

А. А. ГОРЛИНА

## ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В СВЯЗИ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

В настоящее время наиболее распространенными хирургическими вмешательствами во всех ЛОР стационарах являются: тонзилэктомия, подслизистая резекция носовой перегородки, конхотомия, полипотомия носа, операции на параназальных синусах.

Изменениям состояния сердечно-сосудистой системы в связи с операционной травмой посвящена большая литература. Эти изменения могут возникать под влиянием отрицательных эмоций (страх перед предстоящей операцией), что находит свое отражение в изменении артериального давления, пульса, ЭКГ [1, 7, 10, 14 и др.].

Операции на верхних дыхательных путях (исключая онкологические заболевания) несмотря на сравнительно небольшой объем протекают в богатой рефлексогенной зоне, в связи с чем также могут оказывать рефлекторное влияние на сердечно-сосудистую систему. Это подтверждено клиническими и экспериментальными исследованиями ряда авторов [2—4, 6, 9, 11], которые у большинства больных констатировали отрицательную динамику в ЭКГ во время операции и в ближайшие дни после операции, которая носила функциональный, скоропроходящий характер. Большинство авторов объясняет эти изменения рефлекторным воздействием на коронарные сосуды, обуславливающим коронарospазм, а также непосредственным нервно-трофическим влиянием на миокард [6, 15 и др.]. Нельзя исключить и общего адаптационного синдрома на операционную травму, решающая роль в котором принадлежит центральной нервной системе, гипофизу и коре надпочечников [5, 16, 17 и др.].

Подавляющее большинство исследований ЭКГ в связи с хирургическими вмешательствами относится к лицам моложе 50 лет. Работ, посвященных изучению ЭКГ в связи с хирургическими вмешательствами на верхних дыхательных путях у лиц пожилого возраста, крайне мало.

Так, М. Е. Загорянская и М. И. Кечкер [8] изучали ЭКГ в динамике у 50 больных в возрасте старше 50 лет в связи с патологией миндалин не только воспалительного характера (опухоль, инородное тело и пр.). Мы поставили перед собой задачу изучить изменения ЭКГ в динамике у больных в возрасте старше 50 лет в связи с оперативным вмешательством по поводу наиболее распространенной патологии верхних дыхательных путей неонкологического происхождения.

Наблюдения проводились у 337 больных с хроническим тонзиллитом (189 мужчин, 148 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет (I группа) и 336 больных с различной патологией носа и придаточных пазух (294 мужчины, 72 женщины) в возрасте от 50 до 80 лет (II группа).

Согласно классификации Б. С. Преображенского [12], число больных с простой формой хронического тонзиллита составляло 9,2%. Показаниями к операции у них служили частые ангины и безуспешность консервативного лечения. Токсико-аллергическая форма хронического тонзиллита отмечена у 90,8% больных. Кроме вышеуказанных явлений, в этих случаях наблюдается общая интоксикация (быстрая утомляемость, боль в области сердца, артралгия, субфебрилитет и т. д.). В эту же подгруппу вошли 158 больных (47%) с сопряженными заболеваниями, этиологически и патогенетически связанными с хроническим тонзиллитом (ревматизм, хронический инфекционный неспецифический полиартрит, заболевания почек и мочевыводящих путей, хронический холецистит и гепато-холецистит, гипертиреоз).

Патология носа и придаточных пазух носа взаимосвязана. Поэтому у наших больных наиболее частыми сочетаниями были: искривление носовой перегородки и вазомоторно-гипертрофический ринит, вазомоторный ринит и полипозный или полипозно-гнойный этмоидит или гайморит-этмоидит и т. д. Основными показаниями к операции у этой группы больных были: затрудненное носовое дыхание, наличие полипозного, гнойного или полипозно-гнойного процесса в параназальных синусах. У всех больных до операции проведено тщательное общее и лабораторное обследование, включая рентгеноскопию грудной клетки, рентгенографию придаточных пазух носа, санацию полости рта. Кроме общепринятых анализов крови, перед операцией производилось исследование свертывающей и антисвертывающей систем крови.

Все больные были стягощены теми или иными сопутствующими заболеваниями. Атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца и мозга наблюдался у 589 больных (84,3%); атеросклеротический кардиосклероз—у 577 (82,6%); хроническая коронарная недостаточность—у 456 (65,3%), в том числе со стенокардией напряжения—у 203 (29,1%) и со стенокардией покоя—у 40 (5,7%); постинфарктный кардиосклероз—у 46 (6,5%); гипертоническая болезнь I ст.—у 24 (3,4%), II «А»—у 106 (15%); II «Б»—у 67 (9,5%); III—у 6 (0,8%); ревмокардит—у 15 (2,1%); ревматический порок сердца—у 39 (5,5%) и т. п.

Из приведенного далеко не полного перечня видно, что подавляющее большинство больных имело выраженную сердечно-сосудистую патологию. Поэтому значительный интерес представляет реакция сердечно-сосудистой системы при операциях на верхних дыхательных путях у этих групп больных.

Основным тестом исследования была электрокардиография, которая проводилась у всех больных до операции в 12 отведениях и в различные сроки после операции.

693 больных оперированы под местной анестезией, 10—под интратрахеальным наркозом. Накануне операции больным назначалась седативная терапия (элениум, люминал, димедрол). Тонзиллэктомия произведена у 337 больных, подслизистая резекция носовой перегородки—у 196, конхотомия—у 177, полипотомия носа со вскрытием клеток решетчатого лабиринта—у 129, радикальная операция на гайморовой пазухе—у 93, радикальная операция на лобной пазухе—у 5. Большинству больных с патологией носа и придаточных пазух произведена комплексная операция одновременно или последовательно, спустя 6—8 дней после стихания реактивных явлений от предыдущего вмешательства при наличии общего удовлетворительного состояния больного.

Так, все эндоназальные вмешательства производились, как правило, в первом этапе, а операции на параназальных синусах—во втором.

У подавляющего большинства больных ЭКГ до операции была изменена. Только у 20 (6%) больных хроническим тонзиллитом и у 61 (16,6%) больного с патологией носа и придаточных пазух изменений в ЭКГ не зарегистрировано.

При хроническом тонзиллите (I группа) нарушение ритма отмечено у 151 больного: синусовая брадикардия—у 79, синусовая тахикардия—у 22, синусовая аритмия—у 21; тахикардическая форма мерцательной аритмии—у 6, экстрасистолия—у 23.

При заболеваниях носа и придаточных пазух (II группа) нарушение ритма отмечено у 121 больного: синусовая брадикардия—у 74, синусовая тахикардия—у 15, синусовая аритмия—у 21; экстрасистолия—у 10, пароксизмальная суправентрикулярная аритмия—у 1.

Нарушение проводимости в I группе больных обнаружено у 54 больных: синоаурикулярная блокада—у 1; нарушение предсердной проводимости—у 3; замедление атриовентрикулярной проводимости—у 9 (длительность интервала PQ более 0,20"); нарушение внутрижелудочковой проводимости—у 6, неполная блокада правой ножки пучка Гиса—у 34, блокада левой ножки пучка Гиса—у 1.

Во второй группе больных нарушение проводимости обнаружено у 70: нарушение предсердной проводимости—у 7, замедление атриовентрикулярной проводимости—у 2, нарушение внутрижелудочковой проводимости—у 30, неполная блокада правой ножки пучка Гиса—у 24, полная блокада правой ножки пучка Гиса—у 4, блокада левой ножки пучка Гиса—у 3.

Признаки гипертрофии левого желудочка в I группе больных имелись у 41, правого—у 6; во II группе ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка имелись у 59 больных, правого—у 6.

Диффузные изменения миокарда, проявлявшиеся изменениями зубца T (снижение, двуфазность), обнаружены у 79 больных I группы и у 80—II.

Кроме того, ЭКГ признаки недостаточности коронарного кровоснабжения в той или другой области, выражавшиеся в депрессии интервала ST и инверсии зубца T, обнаружены у 60 больных I группы и у 55—II.

У 11 больных I группы и у 23—II в ЭКГ имелось указание на перенесенный в прошлом инфаркт миокарда.

Нами произведено исследование ЭКГ в динамике (через 1—3—5—7—10 и более дней после операции) у 231 больного I группы и 276—II; при этом у 76 (32,8%) больных I группы и у 176 (63,8%)—II какой-либо динамики на ЭКГ, по сравнению с исходной, не обнаружено. У 12 (5,2%) больных I группы и у 15 (5,4%)—II имелась положительная динамика. У 143 (62%) больных I группы и 85 (30,8%)—II имелась отрицательная динамика. Последняя выражалась главным образом в учащении синусового ритма (у 84 больных I группы и 35—II), появлении экстрасистолии (у 6 больных I группы и у 5—II) и отрицательной динамике зубца Т и интервала ST в I, II, V<sub>5-6</sub> отведениях, характеризующих ухудшение кровоснабжения миокарда. Отрицательная динамика в ЭКГ в первые дни послеоперационного периода сопровождалась болями в области сердца у 17 больных I группы и у I—II.

Через 10 и более дней после операции ЭКГ была исследована у 57 больных I группы и у 64—II. Положительная динамика (возвращение к исходной) отмечена у 43 больных I группы и у 35—II. У остальных больных к моменту выписки из больницы еще сохранялась отрицательная динамика. Это наблюдалось у больных с выраженной хронической коронарной недостаточностью, у которых подобные изменения ЭКГ наблюдались и ранее, не в связи с хирургическим вмешательством.

Данные исследования ЭКГ в более отдаленные сроки после операций на верхних дыхательных путях (1—2 и более мес.) показывают, что регрессия этих изменений происходит медленнее, чем у больных более молодого возраста (литературные данные). Это обстоятельство в комплексной оценке общего состояния больных после операции обуславливает необходимость продления пребывания их в стационаре в среднем не менее чем на 2—3 дня.

## В ы в о д ы

1. У подавляющего большинства оперированных больных по поводу патологии верхних дыхательных путей неонкологического происхождения в возрасте старше 50 лет имелись выраженные изменения сердечно-сосудистой системы, в том числе явления хронической коронарной недостаточности (65,3%). Только у 6% больных хроническим тонзиллитом и у 16,6% больных с патологией носа и придаточных пазух до операции изменений в ЭКГ не зарегистрировано.

2. В ближайшем послеоперационном периоде у 62% больных, оперированных по поводу хронического тонзиллита, и у 30,8% больных, оперированных по поводу патологии носа и придаточных пазух, отмечена отрицательная динамика в ЭКГ, указывающая на ухудшение кровоснабжения миокарда. Возвращение ЭКГ к исходной чаще наблюдалось через 7—10 дней после операции, но у части больных—спустя 1—2 мес.

3. Выраженные изменения со стороны сердца, по данным клиники и ЭКГ, при условии компенсации кровообращения сами по себе не являются противопоказанием к операции. Однако учитывая возможную отрицательную реакцию сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде, необходимо тщательное обследование (в том числе электрокардиографическое) до операции, специальная подготовка таких больных к операции, а также совместное наблюдение их после операции отоларингологом и терапевтом.

ЛОР отделение Центральной клинической  
больницы IV Главного управления  
при Министерстве здравоохранения СССР

Поступило 3/VII 1968 г.

Ա. Ա. ԳՈՐԼԻՆԱ

**ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՐԴԻՈԳՐԱՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ 50 ՏԱՐԵԿԱՆԻՑ  
ՔԱՐՁՐ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՄՈՏ՝ ԿԱՊՎԱՍԹ ՎԵՐԻՆ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ  
ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ**

Ա մ փ ո փ ո ս մ

ԷԿԳ-ն 12 արտածումներում հետազոտվել է խրոնիկ տոնզիլիտով 337 հիվանդների մոտ մինչև վիրահատությունը (1-ին խումբ) և քթի պաթոլոգիայով ու պարանազալ սինուսով 366 հիվանդների մոտ (2-րդ խումբ): Ընդ որում, 1-ին խմբի հիվանդների 6% -ի և 2-րդ խմբի հիվանդների 16,8% -ի մոտ էԿԳ-ի փոփոխություններ չեն գրանցվել:

Վիրահատությունից հետո տարբեր ժամկետներում (1, 3, 5, 7, 10 և ավելի օրեր) էԿԳ-ն նույն արտածումներում հետազոտվել է խրոնիկ տոնզիլիտով 227 հիվանդների և քթի ու պարանազալ սինուսով 276 հիվանդների մոտ: 1-ին խմբի հիվանդների 62% -ի և 2-րդ խմբի հիվանդների 30,8% -ի մոտ նշվել է բացասական դինամիկա:

Վիրահատությունից 10 և ավելի օրեր հետո էԿԳ-ն հետազոտվել է 1-ին խմբի 57 հիվանդների և 2-րդ խմբի 64 հիվանդների մոտ: Հիվանդների մեծ մասի մոտ էԿԳ-ն հավասարվել է ելքային վիճակին: 50 տարեկանից բարձր հիվանդների մոտ սրտանոթային սխտեմի բացասական ռեակցիան վիրահատությունից հետո, թեև դրամ է կատարել մանրակրկիտ հետազոտություն (ներառյալ էԿԳ-ն) մինչև վիրահատությունը և սրտանոթային սխտեմի վիճակի (էԿԳ) դինամիկ դիտումներ՝ վիրահատությունից հետո (թերապևտի հետ միասին):

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абросимов В. К. Труды Военно-морской медицинской академии, 39. Л., 294.
2. Ашманис А. Р. Сборник научных работ Рижского медицинского института, т. VII. Рига, 1957, 254.
3. Бартенева А. А., Петрова М. Ф. Вестник оториноларингологии, 1960, 2, 17.
4. Блехер Д. С. Журнал ушных, носовых, горловых болезней, 1960, 2, 17.
5. Богданович Н. К. Механизмы старения. Киев, 1963, 213.
6. Волкова М. А. Вопросы патогенеза, клиники и лечения ревматизма. М., 1956, 363.

7. Жигина А. И. Клиническая медицина, 1954, 3, 55.
8. Загорянская М. Е., Кечкер М. И. Советская медицина, 1966, 3, 25.
9. Засосов Р. А., Исаков И. И., Солдатов И. Б. Труды Военно-морской медицинской академии, 39. Л., 1952, 423.
10. Малкова Н. Н. Труды АМН СССР, т. II, М., 1952, 14.
11. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. М., 1954.
12. Преображенский Б. С. Вестник оториноларингологии, 1964, 5, 7.
13. Сагалович Б. М. Труды научной конференции по проблеме ревматизма. 1957, 116.
14. Теплов С. И., Соколова Е. И. Клиническая медицина, 1956, 34, 9, 41.
15. Эпштейн Е. Е. ЖУНГБ, 1959, 5, 35.
16. Dunkan L. E. с соавторами. J. Gerontol., 1952, 7, 3, 351.
17. Pincus G. Psychosom. Med., 1950, 12, 4, 225.