

СТЕНОКАРДИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, РАКЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ¹

А. Н. Кокосов

Клиника факультетской терапии (зав. — проф. Б. П. Кушелевский)
Свердловского медицинского института

В сложной и многообразной по патогенезу сочетанной гастро-кардиальной патологии на первое место по тяжести и практическому значению, по-видимому, можно поставить случаи стенокардии у больных язвенной болезнью и раком желудка (М. М. Губергриц, Н. И. Широкогоров). Наиболее изучены язвенно-коронарные стенокардии (Фроман и Гоне). Частота их колеблется от 7,5% (Фроман и Гоне; Хохрейн и Шейхер; Валс и др.) до 10,7% (Л. И. Рогачевский) и даже 26% (О. С. Радбиль). По данным Михеляцци (1958) такое сочетание закончилось инфарктом миокарда у 24 из 410 (5,8%), а по Радбилю (1960) — у 18 из 200 (9%) больных.

Стенокардия при раковом поражении желудка менее известна, хотя встречается не менее часто. Так, по З. Я. Владимировой (1955), она имела место у 36 из 125 (у 28,8%) больных раком кардии желудка и пищевода, прооперированных в течение 6 лет. О подобных наблюдениях сообщили также Губергриц (1936), А. И. Смирнов (1953), Шедроу (1959).

По нашим данным стенокардия была установлена у 42 из 302 больных язвенной болезнью, лечившихся в клинике в течение 6 лет, что составило 13,9%. В то же время при раке желудка или двенадцатиперстной кишки она имела место у 8 из 42 больных.

Стенокардия сочеталась с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у 38 и с язвой желудка — у 4 больных.

Нам не удалось отметить какой-либо зависимости между степенью коронарной недостаточности и характером патологических изменений в желудке или дуоденуме (язвенный или раковый процесс).

Таблица 1

Возраст больных стенокардией при язвенной болезни (я. б.) и раке (р.) желудка или двенадцатиперстной кишки

Возраст	21—30		31—40		41—50		51—60		61—70		71—80		Всего
	я. б.	р.	я. б.	р.	я. б.	р.	я. б.	р.	я. б.	р.	я. б.	р.	
Число больных . .	8	0	6	0	12	0	11	0	4	6	1	2	50

Для характеристики степени коронарной недостаточности мы воспользовались клинической группировкой стенокардий по степени тяжести, предложенной Б. П. Кушелевским на XIV Всесоюзном съезде терапевтов (1956).

Таблица 2

Распределение больных по степени тяжести коронарной недостаточности

Группы (степени) тяжести	Число больных	Больные затыжными болями приступами
I	16	3
II	11	3
III	13	4
IV	10	5
Всего больных	50	15

Почти у половины наших больных (у 23 из 50) «входной диагноз» отражал различные формы коронарной недостаточности, а у 15 — желудочную патологию, диспетические проявления которой являлись «маской» стенокардии (Г. Л. Левин). Малое знакомство практических врачей с такой разновидностью висцерокоронарной стенокардии привело к тому, что у 45 больных из 50 правильный диагноз был установлен лишь в условиях клиники.

Диагноз ставился на основе общепринятых клинических методов исследования, особое внимание обращалось на хронологическую последовательность в формировании сочетанной гастро-дуодено-коронарной патологии.

Клинически выраженный коронаросклероз, констатированный с учетом рентгенологических, ЭКГ, БКГ и биохимических показате-

лей был у 38 (из 50) больных. Эти данные не вполне соответствуют представлению некоторых авторов (Рогачевский и др.), что гастро-дуодено-коронарный рефлекс обя-

¹ Доложено на 27 годичной научной сессии Свердловского медицинского института в марте 1964 г.

зательно связан с коронаросклерозом, однако наличие его более чем в 3 раза увеличивало шансы этих больных к появлению у них висцеро-коронарной стенокардии.

По клинической картине мы разделили наших больных на 3 группы. В первую вошло 5 больных в возрасте от 28 до 73 лет, из них 4 мужчин. У одного имелась язвенная болезнь, у остальных — раковый процесс. Давность заболевания колебалась от полугода до 3 лет. Стенокардия у этих больных сопутствовала приступам эпилепсии (И. М. Флекель, 1958) или появлялась вскоре после нее. Это была не иррадирующая в область сердца боль, а типичная стенокардия, связанная, как правило, с приступами желудочных болей и уступавшая нитритам. Трое больных поступили в клинику с «входным диагнозом» — инфаркт миокарда. Коронаросклероз был диагностирован у всех 5 больных, 3 из которых к тому же страдали гипертонической болезнью II ст. У одной из них, 67-летней женщины, скоропостижно умершей на 5-й день пребывания в клинике, на вскрытии был обнаружен рак двенадцатиперстной кишки и тяжелый коронарокардиосклероз с аневризмой задней стенки сердца после скрыто прошедшего инфаркта миокарда. Необратимый характер желудочной патологии у 4 из этих 5 больных создавал стойкий очаг ирритации и соответствующие ему по стойкости гастро-дуодено-коронарные рефлексы, что обуславливало малую эффективность лечения.

Вторую, численно наибольшую, группу составили 43 больных в возрасте от 21 до 70 лет (31 мужчина и 12 женщин). Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 и более лет. Симптомы желудочного заболевания у большинства этих больных задолго предшествовали приступам стенокардии, которые не всегда были ярко выражены. Однако у большей части больных (у 29 из 43) удавалось проследить отчетливую связь появления и усиления коронарных болей с обострением основного — желудочного процесса. У 16 больных «входной диагноз» фиксирован различными по тяжести проявления коронарной недостаточности: стенокардия, затяжной приступ стенокардии, частые приступы стенокардии, инфаркт миокарда. При клиническом исследовании атеросклероз коронарных сосудов был диагностирован у 30 (из 43) больных, а гипертоническая болезнь II ст. — у 12.

Третью группу составили лишь двое больных — мужчина и женщина, у которых латентно протекавшая язвенная болезнь дуоденума с явлениями перидуоденита была выявлена при рентгенологическом обследовании, предпринятом в безболевым периоде для выяснения причин упорной стенокардии, которая усиливалась после еды. Диагностированное таким путем язвенно-коронарное сочетание явилось существенным звеном в генезе их стенокардии, что и было подтверждено в дальнейшем эффектом лечения язвенной болезни. Поводом для поступления в клинику обоих этих больных явился затяжной приступ стенокардии на фоне транзиторного повышения АД; патогенез же коронарных болей у них казался более сложным в результате сочетания гипертонической болезни посткоммоционного генеза, коронаросклероза и язвенно-коронарных рефлекторных реакций. Такой усложненный характер сердечной (коронарной) и желудочной патологии при наличии предрасполагающих и способствующих факторов, какими у этих больных явились коронаросклероз и гипертоническая болезнь, привел к тому, что лечением удалось достигнуть лишь некоторого улучшения: больные были переведены из III группы в I.

По нашим наблюдениям, гипертоническая болезнь (у 11 больных из 50), закрытая травма мозга (у 6), функциональное расстройство нервной системы (у 3), гипертиреоз (у одного) играли роль факторов, способствующих закреплению патологических гастро-дуоденально-коронарных рефлекторных связей.

Значение невроза и контузии в анамнезе для выявления патологических рефлекторных реакций на сердце у больных при заболеваниях желудка подчеркивали также И. Е. Ганелина (1963) и Г. Л. Левин (1964).

У 20 (из 50) больных в последующем возникли и другие очаги ирритации при системном поражении внутренних органов брюшной полости (холецистит и панкреатит), что также усложняло клиническую картину и ухудшало терапевтический прогноз.

Указанные клинические наблюдения находят определенное подтверждение в работах М. Г. Удельнова и его сотрудников (1955). Их экспериментальные данные, устанавливающие зависимость характера рефлекторной реакции сердца от силы раздражения внутренних органов, вполне соответствуют нашим клиническим наблюдениям о том, что как формирование, так и «подкрепление» патологического висцеро-коронарного рефлекса часто связаны с обострением ирритативного очага, что отмечено нами у 33 (из 50) больных.

Лечение язвенно-коронарных стенокардий обязательно должно быть комплексным. Так, в период обострения желудочных болей нами успешно использовались холино- и спазмолитики с широким спектром действия (ганглиоблокаторы и коронаролитики).

В этом плане специально хочется подчеркнуть испытанные клиникой за последние годы апрофен, этафен, ганглерон и, особенно, кватерон. Такая лекарственная терапия всегда проводилась на фоне лечебно-охранительного режима и соответствующей диеты.

Более чем у половины больных (32 из 50) в ходе лечения исчезли жалобы на боли в сердце, значительное уменьшение частоты приступов и интенсивности болей еще у 15 больных позволило относить их вместо III группы ко II и даже I гр.; у 2 больных лечение оказалось неэффективным. Одна больная умерла.

Малая эффективность лечения зависела главным образом от стойкости очага ирритации (например, длительно существующая каллезная язва, перидуоденит, раковый процесс) или их комбинации (например, язвенно-коронарная стенокардия и холецисто-коронарный синдром), а также от наличия предрасполагающего к стенокардии коронаросклероза и других заболеваний, способствующих появлению и укреплению патологического висцеро-коронарного рефлекса (например, гипертоническая болезнь, последствия закрытой травмы мозга).

Проверка отдаленных результатов лечения выявила отчетливую зависимость стенокардии от склонности заболеваний желудка и дуоденум к обострению. Конкурирующая с ними по тяжести упорная стенокардия при наличии отчетливых рефлекторных язвенно-коронарных реакций являлась дополнительным показанием к оперативному вмешательству с тщательной анестезией опасных зон в кардиальной части желудка (специальные наблюдения Дитриха и Швигка). При этом на удачно прооперированных больных могло быть распространено выражение Б. Е. Вотчал (1963), что в таких случаях последний приступ болей (коронарных) бывает на операционном столе.

Мы имели возможность проследить на протяжении 3—4 лет двух больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и дуоденум, у которых боли в сердце после операции исчезли.

Что же касается стенокардии при раке желудка, то, будучи неоперабельными, эти больные в большинстве случаев получали от лечения лишь временное облегчение. Практически важно помнить о том, что упорная стенокардия может служить «маской» скрыто протекающего ракового процесса, особенно при субкардиальной его локализации. Ранняя диагностика и радикальная операция у такого рода больных — единственный путь одновременного устранения и основного процесса, и осложняющих его висцеро-коронарных реакций.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных стенокардией при язвенной болезни и раке желудка или дуоденум с клинической точки зрения целесообразно выделить три группы больных: в I гр. — типичные желудочные боли провоцировали стенокардические, во II — поражение желудка предшествовало им, в III — упорная стенокардия поддерживалась скрыто протекавшей патологией желудка и дуоденум.

2. Патогенез стенокардии при язвенной болезни и раке желудка и дуоденум сложен. Предрасполагающим фактором служит коронаросклероз. Гипертоническая болезнь, закрытая травма мозга и функциональное расстройство нервной системы способствуют возникновению такой стенокардии и ухудшают ее терапевтический прогноз.

3. Лечение таких больных должно включать одновременное воздействие на источник ирритации и коронарную недостаточность. Упорные язвенно-коронарные стенокардии, конкурирующие по тяжести с заболеванием желудка и дуоденум, должны являться дополнительным показанием к оперативному вмешательству; при раковом же процессе раннее оперативное вмешательство является основным методом лечения.

4. Профилактика таких стенокардий должна включать возможно раннее и комплексное лечение заболеваний желудка и дуоденум с назначением в периоды их обострения холино- и спазмолитиков, с широким спектром действия, а также ганглио-блокирующих препаратов, предупреждающих формирование патологических висцеро-коронарных связей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вотчал Б. Е. Очерки клинической фармакологии. М. Медгиз, 1963.
2. Владимирова З. Я. Хирургия, 1955, 10. — 3. Ганелина И. Е. Интероцептивные влияния с желудочно-кишечного тракта на сердце. АН СССР, 1963.
4. Губергриц М. М., Тер. арх. 1936, 1. — 5. Куселевский Б. П. Тр. 14 Всесоюз. съезда терапев. М., Медгиз, 1958. — 6. Левин Г. Л. Очерки желудочной патологии. М., Медицина, 1964. — 7. Лясс М. А., Левин А. А. Медико-биол. ж., 1926, 4—5. — 8. Радбиль О. С. Сб. научно-практич. работ врачей Татарского терриорт. управл. курортов, санаториев и домов отдыха. Казань, 1960. — 9. Рогачев-управл. курортов, санаториев и домов отдыха. Казань, 1960. — 10. Смирнов А. И. Электрокардиографические изменения при операциях на пищеводе и желудке. Автореферат диссертации, М., 1953. — 11. Флекель И. М. Язвенная болезнь. М., Медгиз, 1958.
12. Широкогоров Н. И. Клинич. мед. 1928, 2. — 13. Ястребцова Н. Л., Удельнов М. Г. В кн. «Вопр. патол. и физиол. сердца», М., Медгиз, 1955.
14. Dietrich S., Schwiegk H. Klin. Med. 1933, Bd. 125, 3. — 15. Froment R., Gonin A. Les Angors coronaries intriqués, 1956. — 16. Hochrein M., Schleicher J. Münch. med. Wochenschr. 1941, Bd. 88, 12. — 17. Michelazzi A. Cuore e circol. 1958, 42, 5. — 18. Scedrow A. South African med. j., 1959, 33, 7. — 19. Walsh B., Bland E., Taquini A., White P. D. Amer. Heart J. 1941, 21.

Поступила 19 мая 1964 г.