

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕРПИНОМ

Канд. мед. наук А. П. Матусова

Из кафедры факультетской терапии (зав. — проф. А. И. Гефтер)
Горьковского медицинского института

За последние годы широкое применение при лечении гипертонической болезни получили препараты *Rauwolfia serpentina* — резерпин, серпазил, гендон.

Эти лекарственные средства обладают мощным гипотензивным действием. Ценность препаратов раувольфии тем более высока, что они действуют медленно, не вызывая ортостатических коллаптоидных реакций, встречающихся при применении ганглиоблокирующих средств. Весьма важен при лечении гипертонической болезни седативный эффект раувольфии. Эти данные послужили основанием для лечения резерпином гипертонической болезни и симптоматических гипертензий — не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

Вместе с тем, в литературе есть данные о побочном действии препаратов раувольфии. Описано развитие диспептических расстройств, поносов, раздражение слизистых верхних дыхательных путей. Имеются сведения о появлении у больных слабости, вялости, а в единичных случаях — возникновении психических расстройств. Весьма закономерно появление брадикардии. В отечественных работах появились указания на возникновение болей в области сердца при лечении резерпином. В. Н. Дяченко отметил появление болей в области сердца у 12 из 144 больных с гипертонической болезнью, лечившихся резерпином.

Настоящая работа посвящена описанию развития инфаркта миокарда у шести больных гипертонической болезнью на фоне курса лечения резерпином.

Все больные поступили в клинику по поводу острого инфаркта миокарда. Определенное значение резерпина в развитии инфаркта у этих больных подтверждается данными, приведенными в таблице 1.

До лечения резерпином у двух имелись симптомы хронической коронарной недостаточности. Один перенес в прошлом инфаркт миокарда, у другого отмечалась стенокардия напряжения. У третьего больного лишь изредка отмечались колющие боли в области сердца, не связанные с физическим напряжением. У трех остальных боли в области сердца возникли впервые лишь на фоне лечения резерпином, а анализ анамнестических данных не выявил каких-либо специальных условий, которые могли способствовать развитию коронарной недостаточности у наблюдавшихся больных.

У всех шести больных лечение резерпином проводилось в амбулаторных условиях, из них трое принимали препарат практически без врачебного контроля, ориентируясь на субъективные ощущения и данные несистематических измерений кровяного давления.

У трех больных со стенокардией в анамнезе резкое усиление болей в сердце развилось на третий день приема резерпина в высокой дозировке (0,75 мг в сутки). У больных, ранее не имевших стенокардии, боли в сердце появились на 2—4-й неделе лечения. Дозы и длительность лечения резерпином были различными, но терапевтический эффект препарата был несомненным — кровяное давление значительно снизилось у всех больных.

Несомненно, что резерпин являлся не единственным, а только предрасполагающим или усиливающим фактором в развитии инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью. В механизме отрицательного влияния резерпина имеет значение нарушение регуляции венозного кровообращения. Установлено, что резерпин вызывает относительное повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Это выражается в урежении ритма сердца, усилении перистальтики кишечника, набухании слизистых верхних дыхательных путей. Повышение тонуса блуждающего нерва может в определенной мере способствовать усилению вазоконстрикторных реакций венечных сосудов. В этом направлении представляют интерес данные Эриной относительно развития инфаркта миокарда после лечения пахикарпином, который преимущественно снижает влияние симпатического нерва.

Можно допустить также зависимость ухудшения венозного кровообращения от быстрого снижения кровяного давления, как это отмечалось у трех из наших больных.

Изложенные данные свидетельствуют о необходимости постоянного контроля за состоянием коронарного кровообращения при лечении препаратами раувольфии. Это

Таблица 1

Динамика некоторых клинических показателей в процессе лечения резерпином, предшествовавших развитию инфаркта миокарда

№ п/п	Фамилия, возраст	Стадия гипертонической болезни	Лечение резерпином			Изменение кровяного давления		Боли в области сердца		Инфаркт миокарда (характеристика)
			Суточная доза	длительность	контроль	до лечения	во время лечения	до лечения	во время лечения	
1	Б-в, 47 л.	2	0,75	10 дней	Не было	190/110	Не измерялось	Редкие, спазмические	Резкое усиление с 3 дня лечения	Обширный переднеперегородочный
2	Б-в, 51 г.	2	0,75—0,5	9 дней	Амбулат.	210/105	140/90	Стенокардия напряжения	Повторные интенсивные, длительные приступы с 3-го дня лечения	Повторный, обширный переднеперегородочный
3	Ч-в, 35 л.	2	0,5	4 мес.	Не было	190/110	150/90	Редкие, колющие при волнениях	Стенокардия напряжения с 30 дня лечения, ежедневно	Обширный переднезадний, аневризма
4	Ш-г, 52 г.	2	0,5	3 мес.	Не было	200/115	150—160? Системат. не измерялось	Не было	Стенокардия напряжения, через месяц	Задне-боковой
5	М-в, 56 л.	1—2	0,5	1 мес.	Амбулат.	190/105	140/90	Не было	Первый приступ стенокардии через 3 недели	Задне-боковой
6	П-в, 45 л.	1—2	0,25	12 дней	Амбулат.	200/?	140/95	Не было	Стенокардия напряжения через 10 дней	Мелкоочаговые некрозы

особенно относится к больным коронарным атеросклерозом. Для уменьшения ваготропного действия резерпина при стенокардии необходимо сочетать его с назначением атропиновых и спазмолитических препаратов. При выраженном коронаросклерозе при необходимости лечения резерпином предпочтительно начинать его в условиях стационара с обязательным клиническим и электрокардиографическим контролем.

Вопрос же о механизме влияния резерпина на венозное кровообращение, особенно при атеросклерозе, должен подвергнуться специальному изучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинзбург Н. Б. и Тер-Аваков Н. М. Клин. мед., 1958, 9.— 2. Гукасян А. Г. и Дятлов Т. Д. Тер. арх., 1957, 7.— 3. Гусева Н. И. Клин. мед., 1958, 3.— 4. Дяченко В. Н. Сов. мед., 1958, 1.— 5. Замыслова К. Н. Докл. на I Всеросс. съезде тер., 1958.— 6. Колосов А. В., Беляева Н. К. и Биткова С. И. Клин. мед., 1958, 3.— 7. Plummer A. a. Schneider I. Annals New-York Acad. Science, 1954, v. 59.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ОБШИРНЫЙ ИНФАРКТ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЗАТЯЖНОМ СЕПТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ

И. П. Арлеевский

Из 2-го терапевтического отделения (зав. отделением — Л. В. Дановский)
Ленинградской горбольницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Б-ной М., 1917 г. рождения, доставлен 29/VIII-58 г. в больницу с жалобами на сильнейшие ноющие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, одышку в покое, кашель с выделением небольшого количества кровянистой мокроты. С 46 г. страдает хроническим тонзиллитом. В 56 г. впервые был поставлен диагноз ревматического порока сердца. В ноябре 57 г. состояние значительно ухудшилось, в течение полутора месяцев находился на стационарном лечении по поводу затяжного септического эндокардита, выписался по собственному желанию. В течение июля — августа 58 г. беспокоили приступы болей в области сердца при физическом напряжении. 29/VIII-58 г. во время ходьбы появились сильнейшие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, сознание на некоторое время „спуталось“, затем появилась общая слабость.

Больной в сознании, возбужден, стонет от боли. Кожные покровы анемичны, пальцы имеют вид барабанных палочек. Легкие: перкуторный звук ясный, дыхание жесткое, на задней и боковой поверхностях мелко- и среднепузырчатые хрипы, преимущественно в нижних отделах. Сердце: верхушечный толчок в V-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой сосковой линии, усилен. Границы абсолютной тупости: правая — по левому краю грудины, левая — на 0,5 см кнаружи от левой сосковой линии, третье межреберье выполнено. Усиленный первый тон, расщепление второго тона, систолический и пресистолический шумы на верхушке, систолический и диастолический шумы на аорте и в точке Боткина, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс — 126, ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/80. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, слегка болезненная. Температура при поступлении — 35,8°, в дальнейшем — нормальная, изредка (3 раза за время пребывания в стационаре) подъем до 37,6°.

Кровь. 30/VIII-58 г.: Л — 10 600, РОЭ — 62 мм/час. 5/IX: Э. — 2 590 000, Нб — 48% — 8 г%; ц. п. — 0,9; Л. — 10 000, э. — 1%, п. — 5%, с. — 75%, л. — 18%, м. — 1%, РОЭ — 61 мм/час.

Моча — формоловая проба (5/IX, 10/IX) положительная. В моче — следы белка, гиалиновые цилиндры — 2—3 в поле зрения, уд. вес — 1023—1025.

На ЭКГ от 30/VIII-58 г.: синусовая тахикардия, правограмма, замедление и нарушение внутрипредсердной проводимости, обширный инфаркт передней стенки левого желудочка.

30/VIII появился шум трения перикарда.

1/IX боли в области сердца значительно уменьшились, в дальнейшем периодически усиливались.

8/IX появился протодиастолический ритм галопа, который держался до дня смерти.

Лечение: строгий постельный режим, антибиотики (пенициллин, стрептомицин), аспирин, эризид, строфантин, кофеин, камфара, папаверин, люминал, диуретин, при болях в области сердца — морфин с атропином.

23/IX состояние больного, бывшее до того относительно удовлетворительным, после нарушения больным режима начало быстро ухудшаться: резко усилилась