

Г. С. ИСАХАНИЯН, Г. Г. АГАДЖАНИЯН, А. К. ЗАХАРЯН, В. В. ГЕВОРКЯН

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДЫНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

Причины и факторы, которые могут привести или способствовать развитию коронарной болезни, главное звено которой составляет инфаркт миокарда, многочисленны и широко освещены. Однако о роли данного этиологического момента в происхождении инфаркта миокарда принято судить после развития заболевания, что объясняется определенными затруднениями, связанными с изучением предынфарктного периода.

Целью настоящей работы явилось изучение некоторых особенностей течения предынфарктного периода при наличии в указанном периоде, а следовательно, и развитии инфаркта миокарда на фоне атеросклероза или функционального спазма коронарных сосудов, гипертонической болезни, сахарного диабета, оральной инфекции (хроническая сепсиса), хронических неспецифических заболеваний легких, хронических заболеваний почек и мочевыводящих путей, заболеваний позвоночника.

**Материал и методы.** Проанализированы данные 100 больных (в возрасте 40—75 лет), у которых констатировано развитие инфаркта миокарда. Изучены в динамике жизни, некоторые лабораторные показатели (общие анализы крови и мочи, сахар и холестерин в крови, протромбиновый индекс), электрокардиографические данные. При необходимости проводились дополнительные исследования. Показатели характеризовали состояние больных в течение 3 и более лет до развития инфаркта миокарда. Представлены особенности течения предынфарктного периода с наиболее часто встречающимися заболеваниями, на фоне которых развился инфаркт миокарда. Часто отмечалось сочетание двух и более заболеваний. Не учитывались заболевания, которые констатировались реже. Анализ данных проведен ретроспективно.

**Результаты и их обсуждение.** Данные, характеризующие предынфарктный период у обследованных нами больных, представлены в табл. 1.

Ретроспективный анализ клинико-электрокардиографических и лабораторных показателей, полученных при динамическом исследовании в периоде, предшествующем возникновению инфаркта миокарда, выявил следующие особенности течения указанного периода. Помимо коронарного атеросклероза, который был обнаружен у всех 100 больных, выявлены и другие заболевания, которые придавали определенный оттенок течению предынфарктного периода и в ряде случаев могли служить способствующим, пусковым моментом в развитии коронарогенного некроза сердечной мышцы. Указанные заболевания усугубляют атеросклероз венечных сосудов и, возможно, способствуют развитию коронарокардиосклероза.

У лиц старше 61 года в предынфарктном периоде чаще отмечались хронические заболевания легких и почек, сахарный диабет, а функциональный спазм коронарных сосудов, очаговая инфекция и поражения позвоночника выявлялись чаще у лиц моложе 60 лет. Предшествующий период у больных сахарным диабетом протекал с выраженным болевым синдромом и при отсутствии электрокардиографических признаков коронарной патологии. Чаще хронические заболевания почек и атеросклеротический кардиосклероз без сочетания с другими заболеваниями констатированы у мужчин, а гипертоническая болезнь—у женщин. Аритмии (мерцательная и экстрасистолическая)

Таблица 1

## Характеристика больных по данным предынфарктного периода

| Заболевания                                   | Всего | Пол |    | Возраст (в годах) |       |       |          | Число больных |            |                                |                  |                |
|-----------------------------------------------|-------|-----|----|-------------------|-------|-------|----------|---------------|------------|--------------------------------|------------------|----------------|
|                                               |       | М   | Ж  |                   |       |       |          | с болями      | с аритмией | с положительной реакцией крови | инфаркт миокарда |                |
|                                               |       |     |    | до 51             | 51—60 | 61—70 | более 71 |               |            |                                | крупно-очаговый  | мелко-очаговый |
| Оральная инфекция                             | 36    | 30  | 6  | 6                 | 9     | 18    | 3        | 18            | 2          | 16                             | 9                | 27             |
| Гипертоническая болезнь                       | 32    | 19  | 13 | 1                 | 9     | 16    | 6        | 16            | 5          | 10                             | 11               | 21             |
| Хрон. заболевания почек и мочевыводящих путей | 22    | 20  | 2  | 2                 | 3     | 9     | 8        | 14            | 2          | 9                              | 7                | 15             |
| Сахарный диабет                               | 22    | 18  | 4  | —                 | 6     | 9     | 7        | 17            | 2          | 9                              | 6                | 16             |
| Заболевания позвоночника                      | 20    | 13  | 7  | 2                 | 6     | 9     | 3        | 12            | 1          | 5                              | 7                | 13             |
| Функциональный спазм коронарных сосудов       | 19    | 13  | 6  | 4                 | 8     | 5     | 2        | 13            | 1          | 5                              | 5                | 14             |
| Хрон. заболевания легких                      | 19    | 15  | 4  | —                 | 3     | 9     | 7        | 10            | 2          | 7                              | 7                | 12             |
| Наличие только коронарокардиосклероза         | 9     | 8   | 1  | 3                 | —     | 6     | —        | 3             | 3          | —                              | 5                | 4              |

при наличии очаговой инфекции выявлялись редко. Лейкоцитоз и ускоренная реакция оседания эритроцитов сопутствовали в основном очаговой инфекции.

Развитие крупноочагового (трансмурального) инфаркта миокарда чаще отмечено при наличии в предшествующем периоде небольших изменений со стороны коронарного кровообращения, а острые очаговые дистрофии миокарда чаще заканчивались мелкоочаговым некрозом. Определенная закономерность между величиной некротического очага и наличием определенного заболевания в предынфарктном периоде не выявлена.

Ереванский государственный медицинский институт

Поступило 1/VII 1975 г.

Գ. Ա. ԻՍԱԽԱՆԻԱՆ, Գ. Գ. ԱԳԱԶՆՅԱՆ, Ա. Կ. ԶԱԳԱՐԻԱՆ, Վ. Վ. ԳԵՎՈՐԿԻԱՆ

ՆԱԽԱԻՆՖԱՐԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ՄԻ ՔԱՆԻ  
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Կատարված է հետադարձ անալիզ և վեր է հանված կլինիկական առանձնահատկություններ, որոնք բնորոշ են սրտամկանի ինֆարկտի նախորդող շրջանին:

G. S. ISAKHANIAN, G. G. AGADJANOVA, A. K. ZAKARIAN,  
V. V. GEVORKIAN

SOME PECULIARITIES OF PREINFARCTIONAL PERIOD DURATION

S u m m a r y

The retrospective analysis of duration of period proceeding the formation of the myocardial infarction was made. The clinical peculiarities of this period very often met were studied.

УДК 612.1

Ю. Н. ЧУСОВ

## ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ОХЛАЖДЕНИЯ В ВОДЕ НА НЕКОТОРЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЧЕЛОВЕКА

У 12 практически здоровых мужчин в возрасте 25—45 лет определялись минутный объем сердца (МОС) по ацетиленовому методу Грольмана и газовый обмен по методу Дугласа-Холдена. В качестве холодовой нагрузки применялось охлаждение в ледяной воде длительностью 30 и 60 сек., что вызывало теплопотери, соответственно в 30 и 45 ккал/м<sup>2</sup>. Регистрация указанных показателей производилась до, во время пребывания в воде, через 30 мин. после выхода из воды (табл. 1).

Охлаждение в ледяной воде вызывало увеличение МОС. Учитывая, что произвольная мышечная активность во время охлаждения была незначительна (испытуемые выполняли лишь редкие гребцовые движения, позволяющие поддерживать тело на воде) и не могла вызвать отмеченное повышение МОС, главной причиной его увеличения следует считать охлаждение, вызывающее быстрое и значительное сужение сосудов кожи и поверхностно расположенных тканей. Расширение сосудов спланхнической области, очевидно, полностью не компенсировало этого сужения, что и вызывало возрастание венозного притока к сердцу. Таким образом, отмеченное увеличение МОС при остром охлаждении в воде является результатом перераспределительной