

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Д.м. Алейникова, А.А.Новиков, А.Е.Золотарев,
В.Г. Сапрыгин, Ю.М. Ведутов, А.И.Миняков

Одесский медицинский институт им. Н.И.Пирогова

Известно, что нарушения сердечного ритма и проводимости представляют весьма частое осложнение при инфаркте миокарда и могут существенно сказываться на течении заболевания. Нередко они являются непосредственной причиной развития необратимой недостаточности кровообращения и гибели больных.

При изучении клинических и электрокардиографических данных у 1680 больных инфарктом миокарда, из которых 1218 обследовались СТЭБ и 362 находились на лечении в клинике, различные нарушения ритма и проводимости были обнаружены у 1347 больных (80,2%).

Проведенное исследование показывает, что при инфаркте миокарда с той или иной частотой встречаются все существующие нарушения ритма и проводимости.

Нарушения ритма были найдены нами в общей сложности у 64,9% больных (1090 чел.). Чаще всего это были синусная тахикардия (24,3%) и экстрасистолия (21,5%), преимущественно желудочковая (14,6%). Реже встречались мерцательная аритмия (12,9%) с преобладанием её тахикардитической формы (9,12%); синусная брадикардия (5,2%) и синусная аритмия (6,3%), пароксизмальная

тахикардия (5,2%), преимущественно суправентрикулярная (3,2%) и трепетание предсердий (1,6%).

В 12,6% наблюдений нарушения сердечного ритма носили сочетанный характер или сменялись одно другим.

Нарушения проводимости встречались в 3,5 раза реже, чем нарушения ритма, — у 18,8% больных (316 чел). Чаще (15,3%) обнаруживались нарушения внутрижелудочковой проводимости — блокада ножек пучка Гиса (11,8%) большей частью — правой (7,5%), в отдельных случаях арборизационная блокада (0,3%). Реже (8,8%) выявлялись нарушения атриовентрикулярной проводимости — неполная атриовентрикулярная блокада (6,0%), обычно — первой (5,2%), иногда — второй или третьей степени и полная атриовентрикулярная блокада (2,7%). У 36 больных (2,3%) нарушения проводимости носили сочетанный характер или чередовались одно с другим.

В 3,5% наблюдений аритмии комбинировались с нарушениями проводимости.

Нарушения ритма и проводимости почти во всех случаях возникали в острой стадии заболевания, но у некоторых больных (85 чел.) они впервые появлялись в подострой стадии или в стадии рубцевания. Примерно у четверти больных нарушение ритма и проводимости, возникнув однажды, стойко сохранялись и в дальнейшем. Однако в большинстве случаев они носили транзиторный характер, что, повидимому, обусловлено также и прово-

дившимся лечением.

У 22 больных (1,3%) остро возникшее нарушение ритма было первым клиническим проявлением инфаркта миокарда (аритмический вариант начала инфаркта).

Наши наблюдения, таким образом, показывают, что при инфаркте миокарда нарушения ритма и проводимости встречаются значительно чаще, чем сравнительно недавно было принято считать. Особенно часто они обнаруживаются в условиях интенсивного специализированного наблюдения с использованием кардиомонитора.

Вероятность возникновения аритмий и нарушений проводимости при инфаркте миокарда, как показывает анализ полученных нами данных, тем больше, чем больше распространенность и глубина поражения. При небольших инфарктах они возникают реже и проявляются преимущественно умеренно выраженной синусной тахикардией. Более серьезные нарушения, особенно такие, как желудочковая пароксизмальная тахикардия, мерцательная тахикардия, атриовентрикулярная блокада, блокада ножек пучка Гиса, обычно указывают на обширный инфаркт. Локализация инфаркта в этом отношении сказывается в меньшей мере. Общая частота нарушений ритма и проводимости при основных локализациях инфаркта (передние и задние), по нашим данным, примерно одинакова, но при передних инфарктах чаще обнаруживаются аритмии, а при задних — нарушения проводимости.

Частота нарушений ритма и особенно нарушений проводимости резко возрастает при вовлечении в патологический процесс межжелудочковой перегородки, причем, согласно нашим наблюдениям, блокада правой ножки характерна в основном для передних инфарктов, а блокада левой ножки и полная атриовентрикулярная блокада — для задних инфарктов с поражением перегородки.

Общая частота нарушений сердечного ритма и проводимости при инфарктах отчетливо увеличивается пропорционально возрасту больных. По нашим данным, при повторных инфарктах нарушения ритма и проводимости возникают в 2,5–3 раза чаще, чем при первом инфаркте. Повторные инфаркты нередко проявляются именно только нарушениями ритма и проводимости.

Нарушения ритма и проводимости заметно чаще наблюдаются при наличии гипертонической болезни и сахарного диабета. Так, у обследованных нами больных инфарктом при наличии гипертонической болезни и без клинических проявлений таковой, частота нарушений ритма и проводимости была соответственно 70,1% и 53,2%. При сочетании инфаркта миокарда с диабетом нарушения ритма и проводимости обнаруживались на 14% чаще, чем при отсутствии такового. У больных сахарным диабетом пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярная блокада и блокада ножек пучка Гиса выявлялись вдвое чаще, чем у больных без диабета (данные А.И.Минакова).

Наши наблюдения подтверждают, что нарушения ритма и проводимости при инфаркте миокарда ухудшают прогноз. Так, среди больных без нарушений ритма летальность составляла 6,6%, а при наличии таковых — 26,3%.

В гемодинамическом отношении, как известно, наиболее неблагоприятны пароксизмальная тахикардия, трепетание предсердий, мерцательная тахикардия и полная атриовентрикулярная блокада.

В лечении больных инфарктом миокарда, сопровождавшимся нарушениями проводимости, использовался комплекс глюкокортикоидов, симпатомиметиков, витаминов, солей кальция и других препаратов.

При полной атриовентрикулярной блокаде и асистолии, обусловленных инфарктом, наружная электрическая стимуляция сердца в наших наблюдениях нужного эффекта не оказывала. Более результативным в подобных случаях оказывался непрямой массаж сердца, посредством которого наряду с искусственной вентиляцией легких неоднократно удавалось поддерживать эффективное кровообращение в течение периода подготовки к электроимпульсной и медикаментозной терапии. У одного больного 68 лет с полной атриовентрикулярной блокадой при частоте сокращений желудочков 16 в минуту и реке трехнедельную реанимацию удалось успешно завершить постоянной миокардиальной электрокардиостимуляцией (А. Жинджос).

С целью восстановления и стабилизации синусного

ритма нами применялись различные комбинации медикаментозных средств в зависимости от характера аритмий и гемодинамических показателей, а с 1966 г. , кроме того, - электрическая деполяризация сердца.

Опыт показывает, что восстановление синусного ритма посредством электрической деполяризации при тахикарическом коллапсе приводит к нормализации показателей артериального давления без дополнительной стимулирующей терапии, избавляя от необходимости введения в организм энергетически невыгодных симпатомиметиков.

В случаях аритмического коллапса, как основного проявления "кардиогенного шока" при инфаркте миокарда мы считаем целесообразным начинать лечение с электрической деполяризации сердца без предварительной лекарственной терапии. Медикаментозный компонент против аритмической терапии используется нами преимущественно в плане сохранения восстановленного синусного ритма.