

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 — загрузинная 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. Клин. 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. Шулуток, Т. И. Медведевой и Д. Магросович, 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.

Небезынтересно 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

наблюдалась в половине случаев. Более значительное же увеличение печени встретилось у 5% молодых больных и почти у  $\frac{1}{10}$  больных среднего возраста.

Область правого подреберья оказалась чувствительной при пальпации у молодых больных в  $\frac{1}{4}$  обследованных и у  $\frac{1}{3}$  группы среднего возраста.

Исследование желчи показало, что из 49 молодых больных обнаружены те или иные патологические изменения у 25. У 15 человек было значительное количество слизи во всех порциях желчи или в порциях В и С, у 7 в желчи обнаружено повышенное количество лейкоцитов и у 3 — лямблии.

В группе среднего возраста такие изменения встретились чаще: из 18 больных — у 14. У 8 больных изменения в желчи сводились к значительному увеличению слизи, а у 6 обнаружено значительное количество слизи и повышенное количество лейкоцитов. Отсутствие пузырного рефлекса при первом дуоденальном зондировании у молодых больных встретилось реже (2 случая), чем у больных среднего возраста (3 случая).

Определение чувствительности микрофлоры желчи к антибиотикам было произведено в 28 случаях. Наиболее высокая чувствительность микрофлоры желчи обнаружена к левомицетину, затем к стрептомицину, меньшая чувствительность была обнаружена к биомицину и низкая — к пенициллину. Эти данные полностью согласуются с нашими прежними наблюдениями, когда мы постоянно получали лучшие результаты при лечении холециститов и холангитов в тех случаях, где применялся левомицетин.

Исследование мочи на уробилин, желчные пигменты и кислоты произведено 47 больным молодого возраста. Положительная реакция на уробилин была у 8 больных и слабо положительная — у 19. Реакция на желчные кислоты была положительной и слабо положительной у 5. Ни у одного желчные пигменты не найдены.

Из 19 исследованных больных второй группы у 5 реакция на уробилин была положительной и у 7 — слабо положительной. Реакция на желчные кислоты положительной и слабо положительной была у двух, на желчные пигменты у всех отрицательна.

Реакция на стеркобилин в кале была положительной у всех больных первой и второй групп.

Проба Квика — Пытеля проведена 43 больным первой группы. Нормальной она оказалась у 37, незначительно пониженной — у 4 и значительно пониженной — у 2. Во второй группе проба Квика — Пытеля проведена 17 больным, оказалась нормальной у 16 и значительно пониженной — у одного.

Билирубин крови, реакция Таката — Ара и коагуляционная лента Вельтмана исследованы у 50 больных первой группы. У всех реакция на билирубин была непрямая, содержание его было нормальным у 49 и у одного — повышенным.

Реакция Таката — Ара была положительной у 2 больных и у остальных — отрицательной.

Коагуляционная лента Вельтмана была нормальной у 23 больных, сдвиг влево отмечен у 9 и вправо — у 18.

У обследованных 20 больных второй группы содержание билирубина было нормальным, реакция на билирубин была непрямая.

Реакция Таката — Ара оказалась отрицательной у 18 больных и слабо положительной — у 2.

Коагуляционная лента Вельтмана имела сдвиг влево у 2 больных и вправо — у 9. Повышенное содержание холестерина в крови обнаружено у 22 из 46 больных первой группы и у 9 из 20 — второй.

Содержание протромбина было повышенным у 23 из 48 больных первой группы и у 14 из 17 — второй.

Фибриноген крови исследован у 26 больных первой группы; содержание его было повышенным у 5 и у остальных нормальным.

У больных второй группы фибриноген крови исследован у 7, у 3 содержание его было повышенным и у 4 — нормальным.

Диастаза мочи из 47 больных первой группы была нормальной у 44, и у 3 ее содержание было повышенным. У больных второй группы диастаза мочи исследована у 16, нормальное ее содержание обнаружено у 15 и повышенное — у одного.

Все больные поступали на лечение в стадии обострения язвенной болезни. Применялось комплексное лечение (включая ганглиоблокирующие препараты). У всех больных кроме одного, имевшего длительный желудочный анамнез (хронический колит и глистную инвазию), к концу лечения отмечены уменьшение размеров печени и исчезновение ее чувствительности.

Этот факт заслуживает особого внимания, так как дает основание полагать, что изменения печени при язвенной болезни являются вторичными и на определенной стадии развития — обратимыми. Наличие у значительного количества язвенных больных обеих групп диастазы в моче на уровне верхней границы нормы дает основание думать о вовлечении в процесс и поджелудочной железы при язвенной болезни. Характерно, что такие изменения поджелудочной железы так же чаще встречаются у больных второй группы, то есть с большей давностью язвенной болезни. Во всех случаях обнаружения сопутствующих заболеваний органов брюшной полости направленное лечение заболеваний печени и желчного пузыря заметно повышало эффективность противоязвенной терапии.

## ВЫВОДЫ

1. Нарушение целого ряда функций печени у значительной части больных язвенной болезнью указывает на сопутствующий гепатит.
2. Эти поражения печени при язвенной болезни в большей мере связаны с длительностью, чем с тяжестью заболевания.
3. Уменьшение печени в процессе лечения язвенной болезни дает основание полагать, что эти изменения являются вторичными и на определенной стадии развития болезни — обратимыми.
4. Наряду с печенью, в патологический процесс при язвенной болезни нередко вовлекается и поджелудочная железа.
5. Успех в значительной степени зависит от своевременного и целенаправленного лечения сопутствующих заболеваний, и в особенности печени и желчного пузыря.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аушев Н. А. Врач. дело, 1953, 11. — 2. Лепорский Н. И. Некоторые вопросы клинической физиологии желудка, Л., 1948; Клин. мед., 1950, 8; Болезни поджелудочной железы, М., 1951. — 3. Маянская К. А. Казанский мед. ж., 1958, 2. — 4. Стражеско Н. Д. Тр. XIII Всесоюз. съезда терапевтов, Л., 1947; Сов. мед., 1948, 8. — 5. Терегулов А. Г. Казанский мед. ж., 1957, 1. — 6. Шулуток И. Б., Медведева Т. И., Матросович Д. Клин. мед., 1951, т. XXIX, 8.

Поступила 3 марта 1960 г.

## ПРИЖИЗНЕННОЕ РАСПОЗНАВАНИЕ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИТА<sup>1</sup>

*Канд. мед. наук Р. Я. Прижбельская*

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. Е. Я. Резницкая) Северо-Осетинского медицинского института

Узелковый периартерит впервые был описан Рокитанским более ста лет назад под названием «аневризматический диатез», а затем Куссмаулем и Майером — «нодозный периартерит».

В настоящее время все чаще стали включать узелковый периартерит в группу коллагеновых болезней, протекающих с поражением основного вещества соединительной ткани. А. И. Струков считает узелковый периартерит как бы заключительной фазой коллагенозов.

Диагностика ранних форм этого заболевания весьма затруднительна вследствие многосимптомности. Нередко при нем преобладают нарушения со стороны отдельных функциональных систем, в связи с чем выделяются почечная, печеночная, сердечная, легочная и другие формы узелкового периартерита.

Имеющиеся в литературе указания (М. Д. Злотников и др.) о почти полной неизлечимости (до 90% смертности) базируются на трудностях распознавания данного заболевания не только при жизни, но и на секционном столе.

В. Е. Любомудрову удалось собрать в литературе сведения о 1019 больных узелковым периартеритом, из которых 368 было распознано при жизни (на основании клинической картины, биопсии и исследования удаленных при операции органов). Из них было выписано из лечебных учреждений со значительным улучшением лишь 180 человек (58,9%), в дальнейшем длительно находившихся под наблюдением.

Важнейшей задачей является изучение ранних форм узелкового периартерита, поскольку лишь рано предпринятое лечение дает возможность избежать грозных последствий.

Приводим два своих наблюдения:

И. Ц., 60 лет, поступила 22/IX 1958 г. в тяжелом состоянии с жалобами на резкую общую слабость, исхудание, отсутствие аппетита, повышение температуры, тупые ноющие боли в правом подреберье, боли в костях и мышцах нижних конечностей, ощущение сильной слабости в ногах, понижение чувствительности кожи ног.

Считает себя больной около года, но лишь 4 месяца тому назад слегла в постель из-за резко нарастающей слабости, исхудания, повышения температуры; изредка отмечались тошнота и рвота; постепенно появилось понижение чувствительности кожи в области нижних конечностей. За последнее время отмечает снижение зрения, ощущение двоения в глазах. В прошлом перенесла сыпной тиф, малярию, воспаление легких,

<sup>1</sup> Доложено на заседании Республиканского терапевтического общества (г. Орджоникидзе) 25/III 1959 г.