

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Р. Ш. Эпштейн, Л. Я. Вепринцева, Г. В. Бабаева

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— доц. А. И. Приказчиков)
Астраханского медицинского института. Научный консультант — проф. С. В. Шестаков*

Нередко обнаруживаемые ЭКГ-признаки ишемии у больных с болевыми ощущениями в области сердца служат отправным моментом в диагностике инфаркта миокарда. Между тем подобные данные не всегда свидетельствуют о нарушении коронарного кровообращения.

С целью выяснения особенностей ЭКГ-изменений у лиц с различными проявлениями сердечно-болевого синдрома нами обследовано 262 стационарных больных (мужчин — 134, женщин — 128) в возрасте от 16 до 74 лет. Всех больных мы условно разделили на группы с учетом характера болевых ощущений в области сердца. В 1-ю гр. были включены лица с болевым вариантом инфаркта миокарда (45 чел.); во 2-ю — со стенокардией покоя (40); в 3-ю — со стенокардией напряжения (57); в 4-ю — с рефлекторной стенокардией (17); в 5-ю — с кардиальгией, возникшей на фоне общего невроза, дисцифального синдрома, климакса и т. д. (23); в 6-ю — 36 чел. с первичным ревмокардитом, сопровождающимся сердечно-болевым синдромом, занимающим промежуточное положение между кардиальгией и стенокардией («болевого миокардит» по И. И. Исакову); в 7-ю — 44 чел. с возвратным ревмокардитом на фоне клапанных пороков с тем же характером болей в области сердца, что и у больных предыдущей группы.

Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до нескольких лет. Инфаркт миокарда, рефлекторная стенокардия регистрировались одинаково часто у мужчин и женщин. Стенокардия покоя и напряжения преобладала у мужчин, ревматизм — у женщин. Кардиальгия у мужчин наблюдалась чаще в относительно молодом возрасте, у женщин — в климактерическом периоде. Инфаркт миокарда, стенокардия покоя и напряжения возникали преимущественно у больных с атеросклерозом коронарных сосудов (реже были ангионевротического характера), в 42,3% сочетались с гипертонической болезнью, с учетом которой больные первых трех групп были разделены на подгруппы.

Нами не учитывались промежуточные формы ишемической болезни (мелкоочаговые некрозы, острая очаговая дистрофия миокарда), при которых боли в области сердца аналогичны болевому синдрому при крупноочаговом инфаркте миокарда или грудной жабе.

ЭКГ мы записывали в 12 общепринятых отведениях в динамике. При систематизации клинико-электрокардиографических данных в основном учитывали структуру болей в области сердца и соответственно состояние коронарного кровообращения.

У больных первых трех групп с явно коронарным генезом болей на ЭКГ наиболее часто фиксировались отрицательный («коронарный») зубец Т, девиация сегмента ST ниже, реже выше изоэлектрической линии, двухфазный зубец Т (с первой отрицательной или положительной фазой), глубокий зубец Q, в меньшей степени — изоэлектричный или высокий зубец Т, нарушение ритма и проводимости. Указанные графические признаки, нередко сочетаясь между собой, под влиянием терапии частично нормализовались или трансформировались один в другой. В частности, при инфаркте миокарда двухфазный зубец Т до лечения наблюдался в 29,4%, после лечения — в 47,1% (за счет трансформации «коронарного» зубца Т в двухфазный); при стенокардии покоя инвертированный зубец Т до лечения был отмечен в 7,6%, после лечения — в 15,3% (за счет снижения ранее приподнятого интервала ST и перехода его в отрицательный зубец Т) и т. д. Следует отметить, что на фоне гипертонической болезни явления ишемии и гипоксии миокарда были выражены в большей степени, чем при нормальном АД. К тому же у больных гипертонической болезнью наблюдался параллелизм между степенью выраженности сердечно-болевого синдрома и ЭКГ-сдвигами. Чем интенсивнее и длительнее были ангинозные боли (при инфаркте миокарда), тем в большем проценте наблюдались изменения конечной части желудочкового комплекса, которые уменьшались по мере стихания интенсивности и частоты болевых приступов (соответственно при стенокардии покоя, напряжения). При различных формах ишемической болезни и отсутствии гипертонии такая закономерность была менее наглядной. Не исключено, что выраженная деформация зубца Т и сегмента ST у больных с коронарным характером болей на фоне гипертонической болезни объясняется не только нарушением кровоснабжением миокарда, но и перенапряжением его за счет гипертрофии левого желудочка, возможно и повышением активности вегетативных отделов нервной системы [5].

При рефлекторной стенокардии (4-я группа) болевой синдром возникал одновременно с острыми приступами или обострением хронического холецистита, холецистопанкреатита, язвенной болезни. У таких больных в 29,4% ЭКГ не претерпевала существенных отклонений от нормы. Из патологических признаков у них наиболее часто встре-

чались смещение интервала ST вверх от изоэлектрической линии, высокий вольтаж зубца Т, отрицательный Т, которые были транзиторными и нередко сопровождались желудочковой экстрасистолией.

У больных кардиальгией (5-я группа) в $\frac{2}{3}$ случаев ЭКГ была нормальной (при неврозах, климаксе), в $\frac{1}{3}$ — патологической (преимущественно при дэнцефальном синдроме). При этом чаще всего регистрировались переходящие девиации сегмента ST выше изоэлектрической линии и увеличенный зубец Т, реже — депрессия ST. Стабильные изменения ЭКГ в виде отрицательного и двухфазного зубца Т не представлялось возможным связать с нарушением коронарного кровообращения. По-видимому, у этих больных были некоронарогенные изменения в сердечной мышце за счет дисфункции центров гипоталамической области, на что обращают сугубое внимание И. Б. Гордон и М. П. Степанова.

У больных ревматизмом в активной фазе (I—II) как с первичными, так и с рецидивирующим кардитом боли в области сердца отличались неопределенным характером: от резких кратковременных до тупых ноющих, длительных, лишь иногда ангинозных. Чаще упорные болевые ощущения, сопровождаемые одышкой, сердцебиением, возникали при сочетанных митральных пороках с нарушенной гемодинамикой — II-II. На ЭКГ при «болевым» возвратном кардите на фоне клапанных пороков (4-я группа), как и у больных с коронарной недостаточностью, преобладали двухфазный или отрицательный зубец Т, депрессия или подъем интервала ST, реже — высокий или сниженный Т. Эти изменения нередко сочетались с мерцательной аритмией, экстрасистолией и блокадами сердца. Однако в отличие от подобных нарушений у больных ишемической болезнью, при пороках сердца наблюдались некоторые особенности: 1) инвертированный зубец Т чаще был асимметричным, некоронарным; 2) отсутствовал углубленный зубец Q; 3) не отмечалось полного соответствия между сердечно-болевым синдромом и ЭКГ-изменениями (при упорных сердечных болях — нерезко выраженные признаки гипоксии миокарда, и наоборот); 4) под влиянием антиревматической терапии не было наглядной динамики со стороны комплекса ST и Т.

Все это указывает, что болевые ощущения в области сердца и ЭКГ-кривые у больных с возвратным ревмокардитом больше свидетельствуют не о коронарной патологии, а о диффузном поражении миокарда, отражают степень гипертрофии его в зависимости от вида клапанного порока сердца и состояния гемодинамики [3].

У больных с первичным «болевым» миокардитом (6-я группа) регистрировались те же ЭКГ-сдвиги, что и при рецидивирующем, но были выражены в меньшей степени и более лабильны. Наибольшей транзиторностью отличалась атриовентрикулярная блокада I ст., что подчеркивало активность процесса в сердечной мышце [4].

ВЫВОДЫ

1. У больных с различными формами ишемической болезни наблюдается соответствие между выраженностью ангинозных приступов и изменениями на ЭКГ.
2. При рефлекторной стенокардии явления ишемии носят транзиторный характер, усиливаясь в период обострения основного заболевания, вызвавшего коронаростаз.
3. При кардиальгических неврозах, несмотря на упорные болевые ощущения в области сердца, ЭКГ существенно не меняется, за исключением дэнцефального характера болей, когда ЭКГ-сдвиги носят некоронарогенный характер.
4. При «болевым» ревматических кардитах не наблюдается параллелизма между интенсивностью сердечно-болевого синдрома и изменением конечной части желудочкового комплекса ЭКГ. В большинстве случаев ЭКГ-изменения у этих больных отражают диффузное поражение миокарда, при пороках сердца — степень гипертрофии его и влияние нарушенной гемодинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордон И. Б. и Степанова М. П. Тер. арх., 1970, 8.— 2. Исаков И. И. Там же, 1959, 2.— 3. Оберемченко Я. В. Кардиология, 1969, 10.— 4. Avegno R., Molinari G., Caligaris G. *Cardiol. p-rat*, 1969, XX, 4, 321.— 5. Van Buchem F. S. P., Driou E. F., Wigbout M. *Arch. Kreisf.-Forsch.*, 1969, 60, 1—2, 1.