

тическая терапия) давала переменный успех. Больная выписана со значительным улучшением в картине кожного процесса.

Поступила 18 апреля 1958 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

Доц. М. И. Хургин и Л. А. Айзенберг (Новосибирск)
Атипичные формы инфаркта миокарда

В течение нескольких лет на базе областной больницы, областной поликлиники и 29-й больницы нами наблюдалось 110 больных с инфарктом миокарда.

До 35 лет было 8 больных; до 50 лет — 37 и старше — 73.

Людей умственного труда — 86 и физического — 17. 48 из них страдали гипертонической болезнью — у них инфаркт миокарда протекал тяжелее. Свежий инфаркт миокарда был у 73 больных, из них у 32 — передней стенки и у 41 — задней. Остальные 67 больных поступили с инфарктом миокарда в стадии рубцевания или рубца. Умерло 23 чел. (16,4%), из которых 19 страдали гипертонической болезнью.

У 35 больных до поступления инфаркт не был распознан, причем у 12 больных был свежий инфаркт. Больные направлялись с диагнозами: стенокардия, гипертоническая болезнь, кардиосклероз с явлениями сердечной недостаточности, кровоизлияние в мозг, рак желудка, язва желудка, холецистит, пищевое отравление.

Из 35 у 28 больных трудность в постановке диагноза вызвана атипичностью инфаркта миокарда.

Наибольшее количество атипичных инфарктов миокарда относится к безболевого формы, проявляющейся по типу либо острой сердечной недостаточности (сердечная астма) (8), либо острой сосудистой недостаточности (6), либо появлением мерцательной аритмии (5), пароксизмальной тахикардии (1).

Безболевая форма инфаркта преимущественно наблюдалась у пожилых, страдающих гипертонической болезнью. У этих больных инфаркт миокарда протекал тяжело, часто были осложнения в виде аневризмы сердца; высока была летальность.

У 6 больных наблюдалась абдоминальная форма. Врачам необходимо помнить об атипичных формах инфаркта миокарда с нехарактерной локализацией болей, тщательно учитывать клинические данные и особенно динамические ЭКГ-исследования, что позволит избежать ошибки диагностики, предотвратить иногда ненужное оперативное вмешательство, безусловно ухудшающее состояние больного, иногда приводящее к смерти.

Двое больных с церебральной формой атипичного инфаркта миокарда поступили вначале в нервное отделение.

У 7 больных, поступивших с диагнозом стенокардия, ошибка была допущена из-за недостаточной оценки анамнестических данных. Не придавалось должного значения изучению характера и частоты приступов стенокардии.

Продромальные симптомы инфаркта миокарда — появление приступов стенокардии, быстро нарастающих по частоте и интенсивности, а также присоединение стенокардии покоя к наблюдавшейся до этого стенокардии напряжения (Е. В. Незлин).

У части наших больных (27) были ошибки другого рода, когда ставился диагноз инфаркта миокарда там, где его не было, что было установлено после детального клинического обследования и динамического ЭКГ-исследования, и у больных оказались: вегетоневроз, климакс, сухой левосторонний плеврит, тиреотоксикоз, митральный порок сердца с преобладанием стеноза и другие.

**А. М. Королев (Киров-обл.). Односторонний застой в легких
как дополнительный симптом инфаркта миокарда**

На 32 случая инфаркта миокарда было 8 с явлениями одностороннего застоя в легких, преимущественно справа, с застойными влажными хрипами часто на фоне ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука.

У больных с сердечной недостаточностью, если она проявляется преимущественно по левожелудочковому типу, можно наблюдать застой справа и в нижней доле легких.

Явления одностороннего застоя могут быть и у больных с далеко зашедшей гипертонической болезнью, где также наступает левожелудочковая недостаточность.

Появление одностороннего застоя у пожилых больных гипертонической болезнью и коронаросклерозом, у которых заболевание начинается внезапно при относительном