

УДК 616.12-005.4

DOI: 10.54503/0514-7484-2025-65.1-101

К вопросу о выявлении периферических заболеваний у пациентов с ишемической болезнью сердца

К.М. Амбарцумян

*Медицинский центр «Best Life»
0010, Ереван, ул. Фанарджяна, 55*

Ключевые слова: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, периферические артериальные заболевания, плече-лодыжечный индекс, дуплексное сканирование

Атеросклероз широко распространен и формирует основную патофизиологию для ишемической болезни сердца, заболеваний периферических сонных артерий [6, 12]. Это прогрессирующее состояние характеризуется пораженным эндотелием, воспалением, накоплением липидов и образованием бляшек в интиме стенки сосуда [10]. Разрыв или эрозия бляшки может спровоцировать наложенный атеротромбоз и последующую окклюзию сосудов, что приводит к сердечно-сосудистым катаклизмам, включая инфаркт миокарда, инсульт, ишемию конечностей и смерть от сердечно-сосудистых заболеваний [11]. Ишемическая болезнь сердца и заболевания периферических артерий имеют общий патогенез и факторы риска развития (например: курение, дислипидемия, гипертония и сахарный диабет) [3]. Заболевание более чем в одном артериальном русле является маркером прогрессирующего диффузного атеросклероза [13]. Прогноз можно улучшить с помощью мер вторичной профилактики, изменения образа жизни, лекарственного контроля, модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и профилактики образования тромбов антитромботической терапией [14]. Будучи основной причиной смертности и заболеваемости во всем мире, атеротромботическое заболевание приобретает социально-экономическое значение [9, 10].

У 79,9% больных с атеросклерозом аорты и периферических артерий выявляется поражение, как минимум, одной коронарной артерии [1], 45,6% больным, госпитализированным с диагнозом атеросклеротического поражения аорты и периферических артерий, требуется выполнение реваскуляризации миокарда [1].

В исследовании [7] значения плече-лодыжечного индекса менее 0,9 были взяты за основу для пациентов с периферическими артериальными заболеваниями. У данных пациентов во время коронарографии наличие более 50% стеноза любого коронарного сосуда на ангиографии считалось положи-

тельным результатом ишемической болезни сердца. Наличие заболевания периферических артерий может иметь до 80% значения в прогнозировании коронарных нарушений [7].

Заболевания периферических артерий часто встречаются у пациентов с ишемической болезнью сердца. Распространенность составляет 22–42% [2, 5, 8]. Среди пациентов с ишемической болезнью сердца у пациентов с сопутствующим заболеванием периферических артерий наблюдаются худшие сердечно-сосудистые исходы, чем у пациентов только с ишемической болезнью сердца [4, 6].

Материал и методы

В исследование включены 100 пациентов с ишемической болезнью сердца с планируемым выполнением коронарографии. Среди пациентов количество мужчин составило 70 (70%), женщин 30 (30%). Возраст пациентов варьировал от 50 до 80, средний возраст 65 лет. Все пациенты страдали артериальной гипертензией. У 40 больных (40%) зарегистрирован сахарный диабет.

При стандартном сборе анамнеза нами использовался также Эдинбургский вопросник по перемежающейся хромоте. При позитивном результате опроса выполняли в алгоритмическом порядке измерение плече-лодыжечного индекса и дуплексное сканирование магистральных сосудов. Специфичным для периферических артериальных заболеваний являлся плече-лодыжечный индекс $<0,9$.

Результаты и обсуждение

Из 100 пациентов с ишемической болезнью сердца периферические артериальные заболевания выявлены в 25 случаях – у 15 мужчин (60%) и у 10 женщин (40%). Величины плече-лодыжечного индекса оказались следующими: у 18 пациентов 0,8–0,6; у 5 – 0,6–0,4 и у 2 – отмечена критическая ишемия, угрожающая потерей конечности.

Проведенное у вышеотмеченных 25 пациентов дуплексное сканирование магистральных артерий нижних конечностей показало поражение аорто-подвздошного сегмента в 5 (20%) случаях, бедренно-подколенного сегмента в 9 случаях, изолированное поражение артерий голени в 3 случаях. У остальных 8 пациентов выявлено комбинированное поражение бедренно-подколенного сегмента и артерий голени.

Диагностика мультифокального атеросклероза, в частности, у пациентов с ишемической болезнью сердца с подозрением на наличие периферических артериальных заболеваний, имеет четко определенные стандарты. Последние включают сбор анамнеза, определение плече-лодыжечного индекса и дуплексное сканирование магистральных артерий. Подобный подход позволяет определить адекватные стратегию и тактику лечения сочетанных

поражений коронарных и периферических сосудов в каждом конкретном случае.

Поступила 18.12.24

**Սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ պացիենտների մոտ ծայրամասային
զարկերակային հիվանդությունների հայտնաբերման հարցի
վերաբերյալ**

Կ.Մ. Համբարձումյան

Մենք դիտարկել ենք սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ 100 հիվանդի, որոնց մոտ ենթադրվում էր նաև ծայրամասային զարկերակային հիվանդությունների առկայություն:

Որպես առաջին քայլ մենք օգտագործեցինք Էդինբուրգի հարցաշարը, որը վերաբերում էր ընդհատվող կաղությանը: Դրական արդյունքի դեպքում մենք շարունակեցինք կոճ-բրախիալ ինդեքսի չափումը և դուպլեքս սկանավորումը: Ծայրամասային զարկերակային հիվանդությունների դեպքում կոճ-բրախիալ ինդեքսի սպեցիֆիկությունը 0,9-ից ցածր է:

Կորոնար պաթոլոգիայով 100 հիվանդի զննման ընթացքում հայտնաբերվել է ծայրամասային զարկերակային հիվանդություններ ունեցող 25 հիվանդ:

Այս ախտորոշիչ մոտեցումը թույլ է տալիս յուրաքանչյուր դեպքում որոշել կորոնար և ծայրամասային անոթների համակցված վնասումների բուժման ռազմավարությունը և մարտավարությունը:

**To the Issue of Peripheral Artery Disease in Patients with Coronary
Artery Disease**

K.M. Hambardzumyan

We observed 100 patients with ischemic heart disease suspected in presence of peripheral arterial diseases as well.

We used Edinburgh questionnaire regarding intermittent claudication as first step. In positive result we continued by measurement of ankle-brachial index and duplex scan. The specificity of ankle-brachial index for peripheral arterial diseases is lower than 0,9.

Within 100 patients with coronary pathology, 25 patients with peripheral arterial diseases were revealed.

This diagnostic approach allows to determine the strategy and tactic of the treatment of combined damage of coronary and peripheral vessels in each case.

Литература

1. *Алекян Б.Г. и соавт.* Мультидисциплинарный подход в определении частоты выявления ишемической болезни сердца и стратегии лечения у пациентов с патологией аорты и периферических артерий. Российский кардиологический журнал 2019,(8), 8–16.
2. *Atmer B., Jogestrand T., Laska J., Lund F.* Peripheral artery disease in patients with coronary artery disease. *Int Angiol.*, 1995, 14:89–93. [PubMed] [Google Scholar].
3. *Beckman JA., Preis O., Ridker PM., Gerhard-Herman M.* Comparison of usefulness of inflammatory markers in patients with versus without peripheral arterial disease in predicting adverse cardiovascular outcomes (myocardial infarction, stroke, and death) *Am J Cardiol.*, 2005, 96:1374–8. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.07.041. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
4. *Cotter G., Cannon CP., McCabe CH. et al.* Prior peripheral arterial disease and cerebrovascular disease are independent predictors of adverse outcome in patients with acute coronary syndromes: are we doing enough? Results from the Orbofiban in Patients with Unstable Coronary Syndromes-Thrombolysis in Myocardial Infarction (OPUS-TIMI) 16 study. *Am Heart J.* 2003, 145:622–7. doi: 10.1067/mhj.2003.6. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
5. *Dieter RS., Tomasson J., Gudjonsson T. et al.* Lower extremity peripheral arterial disease in hospitalized patients with coronary artery disease. *Vasc Med.* 2003, 8:233–6. doi: 10.1191/1358863x03vm506ra. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
6. *Golomb BA., Dang TT., Criqui MH.* Peripheral arterial disease: morbidity and mortality implications. *Circulation*, 2006, 114:688–99. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.593442. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
7. *Ashok Kumar et al.* Peripheral Artery Disease as a Predictor of Coronary Artery Disease in Patients Undergoing Coronary Angiography. *PubMed.*, 2021 May 18, 13(5):e15094. doi: 10.7759/cureus.15094.
8. *Poredos P., Jug B.* The prevalence of peripheral arterial disease in high risk subjects and coronary or cerebrovascular patients. *Angiology*, 2007, 58:309–15. doi: 10.1177/0003319707302494. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
9. *Ren X., Ristow B., Na B., Ali S., Schiller NB., Whooley MA.* Prevalence and prognosis of asymptomatic left ventricular diastolic dysfunction in ambulatory patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol.*, 2007, 99:1643–7. doi: 10.1016/j.amjcard.2007.01.041. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
10. *Ridker PM., Cushman M., Stampfer MJ., Tracy RP., Hennekens CH.* Plasma concentration of C-reactive protein and risk of developing peripheral vascular disease. *Circulation*, 1998, 97:425–8. doi: 10.1161/01.cir.97.5.425. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
11. *Ridker PM., Stampfer MJ., Rifai N.* Novel risk factors for systemic atherosclerosis: a comparison of C-reactive protein, fibrinogen, homocysteine, lipoprotein(a), and standard cholesterol screening as predictors of peripheral arterial disease. *Jama*, 2001, 285:2481–5. doi: 10.1001/jama.285.19.2481. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
12. *Shah AM., Banerjee T., Mukherjee D.* Coronary, peripheral and cerebrovascular disease: a complex relationship. *Herz.*, 2008, 33:475–80. doi: 10.1007/s00059-008-3152-y. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].

13. *Tzoulaki I, Murray GD, Lee AJ, Rumley A, Lowe GD, Fowkes FG.* C-reactive protein, interleukin-6, and soluble adhesion molecules as predictors of progressive peripheral atherosclerosis in the general population: Edinburgh Artery Study. *Circulation*, 2005, 112:976–83. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.513085. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
14. *Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E. et al.* Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Jama*, 2008, 300:2379–88. doi: 10.1001/jama.2008.711. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].