

V. N. KATYUKHIN, E. N. BAZHINSKAYA

ECG CHANGES IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE IN INTERRUPTED HIGH-ALTITUDE BAROTHERAPY

S u m m a r y

It is shown, that the electric activity of the right ventricle is much higher in patients with hypertensive disease, if compared with healthy individuals.

УДК 616.1277

С. А. АББАКУМОВ, Н. Н. БАЖАНОВ, М. М. СТАС

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КАРДИОТЕРАПИИ

Целью исследования явилась разработка клинической картины функциональной кардиопатии с тщательным анализом различных симптомов, их оценкой и трактовкой, выделением ряда синдромов.

Нами наблюдались 100 больных с функциональной кардиопатией (50 мужчин и 50 женщин) в возрасте от 18 до 50 лет. Диагноз основывался на полном клиническом обследовании с использованием лабораторных и инструментальных тестов, включая данные коронарографии (у 10 человек) и динамическом наблюдении от 1 до 6 лет.

Анализ симптомов позволил выделить в клинической картине функциональной кардиопатии несколько наиболее часто встречающихся синдромов—это кардиалгический, тахикардальный, психоневротический, астенический, респираторный, вегетативно-дистонический. В большинстве случаев имелось различное сочетание этих синдромов. Ведущими среди них, как правило, являлись кардиалгический, астенический и вегетативно-дистонический.

Особенностью кардиалгического синдрома являлись его длительность, упорство, связь с психотравмирующими ситуациями, переутомлением, инфекцией, менструальным циклом. Боли, в основном, носили ноющий и колющий характер, локализуясь, главным образом, в области III—IV межреберья и верхушечного толчка.

Синусовая тахикардия у лиц с функциональной кардиопатией не являлась постоянной и возникала, главным образом, при волнениях, умеренной физической нагрузке, перемене положения тела. Изредка тахикардия имела характер пароксизмов с частотой 140—150 ударов в минуту.

Психоневротические расстройства наблюдались почти у всех больных в виде невротического синдрома, невроза тревоги, навязчивости, ипохондрического синдрома, кардиофобии. Последняя обычно являлась следствием упорных кардиалгий, вегетативных пароксизмов и ятрогений (ошибочная диагностика инфаркта миокарда, миокардита и т. п.). Реже встречались истерические реакции. Нередко больные скрывали наличие у них невротических расстройств, очевидно, из опасения, что все их соматические проявления могут трактоваться как явления неврогенного происхождения.

Вегетативно-дистонический синдром характеризовался лабильностью пульса и артериального давления, наличием периферических сосудистых нарушений и вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Последние, как правило, значительно отягощали картину болезни и были трудны для лечения.

Таблица 1

Частота симптомов у 100 больных с функциональной кардиопатией

Характер симптомов	Мужчины	Женщины	Общий %
Боли в области сердца	50	48	96
Слабость	48	50	98
Психоневротические расстройства	47	47	94
Респираторные расстройства	39	45	84
Сердцебиение	34	46	80
Снижение толерантности к физическим нагрузкам	37	41	78
Головная боль	38	40	78
Потливость	35	42	77
Одышка при нагрузке	35	40	75
Нарушение сна	38	32	70
Головокружение	36	32	68
Дрожь, озноб	30	37	67
Обморочное состояние и чувство дурноты	31	32	63
Артралгии, миалгии	26	25	51
Отечность лица по утрам	25	23	48
Ощущение жары, приливы	18	25	43
Субфебрилитет	12	18	30
Предменструальный синдром	—	29	29
Дисменорея	—	19	19
Неустойчивость артериального давления	35	32	67
Систолический шум над областью сердца	32	31	63
Изменения ST—T	19	42	61
Прекардиальные гипералгезии	26	30	56

Особое место занимали респираторные расстройства, встречающиеся в виде ощущения нехватки воздуха, ощущения препятствия и инородного тела в горле, сдавления шеи, непереносимости душной атмосферы, пароксизмальной одышки, зевоты, ЧЖ сожалею, врачами эти симптомы часто неверно интерпретируются, как проявления недостаточности кровообращения или бронхиальной астмы.

Из объективных симптомов необходимо выделить частоту обнаружения систолического шума над областью сердца, лабильность пульса и артериального давления, экстрасистолическую аритмию, изменения конечной части желудочкового комплекса преимущественно в правых грудных отведениях.

Сравнение частоты симптомов среди больных функциональной кардиопатией мужского и женского пола показывает, что у последних значительно чаще встречается одышка, слабость, сердцебиение, аритмии и, особенно, изменения сегмента ST-T на электрокардиограмме.

Выводы

1. Клиническая картина функциональной кардиопатии характеризуется обилием полиморфных симптомов.
2. Сочетание кардиальных, соевидных, астенических, респираторных и психоневропатических расстройств должно являться, очевидно, основным диагностическим критерием функциональной кардиопатии.

Ս. Ա. ԱՐԲԱԿՈՒՄՈՎ, ՄՈՒՆԶԵՐ ՄՈՀԱՄՄԵԴ ԿՍԱՍ,
Գ. Ն. ԲԱԺԱՆՈՎ, Ս. Ռ. ԲԵԼՈՒՍՈՎ

ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ԿԱՐԴԻՈՊԱՏԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո լ ն ի մ

Սրտային, անոթային, ասթենիկ վեգետատիվ և հոգեներոտիկ խանգարումների համակցությունը կարող է հանդիսանալ ֆունկցիոնալ կարդիոպատիաների ախտորոշական հիմնական շափանիշը:

S. A. ABBAKUMOV, MOONZER MOHAMMED STAS, P. N. BAZHANOV,
S. R. BELOUSOV

PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE OF FUNCTIONAL
CARDIOPATHY

S u m m a r y

Combination of cardial, vascular, asthenic vegetative and psychoneurotic disorders may be the main dyagnostical criterion of functional cardiopathy.

УДК 616.12—008:618.3—07:616.131—008.331.073.178

Օ. Ա. ԳՈԼՈՇԱՊՈՎ, Լ. Ն. ԿՈՏՈՎԱ

К ВОПРОСУ О ГИПЕРТОНИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ РЕВМАТИЧЕСКОГО И НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Гемодинамика малого круга кровообращения у больных первичным ревмокардитом и миокардитами неревматического генеза остается недостаточно изученной. Настоящая работа ставит целью уточнить возможные механизмы легочной гипертензии у подобных больных.

Нами изучалась фазовая структура и показатели гемодинамики правого и левого сердца у 143 больных (68 первичным ревмокардитом и 75 инфекционно-аллергическим миокардитом), а также у 100 лиц контрольной группы. Фазовая структура правого желудочка исследована методом поликардиографии с использованием флебографии, левого—сфигмографией. Кроме того проводились расчеты систолического давления в легочной артерии (СДЛА) методом Burstin, величины давления в левом желудочке по Garten и Kolmar, ударного объема сердца (УОС)—по номограмме А. И. Лещенко.

Параллельно у 80 больных исследовали содержание катехоламинов (адреналина и норадреналина) и их предшественников ДОФА и дофамин в суточной моче, серотонина крови, 5-оксипиридолилукусной кислоты (5-ОИУК).

Результаты исследования кардио- и гемодинамики показали (табл.), что наиболее закономерным является повышение давления в левом желудочке, выявленное у большинства больных как первичным ревмокардитом, так и миокардитами неревматического генеза. Показатели же фазовой структуры левого желудочка существенно не отличались от должных.

В фазовой структуре правого желудочка наибольшие изменения претерпел период