

комбинатах — 40,2, в школах — 8,5, у детей, не посещавших детские дошкольные учреждения, — 31,2. После проведения массовых прививок произошло значительное снижение заболеваемости корью у детей, посещающих детские учреждения: в 1969 г. показатель заболеваемости в детских яслях был 27,8 на 1000 детей, в детских садах — 12,2, детских комбинатах — 1,1, в школах — 3,6 и у детей, не посещавших детские дошкольные учреждения, — 12,8 (снижение соответственно в 6,4; 4; 36,5; в 2,4 и в 2,4 раза).

Таким образом, создание иммунной прослойки путем охвата вакцинацией до 86,8% детей, подлежащих иммунизации, привело к значительному снижению заболеваемости и изменению закономерностей эпидемического процесса при кори.

Ликвидация кори как массового заболевания с помощью живой коревой вакцины — вполне реальная практическая задача при обеспечении своевременной иммунизации восприимчивых к кори детей (не менее 95%).

Поступила 11 июня 1973 г.

ДИСКУССИЯ

АТЕРОСКЛЕРОЗ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

УДК 616.13—004.6:616—071

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Проф. Б. В. Ильинский

II терапевтическая кафедра (зав. — проф. Б. В. Ильинский) Ленинградского ГИДУВа

Вряд ли в настоящее время есть необходимость доказывать, что атеросклероз представляет собою не местное поражение артерий той или иной области, а общее заболевание организма, притом длительное время протекающее скрытно. Поэтому и ранняя диагностика его должна основываться не на определении местных сосудистых изменений (возникновение их свидетельствует о наступившем уже клиническом периоде атеросклероза), а на обнаружении тех обменных и сосудистых нарушений, с которыми связано само развитие этого заболевания. Между тем почти во всех имеющихся в литературе сообщениях о ранней диагностике атеросклероза речь ведется о выявлении местных сосудистых изменений. В подобных случаях следовало бы говорить о ранней диагностике не атеросклероза как общего заболевания, а его осложнений (часто весьма грозных и имеющих большую давность — до 20 лет и более по данным патологоанатомов). Действительно ранней диагностикой атеросклероза может считаться лишь распознавание его в доклиническом, скрыто протекающем периоде.

Редакция «Казанского медицинского журнала», поставив перед клиницистами вопрос «о возможностях ранней диагностики этого заболевания», очевидно, имеет в виду распознавание именно этого латентно протекающего атеросклеротического процесса. По моему убеждению, возможность диагностики доклинического периода атеросклероза в настоящее время становится реальной. Более того, она доступна не только хорошо оснащенным клиникам, но и врачам, работающим в любых медицинских учреждениях, где могут быть проведены некоторые несложные и легко выполнимые исследования. Эта диагностика должна основываться на сочетании целенаправленно собранного анамнеза и обычного клинического обследования с применением вполне осуществи-

мых даже в поликлинических условиях инструментально-биохимических методик.

Уже один анамнез позволяет решить вопрос о принадлежности данного лица к тем группам населения, которые по результатам клинических и длительных эпидемиологических исследований можно считать наиболее угрожаемыми по атеросклерозу. К числу таких лиц следует отнести прежде всего людей с отягощенной по атеросклерозу наследственностью. Поражает, на мой взгляд, тот факт, что врачи до сих пор очень мало учитывают влияние неблагоприятной наследственности на развитие различных форм этого заболевания, несмотря на то, что выдающиеся терапевты ряда стран давно уже обратили внимание на необычно высокую частоту атеросклероза в семьях страдающих им больных (С. П. Боткин, А. А. Остроумов, Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, Ромберг, Ослер, Уайт и др.).

По материалам нашей клиники, примерно у половины больных с наиболее часто встречающейся врачам-терапевтам формой атеросклероза — поражением венечных артерий сердца — имеется неблагоприятная наследственность по данному заболеванию. При этом чем более отягощенной является наследственность у обследуемого (наличие атеросклероза у родных братьев-сестер, у обоих родителей или в нескольких поколениях его семьи), тем под большей угрозой развития заболевания он находится и тем раньше он может заболеть. Вероятность появления клинических симптомов коронарного атеросклероза у детей от брака двух страдающих им родителей, по данным нашей клиники (С. К. Ключева), в 7,5 раза больше, чем у детей от брака двух здоровых людей и почти в 2 раза выше, чем в популяции. Поэтому выяснение случаев внезапной ненасильственной смерти, различных форм ишемической болезни сердца, инсультов, перемежающейся хромоты, а также гипертонической болезни, выраженных нарушений обмена (ксантоматоз, ожирение, сахарный диабет и др.) у кровных родственников данного лица может помочь определить наличие и степень наследственной его отягощенности¹.

Конечно, отягощенная по атеросклерозу (а также и по гипертонической болезни) наследственность создает лишь определенный фон в виде большей склонности к нарушениям регуляции обменных процессов и функции сосудов, — фон, способствующий более легкому возникновению под влиянием неблагоприятных внешних условий тех обменных сдвигов и отклонений от нормы в деятельности сосудов, которые в конечном счете и вызывают развитие той или иной клинической формы атеросклероза. На первое место среди этих внешних факторов следует поставить все, что может вызвать нарушения функции центральной нервной и эндокринной систем, регулирующих и работу сосудистого аппарата, и процессы обмена веществ: длительное систематическое перенапряжение нервной системы, связанное как с характером выполняемой работы (чрезмерная нагрузка, большая ответственность, жесткие сроки ее выполнения, неблагоприятные условия работы, например контакт с токсическими веществами, постоянный очень интенсивный шум, чувство неудовлетворенности ее характером), так и с частой перестройкой стереотипа, с частыми отрицательными эмоциями в служебной, семейной, бытовой, общественной обстановке, особенно при невозможности их разрядки, при повышенной реактивности данного лица; неправильный образ жизни с недостаточным или неполноценным сном, с различного рода излишествами, с недостаточной физической активностью, с вредными привычками (курение, злоупотребление спиртными напитками), нерациональное питание с избыточным содержанием

¹ Ряд наших фактических данных в этом направлении приведен в «Вестнике АМН СССР» (№ 2 за 1973 г.).

в пищу животных жиров, легко усвояемых углеводов, поваренной соли, недостатком полноценных белков, витаминов.

Очень важно выявление признаков повышенного кровяного давления (головные боли, небольшая одышка и др.) и склонности к нарушениям обмена веществ — в частности к сахарному диабету. Чаше атеросклероз и сосудистые заболевания возникают у людей с гиперстенической конституцией, склонных к ожирению.

Все это легко выяснить уже при простом опросе и осмотре обследуемого и тем самым установить, относится ли данное лицо к тем контингентам, которые следует рассматривать как угрожаемые по атеросклерозу. Чем больше отдельных отклонений от нормы имеется у него, чем длительнее их характер, тем больше оснований заподозрить у обследуемого возможность скрыто формирующегося атеросклероза. Особенно это относится к людям старше 40—50 лет, когда в организме происходит перестройка в работе эндокринных желез (снижается функция щитовидной и половых желез, повышается активность гипоталамической области), когда более выраженными становятся возрастные изменения сосудистых стенок. Именно на пятом десятилетии, по данным патологоанатомов (В. Д. Цинзерлинг и др.), отмечается склонность к интенсивному прогрессированию атеросклероза, а на шестом десятке лет особенно часто по клиническим данным начинают выявляться симптомы атеросклероза, в частности ишемической болезни сердца. Важным дополнением к результатам опроса и осмотра является инструментально-биохимическое обследование, позволяющее выявить отклонения от нормы функционального состояния сосудов и показателей липидного обмена и системы свертывания крови.

В качестве инструментальных методик следует указать прежде всего на обычное измерение АД, повышение которого, особенно если оно выражено сколько-нибудь значительно (выше 160 мм рт. ст. максимальное и 95 минимальное), является очень серьезным сигналом об угрозе развития атеросклероза. Согласно клиническим наблюдениям такого крупного кардиолога, как Г. Ф. Ланг, больные гипертонической болезнью являются потенциально и больными атеросклерозом. О резком учащении атеросклероза, выявляемого клинически у таких больных, свидетельствуют и данные других клиницистов, этому полностью соответствуют и материалы патологоанатомов, а также и экспериментальные данные (К. Г. Волкова, В. А. Смоленский и др.). На гипертонию как на очень важный фактор риска ишемической болезни сердца указывают и результаты длительных эпидемиологических наблюдений. Правда, следует сделать некоторую оговорку в том смысле, что при таких повышениях АД, которые имеют место у больных хроническим гломерулонефритом с нефротическим синдромом, атеросклероз, по видимому, развивается в отчетливо меньшей степени, чем у больных гипертонической болезнью (возможно, в связи с некоторыми особенностями биохимических изменений крови при каждой из этих двух форм гипертонии).

Существенное значение для оценки состояния крупных артерий имеет и определение скорости распространения пульсовой волны. Этот способ, однако, в настоящее время может быть выполнен лишь в условиях стационарных медицинских учреждений, так как для проведения соответствующего исследования необходима довольно значительная затрата времени. Однако в настоящее время уже сконструирован портативный и довольно несложный аппарат, апробированный в нашей клинике (асс. Г. И. Федоров), позволяющий провести такое определение на артериях эластического и мышечного типов в течение нескольких минут. Серийное его производство и оснащение им медицинских учреждений и участковых врачей сделают определение скорости распростра-

нения пульсовой волны по артериям и эластического (C_a), и мышечного (C_m) типа так же легко выполнимым, как измерение АД.

Результаты определения C_a и C_m и их соотношения друг с другом могут послужить ценной информацией о наличии атеросклеротических изменений артерий тогда, когда другие способы исследования (если не считать тахоосциллографии, требующей громоздкой и дорогостоящей аппаратуры) еще не позволяют обнаружить эти изменения. А так как аорта раньше всех других сосудистых областей поражается атеросклерозом, то ценность полученных таким путем критериев для раннего выявления начальных атеросклеротических изменений будет очевидна. Правда, необходимо указать, что установленные таким способом данные могли бы быть отнесены к клиническому периоду атеросклероза (хотя и к наиболее ранней стадии его), так как они указывают на уже развившиеся склеротические поражения артерий. Однако, если придерживаться классификации А. Л. Мясникова, согласно которой в первой стадии клинического периода этого заболевания наблюдаются признаки ишемии отдельных органов, то при отсутствии последних выявленные таким путем изменения следует признать стоящими на грани доклинического и клинического периода атеросклероза — ближе ко второму из этих периодов.

Несомненно, меньшее значение для выявления изменений артерий имеют рентгеновские способы исследования, ввиду не только ограниченной возможности широкого их применения (в частности рентгенокимографии, не говоря уже об аортокардиографии), но и в связи с тем, что они позволяют выявлять лишь более грубые и далеко зашедшие изменения артерий и аорты. То же, конечно, относится и к электрокардиографии (в том числе и с применением различных нагрузок).

Из исследований биохимического характера следует указать на определение содержания в крови холестерина, беталиппротеидов, рыхло связанного с белками холестерина, на важность включения которых в обычную практику лабораторий всех медицинских учреждений я указывал еще в 1960 г. Современные методики исследования этих показателей обмена липидов (для холестерина — методики Мрскос — Товарека или Илка, для беталиппротеидов — методика Бурштейн — Самай в модификации Ледвина, для рыхло связанного холестерина — методика Никольской) позволяют провести необходимые исследования в значительно более короткие сроки, нежели, например, подсчет лейкоцитарной формулы. Ориентировочное представление о состоянии в крови липидов может дать феноловая проба Кукела. Правда, получаемые с ее помощью показатели имеют меньшую точность, чем прямое определение холестерина и беталиппротеидов, и ее использование целесообразно лишь там, где нельзя выполнить более точные прямые исследования. Необходимо лишь всегда помнить, что, как и все прочие лабораторные и инструментальные результаты, данные определения липидов крови следует обязательно сопоставлять с информацией, полученной с помощью других методов, и прежде всего клинико-анамнестического обследования соответствующих лиц. По литературным и нашим материалам, при клинически явном атеросклерозе частота отклонений от нормы уровня холестерина составляет 60—70%. Важно то обстоятельство, что в начальных стадиях атеросклероза изменения в уровне холестерина и липопропротеидов бывают особенно выраженными. Некоторые авторы, отмечая более частые отклонения от нормы при атеросклерозе триглицеридов крови, придают последним большее значение в диагностике этого заболевания. Но не говоря уже о дискутабельности подобных утверждений, следует иметь в виду, что определение в крови триглицеридов связано с большими техническими трудностями, и потому возможность широкого его использования крайне ограничена.

Исследования последнего времени, в том числе и нашей кафедры, показали, что у практически здоровых лиц с неблагоприятной по атеросклерозу семейной наследственностью (а у этих лиц, как было указано выше, особенно часто в дальнейшем развивается атеросклероз) очень нередко можно обнаружить ряд отклонений от нормы со стороны показателей системы свертывания крови, по своему характеру идентичных с имеющимися у больных атеросклерозом и почти как правило сочетающихся с повышением в крови беталиппротеидов, которым в последнее время приписывают способность повышать свертываемость крови. Это позволяет рекомендовать исследование состояния свертывающей системы крови для выявления людей, угрожаемых по атеросклерозу. Из большого числа показателей данной системы наиболее информативными, по нашим данным, являются адгезивность тромбоцитов, потребление протромбина, активность VIII, XI—XII, XIII плазменных факторов, содержание свободного гепарина, толерантность плазмы к гепарину и фибринолитическая активность крови. Последние три параметра могут быть исследованы и в условиях поликлинических лабораторий. Широко применяемое определение протромбина не дает достаточно полного представления о состоянии свертывания крови и потому для выявления доклинического периода атеросклероза не представляет ценности. Можно также указать на частое снижение процентного содержания в крови альбуминов как на один из возможных признаков, свидетельствующих об определенных сдвигах в биохимизме крови, которые могут способствовать более легкому развитию атеросклероза.

При наличии у обследуемого неблагоприятных клинико-анамнестических данных и отклонений от нормы указанных выше инструментальных показателей и сходных с наблюдающимися при атеросклерозе сдвигов в обмене липидов и свертывания крови возможность наличия доклинического периода атеросклероза мне представляется высоко вероятной. Такие лица должны быть взяты на диспансерное наблюдение с проведением у них возможных в каждом конкретном случае мер профилактики возникновения клинических симптомов атеросклероза.

Поступила 8 октября 1973 г.

УДК 616.127—005.8:616—083

О ВЛИЯНИИ НАРУШЕНИЯ ЩАДЯЩЕГО ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Б. И. Гороховский, В. С. Жданов, В. А. Тарасова

*Московский городской научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи им. Н. В. Склифосовского, Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова
АМН СССР*

Вопрос о двигательном режиме больных инфарктом миокарда до настоящего времени окончательно еще не решен.

Чтобы выяснить, как влияет нарушение щадящего постельного режима на течение и исход трансмурального инфаркта миокарда, мы проанализировали данные по двум группам больных этим заболеванием (по 146 мужчин и 174 женщины в каждой, возраст — от 40 до 70 лет), осложнившимся и не осложнившимся разрывом сердечной мышцы. Больные находились на излечении в институте им. Склифосовского и умерли в различное время. В каждой из этих групп у 225 больных было повышенное АД, 100 больных перенесли повторный инфаркт миокарда. В группе больных инфарктом миокарда, осложнившимся разрывом,