

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

## КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

*Проф. Л. А. ВАРШАМОВ*

Из факультетской терапевтической клиники (зав. клиникой — проф. Л. А. Варшамов)  
Саратовского медицинского института

Актуальность и сложность проблемы коронарной недостаточности в значительной части случаев определяется частотой и тяжестью клинического проявления заболевания.

Основными причинными факторами развития коронарной недостаточности являются:

1) функциональные — обусловленные нарушением высшей нервной деятельности и нервной регуляции венечного кровообращения и 2) органические — атеросклероз венечных артерий.

Поэтому коронарная недостаточность может быть самой разнообразной по клиническому проявлению, частоте приступов, их интенсивности.

Это обстоятельство, а также возможность прогрессирования заболевания и перехода в более тяжелые формы, вплоть до инфаркта миокарда, подтверждают все значение профилактики коронарной недостаточности.

Когда идет речь о профилактических мероприятиях при сердечно-сосудистых заболеваниях, при которых невротическое состояние имеет большое значение, врач должен стремиться устранять, факторы внешней среды, болезнетворно влияющие на нервную систему. Отсюда ясно профилактическое значение в раннем периоде болезни санаторно-курортного лечения, физической культуры.

Для рациональных профилактических мероприятий при любой форме заболевания имеет большое значение правильное понимание этиологических и патогенетических факторов заболевания. Это положение относится всецело и к коронарной недостаточности.

Степень и интенсивность расстройства венечного кровообращения и функциональные причинные факторы, вызвавшие это расстройство, определяют характер коронарной недостаточности.

Основными причинными факторами, имеющими наибольшее практическое значение в развитии коронарной недостаточности и определяющими ее терапию и профилактику, являются функциональные нарушения высшей нервной деятельности, нервной регуляции венечного кровообращения и атеросклероз венечных артерий.

Два эти фактора — функциональный и анатомический — дополняют друг друга, а значительное преобладание одного из них определяет особенность клинического проявления коронарной недостаточности в том или ином случае.

Отмеченные нами два фактора могут быть выражены в различной степени, в зависимости от основного заболевания, на фоне которого



развилась коронарная недостаточность. Поэтому сложность профилактики коронарной недостаточности связана с необходимостью устранить причинные факторы нарушений нервной регуляции венечного кровообращения, а также развития атеросклероза.

Разнообразие причин и клинического проявления коронарной недостаточности дает основание рассматривать ее не как коронарную болезнь, а как клинический синдром при различных заболеваниях. Поэтому весьма важной является правильная оценка патогенетических основ коронарной недостаточности.

В этой статье делимся опытом наших наблюдений, проведенных совместно с сотрудниками клиники.

Под наблюдением было 300 коронарных больных. У 46% обследованных нами больных основной органической причиной являлся атеросклероз венечных сосудов.

Основными клиническими источниками коронарной недостаточности, по нашим данным, являются атеросклероз венечных сосудов с глубокими изменениями в сердечной мышце и гипертоническая болезнь. Реже наблюдаются клинические формы коронарной недостаточности при ревматизме, гипотонической болезни и общем неврозе.

Острая коронарная недостаточность у больных с атеросклерозом венечных сосудов характеризовалась приступами сжимающих загрудинных болей разной интенсивности. У больных с более выраженным атеросклерозом сжимающие загрудинные боли носили характер постоянного ощущения давления в области сердца, которое часто не оставляло больных даже вне приступов. Приступы учащались по мере развития атеросклероза венечных сосудов, нарастали по интенсивности и продолжительности и переходили в хроническую форму коронарной недостаточности с частыми обострениями. Приступы острой коронарной недостаточности наступали даже под влиянием небольшого физического напряжения. Изменение клинической картины и прогрессирование интенсивности болевых ощущений являются отражением степени нарушения коронарного кровообращения с развитием атеросклероза.

Коронарная недостаточность при атеросклерозе венечных сосудов характеризуется постепенным нарастанием нарушения венечного кровообращения. По мере прогрессирования атеросклероза и изменения просвета венечных артерий меняется и клиническое проявление коронарной недостаточности, приобретающей все более тяжелую форму и доходящей до стенокардии покоя.

Хроническая коронарная недостаточность при атеросклерозе венечных сосудов ведет к неослабевающему кислородному голоданию, обусловливающему нарушение окислительных процессов и обмена веществ в сердечной мышце и функциональную неполноценность миокарда.

Там, где атеросклероз сопровождался коронарной недостаточностью, наблюдался известный параллелизм между ее клиническими проявлениями и течением атеросклероза. Знание этого фактора имеет большое значение для терапии и профилактики коронарной недостаточности.

При частых и выраженных приступах острой коронарной недостаточности с атеросклерозом в патогенезе интенсивность болевых ощущений сопровождалась страхом смерти, тяжелыми переживаниями. Нередко наблюдались астенизация психики, склонность к депрессивным состояниям и фобиям.

Интересен тот факт, что приступы острой коронарной недостаточности в 47% случаев были первыми клиническими проявлениями атеросклероза. Надо полагать, что у больных атеросклероз был и раньше;



в течение длительного времени не вызывал явлений коронарной недостаточности вплоть до воздействия отрицательных внешних и внутренних провоцирующих факторов, нарушающих функцию регулирующей кровоснабжение сердца нервной системы. Это убеждает нас в том, что атеросклероз — только благоприятный фон для развития более тяжелых форм коронарной недостаточности.

Дополнительным показателем прогрессирования или обратного развития атеросклеротического процесса в известной мере являлась динамика холестерина крови и лецитиново-холестеринового коэффициента.

У большинства больных холестерин крови был повышен до 250 мг% и выше. В ряде случаев повышение холестерина крови сопровождалось приступом острой коронарной недостаточности, что, возможно, зависит от активизации атеросклеротического процесса.

Так как атеросклероз является одним из факторов, способствующих образованию тромбов в коронарных сосудах с последующим развитием инфаркта миокарда, особое значение имеет определение протромбинового индекса и фибриногена плазмы, то есть тех компонентов крови, которые определяют повышенную ее свертываемость. Протромбиновый индекс и фибриноген плазмы у большей части этих больных были повышены, протромбиновый индекс до 120%, фибриноген до 0,5% (В. П. Живодеров).

При выраженном атеросклерозе эти изменения приобретают особое значение: служат лабораторным показателем предстadium инфаркта миокарда. Вот почему в этот период особо важна профилактика — предупреждение тромбообразования своевременным назначением антикоагуляционной терапии.

При прогрессирующем атеросклерозе меняется реактивность венечных сосудов, которые становятся очагом раздражения и источником патологических импульсов, нарушающих функциональное состояние центральной нервной системы. Это и определяет клинические особенности коронарной недостаточности.

Атеросклероз венечных артерий, по мере прогрессирования, вызывает хроническое нарушение коронарного кровообращения со всеми последствиями, связанными с функцией сердечной мышцы.

Все это с особой остротой ставит вопрос о профилактике органической формы коронарной недостаточности, которую в настоящее время принято связывать с профилактикой атеросклеротического процесса.

Рассматривая атеросклероз как самостоятельное заболевание артериальных сосудов, вызванное нарушением холестеринового обмена и соотношения холестерина с лецитином и белками, следует особенно отметить то обстоятельство, что атеросклероз может при соответствующей терапии подвергаться обратному развитию. Современное понимание атеросклероза делает вполне реальной его профилактику, так как работами наших патологов и клиницистов доказана возможность обратного развития атеросклероза при соответствующем диетическом режиме, применении аскорбиновой кислоты, а также липолитических средств: холина, метионина, лецитина и пр.

В развитии коронарной недостаточности определенное место занимает гипертоническая болезнь, которая, по нашим данным, является одним из основных факторов в природе коронарной недостаточности.

В 40% случаев (из 300 больных) причиной коронарной недостаточности была гипертоническая болезнь; в 70% — было сочетание причин: гипертоническая болезнь и атеросклероз.

При гипертонической болезни два фактора способствуют развитию коронарной недостаточности: склонность к спазму венечных артерий и осложнение процесса атеросклерозом коронарных сосудов. По мере



прогрессирования гипертонической болезни и развития атеросклероза венечных артерий усиливается склонность к спазму и увеличивается частота коронарной недостаточности.

Таким образом, при гипертонической болезни имеются потенциальные условия развития коронарной недостаточности.

Ординатор Е. Д. Маркелова методом дозированной нагрузки в сочетании с электрокардиографией установила при обследовании 50 больных с I стадией гипертонической болезни в одной трети случаев латентную коронарную недостаточность. Ранняя диагностика латентно протекающей формы очень важна для профилактической терапии коронарной недостаточности.

Так как в развитии коронарной недостаточности определенная роль принадлежит гипертонической болезни, то в профилактике коронарной недостаточности особенно необходимы ранняя диагностика и терапия гипертонической болезни. Профилактика гипертонической болезни должна проводиться с учетом всех первичных проявлений этого заболевания.

В ранней стадии гипертонической болезни Л. И. Фишер, изучая комплексным методом функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, констатировал преобладание в ней процессов возбуждения. Ю. М. Иванов, изучая сосудистую реакцию у больных гипертонической болезнью в ранней стадии методами плетизмографии и осциллографии, не получал нулевой плетизмограммы, что можно объяснить повышенной нервно-сосудистой реакцией. Это указывает на высокую реактивность нервного аппарата, регулирующего сосудистый тонус.

Таким образом, по данным нашей клиники, при коронарной недостаточности имеются сложные и разнообразие изменения функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы. Это объясняет приступы острой коронарной недостаточности у больных в стадии гипертонической болезни без каких-либо анатомических изменений венечных сосудов. Приступы в этих случаях характеризовались большим разнообразием клинической картины и развивались обычно под влиянием отрицательных эмоций.

Клинико-физиологические пробы, проводимые в ранней стадии гипертонической болезни, дают объективное обоснование для ранней диагностики и профилактики гипертонической болезни.

Вторая причина коронарной недостаточности при гипертонической болезни — это развитие атеросклероза венечных сосудов. У больных гипертонической болезнью и атеросклерозом венечных сосудов острая коронарная недостаточность проявляется на фоне прогрессирования атеросклероза, что отягощает коронарную недостаточность. Приступы были более частыми, интенсивными и связанными с эмоциональными и физическими напряжениями.

В оценке профилактики приступа стенокардии необходимо иметь в виду, что непосредственными причинами приступа могут быть эмоциональные факторы и физическое напряжение.

У больных разной природы коронарной недостаточности эти причинные факторы проявляются с разной частотой. У больных с атеросклерозом венечных сосудов с хронической коронарной недостаточностью даже небольшая физическая нагрузка может повести к приступу стенокардии, в то время как при стенокардии на почве функционального ангиоспазма непосредственной причиной приступа часто бывают эмоциональные моменты. Учет этих причинных факторов острой коронарной недостаточности и возможное их предупреждение необходимы в профилактике стенокардии.



Коронарная недостаточность у больных с гипертонической болезнью и атеросклерозом венечных сосудов протекает обычно тяжело и занимает ведущее место в клинике гипертонической болезни. В последующем к коронарной недостаточности часто присоединялась и сердечная недостаточность.

Отмечая значение атеросклероза в развитии инфаркта миокарда при гипертонической болезни, надо подчеркнуть и значение состояния коагуляционной способности, которая, по данным В. М. Живодерова, повышается от I к III стадии гипертонической болезни. Это обязывает следить за тромбообразующими свойствами крови и своевременно применять профилактическую терапию антикоагулянтами для предупреждения инфаркта миокарда.

Наряду с основными причинными факторами коронарной недостаточности известное практическое значение имеют ревматические поражения венечных артерий сердца. Эти формы мы наблюдали только в 2% из 300 наших больных.

Коронарная недостаточность разыгрывалась на почве ревматического коронарита, поэтому профилактическая терапия должна быть направлена на лечение основного заболевания — ревматизма.

Коронарная недостаточность была установлена и у больных гипотонической болезнью. Таких больных было 7,1% (М. С. Образцова).

Приступы острой коронарной недостаточности у гипотоников характеризовались легким течением, были кратковременны и быстро купировались. В их основе, возможно, играли известную роль, наряду с функциональным спазмом венечных сосудов, уменьшение массы циркулирующей крови и замедление коронарного кровообращения.

Таким образом, коронарная недостаточность по своему клиническому проявлению, тяжести течения и прогнозу может быть самой разнообразной, что обуславливается различными этиологическими факторами и тем нервно-соматическим фоном, на котором она проявляется. Поэтому учет всех факторов патогенеза этого заболевания должен лечь в основу профилактических мероприятий в каждом отдельном случае.

Современное понимание патогенеза коронарной недостаточности и ранняя ее диагностика дают возможность проводить на научных основах профилактику данного патологического состояния, основные причинные факторы которого — атеросклероз и гипертоническая болезнь — нередко проистекают у больных еще в молодом возрасте.

Условия нашего советского социалистического строя и профилактическое направление советского здравоохранения дают все основания для разрешения этой важной проблемы клинической медицины.

Поступила 11 июля 1957 г.