

9. 12. Кяндарян К. А., Карапетян К. Р. Журн. эксл. и клин. мед., 1986, 1, 50—56.
13. Кяндарян К. А. и др. II съезд кардиологов Армении, Ереван, 1986, 609—611.
14. Кяндарян К. А. и др. Современные вопросы кардиологии. Тбилиси, 1986, 158—159.
15. Кяндарян К. А. и др. Кровообращение, 1987, 5, 17—21. 16. Мазаев В. П. и др. Кардиол. 1982, 2, 25. 17. Мухарлямов Н. М., Беленков Ю. Н. Ультразвуковая диагностика в кардиологии. М., 1981, 160. 18. Николаева Л. Ф., Китаева И. Т. и др. Кардиол. 1983, 10, 47—51. 19. Низовцева М. Н. Автор. канд. дисс., Минск, 1981, 23.
20. Петросян Ю. С., Зингерман Л. С. Коронарография. М., 1974, 132. 21. Петросян Ю. С., Зингерман Л. С., Кяндарян К. А. и др. Матер. научн. сессии ин-та эксл. и клин. кардиол. МЗ Груз. ССР, Тбилиси, 1976, 68—71. 22. Попович М. И. и др. Тер. арх., 1985, 5, 31—34. 23. Рабкин И. Х. Рентгенодиагностика легочной гипертензии. М., 1967. 24. Саркисян А. С. Автор. канд. дисс., Ереван, 1977, 19. 25. Тинаев В. И. Автор. канд. дисс. Новосибирск, 1978, 25. 26. Тихонов К. Б. Техника рентгенологического исследования. М., 1978, 273. 27. Фейгин М. И. Флюорография. М., 1984, 207.
28. Чазов Е. И. (ред.) Руководство по кардиологии. М., 1982, I—IV. 29. Чарчоглян Р. А. и др. Кардиол., 1986, 9, 16—19. 30. Чарчоглян Р. А., Голиков А. П. и др. Крпообращение, 1986, 1, 7—11.

УДК 616.127.005.8—036.11

А. Ф. КАЗАНЧЯН

АНАЛИЗ ПРОДРОМЫ И ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПО ПРОГРАММЕ «РЕГИСТР ИНФАРКТА МИОКАРДА» В г. ЕРЕВАНЕ

Проблеме изучения острейшего периода инфаркта миокарда (ИМ) и периода, предшествующего ему, отводилось значительное место в кардиологии [1—14]. Интерес к нему и сейчас велик и продиктован тем, что раннее выявление больных с продромальными признаками ИМ, как и правильная диагностика его в самые кратчайшие сроки, может снизить как заболеваемость, так и летальность от ИМ [5].

При проведении данного исследования использовалась стандартная программа ВОЗ «регистр ИМ»; при постановке диагноза ИМ придерживались рекомендаций ВОЗ [5]. Были разработаны карты первичного и повторных обследований больных. Полученные данные обрабатывались математическими методами на ЕС-1033.

Исследовали острейший период ИМ и наличие предынфарктного состояния (ПС) 185 больных, включенных в «регистр ИМ» в возрасте от 20 до 64 лет, а также у 58 больных старше 64 лет, не включенных в «регистр».

Из общего числа больных, включенных в «регистр», 25,9% отрицали наличие ПС. У 11,3% продромальный период был трудно определяем, в то время как 62,8% больных четко описали состояние, предшествующее ИМ. Из них у 16,2% ПС определялся длительностью до суток, у 31,4% — до 7 суток и 15,2% — более одной недели. В группе лиц старше 64 лет отрицали наличие ПС 18,9%, 12% больным трудно было

определить наличие такового. Среди имевших ПС 17,3% больных отмечали длительность его до суток, 37,9%—до 7 суток, а 13,9%—более недели. При сравнении с группой «регистра» $r=0,8$.

Самым частым симптомом ПС в группе «регистра» были боль за грудиной (29,2%) и боль в области сердца (25,9%). Чувство слабости было у 17,8%, неприятные ощущения в области сердца у 13,5% больных. Нехватка воздуха отмечалась в 10,8%, недомогание—8,6%, удушье—7% случаев. Учащение приступов уже имеющейся стенокардии наблюдалось у 5,9% больных, головокружение—у 2,1%, а в 9,7% случаев отмечалась боль других локализаций (эпигастриум, шея и т. д.). Корреляция с группой старше 64 лет $r=0,99$.

Многообразие клинических проявлений острейшего периода ОИМ часто затрудняет правильную диагностику этой патологии [4, 6, 8].

В нашем исследовании болевой синдром в группе «регистра» встречался в 94%. Боль локализовалась за грудиной в 58,4%, в области сердца в 45,9% случаев. Во всей грудной клетке боль отмечалась в 11,9%, в левой подлопаточной области—в 5,4% случаев. Боль встречалась в левом плече в 9,7%, в правом—в 4,8%, в эпигастриуме—в 4,3% случаев. Браслетные боли отмечались в 3,2%, а прочие локализации (голова, шея и т. д.)—в 1,6% случаев. Корреляция с группой старше 64 лет высокая ($r=0,98$).

Интересно распределились данные о характере болевого синдрома. В группе «регистра» отмечали давящие и сжимающие боли 55,1 и 50,3% больных соответственно. Чувство тяжести встречалось в 11,9%, жжение—в 10,3%, боли ноющего характера—в 7,6% случаев. 1,6% больных охарактеризовали боль как «нарыв, рану», 9,7%—отмечали колющие боли, а 4,8% больных дали разную характеристику болевого синдрома—режет, ломит и т. д. Корреляция с группой старше 64 лет $r=0,88$.

В группе «регистра» иррадиация в левую руку наблюдалась в 36,8%, в правую руку—в 11,9% случаев. В левую подлопаточную область боль иррадировала в 31,3%, в правую подлопаточную область—1,6% случаев, в нижнюю челюсть—3,8%, эпигастриум—1,6%, позвоночник—3,2% случаев. У 2,1% больных наблюдалась иррадиация в голову, шею и т. д. Корреляция с группой старше 64 лет $r=0,96$.

Слабой интенсивности боли наблюдались в 5,2%, средней—в 21,9% случаев. Выраженные боли встречались в 56,7%, а нестерпимые боли—в 16,2% случаев. Такая же картина наблюдалась в группе лиц старше 64 лет ($r=0,95$). В 83,25% случаев болевой синдром в группе «регистра» был постоянным, в 16,75%—преходящим. В «пожилой» группе—74,5 и 25,5% соответственно.

Чувство слабости в группе «регистра» отмечали 74% больных, потливость—57,8%. Нехватку воздуха и удушье наблюдали в 48 и 32,9% случаев соответственно, тошнота—в 32,4%, рвота—12,9%, парестезии в левой руке—в 9,7% случаев. Головокружение наблюдали у 5,9% больных, недомогание—у 7%, а 10,8% больных отмечали страх смерти, озноб и т. д. Корреляция с группой старше 64 лет высокая $r=0,98$.

При изучении вариантов клинического начала ИМ оказалось, что ангинозный вариант начала ИМ встречался в группе «регистра» в 87,6%, гастралгический—в 0,5% случаев. Астматический и аритмический варианты встречались в 5,4 и 0,5% случаев, что значительно ниже данных других авторов [3, 4, 8]. Церебральный и периферический варианты встречались в 0,5% случаев, стертый—в 2,12% смешанный—в 2,7% случаев ИМ. Высокая корреляция наблюдалась с группой старше 64 лет ($r=0,98$).

Таким образом, вышеизложенное показывает, насколько разнообразны клинические проявления продромального и острейшего периодов ИМ.

НИИ кардиологии МЗ Арм. ССР
им. академика Л. А. Оганесяна

Поступила 1/IX 1986 г.

Ա. Ֆ. ԿԱՉԱՆՉԱՆ

Երևան քաղաքի «սրտամկանի ինֆարկտի ռեգիստրում» հետազոտված հիվանդների սուբ շրջանի և պրոգրոսմայի վերլուծումը:

Երևան քաղաքի «սրտամկանի ինֆարկտի ռեգիստրի» մեջ ընդգրկված (20—64 տարեկան) և ընդգրկված (64 տար. բարձր) հիվանդների երկու խմբերում նկատվում է նախաինֆարկտային վիճակի առկայության բարձր տոկոս, ինչպես նաև սրտամկանի ինֆարկտի անզինոզ սկզբի հաճախականության արտահայտված գերակշռում:

A. F. Kazanchyan

Analysis of the Prodrome and the Most Acute Period of Myocardial Infarction in Patients, Investigated by the Program „Register of Myocardial Infarction“ in Yerevan City

S u m m a r y

On two groups of patients with acute myocardial infarction, included and not included in the „register of myocardial infarction“ in Yerevan city, the high percentage of the presence of preinfarction condition and expressed dominance in the frequency of anginous beginning of acute myocardial infarction has been observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алейникова Л. И., Золотарев А. Е. Прединфарктное состояние, Киев, Здоровья, 1976, 183.
2. Грацианский Н. А. и др. Кардиология, 1978, 10, 51—57.
3. Малая Л. Т. и др. Инфаркт миокарда, М., Медицина, 1981, 488.
4. Польш Ю. М. Предынфарктный синдром, в кн. «Инфаркт миокарда», под ред. Э. Кордея и Х. Дж. К. Свона, М., Медицина, 1977, 296.
5. «Регистры ИБС». Хроника ВОЗ, 1970, 24, 1, 12—15.
6. Adgey A. A. et al. Lancet, 1971, 2, 501—504.
7. Alonzo A. A., Simon A. B., Feinleib M. Circulation, 52:1056, 1975.
8. Erhardt L. R. Acta med. scandinav. (suppl. 560) 1974.
9. Gazes P. C. et al. Circulation. 48:331, 1973.
10. Krauss K. R., Hutter A. W., Desautels R. W. Circulation. 45 (suppl. 1): 1, 1972.
11. Moss A. J. Arch. Intern. Med. 129:681, 1972.
12. Solomon H. A., Edwards A. L., Illip T. Circulation, 1969, 40, 463.
13. Vakil R. J. Circulation, 1961, 24, 557.
14. Vakil R. M. Amer. J. of Cardiology, 1964, 14, 55.