

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Петрозаводский Государственный Университет

Ишемический инсульт (ИИ) является одной из актуальных проблем, стоящих перед человечеством на протяжении последних десятилетий. Это связано с возросшей частотой ишемических поражений головного мозга (ИПГМ) атеросклеротического генеза, резким омоложением ИИ и высокой инвалидизацией больных. По данным ряда авторов, частота развития ИПГМ в экономически развитых странах составляет 25-130 на 10 тысяч населения. Среди причин ИПГМ атеросклеротический стеноз внутренней сонной артерии (СА) занимает одно из первых мест и составляет, по данным ряда авторов, от 26 до 43%. При отсутствии эффективных лекарственных препаратов, которые были бы способны привести к регрессу уже сформировавшегося стенозирующего процесса, каротидная эндартерэктомия является наиболее реальным способом устранения стеноза и профилактики ИИ.

Отдельные аспекты этой большой и многогранной проблемы получили освещение в последние годы, однако необходимо приложить еще немало усилий для выработки оптимального алгоритма диагностики и лечения больных со стенозом внутренней СА. Одной из причин тому является то, что атеросклероз - системное заболевание, вследствие которого часто возникает сочетанное поражение коронарного и брахиоцефального бассейнов. Частота сочетанных атеросклеротических заболеваний сердца и ветвей дуги аорты при тотальном ангиографическом исследовании, по данным ряда авторов, колеблется от 1,3 до 70%. В литературе имеются сообщения о высокой частоте острого инфаркта миокарда (ОИМ) после каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ), достигающей 18% в группе больных с поражением коронарных артерий. Смертность в отдаленном периоде после КЭАЭ обусловлена, главным образом, также ОИМ, являющимся причиной смерти более чем в половине случаев.

Цель: изучение особенностей клинической картины ИБС на фоне стенозирующего церебрального атеросклероза (СЦА).

Материал и методы. Обследовано 83 больных с СЦА, подтвержденном при доплерографическом исследовании и дуплексном сканировании СА, у 17 человек выполнена магниторезонансная томография (МРТ). Средний возраст пациентов составил $53,4 \pm 0,1$. У 41 человека был выявлен стеноз СА средней степени (50-70%) - 1-я группа, у 42 человек (2-я группа) - стеноз выраженной степени (70-90%). Для выявления сопутствующей коронарной патологии применялось комплексное инструментальное обследование: ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ), ЭхоКГ, чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС). ХМ ЭКГ осуществлялось с помощью системы «Кардиотехника-4000» («Инкарт», Санкт-Петербург) в течение 24 ($23,4 \pm 0,02$) часов. Анализировали следующие виды аритмий: одиночные суправентрикулярные экстрасистолы (СВЭ), парные СВЭ, одиночные и парные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Всем больным выполнялся анализ показателей липидного обмена, глюкозы крови. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Биостат» в соответствии с рекомендациями С.Гланца. Полученные данные приводились с указанием средней по совокупности (M) \pm статистическая ошибка средней (m). Для анализа количественных показателей применялись критерии Манна-Уитни. Достоверным считали результат исследования при $p < 0,05$, что соответствует критериям, принятым в медико-биологических исследованиях.

Результаты и обсуждение. Нами было выполнено сопоставление клинико-функциональных характеристик у больных с СЦА различной степени выраженности по данным ЭКГ-исследования, данных анамнеза и оценки сокра-

тительной способности миокарда. Течение атеросклеротического процесса коронарном и церебральном бассейнах происходит параллельно: усиление СЦА соответствует утяжелению клиники ИБС: а) увеличивается число пациентов, перенесших ОИМ с 19,5 до 54,8%, преимущественно за счет крупноочагового ОИМ, б) снижается сократительная способность миокарда (количество пациентов с ФВ<40% увеличивается в 3,9 раза); в) повышается частота выявления облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (ОААНК). По результатам ХМ, с нарастанием СЦА ишемические изменения увеличиваются в 3,5 раза, количество ишемических эпизодов - в 1,7 раза, длительность ишемии - с 26,7 до 48,7 мин/сут. Наблюдалась тенденция к увеличению степени депрессии сегмента ST. При ХМ были также выявлены два «ишемических» пика у больных с СЦА средней степени выраженности - с 7-9 утра и с 21-23 часов. У пациентов же с высокой степенью стеноза ишемических пиков выявлено не было.

При сопоставлении результатов СМ и жалоб пациентов нами были выявлены особенности болевого синдрома при различной степени СЦА. По мере прогрессирования СЦА увеличивается количество пациентов с безболевым ишемией с 9,6% до 30,6%, а также уменьшается количество пациентов с типичным болевым синдромом с 35,6% до 20,2%. При СЦА любой степени выраженности около 1/4 пациентов испытывает атипичные боли. При анализе количества аритмий по данным ХМ выявлено, что количество НЭ при увеличении степени СЦА достоверно не возросло, в то время как количество ЖЭ увеличивалось в 2,4 раза.

Пациентам с выявленными эпизодами скрытой коронарной недостаточности была проведена адекватная предоперационная подготовка с использованием коронароактивных препаратов. Проводилась интраоперационная защита миокарда инфузионными формами нитропрепаратов. Интраоперационно также проводился мониторинг сердечного ритма, контроль АД, сатурации кислорода. В ходе КЭАЭ и раннем послеоперационном периоде не наблюдалось признаков острой недостаточности кровообращения и жизнеугрожающих аритмий.

Вывод. ХМ позволяет выявить ишемические эпизоды у больных с СЦА, а также оценить такие характеристики как количество ишемических эпизодов, длительность ишемии, что позволяет провести адекватную оценку состояния пациента и выявить противопоказания со стороны сердечно-сосудистой системы при проведении реконструктивных операциях на сосудах, питающих головной мозг, провести адекватную предоперационную подготовку и послеоперационную реабилитацию больных.