

Из Центр. городск. поликлиники Рабмеда в Одессе (Главврач. Г. Ландесман).

К клинике расстройства проводимости в атрио-вентрикулярном узле после дигалена.

Д-ра Г. И. Кац.

С 1 электрокардиограммы.

Первым проявлением затруднения проводимости в Aschoff-Ta-war'овском узле и His'овском пучке является удлинение интервала P—R на электрокардиограмме. Интервал P—R обычно равен 0,1", редко он удлиняется до 0,15", еще реже он доходит до 0,2", в патологических же случаях он может доходить до 0,25" и выше.

Если проводимость в Aschoff-Ta-war'овском узле и His'овском пучке ухудшается, интервал P—R становится длиннее, и отдельные импульсы от предсердий могут вовсе не доходить до желудочков; тогда образуется неполный блок.

Если ухудшение проводимости нарастает постепенно, то в связи с этим замечается в ряде последовательных ударов постепенное удлинение интервала P—R. Тогда после нескольких ударов с все более и более нарастающим замедлением проводимости, выпадают отдельные сокращения желудочков; после этого проводимость специфической мышечной системы сердца опять восстанавливается; затем опять постепенно нарастает ухудшение проводимости, опять выпадают отдельные сокращения желудочков и т. д. и т. д. Эти постоянно и постепенно нарастающие интервалы носят, как известно, название периодов Wenkebach'a и могут служить предтечей неполных блоков; при высших же ступенях расстройства проводимости может наступить и полный сердечный блок.

На практике наблюдаются переходные формы, когда неполный блок переходит в полный или когда неполный блок переходит в правильный ритм сердца с нормальным или удлинненным временем проведения возбуждения от предсердий к желудочкам (Мандельштам). Straub полагает, что His'овский пучок проводит все импульсы с одинаковой быстротой, но в ослабленном виде; причем рефрактерная фаза сердечной мышцы по отношению к слабым раздражениям длительнее, чем при обычных условиях. Мандельштам придает большое значение состоянию узла Aschoff-Ta-wara, так как от его реактивной способности зависит сравнительно продолжительный период проведения раздражения от предсердий к желудочкам.

И, действительно, не представляя собой единообразного автоматического центра, Aschoff-Ta-war'овский узел состоит из цепи друг с другом соединенных центров с разной высотой автоматии, причем центры эти анатомически друг от друга ничем не различаются, отличаясь только функционально (Wenkebach). Что касается проводимости в Aschoff-Ta-war'овском узле, то Hering показал, что она здесь идет с большим опозданием, а Lewis вычислил, что скорость распространения возбуждения в узле в 20 раз меньше, чем в His'овском пучке: в одну секунду скорость в узле 200 mm., а в His'овском пучке—4.000 mm. Кроме того, из исследований Г. Ф. Ланга мы знаем, что иногда при разрушении части пучка, оставшиеся волокна продолжают нормально проводить импульсы, и блока, даже частичного, может и не быть (Арьев).

Max Stoss изучал специально клиническое значение „Ueberleitungszeit“ на Ekg, снятых у 156 лиц с здоровым и больным сердцем, тщательно измеряя промежуток времени от начала зубца P до начала зубца R. Измерения производились только на Ekg, снятых во II отведении, дающем наиболее точные данные в сравнительно более выраженных зубцами предсердий P. Лиц без органического порока было исследовано 73, с пороками сердца при явлениях недостаточной деятельности сердца 83. В случаях без пороков сердца Stoss нашел для интервала средние цифры в пределах $0,153''$ — $0,183''$, в случаях с пороками сердца в пределах $0,153''$ — $0,203''$. У здоровых в отношении сердца субъектов высокие цифры (maxim. $0,205''$) отмечены при наличии выраженной ваготонии. Наоборот, низкие цифры отмечены при симпатикотонии (в среднем $0,141''$). В группе с пороками сердца наиболее высокие цифры дают страдающие митральным стенозом, особо неблагоприятно отражающемся на предсердиях. Ценность определения интервала P—R для клиники Stoss видит в случаях без органического поражения сердца в возможности учета состояния вегетативной нервной системы и ее влияния на сердце. При пороках же сердца, удлинение интервала P—R, не говоря ни за, ни против миокардита, может дать указание на состояние предсердий; при повторных же исследованиях на грозящее мерцание предсердий, на возможность блока и, наконец, на *передозировку* дигиталиса.

Я подчеркиваю это последнее положение, так как из нижеприводимой истории болезни видно будет значение его.

Возвращаясь к Wenkebach'sким периодам, нужно отметить, что наблюдаются иногда случаи, где, несмотря на резкое понижение проводимости атрио-вентрикул. узла, вызывающее выпадение некоторых сокращений желудочков, не бывает удлинения интервала P—R (Мандельштам). Такие случаи неполной диссоциации с выпадением сокращений желудочков, но без предшествующего удлинения интервала P—R, зависят уже от органич. заболевания His'овского пучка (Г. Ф. Янг, Мандельштам). Такие случаи представляют собой начальные стадии длительного полного блока и Adam-Stokes'овых припадков, в противоположность тем случаям, где мы имеем постепенное замедление проведения между предсердиями и желудочками, образование периодов Wenkebach'a и выпадение отдельных сокращений желудочков после наиболее длинного интервала. Случаи этого типа, по мнению некоторых исследователей (Hoffmann, Мандельштам), вызываются функциональными моментами, при раздражении нервов, отравлении, удушении и проч.

Очень редко встречаются кривые, где были бы периоды или волны Wenkebach'a без выпадения отдельных сокращений желудочков; к ним относится наш случай.

Р. Л., девица 24 лет от роду, по профессии учительница, живет в глухой провинции. Обратилась ко мне с жалобами на замирание и другие неопределенные ощущения в области сердца. Шесть лет тому назад она перенесла острый сочленовный ревматизм. До того имела корь и ветряную оспу. В последние 2 года начала „чувствовать“ сердце. Сначала при физических напряжениях, а потом и при волнениях, начались сердцебиения, которые сильно беспокоили б-ную. В последнее же время особенно начали беспокоить б-ную припадки замирания сердца и другие неопределенные ощущения в сердечной области, которые больная не могла точно формулировать.

Среднего роста, умеренного питания и сложения. Со стороны легких—укло-нений нет. Сердце: толчок в 5-м межреберном промежутке, frémissement cataire; верхняя граница у верхнего края 3-го ребра, левая—нормальна, правая на 1 па-лец за l. parastern. dextra. Пресистолический шум у верхушки, акцент на 2-ом тоне art. pulmonalis. Пульс 78 в 1', правильный. Кров. давление 120/70. Печень не увеличена, со стороны брюшных органов (желудка, кишек) ничего ненормаль-ного. Селезенка не увеличена. Menses—правильны. Моча: у. вес 1,020, белка сле-ды, сахару нет; в осадке крист. щавелевокисл. извести. Со стороны нервной си-стемы ничего ненормального.

Служа в провинции, познакомилась с фармацевтом, который стал ее жени-хом; узнав, что у нея болезнь сердца, он начал ее лечить дигаленом, который у него в количестве несколько флаконов остался от довоенного времени. После двух флаконов б-ная начала чувствовать замирание сердца, которое ее сильно волно-вало, почему она поспешила в Одессу, чтобы посоветываться со специалистами.

Мы имели обыкновенный случай стеноза лев. венозн. отверстия на почве ревматического полиартрита в стадии полной компенсации. Из анам-неза очевидно, что компенсация ни разу в течение последних шести лет не нарушалась, следовательно никаких показаний к назначению дига-лена не было. При тщательном исследовании больной я не мог найти ни со стороны сердца, ни сосудов ничего такого, что объяснило бы мне ощущаемые больной „замирания“ сердца.

Зная свойства дигиталиса, который может в одних случаях пра-вильный ритм предсердий перевести в трепетание, а трепетание в мерцание (Арьев), в других случаях вызывать неполный или полный блок, главн. образом правой ножки His'овского пучка, как это показал Зеленин, или вызвать расстройство и понижение проводимости в Aschoff-Ta-war'овском узле и His'овском пучке,—я предложил б-ной снять Ekg.



Из анализа этой Ekg, мы видим, что каждый оборот сердца=0,75", аритмии нет. Кроме того, в первом обороте интервал P—R=0,18"; во втором обороте интервал P—R=0,24"; в третьем обороте P—R=0,3"; в четвертом обороте P—R опять=0,18"; в пятом опять 0,24"; в шестом опять=0,3" и т. д., таким образом мы имеем постепенное удлинение интервала P—R, т. е. постепенное ухудшение проводимости в атрио-вентрикулярном узле, но без выпадения сокращений желудочков и без удлинения самого оборота сердца, который и при коротком интервале (0,18") и при длинном (0,3") равен 0,75". Интервал же P—P, т. е. время между сокращениями предсердий в первом обороте и втором=0,7", во втором и третьем=0,65", в третьем и четвертом=0,85"; в четвертом и пятом опять=0,7"; в пятом и шестом опять=0,65" и т. д.—повторяясь таким образом от начала до конца и от конца до начала. Суммируя данные анализа Ekg нашей больной, мы приходим к заключению, что в данном случае обнаружено: 1) образование Wenckebach'овских волн вследствие постепенного ухудшения проводимости атриоventрикулярного узла и His'овского пучка; 2) отсутствие выпадений отдельных сокращений желудочков при максимальном удлинении интервала P—R, достигающем 0,3"; 3) особое избирательное действие, в данном случае дигалена, на левый блуждающий нерв, который

разветвляется в атрио-вентрикулярном узле и His'овском пучке и при раздражении коего мы имеем понижение проводимости там же, что было и в нашем случае. Если бы дигален одинаково действовал в данном случае и на правый блуждающий нерв, который разветвляется в Keit-Flak'овском узле, мы имели бы *понижение* образования импульсов к сокращению, т. е. уменьшение числа пульсовых ударов; этого в данном случае не было, так как пульс все время и по сердцу, и по лучевой артерии колебался между 78 и 80, в ", но не ниже. Во всяком случае нужно допустить, что в данном случае действие дигалена на левый блуждающий нерв было значительно сильнее действия его на правый, что в результате сказалось в понижении проводимости без замедления пульса. 4) Дигален, принимавшийся больной без нужды и без контроля и в сравнительно большой дозе (по 20 кап. 5 раз в день), произвел в данном случае укорочение паузы между систолой желудочков и систолой предсердий, удлинив в то же время паузу между систолой предсердий и систолой желудочков. 5) Этой внутренней „перетасовкой“ и можно объяснить те явления со стороны сердца, которые больная характеризовала, как „замирание“ сердца.

После прекращения приемов дигалена замирание сердца продолжалось еще семь дней, ослабевая с каждым днем. Начиная с восьмого дня после прекращения приемов дигалена замирание совершенно исчезло. Больная оставалась под наблюдением еще две недели, после чего была отпущена домой с советом впредь без врача не принимать никаких лекарств.

Через три месяца получено извещение, что больная чувствует себя прекрасно, работает и припадков „замирания“ сердца у нее больше нет.

Из Пропедевтической хирургической клиники Казанского гос. университета.
(Директор проф. П. М. Красин).

К вопросу о первичной саркоме желудка ¹⁾.

Ординатора Д. Н. Федорова.

В противоположность раковым новообразованиям желудка, встречающимся довольно часто и имеющим хорошо разработанную литературу, саркомы желудка (первичные) отличаются большой редкостью. Вопрос о первичных саркомах желудка до сих пор не выходит из периода накопления материала, описания отдельных случаев, суммирующих работ имеется сравнительно немного (Кричевский, Flebbe, Vatanе, Konietzny, Orator и др.). В силу той же редкости и отсутствия точных опорных пунктов для диагноза, саркомы желудка представляют, по большей части, неожиданную находку на операции или, что чаще, на аутопсии. Классические случаи Westphalen'a, Fleiner'a и Laibe, давших предварительную диагностику, первый на основании кусочков опухоли в промывной воде из желудка, вторые — на основании саркоматозных узлов в коже, являются единичными; труд-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции Общества врачей г. Казани 29 февраля 1928 г.