

Ф.Т. Красноперов (Казань).

Более 50 лет с полной блокадой сердца

Нами описаны несколько случаев полной блокады сердца на фоне ревматизма (“Тер. арх.”, 1955), причем как благоприятного, так и неблагоприятного клинического течения. Во всех случаях электрокардиографически был отмечен перерыв в прохождении импульса от предсердий к желудочкам, когда предсердия и желудочки сокращаются независимо друг от друга. Некоторые авторы считают, что продолжительность жизни больных с полной атриовентрикулярной блокадой сердца ревматической этиологии не превышает 2—3 года.

В данном сообщении мы продолжаем описание клинического наблюдения в течение 52 лет больной с полной атриовентрикулярной блокадой сердца без искусственного водителя ритма. В предыдущих сообщениях было отмечено, что больная Е., 20 лет, в 1947 г. перенесла ангину (явления тонзиллита, ОРЗ наблюдались и раньше). Через 2—3 недели после острого периода заболевания, во время танцев внезапно потеряла сознание.

При обследовании в клинике был установлен диагноз ревматического миокардита без поражения суставов и клапанов сердца с полной атриовентрикулярной блокадой. Имели место субфебрильная температура, частота пульса — 34 уд. в 1 мин, систолический шум у верхушки сердца, периодически “пушечный тон” Стражеско, СОЭ — 10 мм/ч. ЭКГ показала полную атриовентрикулярную блокаду. Во время потери сознания отмечались резкая бледность, цианоз, судороги.

После проведенной десенсибилизирующей терапии и назначений других средств (сердечные, аспирин, витамин К) температура нормализовалась, больную выписали из клиники.

Вышла замуж, в 1948 г. забеременела, от прерывания беременности отказалась, не согласилась и на постановку искусственного водителя ритма. АД — 110/80 мм Hg, периодически беспокоили головные боли, одышка при быстрой ходьбе, иногда приступы потери сознания. Выполняла домашнюю работу. Беременность доведена до 9 месяцев, успешно осуществлена операция кесарева сечения. Послеоперационный период протекал благоприятно, ребенок остался жив.

В последующие годы обострений ревматизма не было, больная продолжала заниматься домашней работой, пульс был в пределах 34—38 уд в 1 мин, АД — 120/80 мм Hg. Периодически возникали головные боли, одышка при ходьбе, изредка кратковременная потеря сознания. Больная находилась под диспансерным наблюдением, принимала валокордин, временами кофеин. После сильного нервно-психического потрясения (болезнь и смерть 16-летней дочери) и физического перенапряжения состояние ухудшилось — повысилось АД, усилились одышка, общая слабость. Больная стала чаще прибегать к приему кордиамина, кофеина, временами атропина и преднизолона (по 5—15 мг в сутки). На ЭКГ в этот период (май 1973 г): PP = 0,9 с, ритм предсердий — 67, желудочков — 33 в 1 мин, угол $\alpha = +7^\circ$; QRS = 0,08 с, QRST = 0,50 с, систолический показатель 32%, периодически зубец Р наслаивается на QRS, зубец Т уплощен во всех отведениях.

Заключение: полная атриовентрикулярная блокада, электрическая ось отклонена влево; зубец Т дистрофического типа.

За первый более чем 25-летний период больная лишь 5 раз находилась на стационарном лечении. Ухудшение состояния обычно наблюдалось при простуде и обострении хронического тонзиллита (субфебрилитет, усиление одышки, ноющие боли в сердце, временами болезненность суставов и появление ревматической пурпуры).

В последующее 25-летие, на фоне обычной клинической картины заболевания сердца, соответствующей уже миокардитическому кардиосклерозу с полной атриовентрикулярной блокадой сердца, на ЭКГ появились признаки гипертрофии левого желудочка, сохраняется узловой ритм из атриовентрикулярного соединения, отрицательный зубец Т в I отведении AVL, V₄₋₅₋₆ отведениях, замедление и нарушение внутрисердечной проводимости. QRS = 0,10 с, QRST = 0,48 с, RR = 75 с, P = 0,12 с, частота сердечного ритма — 34 уд. в 1 мин, угол $\alpha = +1$, PP = 1,00 с (60 уд. в 1 мин).

Клинически: временами приступы болей в области сердца, изредка кратковременная потеря сознания (проходит самостоятельно), частота пульса варьирует от 28 до 44 уд. в 1 мин, число дыхательных движений — 20—26 в 1 мин, колебание уровня АД в пределах 230/50 мм Hg, чаще на уровне 180/60 — 190/100 мм Hg. Боли в сердце особенно беспокоят при смене погоды и быстрой ходьбе, плохой сон (затруднено засыпание, частые пробуждения). С октября 1998 г. на фоне хронического гастрита диагностированы язвенная болезнь желудка, хронический колит, холецистит, дивертикул пищевода.

В последние месяцы больная получает амбулаторно валокордин, коринфар, временами сустак, нитросорбит, поливитамины, находится под наблюдением участкового терапевта с периодическими консультациями специалистов Казанского кардиологического центра.

Данное многолетнее наблюдение о благоприятном течении миокардита (миокардиосклероза) с полной атриовентрикулярной блокадой сердца, несмотря на развитие ИБС, гипертонической болезни и патологии органов пищеварения, свидетельствует о больших компенсаторных возможностях организма человека в борьбе с болезнью.