенокардии или они стали очень редки. Во II группе преобладало двухсосудистое и трехсосудистое поражение венечных артерий сердца, т. е. имелись анатомические условия для нарушения васкуляризации, по меньшей мере, в бассейне 2 венечных сосудов сердца. Возможно этим и объясняется тот факт, что несмотря на развитие некроза мышцы в бассейне одной стенозированной артерии, остается гипоксия миокарда в бассейне других измененных сосудов сердца. Клиническим проявлением этого феномена являются продолжающиеся или возобновившиеся приступы стенокардии в ранние сроки острого инфаркта миокарда.

Нестабильность кровоснабжения миокарда усугубляется и тем, что на фоне тяжелого поражения венечного русла отсутствуют ангиографические видимые коллатеральные связи между сосудами.

Во II группе коллатеральные связи составляли всего 16%. А ведь известно, что именно межвенечные анастомозы являются одним из важных компенсаторных механизмов нарушенного венечного кровоснабжения, этим и объясняется тот факт, что во II группе медикаментозное лечение менее эффективно.

Представляется интересным вопрос о постинфарктной стенокардии у больных с поражением одного венечного сосуда, у которых медикаментозное лечение менее эффективно (12%).

По нашему мнению в этих случаях в основе продолжающейся ишемии миокарда и продолжающихся приступов стенокардии лежит тот факт, что обширность миокарда, васкуляризуемого стенозированной венечной артерией, существенно больше, нежели обширность инфицированной области, т. е. остается ишемия перинфарктной зоны миокарда, васкуляризуемой этой же артерией. Повторные ОИМ в этой группе составляют 16,1%.

Таким образом, учитывая, что у большинства пациентов с постинфарктной стенокардией имеются множественные стенозирующе-окклюзирующие изменения венечных артерий, отсутствие коллатералей в большей части случаев и относительную рефрактерность к медикаментозной терапии, им следует, по всей вероятности, выполнять селектив-

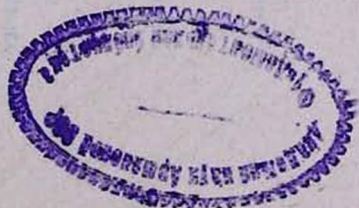


Таблица 1

Клинико-лабораторные параметры, %

Группы	Количество больных	Средний возраст в годах	Продолжительность заболевания ИБС в годах	ИМ в анамнезе				Вид ИМ		Кол-во пораженных коронарных артерий				Кол-во окклюзир. кор. арт.			Суммарное поражение коронарных артерий	ФВ	КДД	Коллатеральный кровоток
				1	2	3	более	Интра	Транс	1	2	3		1	2	3				
Больные, у которых состояние улучшилось т. е. приступы исчезли или урежались	37	50,6 $\pm$ 2	2,8 $\pm$ 6	28	6	2	1	27	10	12	16	9	11	11	6		31,47	59	6—12	9 24,32
	59,7			75,7	16,2	5,4	2,7	73	27	32,4	443,2	24,4	29,7	16,2						
Больные, у которых развился ОИМ или умерли	25	54,6 $\pm$ 3	3,1 $\pm$ 0,4	15	4	5	1	14	11	3	7	15	8	8	8	6	4,4	47,95	12—24	4 16
	40,3			60	16	20	4	56	44	12	28	60		32	32	24				

ную коронарографию и при показаниях выполнять ангиопластику венечных артерий или операцию аорто-коронарного шунтирования для более полноценного и стойкого восстановления кровоснабжения мышц сердца. Однако для окончательного решения этого вопроса следует дальнейшее накопление опыта как в плане диагностики, так и в отношении разных методов лечения этого синдрома.

ИССХ им. А. Н. Бакулева

Поступила 1/XII 1986 г.

Դ. Գ. ԻՍԵԼԻԱՆԻ, Մ. Ա. ԳՐԻԳՈՐԻԱՆ, Ա. Ա. ՖԻԼԱՏՈՎ

ՀԵՏԻՆԶԱՐԿԱՅԱՅԻՆ ԿՐԾՔԱՅԻՆ ՀԵՂՁՈՒԿՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՃԱԿԱՏԱԳԻՐԸ:
ՀԵՌԱՎՈՐ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ն փ ու մ

Բերված են հետինֆարկտային կրծքային հեղձուկով 62 հիվանդների հետազոտման արդյունքները: Հաշվի առնելով, որ հիվանդների մեծ մասի մոտ առկա են պսակաձև անոթների զգալի նեղացումը և խցանող փոփոխություններ, հաճախ բացակայում են կոլատերալ անոթները, և հարաբերական կայունությունը հանդես դեղորայքային բուժումը, առաջարկվում է կատարել ընտրողական կորոնարոգրաֆիա և, անհրաժեշտության դեպքում, պսակաձև անոթների ադիոպլաստիկա կամ աորտակորոնար համակցման վիրահատություն:

D. G. Ioseliani, M. A. Grigorian, A. A. Filatov

The Fate of the Patients With Postinfarctial Stenocardia in: Remote Terms of Observation in Case of Medicamentous. Therapy

С у м м а г у

In the patients with plural stenosing—occlusive changes of the coronary arteries and with absence of collaterals in most of cases and refracterness of medicamentous therapy, it is expedient to conduct selective coronarography and angioplastics or aortocoronary shunting.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Иоселиани Д. Г. Автореф. докт. дисс., М., 1979.
2. Петросян Ю. С., Зингерман Л. С. Тер. арх., 1973, 6, 82—86.
3. Петросян Ю. С., Иоселиани Д. Г. Кардиология, 1976, 12, 41, 46.
4. Зингерман Л. С., Саркисян А. С. Кардиология, 1976, 9, 21, 31.
5. Блужас И. Н., Растенение Д. П., Шешкявичюс А. Ю. Кардиология, 1, 1981, 45, 48.
6. Ольбинская Л. И., Литвицкий П. Ф. Коронарная и миокардиальная недостаточность. М., 1986.
7. Terrance J., William J. The Am. J. of Card., July 1982, 197—202.
8. Schuster E. H., Bulkley B. H. Circulation, 1980, 62, 109.
9. Golding L. A. R., Loop E. D., Sheldon W. C. et al. Circulation, 1978, 58, 1163.
10. Day L. J., Thibault G. E. and Sowton E. Br. Heart J. 1978, 39, 363.
11. Fischl S. J., Herman M. V. and Gorun R. N. Engl. J. Med., 1973, 288, 1193.
12. Madias J. E. Circulation, 1979, 59, 297—306.
13. Cohn L. H., Alpert J., Koster K. et al. Arch. Surg., 1978, 113, 1312.
14. Feda M., Wiener L., Walkinsky, P. et al. Circulation, 1976, 54 (suppl. II), 11—38.
15. Favaloro The Am. J. of Cardiol. 196—197, July 1983.
16. Mak Gouen—Postmyocardial infarction angina.