

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 45 ЛЕТ С ПОЗИЦИИ ФАКТОРОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

В.Г. Старых, А.М. Караськов, С.П. Мироненко, А.М. Чернявский

ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росздрава»

Проведен ретроспективный анализ клиничко-функциональных и коронароангиографических показателей у 56 оперированных больных ИБС молодого возраста, которым выполнена операция коронарного шунтирования (КШ), в трёх возрастных группах (I группа – 40–45 лет, II – 36–39 лет и III группа – 35 лет и младше). Изучена частота встречаемости некоторых клиничко-функциональных и коронарографических показателей в сопоставлении с непосредственными результатами КШ. Получены данные, свидетельствующие о наиболее тяжелом течении ИБС у больных III группы (35 лет и младше), высокой частоте встречаемости факторов хирургического риска среди них и неблагоприятных исходов оперативного вмешательства.

Неуклонный рост заболеваемости и смертности молодых людей с ИБС позволяет относить ее к проблемам молодого поколения [2, 3, 6, 7, 10]. Широкое распространение и «омоложение» ИБС определяет ее большую практическую и социальную значимость [2, 9]. По результатам десятилетнего наблюдения, проведенного в Москве, частота выявленных случаев ИБС у молодых мужчин возросла в 2,5 раза [1, 4]. По разным данным, частота ИБС у молодых достигает 10% [5].

Исходя из того, что тяжесть клинической картины ИБС у больных молодого возраста обусловлена злокачественным течением коронарного атеросклероза, большинство из них относится к кардиохирургическому профилю и нуждается в оперативном вмешательстве. В настоящее время широкое признание получил метод КШ, который характеризуется высоким антиишемическим эффектом [8]. Прямая реваскуляризация миокарда у больных ИБС молодого возраста дает обнадеживающие результаты. Однако в связи с наличием факторов хирургического риска при ИБС у лиц молодого возраста как непосредственные, так и отдаленные результаты оперативного лечения у этой категории больных не всегда утешительны [11–15]. В связи с этим представляет интерес изучение некоторых клиничко-функциональных и коронароангиографических показателей с позиции факторов хирургического риска при операциях КШ у молодых больных ИБС. Цель исследования – изучить встречаемость некоторых кли-

ничко-функциональных и коронарографических показателей у оперированных больных ИБС в возрасте до 45 лет в сопоставлении с непосредственными результатами КШ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 56 больных ИБС в возрасте до 45 лет, которым за период с 1992 по 2002 г. выполнена изолированная операция КШ или в сочетании с хирургической коррекцией постинфарктных осложнений. У всех больных на дооперационном этапе обследования изучены и проанализированы данные анамнеза (давность ишемического анамнеза, наличие инфарктов миокарда (ИМ), сопутствующая патология), жалобы больных, результаты клиничко-инструментального исследования, включая ЭКГ, ЭхоКГ, коронарографию (КГ) по методу Judkins (1967). Проанализированы особенности клинического течения ИБС, количество и тяжесть перенесенных ИМ, клиническая манифестация сердечной недостаточности (СН), тяжесть стенокардии, выраженность коронарного атеросклероза, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Среди обследованных больных было 54 (96,4%) мужчины и 2 (3,6%) женщины. Давность ишемического анамнеза больных не превышала 3 лет. По клиническим формам ИБС больные распределялись следующим образом: ИБС без ИМ в анамнезе – 8 (14,3%), с ИМ в анамнезе – 48 (85,7%). У большинства обследованных больных отмечалась стабильная стенокар-

для напряжения высоких функциональных классов (ФК), согласно Канадской классификации (CCS, 1976): во II ФК находилось 8 (14,3%) пациентов, в III – 44 (78,6%), и в IV – 4 (7,1%) пациента. В 20 (35,7%) случаях у обследованных больных отмечалась I ст. СН, у 30 (53,5%) II А ст., и у 6 (10,8%) больных II Б ст. СН (классификация СН В.Х. Василенко, Н.Д. Стражеско, 1935). В соответствии с Нью-Йоркской классификацией СН (1964), трое (5,4%) больных соответствовали I ФК СН, у 41 (73,2%) определялся II ФК, и у 12 больных (21,4%) – III ФК СН.

Из 48 больных с ИМ в анамнезе в 27 (56,2%) случаях отмечался однократно перенесенный ИМ, у 21 (43,8%) больного были повторные ИМ. У 34 (70,9%) больных инфаркты носили трансмуральный характер с исходом в 17 (30,4%) случаях в хроническую аневризму левого желудочка (АЛЖ). У 14 (29,1%) больных ИМ имел мелкоочаговый характер. По данным ЭхоКГ, в 8 (14,3%) случаях ФВ ЛЖ не была изменена, у 31 (53,3%) больного определялась в диапазоне 49–45%, у 17 (30,4%) больных ФВ была менее 45%, что свидетельствовало о значительном нарушении сократительной функции ЛЖ. Митральная регургитация II степени выявлена у четверых (7,1%) больных. В 17 (30,4%) случаях диагностирована АЛЖ в области передней стенки и верхушки ЛЖ с наличием в 2 случаях пристеночного тромба.

По данным коронарографии, у 8 (14,3%) больных отмечалось однососудистое гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение коронарных артерий (КА). У 36 (64,3%) – двухсосудистое поражение КА, и в 12 (21,4%) случаях – трехсосудистое поражение коронарного русла.

Выделены три группы больных в зависимости от возраста: I группа – 45–40 лет, II группа – 39–36 лет, III группа – 35 лет и младше. С учётом принадлежности к различным возрастным группам изучены особенности клиники ИБС, состояние сократительной способности миокарда ЛЖ, характер поражения КА, системная (АД) и легочная гемодинамика (Р в ЛА), объем и результаты хирургического вмешательства. На основании этого условно были определены три уровня хирургического риска. В первой группе – 8 (14,3%) больных – ИМ в анамнезе не отмечался, ФВ соответствовала норме, однососудистое поражение КА, изолированное КШ; средний возраст – $43,0 \pm 1,8$ года. Во второй группе – 31 (55,3%) больной – с одним или более ИМ в анамнезе, ФВ ЛЖ снижена до

45%, множественные стенозы КА, митральная регургитация I–II степени; средний возраст – $39,0 \pm 1,4$ года. У больных третьей группы – 17 (30,4%) – трансмуральные ИМ в анамнезе, осложненные хронической АЛЖ, ФВ менее 45%, многососудистое поражение КА, операция КШ сочеталась с хирургической коррекцией постинфарктных осложнений; средний возраст – $34,0 \pm 1,2$ года. Во всех группах изучены непосредственные результаты КШ (табл.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставление частоты встречаемости изученных клинико-функциональных и коронарографических показателей с непосредственными результатами КШ в трёх возрастных группах показало, что больные отличались по тяжести стенокардии, количеству перенесенных трансмуральных ИМ, количеству пораженных КА, сократительной способности ЛЖ, частоте гемодинамически значимой митральной регургитации и легочной гипертензии (ЭхоКГ), объему выполненного оперативного вмешательства и летальности.

Наиболее высокой была летальность среди больных III группы – 17,6% случаев, где отмечалась высокая частота (58,9%) ПИКС с исходом в АЛЖ, преобладание высокого ФК стенокардии; повторных ИМ – 88,3%. Трансмуральные ИМ были у всех больных. Многососудистое поражение КА встретилось в 94,2% случаев, поражение ствола левой КА – 23,5%. У 64,8% больных ФВ менее 45%; в 70,5% отмечалась легочная гипертензия. У всех больных этой возрастной группы наряду с КШ выполнена хирургическая коррекция АЛЖ или дисфункции митрального клапана.

Среди больных I группы (средний возраст – $43,0 \pm 1,8$ года) летальных исходов после операции КШ не было. У всех больных этой группы ИМ в анамнезе не отмечался, 37,5% больных имели II ФК стенокардии, в половине случаев имело место однососудистое поражение КА, без вовлечения ствола ЛКА, ФВ ЛЖ определялась в диапазоне 49–45%, митральная регургитация не превышала I степени, Р в ЛА соответствовало норме, объем хирургического вмешательства ограничивался изолированным КШ.

Таким образом, результаты проведенного анализа позволили выявить ряд клинико-функциональных и коронароангиографических показателей, ассоциированных с неблагоприятным исходом хирургической реваскуляризации

Сравнительная исходная клиничко-функциональная и коронароангиографическая характеристика оперированных больных ИБС молодого возраста

Показатель	Риск					
	низкий, n=8 (45–40 лет)		средний, n=31 (39–36 лет)		высокий, n=17 (35 лет и младше)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Средний возраст, годы	43,0±1,8		39,0±1,4		34,0±1,2	
Пол						
мужской	8	100	29	93,5	17	100
женский	–	–	2	6,5	–	–
Клиническая форма ИБС						
без ИМ	8	100				
ПИКС без АЛЖ	–	–	31	100	7	41,1
ПИКС+АЛЖ	–	–	–	–	10	58,9
ФК стенокардии						
II	3	37,5	2	6,4		
III	5	62,5	28	90,3	13	76,4
IV	–	–	1	3,3	4	23,5
Кол-во ИМ						
один	–	–	25	80,6	2	11,7
более одного	–	–	6	19,4	15	88,3
Форма ИМ						
трансмуральный	–	–	14	45,2	17	100
мелкоочаговый	–	–	17	54,8	–	–
Кол-во пораженных КА						
одна	4	50	3	9,6	1	5,8
две	4	50	20	64,6	12	70,6
три и более	–	–	8	25,8	4	23,6
Поражение ствола ЛКА	–	–	2	6,4	4	23,5
Фракция выброса, %	6	75	2	6,4	–	–
49–45	2	25	23	74,1	6	35,2
более 45	–	–	6	19,5	11	64,8
Митральная регургитация, степень						
I	7	87,5	–	–	–	–
II	1	12,5	6	19,5	4	23,5
III	–	–	–	–	2	11,8
Легочная гипертензия						
есть			3	9,6	12	70,5
нет	8	100	28	90,4	5	29,4
Артериальная гипертензия	3	37,5	6	19,5	3	17,6
Объем хирургического вмешательства						
изолированное КШ	4	50	16	51,6	–	–
КШ+МКШ	4	50	15	48,4	–	–
КШ+резекция АЛЖ	–	–	–	–	15	88,2
КШ+РАЛЖ+протез. МК	–	–	–	–	2	11,8
Летальный исход						
есть	–	–	1	3,3	3	17,6
нет	8	100	30	96,7	14	82,4

миокарда у более молодых больных ИБС. Важно отметить, что в первую половину обозначенного периода наблюдения оперированы 16 молодых больных ИБС; из них умерло трое, летальность составила 18,7%. Среди 40 оперированных больных в более поздние сроки наблюдаемого периода (1998–2002 гг.) умер один пациент, и летальность составила 2,5%.

ВЫВОДЫ

Установлено, что непосредственные результаты хирургического лечения у молодых больных ИБС в значительной степени зависят от исходной клинической тяжести, наличия и тяжести перенесенных ИМ, наличия постинфарктных осложнений, снижения сократительной способности миокарда ЛЖ, множественного поражения коронарного русла. Риск хирургического вмешательства значительно возрастает в более молодых возрастных категориях, где частота вышеназванных признаков превосходит другие изученные возрастные группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березов В.М. // *Арх. клин. экспер. мед.* 1992. № 1. С. 63–69.
2. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. // *Русский медицинский журнал.* 2003. Т. 11. № 19. С. 1077–1079.
3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. // *Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН: Материалы XI Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов, М. 2005. Т. 6. № 5. С. 5–6.*
4. Борисов И.А., Попов Л.В., Березовец И.Г. и др. *Хирургическое лечение больных ИБС молодого возраста: Материалы Российского национального конгресса «От исследований к стандартам лечения».* М., 2003. С. 43.
5. Борисов И.А., Березовец И.Г. // *Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.* 2002. Т. 3. № 11. С. 74.
6. Князев М.Д., Аслибеян И.С. // *Тер. архив.* 1978. № 12. С. 16–22.
7. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. *Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения.* М.: Реафарм, 2003. С. 256.
8. *Коронарное шунтирование. Рекомендации Американской ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа.* Красноярск: ИПК «Плотина», 2000. С. 20.
9. Константинов В.В. и др. // *Тер. арх.* 1997. С. 12–14.
10. Малая Л.Т., Волков В.И. *Ишемическая болезнь сердца у молодых.* Киев: Здоров'я, 1980. 454 с.
11. Cohen D.J., Basamenia C., Greaber G.M. et al. // *Chest.* 1986. V. 89. P. 811–816.
12. French J.K., Scott D.S. Whittle R.M. L. et al. // *Circulation.* 1995. V. 92. P. 11–19.
13. Gerfand E.T., Warlak J., Callaghan J.C. // *Can. J. Surg.* 1983. V. 26. P. 188–189.
14. Pirk J., Bohyni K.V., Skibova J. et al. // *Torac. Cardiovasc. Surg.* 1989. V. 37. P. 80–83.
15. Rohrer-Gubler et al. // *Torac. Surg.* 1989. V. 37. P. 80–83.