

Г. А. НАРГИЗЯН

О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

В большой проблеме сердечно-сосудистой патологии одно из центральных мест занимает атеросклероз вообще и в частности—атеросклеротическое поражение коронарных сосудов.

За последнее десятилетие отмечается резкое увеличение заболеваемости атеросклерозом, особенно мозговых и сердечных сосудов. Кафедра терапии факультета усовершенствования врачей Ереванского медицинского института уже несколько лет занимается изучением различных аспектов коронарного атеросклероза, в частности распространения его в Армении, диагностики и лечения.

В настоящем сообщении анализируются данные о течении и клинической картине коронарного атеросклероза у 476 стационарно и амбулаторно обследованных больных за пять лет. Из этого числа больных мужчин было 230, женщин—246.

В возрасте до 40 лет заболеваемость коронарным атеросклерозом встречается редко; в 41—50 лет заболеваемость резко возрастает и достигает своего максимума в 51—60 лет. Старше 60 лет и до 70 число больных значительно уменьшается, но все же остается выше, чем в остальных возрастных группах.

В отношении профессии рассматриваемый контингент больных распределялся следующим образом: рабочих—156, служащих—235, из коих 59—люди умственного труда, домохозяйек—85.

Жалобы и объективные признаки были весьма различные. В одних случаях на первый план выступали ишемические нарушения очагового характера с болевым синдромом, в других—болезнь протекала без болей с постепенным прогрессирующим нарастанием коронарной недостаточности в результате диффузного процесса в коронарных сосудах. Наиболее ярким клиническим проявлением в этих случаях была одышка, нарастающая слабость или более выраженные явления сердечной недостаточности. Встречались также формы коронарного атеросклероза в сочетании с другими заболеваниями.

В целях более полной характеристики течения болезни мы сгруппировали больных следующим образом:

I группа—84 больных с коронарным атеросклерозом, у которых более или менее часто отмечались приступы стенокардии. У 14 больных этой группы наблюдались явления сердечной недостаточности.

II группа—65 больных с инфарктом миокарда на почве коронарного атеросклероза. У 23 (35%) из них имелись явления сердечной недостаточности.

III группа—163 больных с диффузно-прогрессирующим коронарным атеросклерозом без приступов стенокардии и инфаркта миокарда, но с клиническими проявлениями хронической коронарной недостаточности: одышка, слабость, соответствующие изменения ЭКГ и биохимических показателей. У 56 (34%) из них развилась недостаточность сердца и кровообращения, имеющая тенденцию к прогрессированию.

Электрокардиографические изменения представляли следующую картину. У больных I группы электрокардиограмма характеризовалась определенными сдвигами, хотя и не во всех случаях. Основные изменения чаще всего проявлялись смещением сегмента ST в одном или нескольких отведениях, а иногда изменением только формы сегмента ST (прямолинейность), а также изменением зубца T (большие, равносторонние, заостренные, сглаженные, низкие, двухфазные, отрицательные). Все эти изменения носили преимущественно временный характер. Электрокардиографические показатели у больных II группы отражали изменения, связанные с наличием коронарной недостаточности различной степени в сочетании с изменениями в зависимости от стадии распространения, локализации и исходов инфарктов миокарда. У больных III группы наблюдались, в основном, более стойкие изменения электрокардиограммы, отражающие картину хронической ишемии в сердечной мышце, а также нарушение сердечного ритма различного характера (одиночные, групповые, монотопные, политопные экстрасистолы, предсердно-желудочковые, внутрижелудочковые блокады, мерцание предсердий и др.).

Во всех трех группах очень часто отмечены электрокардиографические признаки, указывающие на напряжение левого желудочка. Что касается биохимической характеристики, то мы отмечали в основном невысокий уровень холестерина—меньше, чем у авторов, обобщающих материалы гг. Москвы и Ленинграда. На нашем материале общий холестерин крови колеблется в пределах 200—250 мг%, лецитин-холестериновый индекс обычно больше 1, но процент эстерификации ниже нормального во всех случаях и тем ниже, чем тяжелее процесс.

Кроме этих трех групп, нами выделялись еще две группы больных. IV группа—больные с коронарным атеросклерозом в сочетании с легочным сердцем (всего 78). В этой группе ни в одном случае не наблюдалось приступов стенокардии или инфаркта миокарда. В половине случаев развились явления сердечной недостаточности I, II и III степени. В отличие от предыдущих здесь чаще отмечалась одышка, цианоз, тахикардия и иногда нарушение сердечного ритма, чаще всего в виде экстрасистол.

V группа—больные с сочетанием коронарного атеросклероза и гипертонической болезни. По нашим, как и по данным других авторов, сочетание это встречается очень часто. Однако больных со стенокардией и инфарктами миокарда в этой группе было сравнительно мало: со стенокардией 28 больных (17%) и с инфарктом миокарда 8 (5%). Из 160 больных явления сердечной недостаточности отмечены у 67 (40%).

Резюмируя, мы хотели бы подчеркнуть, что коронарный атероскле-

роз—очень частое заболевание, протекает далеко не однообразно, нередко сочетается с гипертонической болезнью или легочным сердцем и в тяжелых случаях осложняется развитием сердечной недостаточности. Уточнение клинических вариантов развития болезни, что не всегда легко удается, расширяет понимание каждого отдельного случая и должно лечь в основу лечебных и профилактических мероприятий.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Ереванского медицинского института

Поступило 3.VI 1963 г.

Գ. Ա. ՆԱՐԳԻԶՅԱՆ

ԿՈՐՈՆԱՐ ԱՏԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին հինգ տարիների ընթացքում մեր հսկողության տակ գտնվել է կորոնար-ատերոսկլերոզով տառապող 476 հիվանդներ, որոնք ըստ կլինիկական ընթացքի բաժանվել են հետևյալ խմբերի.

1. Կորոնար-ատերոսկլերոզ ստենոկարդիայի նոպաներով ընդամենը 84 հիվանդ, որոնցից 14-ի մոտ եղել են սրտային անբավարարության երևույթներ:

2. Կորոնար-ատերոսկլերոզ միոկարդի ինֆարկտի զարգացումով ընդամենը 65 հիվանդ, որից 23-ի մոտ (35 տոկոս), ավելի հաճախ քան նախորդ խմբում, եղել են սրտային անբավարարության երևույթներ:

3. Դիֆուզ պրոգրեսող կորոնար-ատերոսկլերոզ առանց ստենոկարդիայի նոպաների և միոկարդի ինֆարկտի, սակայն խրոնիկական կորոնար անբավարարության կլինիկական նշաններով՝ հեռու, թուլություն, էլեկտրական դիֆուզիա և բիոֆիզիկական համապատասխան փոփոխություններ, ընդամենը 163 հիվանդ, որոնցից 56-ի մոտ (34 տոկոս) դիտվել է սրտի և արյան շրջանառության անբավարարության զարգացում:

4. Կորոնար-ատերոսկլերոզ, որն ուղեկցվել է թոք-սրտային սինդրոմով՝ ընդամենը 78 հիվանդ:

Այս խմբի հիվանդներից ոչ ոքի մոտ չի նկատվել ստենոկարդիայի նոպաներ կամ ինֆարկտի զարգացում: Դեպքերի 50 տոկոսի մոտ զարգացել են սրտային անբավարարության երևույթներ:

5. Կորոնար-ատերոսկլերոզ, որն ուղեկցվել է հիպերտոնիկ հիվանդությամբ ընդամենը 160 հիվանդ: Մեզ մոտ ինչպես նաև այլ հեղինակների տվյալներով այս զուգորդումը հանդիպել է բավականին հաճախ:

Կորոնար-ատերոսկլերոզը հաճախ հանդիպող հիվանդություն է, որը ոչ միշտ է միատեսակ ընթանում: Այս տեսակետից հիվանդության զարգացման կլինիկական վարիանտների բնութագրումը նպաստում է հիվանդության առանձին դեպքերի ավելի ճիշտ ըմբռնմանը, որը և պետք է ընկած լինի բուժական և պրոֆիլակտիկ միջոցառումների հիմքում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ильинский Б. В. Атеросклероз. Медгиз, 1960 г.
2. Мясников А. А. Атеросклероз. Медгиз, 1960 г.