

ПРИСТУП МОРГАНЬИ-АДАМС-СТОКСА ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРООРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

*Государственный институт усовершенствования врачей, городская клиническая больница № 10,
г.Иркутск, Россия*

Приведено клиническое наблюдение больного с прогрессирующим течением синдрома слабости синусового узла, осложнённого приступом Морганьи-Адамс-Стокса, как последствия профессиональной интоксикации комплексом химических веществ, включая хлороорганические соединения.

Ключевые слова: синдром слабости синусового узла, синдром Морганьи-Адамс-Стокса, профессиональная интоксикация, хлороорганические соединения

The case report is given of the progredient sick sinus syndrome complicated by a Morgagni-Adams-Stokes attack due to the professional intoxication by a complex of chemical compounds including organochlorine ones.

Key words: sick sinus syndrome, Morgagni-Adams-Stokes syndrome, professional intoxication, organochlorine compounds.

D. Morgagni в 1761 году впервые описал асистолию сердца с характерными клиническими симптомами. В последующем эти приступы получили наименование приступов Морганьи-Адамс-Стокса как отражение остановки сердца при полной атриовентрикулярной блокаде или других вариантах асистолии, в том числе при синдроме слабости синусового узла (СССУ).

Этиология СССУ у взрослых весьма разнообразна: ИБС, миокардиты и постмиокардитический кардиосклероз, врождённая и инволютивная дегенерация специализированной системы сердца, электротравма, тромбоз артерии синусового узла, метастазы в сердце карциномы, полицитемия (болезнь Вакеза), коллагенозы, сахарный диабет, тиреотоксикоз, мышечная дистрофия Фридрейха, токсическая миокардиодистрофия вследствие бытового воздействия карбофоса, хлорофоса, алкоголя, никотина и некоторых лекарственных средств [1, 2, 4, 5, 6, 7].

Гипотеза о генетической природе СССУ изучалась, но не получила своего убедительного подтверждения [3]. Профессиональные же отравления до настоящего времени были неизвестны как причина брадисистолии. Приводим клиническое наблюдение, дополняющее общепринятые представления о генезе СССУ.

Больной Г., 28 лет, в прошлом офицер МВД экстренно доставлен 11.02.2000 в ГКБ № 10 по поводу приступа синкопе. Предъявлял жалобы на слабость, кардиалгию, которые впервые появились после участия в декабре 1992 г. в тушении пожара на Иркутском кабельном заводе, где получил острое профессиональное отравление комплексом токсических веществ, значительную часть которых представляли хлороорганические соединения (винилхлорид, хлористый этилен, дихлорэтан, четырёххлористый углерод, хлористый водород, фосген и пр.) Систематически наблюдается и получает лечение по этому поводу в профпатологических клиниках. Более производственному контакту с вредными химическими веществами не подвергался. До призыва в МВД сердечно-сосудистых заболеваний не отмечалось.

С 1998 г. появились спонтанные приступы синкопе. Последний синкопальный приступ развился непосредственно перед госпитализацией после эмоционального перенапряжения накануне: в 6 часов утра больной внезапно почувствовал резкую общую слабость, головокружение, затем потерял сознание на 4 - 5 минут. Со слов жены (фельдшер кардиологической бригады скорой медицинской помощи) при этом кожа резко побледнела, влажная, самостоятельное дыхание отсутствовало, пульс на сонных артериях не определялся, зрачки широкие, на свет не реагировали, произошло непроизвольное мочеотделение.

Жена выполнила прекардиальный удар кулаком, после чего через 5 - 6 секунд восстановилось спонтанное дыхание, сердечная деятельность, сознание. После этого больной помнил события непосредственно перед приступом, свободно ориентировался во времени и пространстве.

При физикальном, лабораторном и рентгенологическом обследовании патологии не обнаружено. Эхокардиография: клапанный аппарат без особенностей, зоны гипо-, акинезии не выявлены, систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса = 54 %). Выполнены электрокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы в течение 24 часов на аппарате Кардиотехника - 4000 фирмы Инкарт (СПб) и атропиновая проба (отрицательная). Синусовая проба отрицательная, что в значительной мере исключает синдром гиперчувствительности каротидного синуса и ваго-вазальные обмороки.

На основании анализа предшествующего течения заболевания и вышеизложенных данных установлен заключительный диагноз: последствия острой интоксикации комплексом токсических веществ, включающем хлороорганические соединения: токсическая миокардиодистрофия, СССУ, декомпенсированная форма (резкая синусовая брадикардия, непароксизмальная политопная предсердная тахикардия, парасистолия, феномен тахи-брадикардии, приступ Морганьи-Адамс-Стокса).

Обращает внимание прогредиентное течение СССУ в отдалённый период после перенесённой интоксикации, на фоне разобщения с профессиональными вредностями и периодической общеукрепляющей терапии.

Больному проведено лечение, включающее кардиопротективные, дезинтоксикационные и общеукрепляющие средства. От имплантации постоянного электрокардиостимулятора больной категорически отказался. Наблюдение в течение 1 года показало, что на

фоне регулярного приёма беллоида и ограничения психоэмоциональных и физических нагрузок больной периодически испытывает пресинкопальные состояния, однако приступы Морганьи-Адамс-Стокса не отмечались.

Данный клинический случай доказывает возможность токсического генеза СССУ, осложнённого приступом Морганьи-Адамс-Стокса, как последствия отравления комплексом химических веществ, включающим хлорорганические соединения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева М.Б., Цуй Син Н.Ю., Ершова Е.Г., Батьянов И.С. Синдром слабости синусового узла при полицистемии. Актуальные проблемы клинической медицины. – Иркутск, 1998, С. 3-4.
2. Аритмии сердца. Механизмы, диагностика, лечение. В 3 томах: Пер. с англ. / Под ред. В.Дж. Мандела. – М.: Медицина, 1996. – 1534 с.
3. Бурова Н.Н., Чирейкин Л.В., Медведев М.М. Популяционно-генетический анализ у больных синдромом слабости синусового узла. Вестник аритмологии, 1999, № 11, С. 14–18.
4. Егоров Д.Ф., Чирейкин Л.В., Шубик Ю.В. Патология синусового узла и проводящей системы сердца.// В кн. Новые перспективы в электрокардиостимуляции. / Под ред. Ж.Мюжика, Д.Егоров, С.Барольд – СПб.: Сильван, 1995. С. 613-666.
5. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 1998. – 638 с.
6. Циммерман Ф. Клиническая электрокардиография. Пер. с англ. – М.: Бином, 1997. – 442 с.
7. Шульман В.А., Егоров Д.Ф., Матюшин Г.В. Выговский А.Б. Синдром слабости синусового узла. – СПб, 1995. – 424 с.