

Заслуживает внимания и тот факт, что приступы трепетания желудочков были довольно длительными, продолжаясь иногда до 10 мин.

Таким образом, приведенное наблюдение свидетельствует о том, что повторные приступы трепетания желудочков могут возникать у больных с мерцанием предсердий, быть продолжительными и не вести при этом к непосредственной гибели больного.

Поступила 15 ноября 1960 г.

О РЕФЛЕКСОГЕННОЙ И СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ РОЛИ ХОЛЕЦИСТИТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Канд. мед. наук И. Б. Гордон

Вторая кафедра терапии (и. о. зав. — доц. Г. А. Гольдберг) Новокузнецкого ГИДУВа

Пароксизмальная мерцательная аритмия при отсутствии митрального стеноза, миокардита, кардиосклероза и тиреотоксикоза встречается очень редко. Так, Н. М. Давидовским, Б. П. Кушелевским и др. описано возникновение пароксизмальной мерцательной аритмии после коммоций у людей со здоровым сердцем.

Указаний на сочетание приступов мерцательной аритмии с аллергическими состояниями, в том числе — неревматическими аллергическими васкулитами, и на роль аллергических механизмов в генезе этих приступов мы в литературе не встретили. Такие описания имеются лишь в отношении пароксизмальной тахикардии (Р. А. Лурия и Л. И. Виленский, В. Ф. Зеленин, А. Л. Михнев, Б. В. Лирин, С. И. Вульфович).

В свете приведенных данных известный интерес представляет наше клиническое наблюдение.

С., 32 лет, поступил 11/XII-58 г. с жалобами на приступы сердцебиения, протекающие с ощущением «перебоев сердца», недостатка воздуха, головокружением, общей слабостью, усиленным потоотделением и учащенным обильным мочеиспусканием. Кроме того, беспокоили тупые боли в правом подреберье, временами усиливающиеся, снижение аппетита, отрыжка и изжога, особенно после приема жирной пищи.

Считает себя больным с начала 1957 г., когда появились боли в правом подреберье. В апреле 1957 г. возник приступ болей в правом подреберье, сопровождавшихся повышением температуры и желтушностью склер. В мае-июне 1957 г. лечился в больнице по поводу холецистита.

В июне 1957 г. непосредственно после сильного эмоционального возбуждения впервые возник приступ сердцебиения, продолжавшийся 4 часа. С этого времени на протяжении полутора лет в периоды обострения холецистита закономерно отмечалось учащение приступов сердцебиения. Последние особенно участились в ноябре 1958 г. В это же время появилась крапивница. 9 и 11/XII 1958 г. перенес особенно тяжелые приступы сердцебиения, в связи с чем поступил в клинику.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная, покровы нормальной окраски. Со стороны ЛОР-органов и легких патологических изменений не определяется. Границы сердца не расширены, первый тон несколько приглушен. Выраженная тенденция к брадикардии (пульс лежа — от 46 до 64) и резкая лабильность ритма при переходе из положения лежа в положение стоя — пульс учащается до 110—120, отмечается резкое учащение ритма и при нескольких форсированных дыхательных движениях. АД — 110/80. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпация в области желчного пузыря болезненна. Симптом Орнтера положительный. Большой внешне спокоен, уравновешен, но рассказывает, что болезненно переживает различные мелкие неприятности, сдерживая эмоции. При волнениях обильно потеет. Во время эмоционального напряжения (проигрывая партию в шахматы) нередко отмечал повышение температуры до 37,8—38°. Через 20 мин после окончания игры температура нормализовалась.

Невропатолог констатировал признаки вегетативно-сосудистой дистонии. Глазное дно без патологических изменений. При рентгеноскопии органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта патологических изменений не обнаружено.

На ЭКГ, снятой вне приступа, патологических отклонений не выявлено. Во время приступа мерцательной аритмии (24/XII-58 г., см. рис. 1) отмечено крупноволновое мерцание предсердий с частотой желудочковых сокращений от 60 до 133, небольшое замедление внутрижелудочковой проводимости ($QRS = 0,11$).

Холестерин крови — 182 мг%. В порциях желчи, главным образом в порции «В», — до 40—50 лейкоцитов в поле зрения. В периоды усиления болей в правом подреберье появлялась субфебрильная температура, дважды отмечен умеренный лейкоцитоз (11300 и 13750) со сдвигом до 7—11% палочкоядерных. Баночная проба отрицательная. РОЭ — от 3 до 8 мм/час.

В моче белок — 0,066%, 2—3 свежих и до 4 выщелоченных эритроцитов в поле зрения. Реакция на уробилин положительна.

За время пребывания больного в отделении отмечено 37 приступов мерцательной аритмии с частотой сердечных сокращений до 140, продолжительностью от 15 мин до 53 часов.

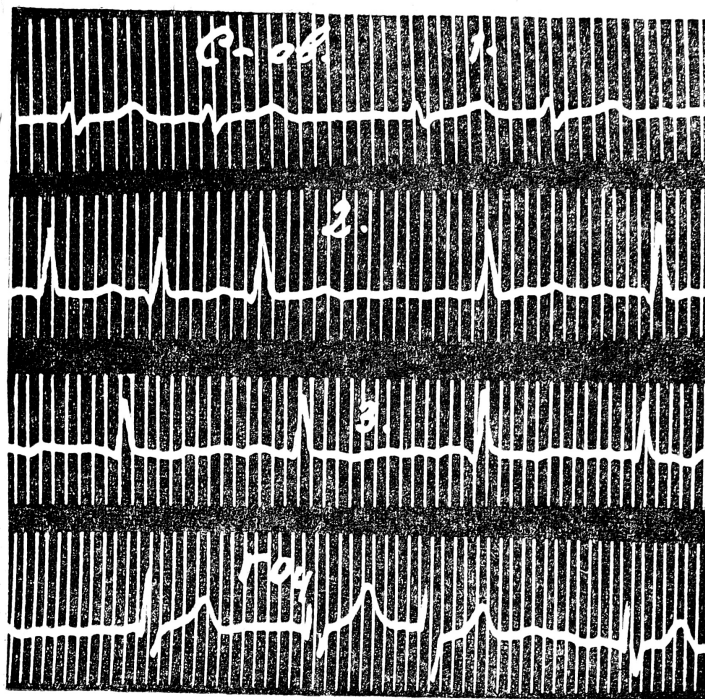


Рис. 1. ЭКГ больного С. от 24/XII-58 г.

Часто наблюдалось возникновение приступов аритмии после усиления болей в области желчного пузыря. Однажды (7/I-59 г.) усиление болей в правом подреберье сопровождалось сжимающими болями в области сердца, после чего возник приступ мерцательной аритмии. Отмечены припадки аритмии непосредственно после дуоденального зондирования и во время офтальмоскопии.

Обострения холецистита и приступы мерцательной аритмии часто сочетались с уртикарной. Обильные высыпания крапивницы оставляли после себя петехии на несколько дней.

Приведенные данные указывают на невроз с вегетативными проявлениями в виде повышения температуры при отрицательных эмоциях, *urina spastica*, обильного пототделения во время пароксизмов мерцательной аритмии, резких переходов от брадикардии к тахикардии при перемене положения тела, возникновения мерцательной аритмии при дуоденальном зондировании и офтальмоскопии.

Кроме того, налицо аллергический геморрагический васкулит (крапивница, оставляющая петехии, явления очагового нефрита). Параллелизм в появлении крапивницы и приступов мерцательной аритмии позволяет думать об аллергических изменениях характера геморрагического васкулита и в мышце сердца, играющих роль в патогенезе пароксизмов мерцания предсердий.

Возникновению аллергических реакций способствовала неуравновешенность нервной деятельности. «Если в основе аллергии лежит нарушение протоплазмодинамики, то реализуется аллергический (анафилактический) криз при помощи потрясенной вегетатики» (В. Ф. Зеленин).

Закономерная связь между приступами мерцательной аритмии и появлением крапивницы, с одной стороны, и обострениями холецистита, с другой, дает основание думать, что воспалительный процесс в желчном пузыре является и поставщиком аллергенов (пароксизмы мерцания чаще возникали через несколько часов после обострения болей в подреберье) и источником патологических рефлексов на сердце (приступы стенокардии и мерцательной аритмии вслед за болями в области желчного пузыря).

Лечение антибиотиками (биомицин, левомицетин) в сочетании с бутадионом и антигистаминными препаратами давало положительный эффект: урежение приступов мерцательной аритмии, исчезновение крапивницы, затихание явлений холецистита. Однако после отмены этих препаратов все эти явления возобновлялись.

В последующем, во время приступов мерцательной аритмии, возникавших каждые 2—3 дня, были проведены новокаиновая вагосимпатическая блокада слева и дважды — загрудничная новокаиновая блокада по Казанскому (60 мл 1/4% новокаина). Приступы прекращались лишь через 16—20 часов после блокады, на 2—2½ недели. Проводившееся ранее введение новокаина в вену эффекта не давало.

Создается впечатление, что новокаиновые блокады оказали эффект не в смысле блокирования патологических импульсов в экстракардиальных узлах и сплетениях, а в смысле благотворных трофических влияний на миокард, благодаря чему снижалась его возбудимость и наступало резкое урежение приступов мерцательной аритмии.

Упорный воспалительный процесс в желчном пузыре и явная связь с ним частых приступов мерцательной аритмии позволили нам рекомендовать больному холецистэктомия, от которой он пока отказался.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вульфович С. И. Тер. арх., 1953, 6. — 2. Давидовский Н. М. Клинич. мед., 1948, 7. — 3. Зеленин В. Ф. Тер. арх., 1939, 1. — 4. Лирин Б. В. Казанский мед. журн., 1935, 3—4. — 5. Михнев А. Л. Сов. мед., 1950, 15.

Поступила 6 июня 1960 г.

О СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И. К. Ищенко

Анатомическая близость и функциональная связь желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы создают такие условия, при которых поражение одного из этих органов способствует поражению и другого. Существенная роль принадлежит и рефлекторным воздействиям (интерорецептивным влияниям). Существование взаимосвязи заболеваний этих органов нашло выражение в работах Н. И. Лепорского о гепато-панкреатико-дуоденальной системе.

Существенное значение для вовлечения печени в патологический процесс имеет и нарушение пищеварения при язвенной болезни, а вследствие этого — поступление с током крови в печень патологических продуктов. Изучению функции печени при язвенной болезни посвящены работы многих советских авторов: Д. Г. Абрамович, И. А. Агеенко, Н. А. Аушева, З. В. Дамболина, М. Н. Егоровой, Л. М. Маилян, Н. М. Мусуляк, Ф. Ф. Сенициной, К. Г. Урбанюк, Е. И. Цукерштейн и др.

Поражениям желчного пузыря при язвенной болезни, нарушениям функций желчевыводящих путей посвящены работы И. Б. Шулуто, Т. И. Медведевой и Д. Матросович, А. Г. Терегулова, К. А. Маянской и др. Но в доступной нам литературе мы не нашли работ по изучению нарушений функции печени, поджелудочной железы, состояния желчного пузыря при язвенной болезни у лиц молодого возраста, то есть на ранних этапах язвенного процесса, когда лечение наиболее эффективно. Это и побудило нас обследовать и сопоставить состояние желчного пузыря, а также некоторых функций печени и поджелудочной железы у лиц молодого и среднего возраста.

Нами изучено 77 больных, из них с язвой в двенадцатиперстной кишке 72 и язвенной болезнью желудка — 5. Все наши больные мужчины. До 20 лет было 15 и от 21 года до 25 лет — 40 (первая группа). Больных среднего возраста от 36 до 50 лет было 22 (контрольная — вторая группа).

В группе молодых подавляющее большинство имело давность заболевания до 2 лет (41 человек), тогда как в группе среднего возраста половина болела 5 лет и более.

Безынтересно сопоставление частоты сопутствующих заболеваний и осложнений среди больных молодого и среднего возраста. Так, в группе молодых сопутствующие заболевания обнаружены у 35%, из которых заболевания печени, желчного пузыря отмечены у 20% и заболевания других органов брюшной полости (хронический и острый аппендицит, глистная инвазия, осложнения самой язвенной болезни) — у 9%.

В контрольной же группе среднего возраста такие сопутствующие заболевания и осложнения выявлены более чем у половины, из них заболевания печени и желчного пузыря достигали одной четверти всех больных. Несколько увеличенная печень обнаружена у молодых больных в 31% случаев, тогда как в группе среднего возраста она