

УДК 612.398.192:/617.58-002.18-88-092:616.13-004.6

© О.І. КОСТИВ, В.М. МЕРЕЦЬКИЙ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Взаємозв'язок клінічних проявів атеросклеротичного ураження судин нижніх кінцівок із прогностичними чинниками, що впливають на перебіг атеросклеротичного процесу

O.I. KOSTIV, V.M. MERETSKY

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

INTERRELATION BETWEEN CLINICAL SIGNS OF ATHEROSCLEROTIC DEFEAT OF THE VESSELS OF LOWER EXTREMITIES AND PROGNOSTIC FACTORS INFLUENCING UPON THE COURSE OF ATHEROSCLEROTIC PROCESS

Розглянуто взаємозв'язок клінічних проявів атеросклеротичного ураження судин нижніх кінцівок із прогностичними чинниками, що впливають на перебіг атеросклеротичного процесу. Встановлено, що на перебіг атеросклеротичного процесу найбільшою мірою впливають шкідливі звички або супутні захворювання. Між певними симптомами захворювання і ступенем важкості, що відображає морфологічні зміни в судинах, спостерігається тісна, але не абсолютна залежність. Виявлено, що супутній цукровий діабет, вищий функціональний клас стенокардії напружи ведуть до важчого перебігу основного захворювання.

Interrelation between clinical signs of atherosclerotic defeat of the vessels of lower extremities considered and prognostic factors influencing upon the course of atherosclerotic process is considered. It is revealed that the course of atherosclerotic process is mainly influenced by harmful habits or concomitant diseases. Between the certain symptoms of disease and severity degree which represents the morphological changes in vessels is observed the close but not absolute dependence. It is revealed that concomitant diabetes mellitus, the higher functional class of stenocardia of tension result in more severe course of basic disease.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Зростання кількості хворих із атеросклеротичним ураженням магістральних артерій нижніх кінцівок визначає високу летальність [2], причинами якої є відсутність обґрунтованої концепції патогенезу атеросклерозу і його основних ускладнень.

Клінічна картина хронічної ішемії нижніх кінцівок може бути зумовлена як ізольованими, так і поєднаними оклюзіями черевної аорти, її біфуркації, клубових і стегнових артерій, а також артерій гомілки і стоп [3, 5, 6].

Ступінь хронічної артеріальної недостатності в основному відображає адекватність колатерального кровотоку і вираженість мікроциркуляторних розладів у певному сегменті кінцівки [5, 6].

Відомо, що атеросклероз є патологією обміну речовин, включаючи обмін ліпідів, білків і вуглеводів [2]. Провідна роль порушень обміну ліпідів, зокрема при ураженні судин нижніх кінцівок, піддається критиці [4, 7]. Більшість виражених порушень ліпідного обміну характерна для пізніх стадій ате-

росклерозу і, очевидно, носить вторинний характер [2]. При цьому порушується ліполітична активність судинної стінки, нервово-ендокринна регуляція і функції печінки [1, 2].

Мета роботи: вивчити взаємозв'язок клінічних проявів атеросклеротичного ураження судин нижніх кінцівок із прогностичними чинниками, що впливають на перебіг атеросклеротичного процесу.

Матеріали і методи. Обстежено 159 хворих із атеросклеротичною оклюзією черевного відділу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної хірургії Тернопільської обласної клінічної комунальної лікарні за період із 2002 до 2007 рр.

Із 159 хворих, яким проводили ревазуляризацію нижніх кінцівок, 109 (68,5 %) віком до 60 років, а 50 (31,5 %) – старші 61 року. Середній вік хворих становив $(59,8 \pm 7,8)$ року.

II ст. хронічної артеріальної ішемії (II Міжнародний консенсус із питань хронічної критичної

ішемії нижніх кінцівок) було діагностовано у 25 (15,5 %) хворих, III А ст. – у 80 (50,2 %) пацієнтів, III Б – у 40 (25,1 %), IV ст. – у 14 (9,2 %) хворих.

Серед супутньої патології в обстежуваних хворих гіпертонічну хворобу виявлено у 74 (46,5 %) осіб, хронічні обструктивні захворювання легень – у 22 (13,8 %) пацієнтів, захворювання нирок – у 14 (8,8 %) обстежуваних, цукровий діабет – у 9 (5,7 %) хворих.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проведена спроба характеристики контингенту обстежених хворих залежно від ряду чинників, що мають відношення до клінічного перебігу захворювання і прогнозу перебігу атеросклеротичного ураження, а також від наявності і ступеня вираження основних клінічних симптомів даного захворювання. Згідно з 7 чинниками (вік, тривалість захворювання,

вираження больового синдрому, дистанція безбольової ходьби, наявність і ступінь недостатності кровообігу, загальний стан хворого при госпіталізації, стадія облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок), всі хворі розділялися на групи. Для того, щоб встановити внесок конкретного чинника, всі інші при цьому не враховували.

При аналізі клінічних характеристик обстежених хворих залежно від віку звертає на себе увагу, що в похилому віці збільшувався відсоток жінок, а ранній розвиток атеросклеротичного ураження магістральних артерій нижніх кінцівок (до 60 років) спостерігається виключно у чоловіків. З віком збільшується кількість хворих із супутніми захворюваннями, особливо з цукровим діабетом і гіпертонічною хворобою, а також зростає ступінь ФК ІХС (табл. 1). У старших пацієнтів частіше відмічались трофічні розлади із розвитком гангрені.

Таблиця 1. Характеристики хворих відносно віку (в % від обстежуваних хворих)

Вік хворих	31-40 років, n=3	41-59 років, n=91	60 і більше років, n=65
Стать (% мужчин)	100	98,9	95,4
Цукровий діабет (%)	-	3,3	9,2
ФК ІХС	I	100	-
	II	-	6,2
	III	-	90,8
	IV	-	3,0
Гіпертонічна хвороба (%)	0 %	25,3%	78,5 %
Шкідливі звички (%)	100 %	91,8 %	75,1 %
Дистальний некроз (%)	0 %	6,1 %	12,7 %
Трофічні зміни (%)	0 %	19,4 %	39,2 %

Так, для групи пацієнтів молодшого віку встановлено високу етіологічну значимість шкідливих звичок (куріння) [20], тоді як у старших вікових групах зростає роль супутніх захворювань [6], що супроводжуються тяжкими проявами.

Найчастіше тривалість захворювання на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок становила від 1 до 5 років. У більшості хворих із тривалістю захворювання довше 5 років достовірно частіше відмічався вищий функціональний клас ІХС, що вказує на поширеніший характер атеросклеротичного ураження судин (мультифокальність). Частота виявлення гіпертонічної хвороби також корелювала з тривалістю захворювання. Шкідливі звички спостерігались частіше при тривалості захворювання більше 1 року (табл. 2).

Мерзлякуватість, переміжна кульгавість, похолодання і ціаноз шкірних покривів достовірно частіше визначались при тривалішому перебігу захворювання.

Шуми в проекції артеріальних судин стегна і гомілки, відсутність пульсації на артеріях, трофічні розлади також корелювали з давністю захворювання.

Наявність больового синдрому у спокої відмічалась частіше у хворих із гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом; спостерігався зв'язок між вираженням больового синдрому і переміжною кульгавістю, наявністю мерзлякуватості, парестезій (табл. 3). За наявності болю при звичній ходьбі такий зв'язок не простежувався. Такі прояви облітеруючого атеросклерозу, як ціаноз, похолодання шкірних покривів, наявність шумів і трофічних розладів, корелювали з вираженням больового синдрому. Всі випадки гангрені кінцівок, ціанозу шкіри і переміжної кульгавості спостерігались у всіх хворих із критичною ішемією.

Залежно від дистанції безбольової ходьби (клінічний чинник, що враховується при визначенні показань до оперативного лікування і вказує, крім стадії атеросклеротичного процесу, на ступінь розвитку кола-

Таблиця 2. Характеристика хворих залежно від тривалості захворювання (в % від обстежуваних хворих)

Тривалість захворювання		До 1 року, n=18	До 5 років, n=81	Більше 5 років, n= 60
Стать (% мужчин)		100	81	95
ІХС	I	44,4	1,2	-
	II	55,6	80,3	13,4
	III	-	18,5	83,3
	IV	-	-	3,3
Гіпертонічна хвороба		14,1	19,8	24,2
Шкідливі звички		71,3	94,7	87,4
Переміжна кульгавість		67,4	91,8	97,2
Мерзлякуватість ніг		86,1	92,9	98,3
Ціаноз шкіри ніг		37,2	51,8	73,3
Похолодання шкіри нижніх кінцівок		45,9	72,3	89,7
Відсутність пульсації на артеріях нижніх кінцівок	a. dorsalis pedis	61,7	86,1	92,2
	a. tibialis posterior	43,4	66,7	82,9
	a. poplitea	37,1	53,4	79,5
	a. femoralis	8,5	17,1	35,7
Систолічний шум на стегновій артерії		2,3	18,5	39,1
Трофічні розлади		18,7	24,1	43,8
Гангрена на стопі		2,8	9,7	21,2

Таблиця 3. Характеристика хворих залежно від наявності та ступеня больового синдрому (в % від обстежуваних хворих)

Характеристика		Вираження болю в ногах			
		немає, n=25	при швидкій ході, n=50	при звичайній ході, n=30	в спокої, n=54
Ліжко-дні		10,1	10,2	13,6	17,8
ІХС	I	32,0	2,0	-	-
	II	68,0	96,0	53,3	3,7
	III	-	2,0	46,7	92,6
	IV	-	-	-	36,7
Гіпертонічна хвороба		5,3	22,1	28,5	69,2
Цукровий діабет		-	2	16,7	5,6
Шкідливі звички		78,1	84,5	91,2	96,1
Переміжна кульгавість		-	52,9	94,7	100,0
Мерзлякуватість ніг		-	79,3	91,7	96,9
Парестезії в ногах		-	64,7	53,8	91,7
Ціаноз шкіри ніг		-	31,8	56,1	100,0
Похолодання шкіри нижніх кінцівок		-	29,4	79,7	98,1
Систолічний шум на стегновій артерії		-	12,4	19,7	96,2
Трофічні розлади		-	18,8	26,1	92,9
Гангрена на стопі		-	-	-	26,1

терального кровообігу [10]), хворі були розподілені на 3 групи. У хворих із функціональною недостатністю колатерального кровообігу частіше спостерігалася гіпертонічна хвороба, а також такі симптоми, як мерзлякуватість, парестезії, слабкість в ногах, зниження температури шкірних покривів, ціаноз, шуми і трофічні розлади (табл. 4). Всі випадки ган-

грені були відмічені тільки у хворих, які можуть пройти менше 100 м, що підтверджує високу прогностичну значущість цієї ознаки. Водночас не спостерігалася зв'язку між дистанцією безбольової ходьби і наявністю супутніх захворювань (крім ІХС і гіпертонічної хвороби), включаючи цукровий діабет, шкідливі звички, обтяжену спадковість.

Таблиця 4. Характеристика хворих залежно від дистанції безбольової ходьби (в % від обстежуваних хворих)

Характеристика		Дистанція безбольової ходи		
		більше 500 м, n=25	від 200 до 500 м, n=120	менше 100 м, n=14
Спадковість		2,9	1,2	3,5
ІХС	I	28,0	1,7	-
	II	72,0	52,5	14,3
	III	-	45,8	71,4
	IV	-	-	14,3
Гіпертонічна хвороба		5,3	22,1	28,5
Цукровий діабет		-	2	16,7
Шкідливі звички		78,1	84,5	91,2
Мерзлякуватість ніг		-	79,3	91,7
Парестезії в ногах		-	64,7	53,8
Ціаноз шкіри ніг		-	31,8	56,1
Похолодання шкіри нижніх кінцівок		-	29,4	79,7
Систолічний шум на стегновій артерії		-	12,4	19,7
Трофічні розлади		-	18,8	26,1
Гангрена на стопі		-	-	-

Супутні захворювання, зокрема ІХС, гіпертонічна хвороба і цукровий діабет, частіше реєструвалися у хворих із вищим ступенем недостатності кровообігу. Водночас шкідливі звички серед цих хворих були поширені менше. Парестезії і слабкість в ногах також частіше реєструвалися у хворих із вищим ступенем недостатності кровообігу; спостерігалася чітка зворотна залежність тривалості ремісії від ступеня недостатності кровообігу. Під тривалістю ремісії ми розуміємо термін із моменту закінчення попереднього стаціонарного лікування. Пряма залежність мала місце для таких проявів, як похолодання шкірних покривів, ціаноз, відсутність пульсації на периферичних судинах, наявність шумів, трофічних розладів і гангрен.

Серед обстежених нами хворих всі жінки прийняті в стаціонар у важкому стані. Це можна пов'язати із більш старшим віком, наявністю супутніх захворювань, зокрема цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, вищим функціональним класом стенокардії напруги. У пацієнтів із станом середньої тяжкості та тяжким частіше відмічались парестезії, відповідно, у 86,7 та 92,3 % порівняно із 46,3 % пацієнтів у задовільному стані, ціаноз шкірних покривів зустрічався у 100 % хворих порівняно із 50,3 % пацієнтів у задовільному стані. Відсутність пульсації на судинах підколінно-гомількового сегмента відмічалась у 100 % пацієнтів із середнім та тяжким станом, трофічні розлади нижніх кінцівок виявлено у всіх хворих із тяжким станом, а у пацієнтів із середнім ступенем тяжкості захворювання – у 87,8 %. У хворих із тяжким станом відмічається у

5 разів менша тривалість ремісії, ніж у пацієнтів із задовільним станом.

Всі жінки, які включені в дослідження, госпіталізовані в стаціонар із III та IV стадіями хронічної артеріальної ішемії. Це пояснює факт прийняття жінок в більш тяжкому стані. Встановлено зв'язок між стадією ХАН та наявністю супутніх захворювань. Так, цукровий діабет при II ст. ХАН відмічається у 5,3 % хворих, при III ст. ХАН – у 18,2 % пацієнтів, а при IV ст. ХАН – у 24,5 % обстежуваних. Така ж тенденція стосується і супутніх ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби. Спостерігається чіткий зворотний зв'язок між стадією ХАН та тривалістю ремісії: у пацієнтів із I стадією ХАН остання триває у 3 рази довше, ніж у хворих із III ст. ХАН.

Висновки. На перебіг атеросклеротичного процесу найбільшою мірою впливають шкідливі звички (в молодому віці) або супутні захворювання, особливо ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба та цукровий діабет (в старшому віці). Між певними симптомами захворювання і ступенем тяжкості, що відображає морфологічні зміни в судинах, спостерігається тісна, але не абсолютна залежність, про що свідчить різний характер розподілу обстежених хворих залежно від наявності цих симптомів і стадії захворювання, з одного боку, і дистанції безбольової ходьби – з іншого.

У результаті проведеного аналізу встановлено, що супутній цукровий діабет, вищий функціональний клас стенокардії напруги приводять до тяжчого перебігу основного захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Истомин Н.П., Соколов М.Э., Рязанова Т.Г. Воспаление как стадия развития атеросклеротического поражения периферических сосудов // Научные достижения в практическую работу: [Сб. ст.] / Клинич.больница 119, Ин-т повышения квалификации руководящих работников и специалистов; Редкол.: Л.Ф. Кравченко – гл. ред. и др. – М, 1992. – С. 172-174.
2. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. – СПб., 1995. – 298 с.
3. Кудрявцева И.В. Клинико-биохимические особенности формирования атеросклероза у лиц молодого возраста с факторами риска ИБС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1995. – 23 с.
4. Хирургические проблемы профилактики атеросклеротических окклюзирующих заболеваний нижних конечностей в Витебской области / В.В. Аничкин, В.А. Беляев, Д.В. Шиленок, Е.В. Кузнецов, А.С. Карпицкий // Проблемы профилактической медицины: Сб. науч. тр. – Витебск, 1995. – С. 72-73.
5. Хлебков В.Ф. Отеки нижних конечностей после хирургического лечения, нарушения артериального кровообращения в бедренно-подколенном сегменте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1995. – 25 с.
6. Шанина Е.Ю. Оценка состояния дистального артериального русла у больных облитерирующим атеросклерозом по данным ультразвуковых методов исследования: [Докл.] Международной конференции "Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики". – М., 19-21 марта 1997 г. // Ультразвуковая диагностика. – 1997. – № 2. – С. 42-43.
7. Disodium-ethylene diamine tetraacetic acid (EDTA) has no effect on blood lipids in atherosclerotic patients. A randomized, placebo-controlled study / B. Guldager, O. Faergeman, S.J. Jorgensen et al. // Dan. Med. Bull. – 1993. – Vol. 40, N 5. – P. 625-627.

Отримано 21.05.09