

ПОСТИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ДИАГНОСТИКИ

Многие вопросы патогенеза, диагностики и тактика лечебных мероприятий постинфарктной стенокардии остаются недостаточно изученными, как у нас в стране, так и зарубежом. Известно лишь—это тяжелый контингент больных с частыми рецидивами острого инфаркта миокарда с летальными исходами.

По данным разных авторов, частота повторных инфарктов миокарда у этих больных достигает 77%, а летальный исход достигает 42% [7]. Существует также мнение, что традиционные медикаментозные лечения часто остаются мало эффективными в отношении больных с постинфарктной стенокардией. По мнению некоторых авторов более перспективным в лечении этих больных являются методы эндоваскулярной и хирургической реваскуляризации миокарда [10].

Однако для более широкого исфезновения этих методов лечения, необходимо иметь четко исчерпывающее представление в клинко-анатомических аспектах этого синдрома. В связи с этим, нами было изучено жизненное состояние коронарного русла при постинфарктной стенокардии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 80 больных с острым инфарктом миокарда, у которых в ранние сроки заболевания отмечалось возобновление приступов стенокардии. Используя принятую в ИССХ рабочую классификацию ИБС, эти больные трактовались как пациенты с нестабильной стенокардией III клинической формы [1].

Все обследованные были больные мужского пола (от 26 до 76 лет), средний возраст которых составлял $50,6 \pm 4$ лет. Продолжительность заболевания ИБС колебалась от 0,5 года до 14 лет (в среднем $3,2 \pm 0,9$ года). Все 80 больных имели в анамнезе один или несколько инфарктов миокарда. Из них 56 (70%) больных перенесли—один, 13 (16,25%)—два, 8 (10%)—3 и 3 (3,75%)—4 инфаркта миокарда. Интервал между последним инфарктом миокарда и возобновленным приступом стенокардии не превышал 1 месяца, составляя в среднем $12 \pm 1,2$ дня. За период стационарного лечения больные получали медикаментозную терапию, включающую внутреннюю капельную инфузию нитроглицерина, применение пролангированных нитратов, препараты блокирующие β -адренорецепторы, антагонисты кальция, и в редких случаях, антикоагулянты. У 28,75% больных отмечалась полная и относительная рефрактерность к медикаментозной терапии.

У 75% больных нитроглицерин купировал приступы стенокардии. У остальных больных (25%) отмечалась рефрактерность к этому препарату. Всем больным была выполнена селективная коронарография и левая венгерулография.

Тяжесть поражения коронарных артерий оценивали по классификации [2], суммарную тяжесть поражения коронарного русла рассчитывали по методике [3].

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что у всех без исключения исследованных больных с постинфарктной стенокардией имелось стенозирующее поражение по меньшей мере одной коронарной артерии. В этой группе больных преобладали пациенты с трехсосудистым поражением—51,25%. Поражение 2 сосудов наблюдали у 37,5% и лишь у 11,25% больных имелось поражение 1 сосуда. В 8,75% случаев, наряду с поражением других венечных артерий, имелось место поражение ствола левой коронарной артерии. Наиболее часто была поражена передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА)—(80,5%), затем—оггибающая ветвь (ОВ) ЛКА (53%) и правая коронарная артерия (ПКА)—(48,4%). Следует отметить, что у 50 больных (62,5%) имелась полная окклюзия одной или нескольких венечных артерий сердца. Всего у этих больных наблюдали окклюзию 70 венечных артерий (46,7%).

Коллатеральное кровоснабжение в ответ на окклюдированный и стенозирующий процесс венечных артерий наблюдали лишь у 16 больных (20%).

Таблица

Сравнительный анализ состояния коронарного русла в %

Группы		I	II
отношение к медикаментозной терапии		больные рефрактерные к медикаментозной терапии	больные, у которых стабилизировалось состояние после медикаментозной терапии
количество больных		23 28,75	57 71,25
количество пораженных артерий	один	4,35	7,20
	два	39,15	31,55
	три	56,50	61,25
окклюзия коронарных артерий	один	30,8	64,88
	два	69,23	34,42
	три	—	2,7
суммарное поражение коронарных артерий		32,12 ±3,6	36,1 ±2,8
коллатеральный кровоток		21,75	19,3

С целью изучения адекватности периферического русла коронарных артерий для выполнения на них операций аорто-коронарного шунтирования, мы использовали применяемые в институте критерии [1]. Оказалось, что в 68% случаев, венечные сосуды были операбельными. В 32% имелось диффузное поражение венечных сосудов на всем протя-

жении, что является противопоказанием к операции. Нами был проведен сравнительный анализ состояния коронарного русла больных с относительной или полной рефрактерностью к медикаментозной терапии (I группа n=23) и больных, которых удалось стабилизировать при помощи консервативной терапии (II группа n=57). В этих группах имелась примерно равная тяжесть поражения коронарных артерий. Так же, примерно с равной частотой, наблюдались в обеих группах ангиографически видимые коллатерали (соответственно 21,8 и 19,3%). Однако в I группе достоверно чаще, чем во II (35,1%) наблюдали окклюзию 2 и более сосудов сердца (69,2%). По состоянию периферического русла также не наблюдали достоверной разницы между изученными группами. В I группе в 66,8% случаев имелось удовлетворительное периферическое русло для выполнения операции аортокоронарного шунтирования, а во II группе—69%.

Выводы

1. При постинфарктной стенокардии во всех без исключения случаях имеется поражение по меньшей мере одной венечной артерии, сердца, однако больше чем в половине случаев поражены 2 и более коронарных артерии.

2. При постинфарктной стенокардии лишь у 1/3 больных наблюдаются коллатеральные связи в ответ на стенозирующие поражения венечных артерий.

3. Учитывая, что в анатомической основе постинфарктной стенокардии лежит тяжелое поражение венечных артерий, при рефрактерности к медикаментозной терапии этих больных, рассматривать как кандидатов на ангиопластику или операцию аортокоронарного шунтирования.

ИССХ им. А. Н. Бакулева

Поступила 10/I 1988 г.

Գ. Գ. ԻՈՍԵԼԻԱՆԵՆԻ, Մ. Ա. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Ա. Ա. ՖԻԱՍՈՎ

ՀԵՏԻՆՖԱՐԿՍԱՅԻՆ ՍՏԵՆՈՎԱՐԴԻԱ. ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑԵՐ
ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԵԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՎԵԱԲԵՐՅԱԼ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրված է սրտկազմի անոթների վիճակը կյանքի ընթացքում հետինֆարկտային կրծքահեղձուկի ժամանակի Հետադոտոբլյունները ցույց են տալիս, որ հետինֆարկտային կրծքահեղձուկով բոլոր հիվանդներին մոտ առանց բացառության առկա է սրտկազմի անոթների նեղացնող ախտահարումը: Այս հիվանդներին կարելի է դիտել, որպես թեկնածուներ անգրո-պլաստիկայի և աորտո-կորոնար շունթավորման վիրահատությունների համար:

Postinfarctial Stenocardia, Some Problems of Pathogenesis and Treatment

Summary

It is shown that in all investigated patients with postinfarctial stenocardia there are observed the stenosing affections of at least one coronary artery, but in more than half on the cases two or more coronary arteries are affected. These patients can be regarded as candidates for angioplastics or the operations of aortocoronary shunting.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иоселиани Д. Г. 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., Растениев Д. П., Шешквичюс А. Ю. Кардиология, 1981, 45—48.
6. Ольбинская Л. И., Литвицкий П. Ф. Коронарная и миокардиальная недостаточность, М., 1986.
7. Mak Guoen. The american journal of card, 411—420. 1981.
8. Terrane J., Moian, William J. The A.m J. of Cardiol., 197—202, 1982.
9. Jean Bardet, Jean Pierre Bourdari. Early Postmyocardial infarction angina (Impending Reinfarction).
10. Schuster E. H., Bulkley B. H., Favuloro R. Circulation, 1980, 62, 509.
11. Golding Z. A. R., Zoop E. D. Circulation, 58, 1163, 1978.
12. Day Z. I., Thibault G. E., and Sowton E. Br. Heart. J. 39, 363, 1979.

УДК 616.12—008.331.1—003.96

С. В. ГУРГЕНЯН, Е. С. МИКАЕЛЯН, Э. А. АРУТЮНЯН, А. С. БАБАЯН

АДАПТАЦИЯ СЕРДЦА ПРИ ПОГРАНИЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Эпидемиологические исследования показали, что смертность у больных артериальной гипертонией (АГ) с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в 4 раза выше, чем у лиц без ГЛЖ вопреки лечению [3]. Установлено также, что и пограничная гипертония (ПГ) вызывает структурные и функциональные изменения сердца и повышает риск смерти [4, 6]. Медикаментозная терапия препятствует развитию изменений в жизненно важных органах и значительно улучшает прогноз жизни [3]. В этой связи является актуальным раннее выявление нарушений деятельности сердца для своевременной организации лечения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 49 больных ПГ (АД диаст.—90—94 мм рт. ст.); из них мужчин—31 и женщин—18 в возрасте $34,0 \pm 1,3$ года.

Эхокардиографическое исследование выполнялось в М-режиме на аппарате «Узкар-3». Определяли конечный диастолический размер