616-002.771:616.124|.125-008.313

TOTÁLNY ATRIO-VENTRIKULÁRNY BLOK U REUMATICKEJ HORÚČKY

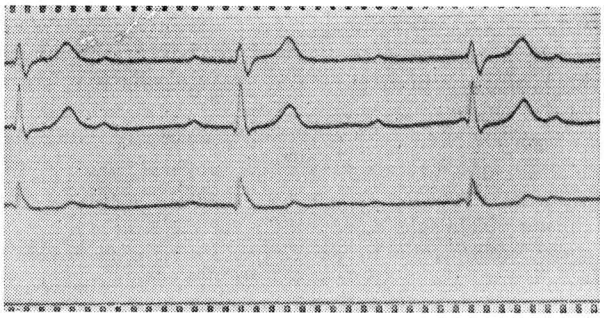
Podporučík Ján ORAVETZ, prom. lek.

Poruchy atrio-ventrikulárnej vodivosti sú u akútnej reumatickej karditídy veľmi časté a z EKG zmien pre reumatickú karditídu najcharakteristickejšie. Najčastejšie to býva len predĺžený P-Q interval, menej často blokády II. stupňa – Wenckebachove periody a parciálne bloky. Totálny AV blok sa u čerstvej reumatickej karditídy vyskytuje len veľmi zriedka, vzniká totiž najčastejšie na podklade ischemickom, len zriedka difterickom, alebo u starých organických reumatických poškodení srdca (Šedivý, Herles, Lepeschkin, Prusík). Tak napr. Šedivý zistil v svojej rozsiahlej zostave 290 nemocných s reumatickou horúčkou totálny AV blok len v 2 prípadoch (0,7 %), z toho u 142 nemocných 1. atakou ho nenašiel ani raz. Podobné pomery sme zistili i my v našej malej zostave 27 nemocných reumatickou horúčkou, elektrokardiograficky sledovaných, hospitalizovaných u nás od októbra 1957 do mája 1958 včítane. U jedného nemocného I. atakou sme však zachytili krátkodobý výskyt totálneho AV bloku, ktorý si pre túto jeho spomínanú výnimočnosť dovoľujeme zverejniť.

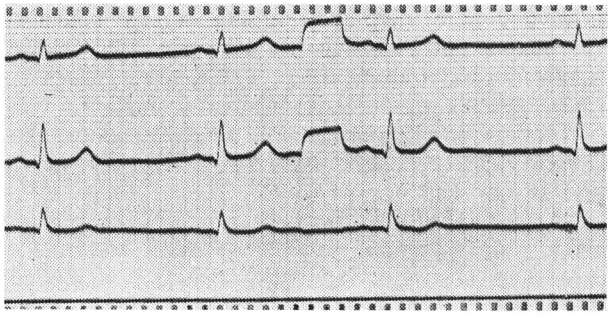
Ide o 21ročného vojaka základnej služby, ktorý dosiaľ nebol nikdy vážnejšie nemocný. Otec jeho je v dôchodu pre reumatickú srdcovú vadu. Menovaný začiatkom februára t. r. ochorel na angínu a tri dni ho liečili na ošetrovni útvaru nejakými tabletkami. Koncom februára sa angína opakovala, znovu podobným spôsobom ho liečili tri dni na ošetrovni. 8. III. sa začal cítiť malátnym, 10. III. sa hlásil na ošetrovni s bolesťami v kĺboch. Zistená FW 80/120 a pacienta previezli k nám. Pri prijatí: pacient strednej postavy, dobrej výživy a silne vyvinutého svalstva. Teplota 38,8° C, spojivky prekrvené, očné bulby lesklé, koža ružová, teplá, spotená. Sťažuje si na silné bolesti skoro vo všetkých veľkých kĺboch horných i dolných končatín, pre ktoré sa nemôže ani dobre pohnúť, musí byť prenášaný apod. Koža nad oboma kolenami a zápästiami bledá, teplá, kĺby zdurelé, opuchlé. Lokálny nález na ostatných kĺboch – až na teplotu – negatívny. Akcia srdca bola pomalá, pravidelná 42/min, poklepové stemnenie hrotu siaha po prednú axilárnu čiaru. Ozvy nad všetkými ostiami tupé, nad hrotom fúkavý systolický šelest s propagáciou do axily a počuteľný i nad ostatnými ostiami. 2. ozva na hrote naznačene rozdvojená. Le 10 000, v moči opalesc. bielkovín.

Na EKG v štandardných svodoch totálny blok AV. Frekvencia predsiení 86/min, komôr 30/min. Blok pravého ramienka – QRS rozšírené na 0,20″, $T_{II, III}$ vysoké, hrotnaté.

Na druhý deň, napriek masívnej antireumatickej liečbe nález totálneho AV bloku trvá, len frekvencia komôr je 32/min. (viď obr. č. 1). Tretí deň sa už nález mení, zaznamenávame čiastočnú blokádu II. stupňa 1. typu, tj. Wenckebachove periody v menlivom pomere 4 : 3 a 3 : 2, tvar QRS sa normalizoval, doba činí 0,10″, $T_{II, III}$ nižšie a tupšie. Tento nález niekoľko



Obr. 1



Obr. 2

dní pretrváva a 17. III. zisťujeme už pravidelnú akciu, na EKG len blok I. stupňa – predĺžený sieňokomorový prevod na 0,44″. Tento interval sa postupne skracuje a 28. III. činí P-Q 0,18″, čo už zostával. (obr. č. 2).

Primerane s EKG obrazom sa mení i klinický nález. Bolesti v kĺboch a lokálny kĺbový nález za niekoľko dní vymizli. Na srdci trval drsný systolický šelest nad hrotom s propagáciou do axily i na srdcovú bázu ešte asi 2 mesiace, ku koncu hospitalizácie jeho intenzita klesala a charakter sa menil, až zostala len 1. ozva na hrote niečo tupšia, bez výslovného šelestu. Sedimentácia Er klesla už za prvých 20 dní skoro k normálu a pacienta sme po dvoch mesiacoch hospitalizovania prepustili po priezkumnom riadení vo výbornom subjektívnom i objektívnom stave do pomeru mimo činnú vojenskú službu.

Je to teda typický prípad vzniku reumatickej horúčky, s kĺbovou a srdcovou (v zmysle prudkej myo- a endokarditídy) manifestáciou, po špatne liečenom zápalovom onemocnení horných dýchacích ciest – angíne, ktorá sa dokonca v krátkom intervale dvakrát opakovala a ktorú môžeme ex post s najväčšou pravdepodobnosťou považovať za streptokokovú.

Vymiznutie elektrokardiografických zmien, tj. úplný návrat krivky k norme je dôkazom známej skutočnosti, že i tie najťažšie EKG nálezy v prudkom období reumatickej karditídy sa môžu napraviť bezo zbytku a nie sú smerodatné pre ďalší vývin ochorenia.

Súhrn

Autor referuje o prípade výskytu totálneho atrioventrikulárneho bloku u I. ataky reumatickej horúčky, vzniklej po opakovanej špatne liečenej angíne. Nález sa behom hospitalizácie upravil k norme.

Písemnictví

Šedivý, J.: Vojen. zdravot. listy, príloha č. 2, XXVII, č. 4, 1958.

Prusík, B. a Pelnář, J.: Pathol. a therapie nemocí vnitř. IV. Praha 1956.

Lepeschkin, B.: Das Elektrokardiogramm, Dresden–Leipzig 1957.

Herles, Fr.: Základy elektrokardiografie, Praha 1954.