

В. С. САДОЯН

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ НАРУШЕНИЯ ВЕНЕЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Распознавание нарушения венозного кровообращения, в частности инфаркта миокарда, за последние годы значительно улучшилось. Основные симптомы инфаркта миокарда (продолжительные ангинозные боли, повышение температуры, лейкоцитоз, снижение артериального давления, ускоренная РОЭ) во многом способствуют своевременному его выявлению. Тем не менее, по настоящее время правильная диагностика этого заболевания, в ряде случаев, ставится поздно, а иногда только на секции. По литературным данным, процент нераспознанных при жизни инфарктов миокарда доходит до 48 (Штраубе). С одной стороны этому способствует многообразие симптомов этой болезни, а с другой — атипичное ее течение.

Хотя В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско [7] еще 40 лет назад установили для инфаркта миокарда три клинические формы (ангинозную, гастралгическую, астматическую), но и теперь в клинике этого заболевания ведущими признаками считаются кардиальные симптомы. Между тем нередко случаи инфаркта миокарда, когда сердечные симптомы у больных отсутствуют или выражены весьма слабо и замаскированы болезненными проявлениями со стороны различных органов.

У этих больных инфаркт миокарда принимается за другие заболевания, как гипертония, бронхопневмония, острый гастроэнтерит, холецистит, язва желудка, кишечная непроходимость. В подобных случаях инфаркта миокарда у одних больных синдром проявляется эквивалентом различных патологических состояний в виде шока, метеоризма, холодного пота, неукротимой рвоты, внезапно наступившего поноса, лихорадки (Бокель), у других в картине заболевания преобладают мозговые нарушения — аплексиеподобный синдром по Б. Н. Боголепову, головокружение с потерей равновесия, или расстройство ритма — предсердная тахикардия, ритм галопа (Эванс и Сэттон [3], М. Ю. Мелехова [6]), у третьих основными симптомами болезни являются одышка, сердцебиение. У четвертых отмечается атипичная локализация болей с иррадиацией их в зубы, нижнюю челюсть, шею, спину, гортань, пищевод, в правый верхний квадрант живота (Крейниш [5]).

Атипичные варианты инфаркта миокарда встречаются нередко. По данным Хохрейна [4], число их составляет около 40% по отношению к общему количеству этих больных. А. Г. Тетельбаум [8] среди 3054 больных инфарктом миокарда у 512 чел. отметил атипичное течение болезни.

Атипичные своеобразные формы инфаркта миокарда заслуживают особого внимания. Своевременное их распознавание гарантирует раннее соблюдение больными постельного режима и применение необходимого лечения. Это является весьма важным для больного, так как большинство смертельных исходов при инфаркте миокарда приходится в первые дни заболевания.

Среди наблюдаемых нами 64 больных с нарушением венозного кровообращения у 12 начало заболевания имело некоторые особенности. Из них у трех больных инфаркт миокарда протекал симптомами со стороны пищеварительного тракта. Ввиду интереса приводим кратко их истории болезни.

Г. О., 50 лет, заболел 25/VI—1951 г., жалуется на боли в подложечной области, тошноту и на вздутие кишечника.

Г. О. с 1950 г. находится под наблюдением по поводу гипертонической болезни. Работает умеренным трудом напряженно. Больной умеренного питания. Границы сердца увеличены влево на 1 см, тоны приглушенные, чистые, пульс в 1' 78 ударов, артериальное давление 160/100 мм, температура 36,9. Легкие—перкуторно ясный легочный звук, аускультативно ослабленное везикулярное дыхание. Живот мягкий, слабо болезненный под ложечкой, размеры печени и селезенки в норме. Анализ мочи—без патологии. Количество лейкоцитов 9.000. В связи с тем, что больной несколько лет страдает гипертонической болезнью, и предполагая возможность инфаркта миокарда, назначали ему строгий постельный режим. Последний он не выполнял, мотивируя тем, что у него незначительные боли в области живота и ходить может и просил назначить слабительное. Снятая на другой день электрокардиограмма установила свежий инфаркт на задней стенке сердца. У больного, спустя два дня, появились слабые загрудинные боли, которые в тот же день исчезли. В период 2-месячного лечения общее состояние больного почти всегда было удовлетворительное. Повторно снятая на 42-й день болезни электрокардиограмма указывала на несвежий рубец задней стенки миокарда.

Второй случай инфаркта миокарда, у которого в начале заболевания острые гастралгические симптомы были основными.

Больной М. А., 57 лет, привезен в стационар 14/IX—1958 г., жалуется на резкую общую слабость, боли под ложечкой, тошноту и рвоту. Заболел накануне, внезапно. После обычного легкого ужина в семье, спустя 3 ч. почувствовал резкие боли в животе, тошноту и рвоту. Вызывавшая на дом скорая помощь произвела промывание желудка и доставила больного в стационар с диагнозом «острое пищевое отравление». В приемном отделении состояние больного оставалось тяжелым. После очистительной клизмы больного на носилках перевели в палату. М. А. в 1948 г. лечился по поводу язвы 12-перстной кишки. Удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Левая граница сердца увеличена на 1 см, тоны приглушенные, чистые, пульс среднего наполнения, в 1' 100 ударов, температура 36,8, артериальное давление 100/70 мм. Легкие—ясный перкуторный звук, аускультативно жестоватое дыхание, множество рассеянных сухих хрипов. Живот мягкий, болезненный в подложечной области, границы селезенки и печени в норме. Количество лейкоцитов 9500, РОЭ 16 мм. Снятая электрокардиограмма указывает на свежий инфаркт задней стенки миокарда. Спустя 2 дня у больного появились слабые боли в груди, одышка.

В дальнейшем больной выздоровел. При повторной электрокардиограмме через 45 дней—рубец на задней стенке сердца.

У третьего больного Г. М., 60 лет, заболевание началось в ночь на 31/XII—1958 г. резкими приступами болей в подложечной области, которые появились после выпитого. Спустя сутки у больного, одновременно с болями под ложечкой, появились так-

же, впервые в жизни, ангинозные боли в области сердца. Больному был назначен строгий постельный режим. Электрокардиография установила свежий инфаркт миокарда.

У всех трех больных инфарктом миокарда основными симптомами были боли в подложечной области, которые продолжались 1—2 дня и указывали на заболевание пищеварительного тракта. Электрокардиограмма установила у них инфаркт миокарда.

Симптомы со стороны пищеварительного тракта при инфаркте миокарда наблюдались многими авторами. Впервые, как известно, об этом указывают В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско [5]. В. Х. Василенко и М. Ю. Мелникова [1] у ряда больных инфарктом миокарда отмечали различные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта, которые авторы объединяют в понятие «желудочно-кишечный синдром».

У других больных инфарктом миокарда преобладали симптомы расстройства ритма сердца. У одного из них заболевание началось пароксизмальной тахикардией.

Больной А. Х., 39 лет, поступил 1/II—1954 г., жалуется на частое сердцебиение, одышку и кашель с выделением мокроты. Заболевание началось за 4 дня, общей слабостью, кашлем, головными болями, сердцебиением. Больной тучный, крепкого телосложения. Сердце—левая граница увеличена на 1 см, тоны ясные, чистые, пульс среднего наполнения, частый, трудно поддается счету, температура 37,2. Легкие—перкуторных изменений не отмечается, аускультативно жесткое дыхание, в нижних долях многократно рассеянных сухих хрипов, единичные крепитирующие хрипы застойного характера. Живот мягкий, безболезненный, прощупывается край печени. Количество лейкоцитов 8500. Электрокардиографическая картина—пароксизмальная тахикардия желудочковой формы, инфаркт на передней стенке и перегородке сердца. В результате лечения поступило улучшение. При повторной электрокардиограмме через 2,5 мес.—обширный несвежий глубокий инфаркт на передней боковой стенке левого желудочка.

У двух других больных инфарктом миокарда в течение первых трех дней ведущими жалобами были боли в области правой половины груди, иррадирующие в правое межреберье.

Приводим историю болезни одного из них.

Больной Б. А., 53 лет, поступил 23/III—1955 г., жалуется на резкие боли в правой половине грудной клетки. Заболел накануне, заболевание началось болями в области правого межреберья, которые периодически усиливались и распространялись на правую половину груди. Больной умеренного питания. Сердце—границы увеличены влево на 1 см, тоны приглушенные, чистые, акцент на легочной артерии, пульс среднего наполнения, в 1' 80 ударов, артериальное давление 135/75 мм. Легкие в норме. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезенки не увеличены. Количество лейкоцитов 6000, РОЭ 15 мм. После инъекции 1% раствора пантопона 1 мл боли в области груди несколько уменьшились. Электрокардиограмма установила свежий инфаркт на передней стенке сердца.

У другого больного начало инфаркта миокарда было весьма своеобразным.

Больной А. В., 40 лет, поступил в стационар 11/V—1959 г. с жалобами на покалывание в области левой половины груди. 5/V—1959 г., находясь на работе, внезапно,

впервые в жизни почувствовал сильную слабость, одышку, дрожание рук, потливость, сердцебиение и резкую боль в области поясницы.

Впоследствии дома, куда его перевезли, он впал в полубморочное состояние, в котором находился около 2 ч. На 3-й день болезни у него появились гипералгезия левой половины груди, плечевого сустава, боли в области сердца. В 1958 г. больной перенес тромбофлебит левой нижней конечности.

Больной умеренного питания. Сердце—границы увеличены влево на 1 см, тоны приглушенные, пульс среднего наполнения, артериальное давление 100/60 мм. Легкие, брюшные органы в норме.

Картина крови—Hb 86%, Эр. 4.310.000, Л. 9000, П. 5%, С. 64%, Лимф. 24%, Мон. 7%, РОЭ 24 мм, протромбиновое время 110%, холестерин 192 мг%, остаточный азот 43,2 мг%.

Анализ мочи—удельный вес 1018, белок 0,31%, в осадке лейкоциты 7—8 в поле зрения.

Электрокардиограмма выявила инфаркт на задней стенке сердца.

У данного больного «очаг раздражения», возникший в результате инфаркта миокарда, в начале же, рефлексорным путем, вызвал ряд вегетативных симптомов, что и завуалировало в первые дни заболевания истинный характер болезни.

Разнообразное течение заболевания отмечалось также и у больных коронарной недостаточностью. У одних расстройство венозного кровообращения было установлено во время диспансерного обследования при отсутствии субъективных жалоб, у других заболевание протекало весьма слабыми симптомами (незначительная одышка при быстрой ходьбе), у третьих отмечалась стенокардия напряжения или покоя, у четвертых—нарушения ритма, у пятых имелись выраженные явления правожелудочковой недостаточности, приведшие двух больных к смерти.

Особенности клиники нарушения венозного кровообращения выражаются в полиморфном ее течении, которое проявляется в первые дни болезни. У этих больных отмечаются своеобразные симптомы, сходные с другими заболеваниями. Выявление этих форм расстройства венозного кровообращения имеет важное практическое значение. Оно способствует установлению правильного диагноза и своевременному назначению лечения.

Известно, что течение многих заболеваний бывает различно: в одних случаях отмечаются острые, бурно протекающие формы, в других—торпидные, вяло текущие формы, с едва заметными, иногда и необычными симптомами. Картина болезни (степень тяжести, формы проявления) в основном зависит от индивидуальных особенностей организма, его реактивности на данный болезненный процесс в условиях среды, в которой находится больной.

Многообразие симптомов при инфаркте миокарда зависит от функционального состояния сердечно-сосудистой системы, регулируемой деятельностью центральной нервной системы. В основе атипичных проявлений инфаркта миокарда лежат различные, исходящие от сердца патологические иррадиации, которые маскируют картину основного заболевания.

В ы в о д ы

1. Наблюдения за больными с нарушениями венозного кровообращения указывают, что наряду с обычными формами инфаркта миокарда, протекающими с кардинальным синдромом, встречаются также своеобразные, атипичные случаи, когда в начале болезни ведущими являются симптомы со стороны желудка, почек, а также невралгия межреберных нервов, нарушение ритма, ряд вегетативных явлений, имитирующих другие заболевания.

2. Особенности клиники нарушения венозного кровообращения выражаются атипическими ее формами, которые заслуживают большого внимания. Своевременное распознавание этих форм расстройства венозного кровообращения гарантирует раннее лечение.

Военный госпиталь 372

г. Ереван

Поступило 11. IV. 1959 г.

Վ. Ս ՍԱԿՈՅԱՆ

ՊՍԱԿԱԶԵՎ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԴՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին տարիներս արյան շրջանառության խանգարման, մասնավորապես սրտամկանի ինֆարկտի ախտորոշումը՝ զգալիորեն լավացել է: Արտամկանի ինֆարկտի հիմնական ախտանիշները (երկարատև անզինոզ ցավեր, լեյկոցիտոզ, արյան ճնշման իջեցում, արյան նստվածքային սեղանի արագացում) նպաստում են նրա ժամանակին հայտնաբերմանը:

Չնայած դրան, ներկայումս էլ այդ հիվանդության ճիշտ դիագնոզումը, մի շարք դեպքերում, կատարվում է շատ ուշ, հույսիակ միայն հերձման ժամանակ: Դրա պատճառները սրտամկանի ինֆարկտի ախտանիշների բազմազանությունը և նրանց սախլիկ բնթացքն են: Արտամկանի ինֆարկտի կլինիկայի զխափուր ախտանիշները այժմ էլ համարվում են սրտի շրջանի ցավերը: Բայց և այնպես պատահում են այդ հիվանդության առանձին դեպքեր, որոնց մոտ կրծքի շրջանի ցավերը բացակայում են, կամ արտահայտվում են շատ թույլ, իսկ նկատվում են երևույթներ այլ օրգանների կողմից: Նման հիվանդների մոտ սրտամկանի ինֆարկտն ընդունվում է որպես թոքաբորբ, հիպերտոնիա, լեղասարկի սուր բորբոքում, ստամոքսի խոց, աղիքների անանցելիություն:

Մեր դիտողության ենթակա 64 հիվանդներից, որոնք ունեին պսակաձև արյան շրջանառության խանգարում, 12-ի մոտ նկատվում էին կլինիկական որոշ առանձնահատկություններ: Այդ արտահայտվում էր նրանով, որ սրտամկանի ինֆարկտ ունեցողներից մի բանիսի մոտ զերսկզոնող ախտանիշներն էին ստամոքսի, երիկամների կողմից, ինչպես և միջկողային ներալդիա, դիֆմի խանգարում, որոնք նմանեցվում էին այլ հիվանդությունների: Արտամկանի ինֆարկտի նման կլինիկական ձևերի ժամանակին դիագնոզումը կներպատի հիվանդության վաղ բուժմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Василенко В. X. и Меликова М. Ю. Клиническая медицина, 2, 1959.
2. Boskel P. Disc. med. Wschr., 22, 1956.
3. Ewans W. J. Sutton G. C. Brit. Heart Journ. 18, 1956.
4. Hochrein M., M. T., Wschr. 35, 1955.
5. Кренинг. Реф. Сов. вопросы патологии сердечно-сосудистой системы. М., 1, 1956.
6. Мелехова М. Ю. Клиническая медицина, 4, 1956.
7. Образцов В. П. и Стражеско Н. А. Труды I съезда российских терапевтов. М., 1910.
8. Тетельбаум А. Г. Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов, М., 1958.