

О НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ

*Д. Б. Зильберман, Я. И. Тайх, Э. А. Чечик, И. Я. Каменецкая,
Е. А. Матушенко, Н. Г. Крашенинникова, О. В. Коркушко,
А. Д. Яновский*

Противоинфарктный центр (зав. — канд. мед. наук Д. Б. Зильберман) Киевской станции скорой медицинской помощи (нач. Н. А. Ленгауэр)

Летальность больных с острой коронарной недостаточностью, осложненной замедлением атриовентрикулярной проводимости, остается высокой. По данным Athanasion, при инфаркте миокарда с нарушением атриовентрикулярной проводимости II—III степени умирает от внезапной остановки сердца от 50 до 100% больных. По данным А. А. Кедрова, М. Плоц, Могеау с соавторами, поперечная блокада при инфаркте миокарда имеет преходящий характер; тем не менее присоединение ее, особенно в форме приступов Морганьи—Эдемса—Стокса, создает особую опасность для жизни больного. По нашим данным, основанным на анализе 1430 случаев острого инфаркта миокарда, летальность в группе больных, у которых заболевание осложнилось атриовентрикулярной блокадой, была в 2½ раза выше, чем в группе больных без нарушения ритма и проводимости.

В последние годы в практику были внедрены методы активной инструментальной терапии этих состояний с использованием электрокардиостимуляторов как при закрытой грудной клетке (наружные электроды, введение электродов при катетеризации сердца), так и на открытом сердце с оперативным вживлением специальных электродов и искусственного водителя ритма. Эти методы заслуживают предпочтения в случаях органической атриовентрикулярной блокады при необратимости поражения проводящей системы. Однако не всегда представляется возможным решить сразу вопрос о степени обратимости. Тяжесть состояния больных может явиться противопоказанием к оперативному вмешательству, поэтому методы консервативной терапии таких состояний не теряют своего значения.

Противоинфарктные бригады Киевской станции скорой медицинской помощи наряду со старыми методами терапии поперечной блокады (атропин, эфедрин) применяют кортикоステроиды (гидрокортизон, преднизолон) и сублингвально—изадрин. В ряде работ показано положительное влияние кортикостероидов на функцию проводимости сердца. В. И. Анашкина и Я. О. Рудяков описали больного, у которого под действием кортикостероидов исчезла атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи—Эдемса—Стокса. Р. Г. Межибовский и Л. А. Семенова приводят данные ряда авторов, отмечающих быстрое укорочение атриовентрикулярной проводимости под влиянием кортизонотерапии. Ray описывает 6 больных с транзиторной атриовентрикулярной блокадой, у которых применение кортикостероидов в течение 48 часов дало эффект. Verel с соавторами сообщают о 7 случаях успешного применения преднизона.

Теоретической предпосылкой для лечения кортикостероидами поперечной блокады при инфаркте миокарда служит их противовоспалительное влияние. Ряд исследователей склонен считать, что назначением кортикостероидов можно уменьшить перифокальное воспаление вокруг очага инфаркта, в зоне которого может оказаться пучок Гиса и атриовентрикулярный узел (Prinzmetal и Кепатег, цит. Ray). Другие авторы указывают на свойство кортикостероидов ускорять проведение

импульсов в атриовентрикулярном узле. Dall сообщил об успешном лечении кортикостероидами 14 больных с хронической коронарной недостаточностью, осложненной атриовентрикулярной блокадой различной степени, и 25 больных острым инфарктом миокарда, осложненным по-перечной блокадой. В группе больных, получавших кортикоиды, проводимость восстановилась в более короткие сроки, чем у больных контрольной группы. Отрицательного влияния на репаративные процессы в миокарде кортикоидные препараты не оказывают (Broustet и Reppe; Silvers с соавторами).

Широкое распространение получают и симпатомиметические амины. Из этой группы чаще применяют препараты типа изопропилнорадреналина (изадрин). Наряду с бронхолитическим действием эти средства способствуют учащению ритма сердца, даже если блокада остается полной. Выраженного влияния на артериальное давление они не оказывают (Б. Е. Вотчал). Эти свойства изадрина особенно цены для лечения и профилактики приступов Морганьи—Эдемса—Стокса. Опубликованы данные об успешном применении аналогичных препаратов (новодрин, алудрин, изопреналин) при терапии поперечной блокады, осложненной приступами Морганьи—Эдемса—Стокса (Müller; McGaff с соавторами; Fleming; Mirams; Kretschmayer). Подчеркивается, что эти препараты увеличивают частоту сокращений желудочек, не создавая опасности мерцаний (Kretschmayer). Побочных явлений не отмечается даже при приеме 25 таблеток в сутки. В результате лечения наступает клиническое улучшение, увеличивается частота пульса, исчезают головокружения, прекращаются приступы Морганьи—Эдемса—Стокса. Препараты положительно влияют на гемодинамику: увеличивается ударный и минутный объем крови, снижается общее периферическое сопротивление.

С начала 1964 г. противоинфарктные бригады Киевской станции скорой медицинской помощи стали проводить терапию поперечной блокады при остром инфаркте миокарда кортикоидами (парентерально и перорально), а также изадрином (сублингвально). Лечение кортикоидами обычно начинали с внутривенного введения 1 мл 3% раствора преднизолона (30 мг), внутримышечного введения микрокристаллической взвеси гидрокортизона по 50 мг в сутки с переходом через сутки на терапию преднизолоном в таблетках в суточной дозе 25—30 мг в течение 6 дней. По достижении терапевтического эффекта, а также в тех случаях, когда проводимость не восстанавливалась, кортикоиды отменяли, постепенно снижая суточную дозу преднизолона. Изадрин давали больным под язык по 5—20 мг на прием под контролем пульса и частоты сердечных сокращений (ЭКГ). При учащении ритма сердечных сокращений до 75—80 ударов в минуту назначали последующий прием препарата по 1 таблетке через 8 часов.

Применявшиеся нами дозы кортикоидов и симпатомиметических средств были в пределах, рекомендуемых в литературе, или несколько ниже. Dall назначал 30 мг преднизолона в сутки с дальнейшим снижением дозы в течение 2 недель; суточная доза гидрокортизона составляла 10 мг/кг. Ray рекомендует в аналогичных случаях давать до 80 мг преднизолона в сутки.

За время работы бригадами была зарегистрирована атриовентрикулярная блокада у 83 больных (51 мужчина и 32 женщины), из них у 5 на почве кардиосклероза и у 78 в связи с острым инфарктом миокарда. У 26 больных выявлено преимущественное поражение передней и у 52 — задней стенки. Из этих данных видно, что локализация инфаркта миокарда сказывается на характере блокады. Поперечная блокада сердца вдвое чаще встречается при инфарктах задней стенки, что, по-видимому, связано с выключением правой венечной артерии, питающей атриовентрикулярный узел.

Атриовентрикулярная блокада I степени отмечена у 26 больных (из них у 3 она возникла на почве кардиосклероза), II степени — у 2 больных с острым нарушением коронарного кровообращения и III степени (полная блокада) — у 55 больных (из них у 2 больных кардиосклерозом и у 53 больных острым инфарктом миокарда). Острый инфаркт миокарда с полной атриовентрикулярной блокадой осложнился коллапсом у 31 больного, отеком легких — у 7, острым нарушением мозгового кровообращения — у 4 и синдромом Морганьи—Эдемса—Стокса — у 9 больных. У 8 больных во время приступа Морганьи—Эдемса—Стокса зарегистрирована асистолия и у — 1 фибрилляция желудочков.

Кортикоステроиды применены у 23 больных, в том числе у 1 с блокадой на фоне кардиосклероза и у 22 больных с блокадой, развившейся вследствие острого нарушения коронарного кровообращения. Крупноочаговый инфаркт миокарда диагностирован у 21 больного и стенокардия — у 1. Из 22 больных с острым нарушением коронарного кровообращения атриовентрикулярная блокада I степени обнаружена у 3 больных, II степени — у 1 и III степени — у 18 больных. Под влиянием терапии кортикостероидами проводимость в течение 1-х суток восстановилась у 8 больных, на 7-е сутки — у 1 и на 10-е сутки — у 1 больного. По данным Dall, атриовентрикулярная блокада у больных контрольной группы исчезала без применения специальной терапии на 10—14-е сутки инфаркта миокарда. Полученный нами быстрый эффект (на 1-е сутки) объясняется влиянием кортикостероидов. Возможно, быстрое восстановление проводимости способствовало уменьшению летальности в этой группе очень тяжелых больных. Рау отмечал у большинства больных эффект от кортикостероидов в первые 48 часов лечения.

У 12 больных острым инфарктом миокарда с атриовентрикулярной блокадой терапия кортикостероидами оказалась безрезультатной, по-видимому, из-за вовлечения атриовентрикулярного узла и проводящей системы сердца в зону некроза. Из этой подгруппы 9 больных погибли в ранние сроки заболевания при явлениях коллапса и отека легких.

В ряде случаев полной атриовентрикулярной блокады, сопровождавшейся приступами Морганьи—Эдемса—Стокса с асистолией, мы с успехом применили изадрин сублингвально в дозе 5—20 мг. У всех больных наступило клиническое улучшение с исчезновением головокружений и приступов Морганьи—Эдемса—Стокса. Частота сокращения желудочков сердца увеличивалась под влиянием изадрина в 1½—2 раза, что подтверждалось данными электрокардиографического исследования.

Выводы

1. Применение кортикостероидов при остром инфаркте миокарда с полной поперечной блокадой следует считать целесообразным.
2. В случаях полной атриовентрикулярной блокады с редким ритмом и синдромом Морганьи—Эдемса—Стокса наряду с кортикостероидами дает эффект изадрин.

ЛИТЕРАТУРА

Анашкина В. И., Рудяков Я. О. Кардиология, 1962, № 3, с. 86.—Вотчал Б. Е. Очерки клинической фармакологии. М., 1963.—Межибовский Р. Г., Семенова Л. А. Тер. арх., 1962, в. 12, с. 32.—Athanasion D. S., Münch. med. Wschr., 1964, Bd. 106, S. 530.—Broustet P., Repere R., Minerva med., 1963, v. 54, p. 2101.—Dall I. L. C., Brit. Heart J., 1964, v. 26, p. 537.—Fleming H. A., Mirams J. D., Lancet, 1963, v. 2, p. 214.—Kretschmayer R., Wien. med. Wschr., 1962, Bd. 112, S. 298.—McGaff C. J., Cohen N. K., Leight L., Arch. intern. Med., 1959, v. 104, p. 242.—Могеау Р., Герваux A., Lenègre J., Arch. Mal. Coeur, 1963, v. 56, p. 609.—Müller J. H., Z. ärztl. Fortbild. (Jena), 1963, Bd. 57, S. 1195.—Рау В. В.

and Waverly, Brit. med. J., 1961, v. 2, p. 139.—Silvers J., Johansson B. W., Nilsson S., Cardiologia (Basel), 1964, v. 45, p. 65.—Verel D., Mazurkiewicz S. J., Rahman F., Brit. Heart J., 1963, v. 25, p. 709.

Поступила 24/VI 1965 г.

CERTAIN METHODS OF CONSERVATIVE THERAPY OF DISTURBANCES OF ATRIOVENTRICULAR CONDUCTION

D. B. Zilberman, Ya. I. Taikh, E. A. Chechik, I. Ya. Kamenetskaya, E. A. Matushenko,
N. G. Krasheninnikova, O. V. Korkushko, A. D. Yanovsky

Summary

The article gives a general characteristics of 83 patients with atrioventricular block. The authors set forth the results of corticosteroid therapy of atrioventricular block in 23 patients, in 22 of the latter against the background of acute myocardial infarction. In 8 patients the conduction normalized within the first 24 hours, this being associated with the effect of corticosteroids. Along with corticosteroids the patients received isadrine; in a number of cases the latter was conducive to acceleration of the rhythm of cardiac ventricles, improvement of the general state and disappearance of Morgagni-Adams-Stokes paroxysms.

УДК 616.126.423-073.4-8

ДИАГНОСТИКА МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРДИОГРАФИИ

B. Я. Гармаш

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. М. Н. Тумановский) Воронежского медицинского института

В последние годы ультразвук стали использовать в медицине не только с лечебной, но и с диагностической целью. В кардиологии этот метод впервые применил Keidel, а позднее — Edler и Herz, Effert, Strik и др.

Для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы используют импульсный ультразвуковой метод и допплер-эффект. Вследствие различий в структуре мышцы сердца и крови, находящейся в полости сердца, во время прохождения ультразвука на границе этих сред появляется часть отраженных ультразвуковых волн. Эти волны благодаря пьезоэлектрическим свойствам титаната бария улавливаются и превращаются в электрические импульсы, а затем усиливаются соответствующей аппаратурой и могут быть подробно изучены. Для исследования используется область абсолютной тупости сердца; наилучшим местом является паракстernalная линия слева в третьем и четвертом межреберных промежутках, так как в этом месте сердце не покрывается легочной тканью и поглощение ультразвука воздухом сведено до минимума. Ультразвуковое кардиографическое исследование легко выполнимо, оно не требует особой подготовки больных, безопасно и не вызывает побочных явлений.

Ультразвук позволяет не только диагностировать сужение левого венозного отверстия, но и достоверно вычислить его площадь. Точность, с которой при этом можно определить площадь митрального отверстия, позволила ряду зарубежных клиник разработать показания к проведению комиссуротомии без катетеризации сердца.

Для изучения сердечно-сосудистой патологии мы применили импульсный ультразвуковой метод. Синхронно с ультразвуковой кардиограммой, которую записывали на отечественной ультразвуковой кар-