

А. Г. МОЖАЙЦЕВА, О. Н. КОБЗАРЬ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МИОКАРДА СКЛЕРОТИЧЕСКОЙ, ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ, ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Диагностика алкогольной болезни сердца (кардиомиопатии) имеет большое значение для практической медицины, но до сих пор представляется сложной для врачей-клиницистов ввиду разнообразия клинических форм [4, 10] и сходства клинической симптоматики с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы склеротической, воспалительной, дистрофической природы. Установлено [1, 2, 5, 9], что в зависимости от варианта течения процесса у лиц с хронической алкогольной интоксикацией на первый план в клинической картине выступают то боли в сердце, то разнообразные нарушения сердечного ритма и проводимости, то кардиомегалия с сердечной недостаточностью. Специфических, только для алкогольной кардиомиопатии, симптомов не имеется. Между тем, от раннего и правильного установления диагноза зависит выбор рациональных лечебных и профилактических мероприятий.

Целью настоящей работы явилась разработка дифференциально-диагностических критериев алкогольной кардиомиопатии с заболеваниями, имеющими сходные клинические проявления в виде кардиалгии, аритмии, сердечной недостаточности.

При проведении работы мы руководствовались указаниями [10].

Нами обследовано 98 мужчин в возрасте от 24 до 70 лет с алкогольным поражением сердца. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 3 до 25 лет. По классификации [8], у 12 из них был диагностирован хронический алкоголизм I стадии, у 39 человек—II, у 25—III стадии, а у 22 больных—бытовое пьянство.

Результаты клинического и электрокардиографического исследования больных показали, что наиболее часто у лиц с алкогольным поражением сердечной мышцы отмечался кардиалгический синдром (квазишемическая форма—по классификации Е. М. Тареева, А. С. Мухина). У 42 (из 98) обследованных наблюдались боли ноющего, колющего, давящего характера различной интенсивности и продолжительности (от нескольких минут до 10—12 час) в области соска, в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое и правое плечо, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся приемом нитроглицерина. 30 человек с аритмической формой жаловались на ощущения сердцебиения или «остановки сердца», в момент обследования у 22 из них отмечалась тахикардия, а у 19 больных на ЭКГ имелись различные нарушения ритма и проводимости. Классическая форма кардио-

миопатии имела место у 26 человек и проявлялась увеличением границ сердца влево или в поперечнике, приглушенностью сердечных тонов. У 14 человек выявлены ЭКГ признаки гипертрофии желудочков (чаще левого) и предсердий, у 16—сердечная недостаточность I—II стадии, у 10—гипертензия.

Поскольку при алкогольном поражении миокарда часто наблюдается упорный кардиальный болевой синдром и гипертензия, дифференциальная диагностика, как правило, должна проводиться у лиц среднего и пожилого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью, а у лиц молодого возраста—с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу.

Сердцебиение, одышка, приглушенность тонов сердца, особенно при наличии в анамнезе указаний на переохлаждение (что нередко наблюдается после алкогольных эксцессов), заставляют проводить дифференциальную диагностику с миокардитами различной этиологии, но преимущественно с инфекционно-аллергическим. Возникновение нарушений ритма у лиц сравнительно молодого возраста на фоне стойкой тахикардии может навести врача на мысль о ревматизме или тиреотоксикозе. Клиническое сходство с ревматическими пороками сердца особенно усиливается на поздних стадиях алкогольной кардиомиопатии, когда сердце значительно увеличивается в размерах, а из-за дилатации полостей возникает вторичная относительная недостаточность митрального клапана с типичной аускультативной картиной (си-столический шум и ослабление I тона над верхушкой). Развитие сердечной недостаточности усугубляет это сходство.

Различия в тактике лечения больных диктуют необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики между этими заболеваниями.

Дифференциально-диагностические критерии алкогольной кардиомиопатии с синдромносоходными заболеваниями представлены в таблице, из которой видно, что решающими факторами при дифференциальной диагностике служат тщательно собранный анамнез и правильная интерпретация данных клинического и электрокардиографического обследования больного, поскольку они, несмотря на сходство некоторых симптомов различия при названных выше заболеваниях, все же весьма значительны. Так, при инфекционно-аллергическом миокардите имеется четкая связь заболевания с перенесенной инфекцией, стойкий субфебрилитет. Ревматизм обычно возникает в детском или юношеском возрасте после ангины или скарлатины, имеет циклическое течение и клинически проявляется поражением сердца (порок) и суставов, а нарушение кровообращения и сердечного ритма обычно возникает уже на фоне сформировавшегося порока сердца. Диффузный токсический зоб проявляется не только тахикардией, но, главным образом, увеличением щитовидной железы и экзофтальмом, а возникновение его имеет четкую связь с психоэмоциональным перенапряжением.

Таким образом, увеличение границ сердечной тупости и приглу-

шенность тонов у лиц с длительным алкогольным анамнезом, а тем более появление или усиление сердечной декомпенсации, кардиалгии, аритмии, нередко—гипертензии после обильного приема алкоголя весьма типичны для алкогольного поражения сердечной мышцы. Подтверждением этого диагноза является наличие у пациента клинических признаков хронического алкоголизма (тремор рук, гиперемия лица, гипергидроз, похудание, изменение психических свойств личности) и симптомов алкогольного поражения других органов (алкогольный цирроз печени, алкогольная нефропатия). Изменения электрокардиограммы должны интерпретироваться с известной осторожностью и только путем сопоставления с клинической картиной заболевания ввиду полиморфизма и вариабельности ЭКГ признаков алкогольной кардиомиопатии.

Собственные клинические наблюдения и данные литературы [2, 7] свидетельствуют, что наибольшие трудности для клиницистов представляет дифференциация алкогольной кардиомиопатии с различными формами ИБС, но, главным образом, со стенокардией покоя. Необходимо иметь в виду, что, несмотря на до сих пор существующие различия во взглядах, большинство авторов [3, 6, 11] рассматривают алкоголизм как фактор, способствующий возникновению и быстрому прогрессированию ИБС, вследствие чего эти заболевания нередко могут сочетаться. Такие сочетания особенно часто наблюдаются у лиц пожилого возраста. Таким образом, диагнозы ишемической и алкогольной болезни сердца в ряде случаев не являются взаимоисключающими, в силу чего перед врачом могут стоять задачи не только разграничения этих двух заболеваний, но и выявления их сочетаний. Понятно, что уточнению диагноза в подобных случаях не могут помочь ни анамнестические данные о длительном злоупотреблении алкоголем, ни клинические признаки хронического алкоголизма. Однако своевременное распознавание ИБС на фоне хронической алкогольной интоксикации имеет большое практическое значение для определения тактики лечения больного.

Результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что появление у пациента с бытовым или хроническим алкоголизмом интенсивных приступообразных давящих болей за грудиной, снимающихся нитроглицерином, дает основание заподозрить у него ИБС с приступами стенокардии покоя или напряжения. При алкогольной кардиомиопатии боли, наоборот, почти никогда не локализуются за грудиной, не имеют столь типичного для стенокардии приступообразного характера, не купируются коронародилататорами и часто сопровождаются выраженными симптомами вегетативной дисфункции (сердцебиение, похолодание конечностей, парестезии и пр.). Изменения на ЭКГ в виде деформации конечной части желудочкового комплекса (смещение S—T ниже изолинии и отрицательный T) имеют, по нашему мнению, гораздо меньшее диагностическое значение и не являются бесспорным подтверждением ИБС (точнее—ишемии миокарда), поскольку могут выяв-

Таблица

Дифференциально-диагностические критерии алкогольной кардиомиопатии и заболеваний со сходной клинической симптоматикой

Показатели	Нозологическая форма				
	алкогольная кардиомиопатия	ревматизм	миокарлит инфекционно-аллергический	диффузный токсический зоб	ишемическая болезнь сердца
1. Преимущественный возраст	Средний	Начало заболевания в детском и юношеском возрасте	Любой, но чаще 20—40 лет	20—50 лет (чаще болеют женщины)	Средний и пожилой
2. Предрасполагающие факторы	Длительное, обильное употребление алкоголя	Тонзиллит, скарлатина	Вирусные и бактериальные заболевания. Переохлаждение	Нервно-психические перегрузки. Очаговая носоглоточная инфекция	Гиподинамия, курение, ожирение, артериальная гипертензия
3. Боли в сердце: Характер болей	Колющие, ноющие, давящие различной интенсивности	Слабые, тупые, ноющие	Ноющие, колющие, давящие, иногда интенсивные	Тупые, ноющие, постоянные	Приступообразные, сжимающие
Локализация	В области соска, в левой половине грудной клетки	В области сердца	В области сердца	В области сердца	За грудиной
Продолжительность	Длительные, по нескольку часов или суток	Длительные	Длительные	Длительные	Кратковременные, от 3—5 до 30 мин
Эффект от лечения	Не снимаются коронародилататорами	Эффективна противоревматическая терапия	Эффективна противовоспалительная терапия	Эффект от седативных и тиреостатических препаратов	Снимающиеся нитроглицерином
4. Нарушение ритма	Экстрасистолия, мерцательная аритмия, блокада ножек пучка Гиса	Экстрасистолия, мерцательная аритмия, нарушение атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости	Экстрасистолия, блокада ножек пучка Гиса, нарушение атриовентрикулярной проводимости I ст.	Экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия	Экстрасистолия, мерцательная аритмия, нарушения атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости
5. Другие специфические признаки	Симптомы хронического алкоголизма (тремор, похудание, гиперемия лица, изменения психики) и алкогольного поражения печени, почек.	Наличие порока сердца. Ревматический полиартрит. Хорея. Повышенная СОЭ и фибриноген. Увеличение α - и γ -глобулина.	Лабораторные признаки воспаления (изменение СОЭ, белковых фракций, фибриногена, С-реактивного белка) выражены неотчетливо.	Зоб, экзофтальм. Продолжительные глазные симптомы. Тремор. Повышение основного обмена и поглощения радиоактивного йода щитовидной железой.	Клинические признаки атеросклероза сосудов мозга, аорты и др. Гиперхолестеринемия. Гипербетапопротеинемия

ляться и при алкогольной кардиомиопатии, являясь отражением сложных метаболических нарушений в миокарде. По той же причине наличие у пациента гиперхолестеринемии и бета-липопротеинемии не может рассматриваться как подтверждение ИБС.

В заключение следует отметить, что, как видно из изложенных в тексте и таблице данных, диагностика алкогольной кардиомиопатии не представляет особых затруднений для клиницистов при четком знании вариантов ее течения и, как правило, не требует для подтверждения проведения сложных инструментальных и биохимических исследований. В распознавании алкогольного поражения сердечной мышцы важное значение имеет не только комплекс характерных клинико-электрокардиографических признаков с четким ухудшением кардиальной симптоматики после алкогольных эксцессов, но и длительный алкогольный анамнез, а также наличие клинических признаков хронического алкоголизма или алкогольного поражения других органов. Однако окончательный диагноз алкогольного поражения миокарда может быть установлен лишь после исключения у больного других заболеваний, имеющих сходные клинические проявления в виде кардиалгии, аритмии, сердечной недостаточности.

Ростовский ордена Дружбы Народов мединститут

Поступила 8/VI 1984 г.

Ա. Գ. ՄՈԺԱՅՏԵՎԱ, Օ. Ն. ԿՈԲԶԱՐ

ԱԼԿՈՀՈՂԱՅԻՆ ԿԱՐԴԻՈՄԻՈՊԱԹԻԱՅԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ
ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍԿԼԵՐՈՏԻԿ, ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ԵՎ ԴԻՍՏՐՈՖԻԿ
ԲՆՈՒՅԹԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մշակված են ալկոհոլային կարդիոմիոպաթիայի տարբերակիչ ախտորոշման շարժանիչներ հիվանդություններից, որոնք ունեն նման կլինիկական արտահայտություններ՝ կարդիալգիայի, առիթմիայի, սրտային անբավարարության ձևով: Տարբերակումը կատարվում է իշեմիկ և հիպերտոնիկ հիվանդության, միոկարդիտների, ուռնատիզմի, թիրեոտոքսիկոզի հետ:

A. G. Mozhaytseva, O. N. Kobzar

Differential Diagnosis of Alcohol Cardiomyopathy With Myocardial Diseases of Sclerotic, Inflammatory, Dystrophic Origin

S u m m a r y

The differential-diagnostic criteria of alcoholic cardiomyopathy with diseases having similar clinical manifestations, such as cardialgia, arrhythmia, cardiac insufficiency, are worked out. The differentiation of alcoholic cardiomyopathy from ischemic and hypertensive diseases, myocarditis, rheumatism, thyrectoxicosis is carried out

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Громнацкий Н. И., Кулишов С. К. Советская медицина, 1982, 10, 73—75.
2. Дзяк В. Н., Микунис Р. И., Скупник А. М. Алкогольная кардиомиопатия, Киев, 1980.
3. Кедров В. С. Актуальные вопросы судебной токсикологии, Ставрополь, 1974,

40—42. 4. Кочегуров В. Н. Терапевтический архив, 1981, 8, 98—101. 5. Овчаренко С. И., Подзолков В. И., Абдуллин Р. Г. Кардиология, 1980, 11, 57—60. 6. Опалева-Стеганцева В. А., Гаврилина И. А., Соловей Л. И. Кардиология, 1972, 10, 111—113. 7. Попова Н. Л., Жукова Л. А., Шестаков Н. Н. Клиническая медицина, 1978, 1, 126—129. 8. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1973. 9. Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Эконин Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М., 1977. 10. Тареев Е. М., Мухин А. С. Кардиология, 1977, 12, 17—32.

УДК 616.12—008.318—08.615.22

К. Г. АДАМЯН, С. Б. ЗИСЕЛЬМАН, А. Б. КАЗАРЯН, Е. А. СЫРКИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРДАРОНА У БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ

Благодаря своим ценным свойствам увеличивать коронарный кровоток, уменьшать потребление кислорода миокардом при выраженном антиангинальном эффекте, кордарон (амиодарон) нашел широкое применение у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), особенно у больных с ИБС со стенокардией в сочетании с нарушениями сердечного ритма. Ряд авторов антиаритмическое действие кордарона связывает с его антиадренергическими свойствами [1, 2, 7]. Он замедляет синусовый ритм, тормозит проведение импульсов через атриовентрикулярное соединение, в меньшей степени по системе Гиса-Пуркинье, увеличивает эффективный рефрактерный период. В отличие от других антиаритмических средств кордарон влияет преимущественно на процессы реполяризации.

Целью нашего исследования было определить эффективность кордарона как антиаритмического средства у больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы и его место в современной антиаритмической терапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 89 больных в возрасте от 22 до 78 лет (50 мужчин и 39 женщин). Распределение больных по возрасту и нозологическим формам представлено в табл. 1.

Основную группу составили больные, страдающие ишемической болезнью сердца (60%). С артериальной гипертензией среди них было 24 человека. Инфаркт миокарда в прошлом перенесли 20 больных, с острым инфарктом было 9 человек.

По заболеванию во всех возрастных группах больные распределялись равномерно, за исключением возрастной группы 20—29 лет, где преимущественно были больные с нейроциркуляторной дистонией.

С желудочковыми формами нарушения сердечного ритма было 40 больных. С аритмиями, исходящими из предсердий,—49.