

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

А. А. КАТАНЯН, Г. А. НАРГИЗЯН

ОБ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ
ПРИ РЕВМОКАРДИТЕ

Несмотря на большое количество исследований клиницистов-терапевтов, морфологов, бактериологов, биохимиков, а в последние годы и хирургов, интерес к проблеме ревматизма не ослабевает. Ревматизм начинается рано и, прогрессируя, является одной из основных причин сердечной инвалидности в молодом возрасте. С другой стороны, наши многочисленные наблюдения над большим числом больных (1000—1200) показывают, что течение ревматизма за последние годы несколько изменилось. Не столь часто встречается он в виде острых полиартритических атак с развитием выраженного ревматического эндомиокардита с последующим через 8—12 месяцев развитием порока сердца. У больных ревматизмом и в первую очередь ревмокардитом развивается нередко стертая клиническая картина с общими непостоянными проявлениями: субфебрильная температура, боли и неприятные ощущения в области сердца, лабильность сердечного ритма, потливость, общая слабость, сопровождающиеся часто суставными болями и катаральным воспалением в горле. При этом не всегда имеются соответствующие изменения со стороны крови (лейкоцитоз, ускорение РОЭ и др.).

И в литературе все более определенно высказывается мнение, что ревматизм—это хроническое заболевание, протекающее часто в виде стертых и даже латентных форм (Скворцов М. А. [11], Мясников А. Л. [8], Талалаев В. Т. [12]). Нам думается, что столь длительное (многомесячное или даже годами) течение заболевания с малыми клиническими симптомами, которое в продолжение длительного времени не завершается образованием ревматического порока, связано отчасти с широко применяемой ранней комплексной терапией с включением препаратов пиразолонового ряда и, особенно, стероидных гормонов и АКТГ.

Все это указывает на необходимость продолжения изучения ревмокардитов и, возможно, выявления дополнительных признаков, характеризующих измененное или латентное течение ревмокардита с целью ранней диагностики его. Имея под своим наблюдением за последние годы большое число больных кардиальной формой ревматизма, мы поставили перед собой задачу еще раз тщательно изучить процессы, протекающие в сердечной мышце, используя обычный клинический метод—электрокардиографию, начиная ее рано, тогда, когда после обострения

очаговой инфекции ревмокардит можно еще только предположить и дальше, повторно много раз в процессе развития болезни, сопоставляя данные ЭКГ с клиническими проявлениями болезни.

У большинства больных, подвергшихся нашему исследованию, болезнь развивалась после обострения очаговой инфекции. Больные жаловались на сердцебиение и очень часто на боли в области сердца, суставные боли, временами субфебрильную температуру, потливость и пр.

Многие авторы (Ланг Г. Ф. [6], Мясников А. Л. [8], Ильинский Б. В. [5], Иванов К. П. [4], Ситерман Л. Е. [10], Тургель К. Ю., Лукомский П. Е. [7], Браун С. Б. и Левина С. В. [1], Гротель Д. М. [3], Фогельсон Л. И. [13], Воловик А. Б. [2], Незлин В. Е. и Карпай С. Е. [9], Ясиновский М. А. и Бойко Г. Ф. [14] и многие др.) описали электрокардиографические изменения при ревматизме. Наиболее частыми, по наблюдениям указанных авторов, были нарушения предсердно-желудочковой проводимости типа частичной атриовентрикулярной блокады I степени, изменения зубца Р в виде зазубренности, расщепления, инвертирования. Как более редкие изменения авторы отмечают атриовентрикулярную диссоциацию с интерференцией, частичную атриовентрикулярную блокаду II степени, экстрасистолы. Что касается изменения желудочкового комплекса, то различными авторами отмечается смещение ST интервала и снижение зубца Т, как выражение поражения коронарных сосудов.

При наших исследованиях мы видели несколько иную ЭКГ картину.

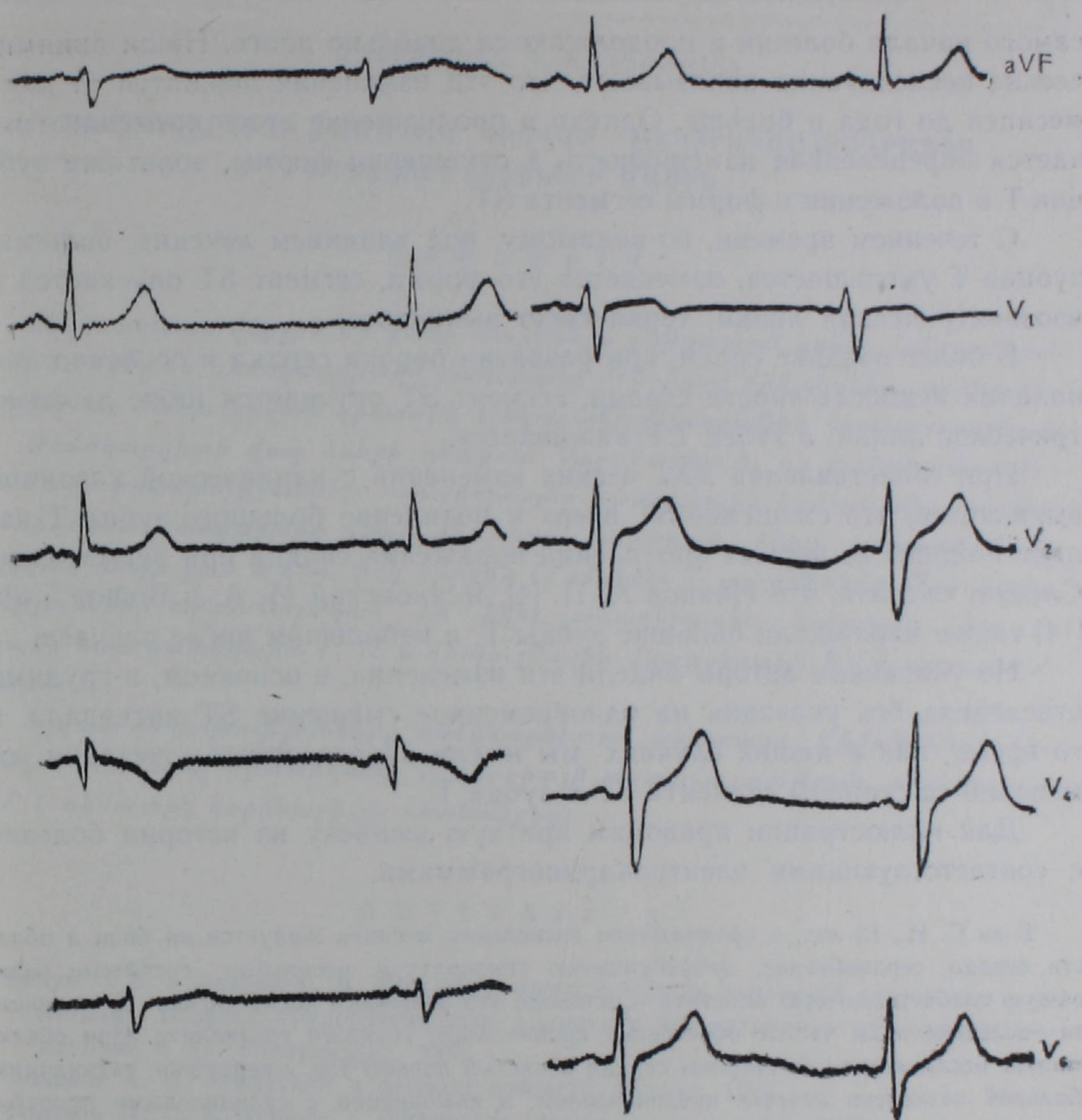
Одновременно мы должны подчеркнуть, что многие больные, находившиеся под нашим наблюдением, имели длительные клинические проявления ревмокардита.

Удлинение RQ интервала, описываемое почти всеми авторами как наиболее частый и патогномоничный признак ревмокардита, у наших больных мы видели довольно редко, причем в тех случаях, когда оно имело место, то не превышало 0,2 сек. Еще реже стойкое и несколько более выраженное увеличение RQ (до 0,25") мы видели у больных с организованным ревматическим пороком сердца.

Что касается зубцов Р, то, конечно, изменение формы, вольтажа у наших больных имело место довольно часто, но в весьма невыраженной форме, т. е. без уширения, без выраженной зазубренности.

Наиболее частым изменением ЭКГ у наших больных были изменения конечной части желудочкового комплекса: смещение сегмента ST вверх, изогнутая его форма, обращенная выпуклостью вниз, и большие, а иногда и «гигантские» зубцы Т. Эти изменения мы наблюдали как в стандартных и усиленных отведениях от конечностей, так и однополюсных грудных отведениях. Наиболее выраженными они были в грудных V_{2-3-4} отведениях, а также в стандартных I, II и aVR.

Большие зубцы Т имели довольно характерную и постоянную форму: значительно уширенные, с пологим восходящим коленом и резко обрубленным нисходящим коленом. В грудных отведениях вершина бы-



Описание зубцов

PQ—0,13"	S ₁ R ₃
QRS—0,09"	P ₁₋₂₋₃ —AVF—V ₁₋₂₋₄₋₆ —несколько зазубренные
QRST—0,35"	Tv ₁ —двуфазный (±)
RR—0,9"	T ₂₋₃ —AVR—AVF—V ₂₋₄₋₆ —высокие с широким основанием
Ритм—65	ST ₂ —AVF—изогнутые
СП—39%	ST ₃ —слегка выше изолинии, изогнут с выпуклостью, обращенной вниз
НСП—36%	ST _{2-V-6} —слегка выше изолинии, изогнуты.

вала часто заостренной. Были случаи, где большой зубец Т был двухфазным с выраженной положительной фазой.

В отведении aVR отрицательный зубец Т был широким, очень глубоким и часто равносторонним. Наблюдалось очень часто сочетание смещения интервала ST вверх и большого характерного зубца Т. Однако изменения зубца Т были более частыми, чем смещение интервала ST.

Реже наблюдалось в отведениях III стандартном и грудном V₁ появление отрицательных зубцов Т.

Указанные изменения интервала ST и зубца Т появляются рано, с

самого начала болезни и продолжают довольно долго. Наши динамические исследования показывают, что эти изменения держатся от двух месяцев до года и больше. Однако в продолжение этого времени отмечается определенная изменчивость в отношении формы, вольтажа зубцов Т и положения и формы сегмента ST.

С течением времени, по-видимому под влиянием лечения, вольтаж зубцов Т уменьшается, изменяется его форма, сегмент ST опускается к изоэлектрической линии, теряя свою выпуклость.

В более поздние сроки, при развитии порока сердца и особенно при наличии недостаточности сердца, сегмент ST опускается ниже изоэлектрической линии, а зубец Т сглаживается.

При сопоставлении ЭКГ-ческих изменений с клинической картиной выявляется, что смещение ST вверх и появление большого зубца Т является одним из первых проявлений поражения сердца при ревматизме. Следует сказать, что Иванов К. П. [4], Ясиновский М. А. и Бойко Г. Ф. [14] также наблюдали большие зубцы Т, в небольшом числе случаев.

Но указанные авторы видели эти изменения, в основном, в грудных отведениях без указания на одновременное смещение ST интервала, в то время, как в наших случаях мы имели определенные сочетания изменений со стороны сегмента ST и зубца Т.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни с соответствующими электрокардиограммами.

Б-ая С. Н., 12 лет, в продолжение нескольких месяцев жалуется на боли в области сердца, сердцебиение, субфебрильную температуру, несильные суставные боли, общую слабость, потерю аппетита. Состояние это развилось после ангины. В анамнезе за последние годы частые обострения хронического гнойного тонзиллита. При объективном исследовании со стороны сердца нечистый первый тон у верхушки, тахикардия. Больной назначено лечение преднизолоном, в комбинации с салициловыми препаратами. После лечения температура изредка поднимается до 37,0—37,1°, первый тон на верхушке остается нечистым, левая граница сердца несколько расширилась (рентген-исследование). Общее состояние больной значительно улучшилось. В дальнейшем были назначены повторные курсы противоревматического лечения, произведена тонзиллэктомия. Температура полностью нормализовалась.

Диагноз: Ревматизм, ревмокардит, активная фаза, 1-ая атака.

На стр. 49 приведены электрокардиограммы больной.

Изменения интервала ST и зубца Т у больных ревмокардитом следует считать выражением гипоксии сердечной мышцы, развивающейся вследствие ревматического поражения коронарных сосудов, как нам думается, в форме ревматического коронарита. Последний (ревматический коронарит) может носить либо распространенный характер, тогда ЭКГ-ические изменения проявляются во многих отведениях и подерживаются долго, либо ограниченный, локализованный, тогда изменения имеются в одном или нескольких отведениях.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей
Ереванского медицинского института

Поступило 15.VII 1961 г.

Ա. Ա. ՔԱԹԱՆՅԱՆ, Գ. Ա. ՆԱՐԳԻՉՅԱՆ

ՌԵՎՄԱՏՈԻԴԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԴԻՏՎԱԾ ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՐԴԻՈԳՐԱՖԻԿ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակները վերջին մի քանի տարիների ընթացքում իրենց հսկողության տակ ունեցել են ռեմոկարդիտով տառապող մեծ թվով հիվանդներ, որոնց ենթարկել են մանրակրկիտ դինամիկ էլեկտրակարդիոգրաֆիկ հետազոտության:

Ռեմոկարդիտի վաղ ձևերի դեպքում հայտնաբերվել են էլեկտրակարդիոգրամայի փոփոխություններ առավելապես փորոքային կոմպլեքսի կողմից՝ ST սեգմենտի տեղաշարժ դեպի վեր, նրա կորացած ձևով, արտափքմամբ ուղղված դեպի ցած և մեծ, իսկ երբեմն էլ «հսկա» T առամիկներ: Այս փոփոխությունները արտահայտված են եղել առավելապես կրծքային V_{2-3-4} ինչպես նաև ստանդարտ I, II և վերջույթային միաբևեռանի AVR արտածումներում:

Նշված փոփոխությունները ռեմոկարդիտով տառապող հիվանդների մոտ պետք է համարել սրտամկանի հիպոքսիայի արտահայտություն, որը զարգանում է ռեմատիկ կորոնարիտի հետևանքով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Браун С. Б. и Левина С. В. Электрокардиографические изменения при остром ревматизме. Вопросы трудоспособности, клиники и этиопатогенеза при остром ревматизме и др. Госмедиздат, 1932.
2. Воловик А. Б. Ревматизм в детском возрасте. Медгиз, 1949.
3. Гротель Д. С. К вопросу о поражении сердца и коронарных сосудов при острой ревматической инфекции по клинико-электрокардиографическим наблюдениям. Терапевтический архив, 1933, 5.
4. Иванов К. П. Значение электрокардиографического исследования в клинике ревматизма. «Советская медицина», 1950, 9.
5. Ильинский Б. В. и Николаева А. В. К вопросу о поражениях миокарда при ревматической инфекции. Терапевтический архив, 1932, 5—6.
6. Ланг Г. Ф., Ильинский Б. В. Ревматизм острый. БМЭ, М., 1934.
7. Лукомский П. Е. Электрокардиографические изменения при острых инфекционных заболеваниях. 1932, 2—3.
8. Мясников А. Л. Пропедевтика внутренних болезней. М., 1944.
9. Незлин В. Е. и Карпай С. Е. Анализ и клиническая оценка электрокардиограммы. М., 1959.
10. Ситерман Л. А., Тургель К. Ю. К клинике поражений сердца при ревматической инфекции (о привходящих расстройствах проводимости). Советская клиника, 1932, 11—12.
11. Скворцов М. А. Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста. VIII. Ревматизм. Медгиз, 1946.
12. Талалаев В. Т. Острый ревматизм (истинный ревматизм) II издание, М., 1932.
13. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Медгиз, 1957.
14. Ясиновский М. А. и Бойко Г. Ф. Изменение сердца при ревматизме. Госмедиздат УССР, 1956.