

Գ. Ս. ԻՏԱԽԱՆՅԱՆ, ՅՈՒ. Ա. ԱԶԱԿՅԱՆ, Ք. Մ. ԵՐԻՑՅԱՆ,
Վ. Թ. ԿՈՇԱՐՅԱՆ, Ե. Թ. ՏԱԱԿՅԱՆ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КРУПНО- И МЕЛКООЧАГОВОМУ ИНФАРКТУ МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Проведено ретроспективное изучение предынфарктного периода. Выявлены характерные закономерности периода, предшествующего формированию мелко- и крупноочагового инфаркта миокарда различной локализации. Использован общедоступный метод клинического обследования с динамическим количественным анализом ЭКГ.

Наличием большого разнообразия научных сведений об ишемической болезни сердца вообще, ее профилактике, в частности, подчеркивается не только важность проблемы, но и отсутствие достаточно массовых и продуманных мероприятий, которые способствовали бы своевременному выявлению этого распространенного и тяжелого заболевания. Одним из основных этапов профилактики инфаркта миокарда на сегодняшний день является выявление и лечение предынфарктных состояний [2—5] при наличии непосредственной угрозы нарушения коронарного кровообращения и образования некротического очага [3]. Именно предынфарктное состояние может явиться клинической моделью рассматриваемого заболевания, ибо представление о патофизиологической перестройке сердечно-сосудистой системы не может быть полноценным при построении нашего суждения по клинической картине уже развившегося патологического процесса.

Однако выявление стадии предболезни является сложной задачей, особенно если учесть его зависимость от частоты и характера обрабатываемости в поликлинику лиц с латентной (бессимптомной) фазой, в ранней стадии заболевания или в период ремиссии [7].

Следовательно, необходима выработка общедоступного в амбулаторной практике единого метода обследования лиц по угрожающему инфаркту. Использование подобного методического подхода позволило нам изучить течение периода, предшествующего формированию инфаркта миокарда, а сравнительная характеристика течения стадии предболезни с исходом в крупно- и мелкоочаговый инфаркт миокарда и составила основную цель настоящего сообщения.

Ретроспективно по данным проспективного эпидемиологического наблюдения предынфарктный период изучен у 100 больных, перенесших крупно- или мелкоочаговый некроз миокарда в возрасте 40—75 лет.

Контингент больных в основном состоял из мужчин (77%) — лиц умственного труда (70%). Состояние наблюдаемых в различные сроки до образования инфарктного очага (от трех лет до одного дня) оценивалось по клиническим данным и лабораторным показателям. Следовательно, был применен общедоступный объем наблюдений, обязательный в практике диспансеризации населения. Дополнительно как важный диагностический критерий нами применен количественный (планиметрический) анализ площадей начальной и конечной части желудочкового комплекса ЭКГ по методике Р. П. Стамболцяна и Л. М. Михаелянц [6]. Положительные или отрицательные смещения указанных площадей ЭКГ конкретного больного по сравнению с данными соответствующей возрастной контрольной группы здоровых лиц (рассчитанным по $M \pm \delta$), т. е. отклонение от выведенной нормы, расценивалось нами как количественный электрокардиографический тест нарушенного коронарного кровоснабжения.

Как следует из наших данных, среди наблюдаемого контингента лиц преобладало развитие мелкоочагового (67) и, в частности, распространенного мелкоочагового (в 43 случаях из 100) некроза сердечной мышцы. Крупноочаговый (трансмуральный) инфаркт миокарда выявлен у 1/3 больных (33). Некрозы с преимущественной локализацией на передней стенке обнаружены в 63, задней—35 и обширные некрозы передней и задней стенки сердца—в 2% случаев. Крупноочаговый инфаркт одинаково часто констатировался на передней и задней стенках миокарда левого желудочка, мелкоочаговый распространенный превалировал на передней (38 из 43 наблюдений), а нераспространенный—на задней стенке (15 из 24). Все женщины заболели в возрасте старше 61 года (23 чел.). Среди мужчин передние инфаркты чаще наблюдались в возрасте старше 61 года (9 чел.), а задние—до 60 лет (также 9 из 13). Крупноочаговый инфаркт более характерен для мужчин (28 из 33 больных), мелкоочаговый (18 из 23 наблюдений), как и передние инфаркты (16), чаще констатирован у женщин.

Определенный интерес представляет наличие ряда заболеваний, которые, по всей вероятности, можно причислить не только к предшествующим пассивным моментам, но и к способствующим пусковым механизмам формирования инфарктного очага по величине, распространенности и локализации, а также к факторам, активно влияющим на дальнейшее течение и исход заболевания. Из заболеваний, имеющих в предынфарктном периоде, помимо атеросклероза (диагностированного во всех 100 случаях), наибольшее значение приобрели тонзиллодонтонтогенный хронический сепсис, гипертоническая болезнь, хронические заболевания почек, сахарный диабет, функциональный спазм венечных сосудов и др. Наибольший удельный вес из перечисленных заболеваний принадлежал хроническому сепсису (36% случаев). При наличии последнего в предынфарктном периоде чаще развивался мелкоочаговый инфаркт миокарда задней стенки, а гипертоническая болезнь в предынфарктном периоде в основном заканчивалась трансмуральным некр-

розом передней стенки. Так, у лиц с гипертоническим и хроническим анамнезом соответственно диагностированы: передние инфаркты—в 22 и 21, задние—10 и 16 случаях, крупноочаговые—у 11 и 9, мелкоочаговые распространенные—у 12 и 17, мелкоочаговые нераспространенные—у 9 и 11 больных.

Как следует из данных литературы, острый инфаркт миокарда, особенно в молодом возрасте, часто возникает на фоне кажущегося полного здоровья [1]. Помимо типичных приступов стенокардии, до развития инфаркта миокарда могут быть и нетипичные, нехарактерные ощущения, не имеющие, казалось бы, особого отношения к состоянию сердечно-сосудистой системы [1, 8, 9, 11]. Описано, что у 50% внезапно умерших лиц не было предшествующих клинических симптомов заболевания [10]. По нашим данным, реже выражены типичные стенокардические боли до формирования трансмуральных инфарктов (15 из 33 не имели жалоб), и особенно передней стенки (11 из 16), чаще—до развития мелкоочаговых инфарктов (болевым симптом отмечен у 44 больных из 67).

Предынфаркт, по нашим наблюдениям, характеризовался наличием (в различной степени выраженности) или полным отсутствием признаков нарушенного коронарного кровообращения. Представляет интерес развитие мелко- и крупноочагового некроза сердечной мышцы в зависимости от наличия в предшествующем периоде острой очаговой дистрофии миокарда или отсутствия выраженных признаков нарушенного коронарного кровообращения. В последнюю группу включены лица, у которых при отсутствии каких-либо клинических симптомов заболевания или при наличии неярких и нетипичных для ишемической болезни сердца жалоб отмечались небольшие изменения со стороны ЭКГ, а именно незначительное отклонение от нормы в сторону уменьшения или увеличения площади RS—T и T в пределах 2—10 мм² в одном или двух отведениях. Подобное развитие инфаркта миокарда мы наблюдали у 27 больных. В 15 случаях некроз был крупноочаговым (на задней стенке—у 8, передней—у 5, обширный на передне-задней стенке сердца—у двух больных), а в 12—мелкоочаговым (в основном на передней стенке).

При развитии заболевания по схеме: стенокардия—очаговая дистрофия—инфаркт миокарда (19 больных) чаще имело место развитие мелкоочагового некроза. Трансмуральный инфаркт миокарда выявлен лишь в двух случаях (по одному—на передней и задней стенках сердца). Очаговая дистрофия миокарда является переходным периодом между стенокардией и инфарктом миокарда. Боли при ее развитии длятся до 45 минут, чаще возникают в покое; отмечается небольшой субфебрилитет, смещение интервала RS—T в одном или нескольких отведениях, ЭКГ выше изолинии. Указанные клинические проявления нестойки, и часто происходит их нормализация на первые—вторые сутки после снятия болей. Факт более частого формирования крупноочаговых инфарктов на фоне минимальных изменений ЭКГ и малых субъ-

сктивных данных можно объяснить сравнительно коротким сроком течения предынфарктного периода, когда, по всей вероятности, развитие коллатералей запаздывает.

Что касается функционального состояния сердечно-сосудистой и других систем организма, реакции периферической крови, биохимических и других вспомогательных показателей, то их изменения обуславливались основным заболеванием предшествующего периода и, к сожалению, не могли быть отнесены к специфическим симптомам прогностического порядка.

Таким образом, общеклиническое исследование предынфарктного периода в динамике с применением планиметрического анализа ЭКГ выявило определенные закономерности формирования мелко- и крупноочагового инфаркта миокарда различной локализации.

Кафедра терапии для субординаторов Ереванского
медицинского института и Поликлиника IV управления
Минздрава Арм. ССР

Поступила 20/XI 1975 г.

Գ. Ս. ԻՍԱԽԱՆՅԱՆ, Յ. Հ. ԱԶԱՏՅԱՆ, Ռ. Մ. ԵՐԻՑՅԱՆ,
Վ. Տ. ՔՈՉԱՐՅԱՆ, Ե. Տ. ՍԱՀԱԿՅԱՆ

ՏԱՐՔԵՐ ՏԵՂԱԿԱՅՄԱՆ ԽՈՇՈՐ ԵՎ ՄԱՆՐ ՕՋԱԽԱՅԻՆ ԻՆՖԱՐԿՏՆԵՐԻՆ ՆԱԽՈՐԴՈՂ ՇՐՋԱՆԻ ՀԱՄԵՄՍԱՏԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Սեզոնային էլեկտրատարադրի քանակական վերլուծությունից, ամբուլատոր դիտողությունների հիման վրա, 100 հիվանդաների մոտ ունեցող սպեկտրի նախիրված է տարբեր տեղակայման խոշոր և մանր օջախային ինֆարկներին բնորոշ օրինաչափությունները:

Ենթադրվում է, որ նախատրամադրող ֆոնը հիվանդության որոշակի և այլ կլինիկական պարամետրերի առկայության պայմաններում, հաշվի առնելով մակրոթորզանիզմի վիճակը, ազդում է նեկրոտիկ օջախի զարգացման պատճառով ֆիզիոլոգիայի վրա՝ ունենալով նշանակալից ներգործություն հիվանդության հետագա ընթացքի վրա: Նախահինֆարկտային շրջանի ուսումնասիրումը անհրաժեշտ է «փոքր» նախանշանների հայտնաբերման և ապառնող ինֆարկտի պրոֆիլակտիկայի համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аронов Д. М. Коронарная недостаточность у молодых. М., 1974.
2. Виноградов А. В., Вихерт А. М., Дорофеева Э. Э., Чазов Е. И. Инфаркт миокарда. М., 1971.
3. Волынский Э. М. Клинич. медицина, 1964, XLII, 3, стр. 15.
4. Мовшович Б. Л., Гришова Л. М. Клинич. медицина, 1974, LII, 6, стр. 26.
5. Стамболцян Р. П., Вартапетян П. А., Исаханян Г. С., Ерицян Р. М., Кочарян В. Т., Саакян Е. Т., Геворкян В. В. В кн.: Проблемы терапии. Материалы I съезда терапевтов Армении. Ереван, 1974, стр. 261.

6. *Стамболцян Р. П., Михаелянц Л. М. Ж.* экспер. и клинич. медицины АН Арм. ССР, 1967, VII, 6, стр. 33.
7. *Шхвацабая И. К.* Ишемическая болезнь сердца. М., 1975.
8. *Gertler M., White P. D.* Coronary heart disease in young adults. Cambridge, 1954.
9. *Hansen J. P. H.* Dan. med. Bull., 1968, 15, 301.
10. *Stamler J.* Brit. Heart. J., 1971, 33, 145.
11. *Szeptaki S.* Orv. Hetil., 1966, 107, 769.