

3. Ю., Емелина Н. С., Судоплатов К. Т. Программируемые микрокалькуляторы в кардиологии. Изд. Саратовского университета, 1990. 6. Юзбашев З. Ю. Сейсмокардиографическая диагностика приобретенных пороков сердца. Изд. Саратовского университета, 1989. 7. Levine H. I., Gaasch W. H. Mod. Conc. cardiov. Dis., 1978, 47, 8, 95—102. 8. Levine H. I., Gaasch W. H. Mod. Conc. cardiov. Dis., 1978, 47, 9, 99—102. 9. Modersohn D., Heublein B., Franz N. Z. ges. inn. Med., 1986, 41, 21, 585—592. 10. Ferro G., Ginnoto A., Maione S. et al. Cardiology, 1984, 71, 5, 266—272.

УДК 616.127—005.8—07:616.12—009.72—07:616.83—00886—009.86

А. И. КОЧЛАМАЗАШВИЛИ

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ И ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Врачи уже давно отмечают [3, 5, 6] и в разной степени подчеркивают в своих трудах [1, 2, 4] ведущую роль центральной и периферической нервной системы в развитии ангионевротической стенокардии и инфаркта миокарда в молодом возрасте.

Целью данной работы является обсуждение некоторых вопросов возникновения, особенности течения, взаимосвязь и отдаленный результат ангионевротической стенокардии и инфаркта среди лиц молодого возраста.

Нами подвергнуты анализу данные численно большой группы, всего—616 молодых больных. Из них 508 с диагнозом ангионевротической стенокардией, они проходили лечение амбулаторно в поликлинике Тбилисского бальнеолечебного курорта. Соединения курортами местного значения при Совете министров ГрузССР в 1982 (XII)—1989 (II) годах, а 108 больных острым инфарктом миокарда поступили в палату интенсивного наблюдения инфарктного отдела НИИ экспериментальной и клинической терапии МЗ Грузинской ССР за период 1971 (IV)—1982 (III) г.

Среди изученных 508 больных ангионевротической стенокардией в возрасте 18—35 лет 303 (59,64%) составляли мужчины, а 205 (40,35%)—женщины. Умственной работой занимались 224 (44,03%) больных, физической—16 (3,14%). 116 (22,83%) пациентов были студентами или обитурienтами, 13 (2,55%)—инженеры, 7 (1,37%) врачей, 25 (4,92%)—шоферов, 7 (1,37%)—инвалидов. Курильщиками были 406 (79,92%) человек, из них злостные курильщики 248 (48,8%). Алкоголь принимали всего 210 (41,33%) больных, из них злоупотребляли 61 (12%). 371 (73,03%) пациентов употребляли кофе, в большом количестве—67 (13,18%). Острая моментальная психическая травма отмечалась у 143 (28,14%) больных, длительное нервно-эмоциональное пере-

напряжение у 365 (71,85%). Наследственная нагрузка в виде сердечно-сосудистой патологии была выявлена у 29 (5,70% пациентов).

Из 108 больных острым инфарктом миокарда в возрасте 18—40 лет, мужчин было 105 (97,22%), женщин—3 (2,77%). У 30 (27,77%) инфаркт возник весной, у 19 (17,59%)—летом, у 25 (23,14%)—осенью, у 34 (31,48%)—зимой. Крупноочаговый инфаркт был диагностирован у 92 (85,18%) больных, мелкоочаговый—у 16 (14,81%). Первичный инфаркт отмечался у 94 (87,03%) больных, повторный у 14 (12,96%), у 16 (14,81%) инфаркту миокарда сопутствовали гипертоническая болезнь, у 4 (3,70%) сахарный диабет, у 2 (1,85%) гипертоническая болезнь и сахарный диабет вместе. Сигареты курили 90 (83,33%) больных, из них злостными курильщиками были 44 (40,74%) человек. 25 (23,14%) человек злоупотребляли алкоголем. Злостные любители кофе составляли 32 (29,62%) больных. Избыточный вес наблюдался у 60 (55,55%). Малоподвижный образ жизни вели 82 (75,92%) человек. У 26 (24,07%) выявлено злоупотребление жирной пищей. Отягощенная наследственность сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечена у 9 (8,33%) больных. У 26 (24,07%) лиц, развитию инфаркта миокарда способствовала острая моментальная психическая травма («сильный эмоциональный шок»), у 45 (41,66%) больных—длительное нервно-эмоциональное перенапряжение. Среди наблюдаемой группы инфарктных больных, пациентов, занимающихся умственным трудом было 39 (36,11%), руководителями различных организаций были 29 (26,85%) больных, больные, занимающиеся физическим трудом составляли—20 (18,5%) человек, актеров—5 (4,62%), инженеров—3 (2,77%), врачей-хирургов—2 (1,85%), водителей—3 (2,77%), домохозяек—2 (1,85%), пенсионеров—2 (1,85%), инвалидов—2 (1,85%), спортсменов—1 (0,92%).

Диагностические критерии ангионевротической стенокардии были следующими: длительная или острая психоэмоциональная травма в анамнезе; сдвиги вегетативной нервной системы и психической сферы; характер, частота, сила, динамика, причины возникновения боли в области сердца; их провокация психоэмоциональным напряжением и физической нагрузкой.

Несмотря на то, что субъективно-персональные элементы врачебного обследования во все возрастающей степени вытесняются безлично-объективными методиками и аппаратурно-техническими подходами вплоть до компьютерной медицины в исходной фазе сердечного приступа, дифференциальный диагноз, функциональный или органический, не являются всегда легкими даже для опытного врача-кардиолога, но все-таки, основное в кардиологической диагностике для дифференцирований на наличие функционально-сердечного приступа с вегетативно псевдостенокардией и органическими поражениями повседневной клинической и амбулаторной практике клинический взгляд, врачебное видение, интуиция—все эти свойства явля-

ются неотъемлемой частью сущности выдающегося врача человечества.

В первую очередь мы глубоко осветили и проанализировали вопрос взаимосвязи нервнопсихического фактора в возникновении ангионевротической стенокардии и инфаркта миокарда. По специально разработанной нами схеме целенаправленного и тщательного опроса пациентов подчеркивались те важные моменты, которые оказались более существенными в развитии ангионевротической стенокардии и инфаркта миокарда в молодом возрасте. Внимание обращалось и на другие факторы: хронические интоксикации, особенности питания, физическую, нагрузку, перенесенные заболевания, профессию, интеллектуальность, материально-бытовые условия, нарушение режима сна, последственную нагрузку в виде ишемического заболевания сердца, удовлетворение занимаемым семейным и служебным положением, умственную усталость и т. д. В дифференциации и установлении истинных причин они имели решающее значение для установления правильного диагноза заболевания, лечения и прогноза.

Ангионевротическая стенокардия до определенного этапа имела доброкачественное течение, так как мы имели дело с функциональным нарушением коронарного кровообращения. По нашим наблюдениям, ангионевротическая стенокардия среди мужчин в молодом возрасте от 26—35 лет с трехгодичным отдалением осложнялась инфарктом миокарда лишь в 6,25% случаев.

Самым частым осложнением острого периода инфаркта миокарда среди молодых лиц ритм сердечной деятельности, что составляет 88,88%. У 7 (6,48%) пациентов инфаркт осложнился аневризмой сердца. Сердечная астма и отек легких были отмечены лишь у 4 (3,70%) больных, кардиогенный шок—у 4 (3,70%), перикардиты—у 4 (3,70%), поражение желудочно-кишечного тракта у 3 (2,77%), тромбоэмболическое осложнение у 1 (0,92%), разрыв сердца у 1 (0,92%). Из 108 больных умерли—8 (7,40%), смерть наступила в течение первых 6 суток болезни. Причины смерти у 8 умерших больных были следующие: у 4 (50%) больных первичная фибрилляция желудочков, у 1 (12,5%) руптура сердца, у 1 (12,5%) кардиогенный шок у 1 (12,5%) тромбоэмболическое осложнение головного мозга и 1 больной скончался на фоне неоднократного приступа симптомокомплекса Моргана-Эдемса Стокса.

Отдаленная летальность 5-летней продолжительности с первичным, крупноочаговым инфарктом у больных мужского пола в возрасте 18—40 лет составлял 15%, полное восстановление трудоспособности отмечалось у 68% больных.

Таким образом, анализ исследований показал, что ангионевротическая стенокардия в молодом возрасте имеет избирательный, индивидуальный характер, а психологические факторы занимают главное, доминирующее место при возникновении этой болезни.

Ангионевротическую стенокардию иногда можно считать ступенью

к стенокардии напряжения, к стенокардии покоя, к смешанным формам и к развитию инфаркта миокарда.

Основная причина развития инфаркта миокарда у молодых лиц в функциональном расстройстве венозного кровообращения, в котором несомненное значение играет чрезмерное нервно-психическое перенапряжение; инфаркт миокарда в молодом возрасте не является каким-то специфическим заболеванием с особым клиническим течением и прогнозом.

Тбилисский бальнеологический курорт

Поступила 15/XI 1989 г.

Ա. Ի. ԿՈՉԼԱՄԱՇՎԻԼԻ

ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՏԱՐԻՔՈՒՄ ԿՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԵՎ ԱՆԳԻՆՆԵՎՐՈՏԻԿ
ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅԻ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐԻ ՇՈՒՐՋ

Ա մ փ ո փ ու մ

Աշխատանքում բերված են վրացական ԽՍՀ Մինիստրների խորհրդի տեղային նշանակության առողջարանների միավորման Քբիլիսի բալնոլոգիական առողջարանի պոլիկլինիկայում ամբուլատոր պայմաններում թերթիկային ստենոկարդիայով բուժված հիվանդների քննությունների տվյալները: Սրտամկանի սուր ինֆարկտով հիվանդները բնորոշվել են վրացական ԽՍՀ Առողջապահության նախարարության կլինիկական և փորձարարական ԳՀԻ ինֆարկտային բաժանմունքի ինտենսիվ հսկողության հիվանդասենյակ:

A. I. Kochlamazashvili

Some Problems of Angioneurotic Stenocardia and Myocardial Infarction at Young Age

S u m m a r y

The data of 616 young patients, 508 of which were treated in out-patient conditions in Tbilisi balneologic health resort, are analysed. 108 patients with the diagnosis of acute myocardial infarction were entered to the chamber of intensive observation of infarction section ISI of Experimental and Clinical Therapy of HM GSSR.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кочламазашвили А. И. Материалы конференции молодых ученых НИИ терапии. Тбилиси, 1981, 74—79.
2. Кушалецкий Б. П., Кокосов А. Н. Стенокардия и ее дифференцированная терапия. М., 1971.
3. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. М., 1958.
4. Малая Л. Т., Волков В. И., Аляви А. Л. Клини. мед., 1976, 4, 24—33.
5. Стамболиян Р. П. О патогенетическом лечении коронарной недостаточности. Ереван, 1965.
6. Чазов Е. И., Аронов Д. М., Николаева Л. Ф. Клини. мед., 1967, 11, 142—146.