

В. М. АВАКЯН

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Этиологические и патогенетические факторы, ведущие к развитию коронарной недостаточности, весьма разнообразны. Однако большинство авторов [6, 8 и др.] среди всех патогенетических факторов, способствующих развитию коронарной недостаточности, первое место отводят атеросклерозу, в частности атеросклеротическому поражению венечных артерий сердца. Клинические проявления коронарной недостаточности на фоне атеросклероза коронарных сосудов часто отмечаются у больных с гипертонической болезнью, нарушениями обмена, некоторыми сдвигами электролитов, нарушением функции эндокринной системы. Ряд заболеваний желудочно-кишечного тракта, органов мочеотделения и гениталий, а также позвоночника может быть причиной коронарной болезни, вплоть до стенокардитических приступов рефлексорного происхождения. Наконец, в возникновении коронарной недостаточности важная роль принадлежит нарушениям центральной нервной системы и ее регуляции. Хорошо известно, что коронарная недостаточность отмечается как без сколько-нибудь развитого коронарного атеросклероза, так и на его фоне, при нервных перенапряжениях, особенно часто повторяющихся, и длительных отрицательных эмоциях, конфликтных ситуациях и вследствие разных психоэмоциональных причин. Поэтому с целью выявления индивидуального патогенеза заболевания, а также для профилактики и лечения коронарной недостаточности требуется тщательное изучение больного, его образа жизни, быта, условий труда. Из сказанного следует, что лечение коронарной недостаточности не может быть унифицированным, одинаковым у разных больных. Методы лечения должны вытекать из патогенетических особенностей болезни каждого больного. Лечение должно быть дифференцированным и одновременно комплексным при различных видах патологии сердечно-сосудистой системы.

Какой бы не был генез коронарной недостаточности, во всех случаях необходимо проведение ряда профилактических мероприятий, включающих длительное перенапряжение центральной нервной системы, конфликтные ситуации и возможность частых появлений отрицательных эмоций у больных. В необходимых случаях требуется такое изменение обстановки жизни, быта и работы, чтобы обеспечить больному полный нервный и психический покой. Курение и употребление алкоголя должно быть запрещено. В случаях коронарной недостаточности рефлексор-

ного происхождения необходимо лечение основного заболевания, вплоть до ликвидации инфекционных или неинфекционных очагов, которые служат причиной ирритации, при возможности даже хирургическим путем.

При коронарной недостаточности, обусловленной атеросклеротическим процессом, прежде всего нужно учесть алиментарный фактор. Назначением соответствующей диеты с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров, с заменой части их растительными жирами можно добиться восстановления межуточного обмена, нарушенных взаимоотношений свертывающей и противосвертывающей системы крови, установления витаминного баланса, особенно витаминов В₆ и С.

Помимо диетотерапии, больным с коронарной недостаточностью для улучшения обменных процессов необходим соответствующий двигательный режим и лечебная физкультура. Соблюдение указанных правил ведет к улучшению обменных процессов, уменьшению и ликвидации нервно-сосудистых нарушений, улучшению коронарного кровообращения.

По нашим наблюдениям, а также по литературным данным, сочетание диетотерапии с лечением пиридоксином и никотиновой кислотой, несомненно, оказывает благоприятное влияние на больных. По данным некоторых авторов [4, 9], при лечении пиридоксином и никотиновой кислотой не только улучшаются показатели липопротеидного и холестеринового обмена, но улучшается и коронарный кровоток, что часто подтверждается исчезновением болевого синдрома и положительной динамикой электрокардиограммы. По мнению некоторых исследователей, результаты оказываются особенно наглядными при комбинации указанного лечения с гормональной терапией метилтестостероном (по 0,005 по 1 табл. 3—4 раза в день), тестостерон-пропионатом (по 1 ампл. внутримышечно), блокаторами адренэргических бета-рецепторов—индералом и др. препаратами. Б. П. Кушелевский, Л. Т. Малая с соавторами [5, 7] рекомендуют новый препарат ипразид, который действует на метаболизм сердечной мышцы, подавляет активность катехоламинов (норадреналин, адреналин), уменьшает гипоксию миокарда, улучшает его питание, что клинически выражается ликвидацией болевых ощущений.

В настоящее время известно, что патологические сдвиги электролитов магния, калия, кальция, а также свертывающей и антисвертывающей системы могут усугубить степень коронарной недостаточности и даже способствовать как появлению приступов стенокардии, так и возникновению тромбоза коронарных сосудов, некроза мышцы сердца—инфаркта миокарда. Как показали исследования в нашей клинике [3], для достижения положительных сдвигов в электролитном обмене хорошим средством является кватерон, который обладает многообразными свойствами. Кватерон не только расширяет коронарные сосуды, не увеличивая потребности сердечной мышцы в кислороде, но также прекращает поток патологических импульсов, как идущих в центр из патологических очагов, так и идущих из центра к периферии к коронарным сосудам. Опыт нашей клиники привел нас к убеждению, что кватерон при правильном подборе дозы индивидуально для каждого больного (от 0,02 до

0,06—3 раза в день) приводит к нормализации электролитов магния и кальция и фибриногена при гипертонической болезни с коронарной недостаточностью, а также к нормализации магния и калия при инфаркте миокарда. В необходимых случаях кватерон можно сочетать с гипотензивными средствами и препаратами калия. При лечении кватероном отмечается снижение показателя протромбинового индекса, холестерина, повышение лецитина, улучшение соотношения лецитин/холестерин.

Для восстановления ионного равновесия и лечения расстройств обмена в миокарде венгерский завод «Тедон Рихтер» предлагает новый высокоэффективный препарат—аспарагинат калия и магния.

Для лечения коронарной болезни общепризнанным и общепринятым является антикоагулянтная терапия препаратами прямого и непрямого действия. Антикоагулянтная терапия при коронарной недостаточности оказывается эффективной при лечении больных и старыми и новыми препаратами. Исследованиями в нашей клинике было доказано и подтверждено, что определение эластограммы, наблюдение за динамикой протромбинового показателя и толерантности плазмы к гепарину дают возможность выбрать соответствующий, индивидуальный для каждого больного метод лечения и своевременно определить дозу препарата с соответствующими вариантами в течение болезни.

Наконец, очень важными и абсолютно необходимыми средствами при коронарной недостаточности являются весьма многочисленные спазмолитические и холинолитические средства—нитриты, келлин, келлатрин, коронтин, хлорацизин, даукарин, кофермент кокарбоксилаза и другие. Из препаратов пролонгированного действия наилучший и наиболее стойкий эффект нами получен при применении тифена, апрофена (особенно при его внутримышечном введении), диэтифена и кватерона. При ангионеврозах лучший результат отмечается при лечении новокаиновой блокадой. Таким образом, лечение коронарной недостаточности приведенными методами и средствами в различных их сочетаниях проводится по выбору лечащего врача индивидуально для каждого больного.

Кафедра факультетской и госпитальной терапии педиатрического, санитарно-гигиенического и стоматологического факультетов Ереванского медицинского института

Поступило 16/I 1968 г.

Վ. Մ. ԱՎԱԳՅԱՆ

ԿՈՐՈՆԱՐ ԽՐՈՆԻԿ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատանքը հիմնված է 530 հիվանդների մոտ կատարված դիտումների վրա, Հետազոտությունները մեզ բերել են այն եզրակացության, որ բուժման մեթոդը պետք է բխի տվյալ հիվանդի պաթոգենետիկ յուրահատկություններից: Բուժումը պետք է լինի խիստ տարբերակված և միաժամանակ՝ կոմպլեքսային:

Կորոնար աթերոսկլերոզի դեպքում նպատակահարմար է համապատասխան դիետայի ֆոնի վրա անցկացնել կոմբինացված բուժում՝ հակամակարդիչ հորմոնալ դեղամիջոցներով, ադրեներգետիկ բնույթի անցքայտորների բլոկատորներով (ինդերալով) և մոնոօքսիդազի ինգիբիտոր-իպրազիդով: Մեր կլինիկայի փորձը ցույց է տալիս, որ էլեկտրոլիտային փոխանակության բարելավման համար նպատակահարմար է օգտագործել քվատերոնը, որը դոզայի ճիշտ ընտրության դեպքում (0,02-ից 0,06, երկու-երեք անգամ) կանոնավորում է մազնիումի և կալցիումի քանակը կորոնար անբավարարությանը հիպերտոնիկ հիվանդների մոտ, ինֆարկտի դեպքում քվատերոնը կանոնավորում է մազնիումի և կալցիումի քանակը: Քվատերոնով բուժելիս նկատվում է պրոտրոմբինի և խոլեստերինի ցուցանիշի իջեցում և լեյտին-խոլեստերինի հարաբերության բարելավում:

Ռեֆլեկտոր կերպով առաջացած կորոնար անբավարարության դեպքում անհրաժեշտ է բուժել հիմնական հիվանդությունը:

Լայնորեն օգտագործվում են սպազմոլիտիկ և խոլինոլիտիկ միջոցները՝ նիտրիտները, կելլինը, կելատրինը, կորոնտինը, խլորացիդինը, դաուկարինը, ինչպես նաև՝ կոֆերմենտ կոկարբոքսիլազան և այլն:

Երկարատև ազդեցություն ունեցող այդ դեղամիջոցներից ամենալավ և շատ թե քիչ կայուն արդյունք ստացվում է տիֆենի, դիէտիֆենի, ալրոնֆենի և քվատերոնի օգտագործման ժամանակ: Անգիոնկրոզների դեպքում բարերար ազդեցություն է ունենում նովոկաինային բլոկադան:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авакян В. М. Профилактика и лечение коронарной и сердечной недостаточности. Л., 1967, стр. 5.
2. Авакян В. М., Григорян Э. М., Арутюнян А. С. Материалы по лечению коронарной недостаточности антикоагулянтами и кватероном. Каунас, 1957, стр. 3.
3. Арутюнян А. С. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1966, 3, стр. 10.
4. Голиков А. П. Профилактика и лечение коронарной и сердечной недостаточности. Л., 1967, стр. 39.
5. Кушелевский Б. П. и Кокосов А. Н. Профилактика и лечение коронарной и сердечной недостаточности. Л., 1967, стр. 84.
6. Лукомский В. Е., Тареев Е. М. Труды XIV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, стр. 267.
7. Малая Л. Т., Васильев Ю. М., Латогуз И. К. и Павличенко А. К. Профилактика и лечение коронарной и сердечной недостаточности. Л., 1967, стр. 104.
8. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960.
9. Нестеров В. С. Клиника болезней сердца и сосудов. Киев, 1967.