

Г. А. НАРГИЗЯН

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

(Распространение в Армении, вопросы клиники и лечения)

В проблеме атеросклероза центральное место занимает коронарный атеросклероз. Изучению этого вопроса уделяется большое внимание, т. к., прогрессируя, это заболевание приводит к тяжелым нарушениям функций сердца. Мы в течение пяти лет наблюдали больных коронарным атеросклерозом со стенокардией, инфарктом миокарда или коронарогенным кардиосклерозом без болевого синдрома.

В связи с изучением коронарного атеросклероза мы затронули вопрос распространения его в городах и районах Армянской ССР (Ереван, Ленинакан, Кировакан, Алаверды, Арташат, Октемберян, Раздан, Камо, Горис, Артик).

Изучение заболеваемости коронарным атеросклерозом за 6 лет в трех наиболее крупных городах Армянской ССР (Ереван, Ленинакан, Кировакан) выявило резкое преобладание диффузного атеросклеротического коронарного кардиосклероза, грудной жабы и инфаркта миокарда в г. Ереване по сравнению с Ленинаканом больше чем в 10 раз и г. Кироваканом больше чем в 20 раз.

Заболеваемость грудной жабой и инфарктом миокарда в изученных нами районах Армении также значительно ниже, чем в крупных городах. Среди районов Армении наибольшая заболеваемость коронарным атеросклерозом отмечена в Арташатском и Октемберянском районах, где население в преобладающем большинстве занимается виноградарством и хлопководством. Эти районы отличаются своим резко континентальным климатом с наименьшим количеством осадков.

В г. Ереване заболеваемость диффузным коронарным атеросклерозом чаще наблюдается у женщин. В остальных городах и районах такого преобладания нет. Заболеваемость грудной жабой в г. Ереване почти одинакова среди мужчин и женщин, тогда как в г. Ленинакане и г. Кировакане, а также в районах она значительно чаще наблюдается у мужчин. Что касается инфаркта миокарда, то как по г. Еревану, так и по остальным городам и районам им значительно чаще болеют мужчины.

С возрастом заболеваемость коронарным атеросклерозом увеличивается. Максимум заболеваемости грудной жабой и инфарктом миокарда падает на возраст от 40 до 60 лет.

Наши наблюдения показали, что заболеваемость коронарным атеросклерозом чаще встречается среди рабочих. Исключение составляет г. Ереван, где заболеваемость грудной жабой, особенно инфарктом миокарда, значительно больше среди служащих.

Сравнение данных по г. Еревану с данными Москвы и Ленинграда показало, что распространение коронарного атеросклероза в Ереване значительно меньше. Особенно большая разница в распространенности грудной жабы (в 30 раз меньше чем в Москве и в 15 раз меньше чем в Ленинграде). Разница в частоте заболеваемости инфарктом миокарда меньше (в 4 раза меньше чем в Москве и в 2 раза меньше чем в Ленинграде). Это можно объяснить тем, что в крупных городах с их более быстрым темпом движения, шумом, по-видимому, имеется больше факторов, обостряющих и отчасти извращающих реактивность нервно-сосудистой системы, что способствует развитию атеросклероза и приступов грудной жабы.

Мы располагаем также данными одной из крупных прозектур города Еревана (материалы кафедры патологической анатомии Ереванского медицинского института) за период с 1950—1960 гг. Из общего количества секций в 2309 чел. атеросклероз с преимущественным поражением коронарных артерий сердца и выраженным коронарокардиосклерозом выявлен в 7,7% случаев, в то время как атеросклероз вообще составлял 9,53%. Таким образом, среди всех локализаций атеросклероза коронарный атеросклероз составляет 80%.

Находившиеся под нашим наблюдением 476 больных распределяются следующим образом: мужчин—230, женщин—246; в возрасте до 30 лет было 2 больных, от 31 до 40 лет—11, от 41 до 50—75, от 51 до 60—213, от 61 до 70—140, старше 70 лет—36 больных; рабочих было 156, служащих—236, домохозяек—85.

Клиническое проявление болезни было различным: в одних случаях на первый план выступали ишемические нарушения очагового характера с болевым синдромом, в других случаях болезнь протекала без болей с постепенным нарастанием коронарной недостаточности, являясь, по-видимому, результатом более 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 и более или менее частыми приступами стенокардии; у 14 больных этой группы наблюдались явления сердечной недостаточности.

II группа — 65 больных с коронарным атеросклерозом и инфарктом миокарда; у 23 из них чаще чем в предыдущей группе имелись явления сердечной недостаточности.

III группа — 163 больных с диффузным, прогрессирующим коронарным атеросклерозом без стенокардии и инфаркта миокарда, но с клини-

ческими проявлениями хронической коронарной недостаточности: одышка, слабость, соответствующие изменения ЭКГ и биохимических показателей. У 56 (34%) из них развилась нарастающая недостаточность сердца и кровообращения.

Первая группа характеризовалась определенными сдвигами в электрокардиограмме, хотя и не во всех случаях. Основные изменения: смещение сегмента ST в одном или нескольких отведениях, а иногда изменение его формы, а также изменение зубца T — большие равносторонние, заостренные, сглаженные, низкие, двухфазные, отрицательные. Все эти отклонения в данной группе носили преимущественно временный характер. Электрокардиографические показатели во второй группе отражали изменения, связанные с наличием коронарной недостаточности различной степени в сочетании с изменениями в зависимости от стадии, распространения, локализации и исходов инфарктов миокарда. Третья группа характеризовалась в основном более стойкими изменениями электрокардиограммы с картиной хронической ишемии в сердечной мышце, а также нарушением сердечного ритма различного характера (одиночные, групповые, монотопные, политопные экстрасистолы, предсердножелудочковые, внутрижелудочковые блокады, мерцание предсердий и др.). Во всех трех группах очень часто отмечались электрокардиографические признаки, указывающие на перенапряжение левого желудочка.

Биохимические изменения, произведенные у 200 больных коронарным атеросклерозом, отражают в основном нарушения в жиролипоидном, белковом обменах, в состоянии свертывающей, антисвертывающей систем организма. Проводилось определение общего холестерина, эстеров холестерина, процента эстерификации холестерина, лецитина, лецитин-холестеринового коэффициента, нейтрального жира, общего белка, фракций белков методом электрофореза на бумаге, дифениламиновой пробы, определение С-реактивного белка, протромбинового индекса, толерантности к гепарину, фибриногена, фибринолитической активности. Биохимические исследования производились повторно в продолжение наблюдения и лечения больного в зависимости от клинической картины болезни.

В отношении показателей липидного обмена полученные нами данные несколько отличаются от данных других авторов. Так, гиперхолестеринемия у наших больных выявлена в сравнительно небольшом проценте случаев. Из 200 больных только у 6 (3%) была холестеринемия выше 300 мг%, т. е. они находились, по определению I. Cottet, в «опасной зоне», 52 больных (26%) имели холестерин крови в пределах 300—200 мг% и у 142 больных (71%) холестерин был ниже 200 мг%. Параллельно с таким преобладанием нормальных показателей общего холестерина крови процент эстерификации холестерина был ниже нормального почти у всех 188 больных, что составляет 94%.

Лецитин и лецитин-холестериновый индекс мало изменены. Количество нейтрального жира держалось преимущественно на цифрах вы-

сокой нормы и несколько выше. Большой динамики в показателях липидного обмена при этом не отмечается.

Дифениламиновая реакция была положительной в случаях тяжело-го течения болезни — при длительных и частых приступах стенокардии, инфаркте миокарда, при развитии тяжелой сердечной недостаточности. При этом получалось впечатление, что имеется прямое соотношение между величиной показателя дифениламиновой реакции и активностью атеросклеротического процесса.

Появление С-реактивного белка в крови и его количество находились также в прямом соотношении с тяжестью, распространенностью и активностью атеросклеротического процесса.

Изменения свертывающей и антисвертывающей систем весьма значительны у наших больных. При тяжелых проявлениях коронарного атеросклероза фибринолитическая активность крови понижается, чему соответствует и понижение толерантности к гепарину. Фибриноген крови находился преимущественно на верхней границе нормы, сравнительно редко превышая ее на большие величины.

Четвертая группа больных с коронарным атеросклерозом в сочетании с легочным сердцем состояла из 78 человек. В этой группе ни в одном случае не наблюдали стенокардии или инфаркта миокарда. В половине случаев развились явления сердечной недостаточности I, II, III степени. В этой группе в отличие от предыдущих чаще отмечались одышка, цианоз, тахикардия и иногда нарушение сердечного ритма в виде экстрасистол.

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

Изучение клинических проявлений коронарного атеросклероза необходимо для выбора рационального метода лечения. Коронарный атеросклероз развивается длительное время, начиная с незначительных симптомов, порою нелегко определяемых и приводящих в конце к стенокардии, инфаркту миокарда, прогрессирующей сердечной недостаточности. Это заболевание требует своевременного, систематического и длительного лечения.

В комплекс лечебных мероприятий входят прежде всего меры по урегулированию общего режима и питания больного. В отношении режима мы рекомендовали активный образ жизни с правильным чередованием работы и отдыха. При этом в каждом отдельном случае в соответствии с индивидуальными особенностями быта и работы определялся и характер отдыха.

Необходимым условием является также ограничение в курении и в употреблении алкоголя, усиливающих наклонность сосудов сердца к

спазмам. Необходимо также обеспечить нормальный 7—8-часовой сон. В случае необходимости малыми дозами рекомендовались снотворные средства. В вопросе питания больных коронарным атеросклерозом основным принципом является уменьшение поступления экзогенного холестерина. Мы считаем, что длительно, без специальных на то показаний слишком строгую диету назначать не следует. Обязательным условием мы считали борьбу с перееданием и составляли диету с достаточным, но не с избыточным количеством калорий. Необходимо также соблюдение определенного режима в приеме пищи.

Из медикаментозных средств применялись следующие: группа липотропных препаратов и витамины — метионин, липокаин, линетол, пиридоксин, витамин В₆, витамин С и В₁₂; сосудорасширяющие средства — эуфиллин, диафиллин, теофиллин, диуретин, папаверин, келлин и др.; нитриты — нитроглицерин и нитриты удлиненного действия, нитропентон и др.; группа антикоагулянтов — гепарин, дикумарин, неодикумарин, пеллентан, синкумар; ганглиоблокирующие препараты — ганглерон, кватерон.

Вышеперечисленный комплекс лечебных мероприятий применялся в различных комбинациях у всех больных, за исключением ганглиолитиков, которые мы назначали преимущественно при наличии ангинозных состояний. Весь комплекс назначался в течение нескольких лет ежегодно в виде двух повторных курсов продолжительностью в 1—1,5 мес.

При наличии сердечной недостаточности лечение дополнялось назначением сердечных гликозидов и диуретиков, при сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями легких — гормональными препаратами (АКТГ, кортикостероиды) и при сочетании с гипертонической болезнью — препаратами группы *Rauwolfia serpentina*.

Систематическое, курсовое, длительное лечение больных дало следующие результаты: первая группа — 84 больных с коронарным атеросклерозом, страдающих приступами стенокардии. В результате комплексного лечения отмечено улучшение у 62 (74%) и отсутствие заметного улучшения у 22 больных (26%). Смертных случаев в данной группе за время наблюдения не было.

Вторая группа — 65 больных с коронарным атеросклерозом, перенесших инфаркт миокарда. В этой группе улучшение наступило у 48 (74%), у 15 больных (23%) особых изменений не было и двое (3%) умерли.

Третья группа — 63 больных с диффузно прогрессирующим коронарным атеросклерозом, у которых болевой синдром или отсутствовал или он не носил характера приступов стенокардии. В этой группе улучшение наблюдалось у 131 больного (80%) и у 32 больных (20%) изменений не наступило.

Четвертая группа — 78 больных с коронарным атеросклерозом в сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (бронхит, эмфизема, пневмосклероз). Среди больных этой группы мы не наблюдали ни одного случая с приступами стенокардии или инфарктом

миокарда, но примерно около половины имели явления сердечной недостаточности. Улучшение в этой группе отмечено у 42 больных (54%), изменений не отмечено у 30 больных (38%), 6 больных (8%) умерли.

Пятая группа—160 больных с коронарным атеросклерозом в сочетании с гипертонической болезнью. По составу эта группа не совсем однородна. Сюда входили больные со стенокардией, инфарктом миокарда, а также больные, не имевшие жалоб на боли в области сердца, с развитием сердечной недостаточности или без нее. В результате лечения улучшение отмечено у 128 (80%), изменений не наблюдалось у 26 (16%), умерли—6 больных (4%).

Систематическое наблюдение и целенаправленное длительное курсовое лечение делает возможным на долгие годы сохранить работоспособность больных коронарным атеросклерозом и в определенной мере предотвратить тяжелые осложнения этой болезни.

Кафедра терапии

Ереванского медицинского института

Поступило 13/X 1963 г.

Գ. Ա. ՆԱՐԳԻԶՅԱՆ

ԿՈՐՈՆԱՐ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶԻ ՏԱՐԱԾՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ, ՆՐԱ ԿԼԻՆԻԿԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ն փ ու մ

Կորոնար աթերոսկլերոզը ունի մեծ նշանակությունը ընդհանուր աթերոսկլերոզի պրոբլեմում: Այն հաճախ բերում է սրտի ֆունկցիաների լուրջ խանգարումների և սրտային հաշմանդամության:

Հայաստանում կորոնար աթերոսկլերոզով հիվանդացման վերաբերյալ ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ այն ավելի բարձր է քաղաքներում քան շրջաններում, իսկ քաղաքներից ամենաբարձր հիվանդացումը նկատվում է Երևանում: Հիվանդությունը հանդիպում է առավելագույն 40—60 տարեկան հասակում:

Կորոնար աթերոսկլերոզի կլինիկայի ուսումնասիրման համար վերցված են մեր հսկողության տակ վերջին 5 տարիների ընթացքում գտնված ստացիոնարի և պոլիկլինիկայի 476 հիվանդներ, որոնք ըստ կլինիկական ընթացքի բաժանվել են 5 խմբի՝ I-կորոնար աթերոսկլերոզ ստենոկարդիայով—84 հիվանդ, II-կորոնար աթերոսկլերոզ միոկարդի ինֆարկտով—65, III-կորոնար աթերոսկլերոզ առանց ստենոկարդիայի և ինֆարկտի—163, IV-կորոնար աթերոսկլերոզ թոքերի ոչ սպեցիֆիկ խրոնիկական հիվանդություններով—78, V-կորոնար աթերոսկլերոզ զուգորդված հիպերտոնիկ հիվանդությամբ—160: Հիվանդների բուժումը տարվել է կոմպլեքսային եղանակով:

Ընդհանուր դեղամիջոցները և սնունդը կանոնավորող միջոցառումներից բացի կիրառվել է դեղորայքային բուժում՝ լիպոտրոպ նյութեր և վիտամիններ, անոթալայնիչներ, հակամակարդիչներ և գանգլիոբլոկատորներ: Բուժման արդյունքները խոսում են այն մասին, որ սխտեմատիկ և երկարատև կուրսային մեթո-

դը հնարավորութիւն է տալիս երկար տարիներ պահպանելու հիվանդներին աշխատունակութիւնը և որոշ շափով կանխելու հիվանդութեան լուրջ բարդութիւնները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Голиков А. П., Микушкин М. К. Терапевтический архив, 1962, 12, стр. 118.
2. Давгялло Г. Х., Горбачев В. В. Терапевтический архив, 1962, 10, стр. 50.
3. Ильинский Б. В. Атеросклероз. М., 1960.
4. Лукомский П. Е. Кардиология, 1962, 3, стр. 3.
5. Лукомский П. Е. Терапевтический архив, 1963, 9, стр. 3.
6. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960.
7. Сукасова М. И. Терапевтический архив, 1962, 10, стр. 44.
8. Фомина Л. Т. и Фокин А. А. Советская медицина, 1963, 4, стр. 20.
9. Cottet J. et Cloarec M. Coeur et médecine interne, 1963, t. II, 1, p. 32.