

А. Л. МИКАЕЛЯН

К ВОПРОСУ О НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИОКАРДА

Широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний, большая инвалидность и летальность, нередко в молодом возрасте, явились предпосылкой для развертывания научных исследований специалистами различных областей биологической и медицинской наук, имеющих важное теоретическое и практическое значение.

Благодаря этому за последние годы в кардиологии, выделенной в самостоятельную область медицины, достигнуты значительные успехи как в лечении больных с различной патологией сердечно-сосудистой системы, так и в правильной трактовке сущности патологических сдвигов, возникающих в организме больного.

В частности, в исследованиях отечественных и зарубежных ученых [1, 2, 4—14] довольно хорошо освещены вопросы развития сердечной недостаточности при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а также выявлены структурные, обменные и гемодинамические сдвиги, обуславливающие недостаточность кровообращения.

Однако и до настоящего времени в проблеме сердечной недостаточности имеется ряд недостаточно освещенных или вообще нерешенных вопросов, в частности, нет общепринятой терминологии, характеризующей сердечную недостаточность.

В медицинской литературе широкое распространение получили различные термины: «недостаточность миокарда», «сердечная недостаточность», «недостаточность сердца», «недостаточность кровообращения», хотя под этими терминами большинство авторов подразумевают одни и те же патологические изменения, наблюдаемые в сердечно-сосудистой системе.

Еще в 1934 г. Г. Ф. Ланг указывал: «При составлении таблицы классификации и номенклатуры сердечно-сосудистых заболеваний мы столкнулись с определенными затруднениями—с недостаточностью терминологии, т. е. названий болезни, по сравнению с нашими представлениями об их этиологии и патофизиологических проявлениях. Несомненно, терминология в этом направлении отстает от развития наших знаний. Это отставание отражается крайне невыгодно на распознавании болезней, так как с терминами все-таки связаны определенные представления и поэтому старые термины поддерживают и отсталые представления о болезнях. Необходимо поэтому стремиться заменить устаревшие термины новыми и создать для новых понятий и новые термины...»*.

* Г. Ф. Ланг. Терапевтический архив, 1934, 12.

Нам кажется, что высказывание Г. Ф. Ланга о болезнях сердечно-сосудистой системы может быть с успехом отнесено и к терминологии сердечной недостаточности, ибо, несмотря на существование нескольких классификаций, до сих пор имеются некоторые противоречия, затрудняющие проведение целенаправленных научных исследований и, что самое важное, патогенетической терапии.

К настоящему времени предложено несколько классификаций сердечной недостаточности, некоторые из коих основывались на научных исследованиях, проведенных в тридцатых годах,—классификации Г. Ф. Ланга (1934), Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко (1936), в то время как другие, предложенные в шестидесятых годах, пока не нашли широкого распространения.

В 1966 г. на II Всероссийском съезде терапевтов А. Л. Мясников предложил классификацию сердечной недостаточности, в которой выделяются четыре пункта. В первом из них автор предлагает две формы сердечной недостаточности: а) недостаточность выброса; б) недостаточность притока.

Второй пункт классификации отражает две формы недостаточности миокарда: а) недостаточность миокарда перенапряжения; б) недостаточность миокарда повреждения.

Согласно третьему пункту имеются три варианта сердечной недостаточности: а) недостаточность преимущественно левого желудочка; б) недостаточность преимущественно правого желудочка; в) смешанная недостаточность—лево-правожелудочковая.

Наконец, в четвертом пункте классификации выделяются три стадии недостаточности сердца: а) компенсированная, или субкомпенсированная; б) декомпенсированная обратимая; в) декомпенсированная необратимая.

В. Х. Василенко—один из авторов общепризнанной классификации недостаточности сердца, на основании многолетних наблюдений предлагает выделить следующие клинические типы сердечной недостаточности: а) застойный; б) ишемический; в) застойно-гиперкинетический; г) застойно-гипокинетический; д) коллаптоидный; е) пресенильный [1]. По мнению автора, эта классификация должна акцентировать внимание врачей на возможности клинической диагностики и проведении, соответственно, различных видов лечения.

Ф. З. Меерсон на основании многочисленных всесторонних экспериментальных исследований дает четкую характеристику недостаточности сердца, считая ее состоянием, при котором нагрузка, падающая на сердце, превышает его способность совершать работу [4]. В последние годы автор ввел новое понятие—преднедостаточность сердца, характеризующееся выраженным повреждением или изнашиванием миокарда, выраженным снижением инотропизма, но вместе с тем и отсутствием явлений сердечной недостаточности.

Таким образом, по данным Ф. З. Меерсона, при обеих формах имеются признаки повреждения миокарда или его изнашивания. При этом

следует понимать, что в первом случае имеются явления сердечной недостаточности, т. е. недостаточности кровообращения по большому кругу, при отсутствии их в случае преднедостаточности.

Однако клинический опыт показывает, что имеется много больных с теми или иными патофизиологическими сдвигами в миокарде, без признаков повреждения, изнашивания и, особенно, недостаточности сердца.

Наряду с этим следует помнить, что не каждое поражение миокарда в конечном итоге приводит к развитию недостаточности сердца.

Учитывая все вышесказанное, становится понятной необходимость разработки классификации сердечной недостаточности, отражающей достижения современной кардиологической науки и отвечающей всем требованиям клинической практики.

Нам кажется, что прежде всего необходимо в развитии сердечной недостаточности выделить четко две стадии, которые во многом отличаются друг от друга и, главное, требуют различных методов как для проведения научных исследований, так и для применения патогенетической терапии.

На основании наших многолетних экспериментальных и клинических исследований считаем необходимым выделить в самостоятельную стадию «недостаточность миокарда», которая отличается от следующей стадии—«недостаточности сердца».

Мы предлагаем следующую трактовку понятия «недостаточность миокарда». Недостаточность миокарда—это состояние, при котором в сердечной мышце, вследствие разнообразных патологических воздействий, возникают обменные и структурные сдвиги, являющиеся одной из основных причин развития в последующем недостаточности сердца.

В клинической практике недостаточность миокарда проявляется в виде двух форм: а) скрытой недостаточности миокарда, выявляемой только после различных видов нагрузок (физической, лекарственной и др.); б) выраженной недостаточности миокарда, диагностируемой обычными клинико-лабораторными методами исследования без применения специальных нагрузок.

В стадии недостаточности сердца целесообразно также выделить двух форм: а) острой недостаточности сердца; б) хронической недостаточности сердца—недостаточности кровообращения.

Острая недостаточность сердца характеризуется тем, что вследствие различных этиологических факторов сердце не справляется с нагрузкой, из-за чего может возникнуть внезапная остановка сердца, фибрилляция желудочков и острый отек легких. Острая недостаточность сердца может протекать в виде трех форм: острой левожелудочковой недостаточности, острой правожелудочковой недостаточности, смешанной формы.

При хронической недостаточности сердца возникают признаки недостаточности кровообращения в большом круге кровообращения, что довольно подробно описано многими отечественными и зарубежными авторами. Наряду с этим, для характеристики недостаточности сердца целесообразно применить трактовку, предлагаемую Ф. З. Меерсоном.

Таким образом, вследствие различных этиологических факторов у больного возникает недостаточность миокарда, в последующем ведущая к развитию недостаточности сердца, т. е. имеется две стадии развития сердечной недостаточности.

Выявление этих этиологических факторов необходимо, в первую очередь, потому, что нередко в клинической практике при одной и той же степени недостаточности кровообращения широко применяемые кардиальные препараты оказывают различный эффект. Нам кажется, что наряду с другими факторами (степень поражения сердечной мышцы, нейро-гуморальные расстройства и др.) существенное значение имеет также вид недостаточности миокарда. Поэтому нам представляется целесообразным выделить следующие виды недостаточности миокарда: а) инфекционно-аллергический; б) гипоксический; в) гипертрофический; г) дистрофический; д) врожденный (идиопатический); е) травматический.

При инфекционно-аллергическом виде недостаточности миокарда в сердечной мышце возникают изменения, характерные для миокардита различной этиологии: изолированного аллергического миокардита, миокардита при вирусных заболеваниях и других, классификация которых прекрасно изложена в литературе [2].

Гипоксический вид недостаточности миокарда в первую очередь вызывается острым или хроническим нарушением кровоснабжения сердечной мышцы, со всеми вытекающими отсюда последствиями. К ним следует отнести больных с функциональным и органическим поражениями коронарных сосудов—различные формы коронарной недостаточности и инфаркта миокарда.

Гипертрофический вид недостаточности миокарда наблюдается у больных с длительной гиперфункцией сердца, которая является основной причиной развития гипертрофии миокарда той или иной степени. В эту группу могут быть включены больные с гипертонической болезнью, разнообразными врожденными и приобретенными аномалиями сердечно-сосудистой системы и другие.

Дистрофический вид недостаточности миокарда характеризуется развитием дистрофических изменений в сердечной мышце вследствие кардиосклероза, нарушения обмена веществ, анемии, переутомления—острой перегрузки, отравления и пр.

Врожденный (идиопатический) вид недостаточности миокарда определяется у больных с врожденным поражением сердечной мышцы (при отсутствии врожденного порока сердца). К ним следует отнести больных с фиброэластозом и других.

Травматический вид недостаточности миокарда наблюдается у больных при электротравме, механической травме, новообразованиях, эхинококкозе и др.

Указанные виды недостаточности миокарда могут наблюдаться как в изолированном виде, так и в комбинации друг с другом.

Для всестороннего изучения недостаточности миокарда нам кажется

целесообразным выделить несколько разделов: а) этиология и патогенез недостаточности миокарда; б) методы клинко-лабораторной диагностики недостаточности миокарда; в) клиническая характеристика различных видов недостаточности миокарда; г) консервативная и хирургическая коррекция основных механизмов развития недостаточности миокарда; д) выявление основных компенсаторных механизмов при различных видах недостаточности миокарда; е) механизм действия различных фармакологических препаратов при различных видах недостаточности миокарда; ж) изучение регенерационных возможностей патологически измененного миокарда при различных видах недостаточности миокарда.

Проведение научных исследований по данным разделам позволит, во-первых, найти способы воздействия на патологически измененный миокард с целью стимуляции компенсаторных механизмов и тем самым удержать больного более длительное время в состоянии компенсации без перехода его в стадию недостаточности сердца; во-вторых, изучить возможность обратного развития патологических изменений при устранении основной причины, вызвавшей недостаточность миокарда; в-третьих, выявить регенерационные возможности патологически измененного миокарда при различных видах недостаточности миокарда; в-четвертых, проводить этиопатогенетическую терапию с предотвращением тяжелых нарушений гемодинамики и ранней инвалидизации больных при поражении сердечной мышцы.

Предлагаемое нами выделение недостаточности миокарда, вероятно, в настоящее время страдает некоторым схематизмом, как и вообще любая классификация. Однако для целенаправленного проведения научных исследований, а главное, для практики здравоохранения, оно, нам кажется, имеет немаловажное значение. Возможно, что при последующих исследованиях трактовка недостаточности миокарда может несколько видоизмениться, в то время как суть предлагаемой нами концепции о необходимости выделения недостаточности миокарда в самостоятельную стадию останется без существенных изменений.

Институт кардиологии и сердечной
хирургии МЗ Арм. ССР

Поступило 15/1 1969 г.

Ա. Լ. ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ

ՄԻՈԿԱՐԴԻ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Փորձական և կլինիկական բազմամյա հետազոտությունների հիման վրա հեղինակը առաջարկում է սրտի անբավարարության դասակարգում՝ առանձնացնելով արտահայտված և ոչ արտահայտված միոկարդի անբավարարություն, ինչպես նաև սրտի սուր և խրոնիկ անբավարարություն:

Միոկարդի անբավարարությունը մեկնաբանվում է որպես մի այնպիսի վիճակ, որի ժամանակ տարբեր պաթոլոգիական ազդեցությունների և պայմանների հետևանքով, սրտի մկանում առաջանում են փոխանակման և կառուցվածքային փոփոխություններ, որոնք բացակայում են սրտի նորմալ աշխատանքի ժամանակ: Դրանք հետագայում դառնում են սրտի անբավարարության զարգացման հիմնական պատճառներից մեկը:

Սրտի անբավարարության հասկացողությունը տրվում է ըստ Մեերսոնի մեկնաբանության՝

A. L. MIKAELIAN

ON MYOCARDIAL FAILURE

S u m m a r y

On the basis of long-term experimental and clinical studies the author suggests a classification of cardiac failure, distinguishing the two conditions, i. e. cardiac failure—latent and pronounced, cardiac failure—acute and chronic. Myocardial failure is interpreted as a state in which metabolic and structural changes due to various pathologic effects and conditions are observed, absent under normal cardiac activity and becoming one of the main causes of heart failure later on. Cardiac failure is treated according to F. Z. Meerson.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Василенко В. Х. Клиника недостаточности сердца. В кн.: «Недостаточность миокарда». Труды II Всероссийского съезда терапевтов. М., 1966, 68—74.
2. Кедров А. А. Болезни мышц сердца, 1963.
3. Ланг Г. Ф. Терапевтический архив, 1934, 12, 1.
4. Меерсон Ф. З. Гиперфункция, гипертрофия, недостаточность сердца, 1968.
5. Мясников А. Л. В кн.: «Недостаточность миокарда». Труды II Всероссийского съезда терапевтов. М., 1966, 47—52.
6. Рааб В. В кн.: «Достижения кардиологии». М., 1959, 67—152.
7. Bing R. Y. J. Circulation, 1955, 12, 635—647.
8. Clarke N. E. Circulation, 1952, 5, 917—919.
9. Friedberg C. K. Diseases of the heart. Philadelphia—London, 1956.
10. Hegglin R. Schweiz. Med. Wchschr, 1952, 82, 1211—1215.
11. Hegglin R. Schweiz. med. Wchschr, 1953, 83, 1103—1110.
12. Pendl F. Myokardstoffwechsel und Herztherapie. Stuttgart, 1954.
13. Starling E. H., Fischer M. B. J. Physiol, 1927, 62, 243—261.
14. Starr Y. Am. Yut. Med. 1949, 30, 1—23.

ОТ РЕДАКЦИИ

Редакция просит читателей сообщить свое мнение о целесообразности выделения недостаточности миокарда в самостоятельную стадию развития сердечной недостаточности.