1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982. 2. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. М., 1973. 3. Григорян Г. А. Автореф. канд. дис. Ереван, 1985. 4. Казарян Г. А., Арутюнян В. М., Казарян А. Г. и др. Арохчапаутюн, 1982, 2, с. 21. 5. Карапетян Н. В. Сб.: Вопросы рентгенологии и онкологии, Ереван, 1981, с. 361. 6. Овсепян Л. А. Автореф. канд. дис. Ереван, 1990.

УДК 614.893:613.644

Г. А. Наргизян, С. Ш. Папоян, М. Н. Мамаджанян

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У РАБОТНИЦ ШУМОВЫХ ПРОФЕССИЙ

Большая распространенность и тяжесть течения ишемической болезни сердца (ИБС) в структуре общей заболеваемости населения обуславливает важность изучения данной патологии и ее факторов риска. Наряду с общеизвестными факторами риска (артериальная гипертония—АГ, избыточная масса тела—ИМТ, дислипотеинемия, гиподинамия, курение), существуют такие, значимость которых остается дискуссионной [3]. К последним относится производственный шум. В этой связи представляет интерес выявление распространенности ИБС и нейроциркуляторной дистонии (НЦД) с кардиалгическим синдромом у работниц шумовых профессий с применением стандартных критериев диагностики.

Как известно, «положительная» анкета Роуза у женщин не всегда является основанием для постановки диагноза ИБС, а электрокардиография (ЭКГ) в покое не всегда выявляет наличие ишемии миокарда. Для дифференциальной диагностики кардиалгии различного генеза широко применяются функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой, в частности на велоэргометре. Однако возможность проведения велоэргометрии у женщин ограничивается детренированностью, нередко ИМТ, заболеваниями нижних конечностей и опорно-двигательного аппарата [1]. Кроме того, возможность проведения велоэргометрии в условиях производства практически отсутствует ввиду ряда причин, в частности—ограниченности времени обследования. С этой точки зрения применение ортостатической пробы при эпидемиологических исследованиях в условиях производства представляется наиболее целесообразным и доступным. Однако проведение ортостатической пробы по методике К. Г. Адамяна и Л. С. Оганесян [2] в условиях производства нуждается в некоторой модификации. В связи с этим нами применялась ортостатическая проба следующим образом: в положении лежа записывалась ЭКГ в 12 общеизвестных отведениях, затем обследуемый находился в положении стоя, после чего проводилось ЭКГ исследование в отведениях $У_4$ и $У_5$. За-

тем обследуемый вновь ложился и подвергался повторному ЭКГ исследованию в тех же отведениях.

Нами обследовано 158 женщин, работающих в прядильном и ткацком производствах камвольного комбината и подвергающихся влиянию постоянного производственного шума с уровнем 86—91 дБА. Среди всех обследованных примерно 1/3 составляли лица старше 50 лет со стажем работы в шумовых условиях больше 20 лет. Малостажированные работницы (со стажем до 5 лет) составляли всего около 10,0%.

Анализ распространенности ИБС и НЦД с кардиалгическим синдромом показал, что по оценке результатов опросника Роуза как ИБС, так и некоронарогенные кардиалгии примерно одинаково часто встречались у обследованных работниц (12,1 и 12,7% соответственно). ИБС диагностировали по наличию неприятных ощущений или болей в левой половине грудной клетки или на любом уровне грудины, возникающих при подъеме в гору, ходьбе, причем состояние покоя снимало боль и неприятные ощущения в течение 10 минут. НЦД с кардиалгическим синдромом была диагностирована при болях в области сердца некоронарогенного происхождения, не связанных с физическим напряжением, продолжающихся больше 10 минут и повторяющихся не реже одного раза в неделю.

По ЭКГ критериям ИБС была диагностирована в соответствии с Миннесотским кодом (1—1; 1—2; 4—2; 5—2; без 3—1) в 5,7% случаев. После дозированной физической нагрузки при диагностике ИБС были учтены кодируемые признаки (11—1; 11—2; 12—1; 12—2), которые были выявлены в 24,7% случаев. Определенный интерес представляет сопоставление частоты ИБС по оценке результатов опросника Роуза и ЭКГ критериев в покое и после физической нагрузки по Миннесотскому коду. Так, из 19 человек, отвечавших на анкету Роуза положительно, ИБС подтвердилась электрокардиографически лишь у двух. У 7 человек выявлены кодируемые признаки, характерные для ИБС без ее клинического проявления. При ортостатической пробе выявлено 15 случаев скрытой коронарной недостаточности.

Результаты исследований указывают на тот факт, что при эпидемиологических исследованиях ИБС в плане информативности первое место занимает опрос по анкете Роуза. ЭКГ исследование с дозированной физической нагрузкой является ценным для выявления скрытой коронарной недостаточности.

При ортостатической пробе в большинстве случаев у здоровых лиц наблюдается умеренная синусовая тахикардия с увеличением частоты сердечных сокращений на 10—15 в минуту, некоторое снижение зубца «Т», который остается положительным с его амплитудой больше 1/20 T/R. Сегмент «ST» опускается ниже изолинии и направлен вверх. Однако его смещение не превышает 1 мм. О скрытой коронарной недостаточности можно судить при инверсии зубца «Т» и смещении «ST» больше 1 мм.

Изучение распространенности факторов риска ИБС выявило их высокую частоту. Так, частота АГ составляла 16,7%, пограничная

артериальная гипертония (ПАГ)—7,6% случаев (АГ и ПАГ определялись по критериям ВОЗ). Необходимо отметить, что 41,8% обследованных имели в анамнезе повышенное артериальное давление. Примерно 40,0% лиц отмечали отягощенную наследственность у родителей по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, причем наиболее часто встречалась наследственная отягощенность по АГ (15,8%), а наименьшая частота—по мозговому инсульту. ИМТ, превышающая идеальный вес более чем на 20%, выявлена в 24,0% случаев. Примерно 40% женщин находились в климактерическом периоде и в состоянии менопаузы, 20,9% отмечали отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза.

Таким образом, полученные результаты выявили значительное расхождение между критериями по анкете Роуза и ЭКГ в покое. Проба с физической нагрузкой, в частности ортостатическая проба, значительно уменьшая эти различия и делая диагноз ИБС более достоверным в условиях производства, является наиболее приемлемой и доступной для выявления скрытой коронарной недостаточности, ИБС, а также при дифференциальной диагностике кардиалгии некоронарного происхождения.

НИИ общей гигиены и профзаболеваний
им. Н. Б. Акопян

Поступила 14/VI 1990 г.

Գ. Ա. Նարգիզյան, Ս. Շ. Պապոյան, Մ. Ն. Մամաջանյան

ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆԵՅՐՈՑԻՐԿՈՒԼՅԱՏՈՐ ԴԻՍՏՈՆԻԱՏԻ
ՏԱՐԱԾՎԱՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՂՄՈՒԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ԱՇԽԱՏՈՂ
ԲԱՆՎՈՐՈՒՅԻՆԵՐԻ ՄՈՏ ԸՍՏ ԲՈՈՒԻԿԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿԻ, ՀԱՐՑՄԵՆ ԵՎ ՅԻՋԻԿԱԿԱՆ
ԼԱՐՎԱՏՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԸՍՏ ԿԵԼՏՐԱՄՐՏԱԿՐԻ ՏՋՅԱԼՆԵՐԻ

Ուսումնասիրված է նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայի, սրտի իշեմիկ հիվանդության և նրա պիտակի զործոնների տարածվածությունը արտադրական աղմուկի ազդեցությանը ենթարկվող տեքստիլագործուհիների մոտ: Այդ նպատակով օգտագործվել են սրտի իշեմիկ հիվանդության ախտորոշման ստանդարտ շափանիշները: Կիրառված է օրթոստատիկ փորձը որոշ ձևափոխումով:

Ստացված արդյունքները ցույց են տալիս որոշ անհամապատասխանություն Ռոուզի հարցաթերթիկից ստացված ավյալների և հանգստի էլեկտրասրտագրի միջև: Օրթոստատիկ փորձը նշանակալի նվազեցնում է այդ տարբերությունները և ավելի հավաստի դարձնում սրտի իշեմիկ հիվանդության ախտորոշումը:

Այն կարելի է հանձնարարել արտադրության պայմաններում զանգվածային հետազոտությունների համար:

G. A. Nargizian, S. Sh. Papoyan, M. N. Mamadjanian

The Incidence of Ischemic Heart Disease and Neurocirculatory Dystonia in Women, Working in Noisy Conditions According to Rose Test, ECG in Rest and after Physical Load

The incidence of neurocirculatory dystonia and ischemic heart disease and its risk factors are studied in women-workers of the textile

factory. The standard criteria of IHD diagnosis as well as the orthostatical test have been used with some modifications, which allow to determine more thoroughly the diagnosis. This test can be used widely for investigation of the workers in factories.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдуллаева И. А., Ягизарова Н. М., Гельфгам Е. Б. Кардиол., 1987, 3, с. 98.
2. Адамян К. Г., Оганесян Л. С. Нагрузочные тесты и ишемическая болезнь сердца. Ереван, 1984.
3. Никитин Ю. П., Шабалин А. В., Курилович С. А. и др. Тер. архив, 1987, 9, с. 109.

УДК 614.1:614.23(479.25)

Ю. Г. Диндиньян, Ш. П. Папоян, А. М. Арутюнян, В. Н. Аствацатурян, А. М. Авакян

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ВРАЧЕЙ В АРМЕНИИ

Деятельность медицинских работников, особенно врачей, связана с большой психической и эмоциональной нагрузкой, с частыми стрессовыми ситуациями, необходимостью принятия неординарных решений, от которых зачастую зависит жизнь человека, с напряженным ритмом работы, требующим концентрации внимания и работоспособности в течение всего трудового дня, а иногда и суток, с нередкими нарушениями режима труда, отдыха и питания. Труд отдельных врачей подвержен дополнительным воздействиям отрицательных специфических факторов, таких как аллергическое действие различных лекарственных средств, повышенный риск заболевания контагиозными болезнями, заражение устойчивыми формами патогенных бактерий, ионизирующее и электромагнитное облучение и др. [2, 4, 8].

Одним из важнейших демографических показателей является показатель смертности. Имеется много работ по изучению как общей смертности населения, так и различных социальных и профессиональных групп. Однако число исследований, посвященных изучению смертности такой профессиональной группы, как врачи, весьма ограничено [1, 3, 5, 6].

В настоящем исследовании сделана попытка изучить основные причины смерти врачей Армении с целью разработки рекомендаций для оздоровления этой профессиональной группы населения и, соответственно, снижения показателей заболеваемости и смертности.

Выборочно проанализировано 148 смертных случаев врачей, имевших место в Армении. Исследование проводилось методом выкопировки данных из свидетельств о смерти в республиканском архиве ЗАГСа. Полученные данные распределены по полу, возрасту и по причинам смерти (таблица). Из данных таблицы следует, что средний возраст умерших обоих полов 58,8 лет, женщин—59,3, мужчин—58,3