

З. Л. ДОЛАБЧЯН, К. Т. ГАСПАРЯН

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
ПРИ ГЕПАТОХОЛЕЦИСТИТАХ

Изучение изменений сердечно-сосудистой системы при гепатохолестиститах представляет определенный интерес. На основании клинических и гемодинамических наблюдений уже можно прийти к выводу, что при гепатохолестиститах поражаются и органы кровообращения.

В литературе имеется ряд работ об изменениях сердечно-сосудистой системы при болезни Боткина [2, 3, 4, 5 и др.]. Однако работ о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы при гепатохолестиститах недостаточно и исследования по этому вопросу немногочисленные, так, например, электрокардиограмма зарегистрирована с применением только лишь стандартных и некоторых грудных двухполюсных отведений. Между тем современная электрокардиология обогатилась целым рядом новых однополюсных отведений, в значительной степени дополняющих сведения, получаемые обычными двухполюсными отведениями, ввиду чего обращаем внимание на изучение данного вопроса.

Под нашим наблюдением находилось 100 больных (мужчин—45, женщин—55), из которых 13 страдало острым гепатохолестиститом, 14—подострым и 73—гепатохолестиститом в хронической форме. Больные по возрасту распределялись: от 16 до 25 лет—31, от 26 до 33 лет—34, от 34 до 41 года—22, от 42 до 49 лет—11, от 50 лет и выше—2. Итак, возраст большинства больных был в пределах от 20 до 40 лет.

Мы исследовали больных молодого возраста, когда еще не выражены атеросклеротические или возрастные изменения. Кроме того, мы взяли под наблюдение таких больных, у которых подробное анамнестическое обследование не обнаруживало в прошлом перенесенных сердечных заболеваний (ревматизм и др.).

В данной статье мы приводим электрокардиографические изменения при гепатохолестиститах с различным течением и разной продолжительностью.

Электрокардиографические исследования производились подробно с регистрацией в 12 отведениях: 3 стандартных, 3 усиленных однополюсных от конечностных, 6 грудных однополюсных (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-6). Обследование проведено у всех больных при одинаковых условиях в начале и в конце лечения.

В табл. 1 отмечены главные отклонения, которые выявлены при электрокардиографическом исследовании.

Из табл. 1 видно, что при гепатохолестиститах часто наблюдается гипертрофия желудочков, особенно правого, что мы объясняем в резуль-

тате экспериментальных данных [1 и др.] гипертонией в малом кругу кровообращения. Гипертрофию левого желудочка мы связываем с миокардиодистрофией и сосудистыми изменениями.

В 57% случаев выявлены изменения со стороны мышц предсердий, особенно выраженные в I и II отведениях в виде изменений в форме и величине зубца Р; у 18% больных отмечены изменения мышц желудочков и у 8% — нарушения их сократительной функции. В некоторых случаях отмечены явления недостаточности коронарного кровообращения.

Общий вольтаж в большинстве случаев колебался в пределах нижних границ нормы.

Таблица 1

Электрокардиографические изменения при гепатохолециститах	Острый гепатохолецистит		Подострый гепатохолецистит		Хронический гепатохолецистит	
	до	после	до	после	до	после
Гипертрофия левого желудочка	2	2	2	2	22	22
Гипертрофия правого желудочка	6	6	4	4	11	11
Изменение мышц предсердий	8	6	8	6	41	34
Изменение мышц желудочков	3	1	—	—	15	5
Нарушение сократительной функции мышц желудочков	2	—	1	1	5	3
Недостаточность коронарного кровообращения	1	1	—	—	2	—
Увеличение систолического показателя . . .	2	—	1	1	5	3
Уменьшение общего вольтажа	2	1	1	1	4	2
Синусовая тахикардия	3	2	2	—	2	1
Синусовая брадикардия	1	1	1	—	4	2
Нарушение внутрипредсердной проводимости	—	—	—	—	1	—
Неполная предсердно-желудочковая блокада (первый тип)	—	—	—	—	3	2
Нарушение внутрижелудочковой проводимости (с неполной блокадой ножек пучка Гиса) .	2	2	1	1	5	4

Из нарушений ритма наблюдалась синусовая тахикардия или брадикардия, причем в сравнительно небольшом числе случаев. Нередко встречались изменения функции проводимости миокарда, в особенности при хронических гепатохолециститах.

Часто отмечались изменения зубцов Р (двухфазный, измененный, увеличенный, уменьшенный, отрицательный, зазубренный и т. д.), Т (малый, отрицательный, сглаженный, двухфазный и т. д.), R и S (часто зазубренные) и сегмента RS-T (смещенный выше или ниже изоэлектрической линии).

Таким образом, очевидно, что как при острых, так и при подострых и хронических гепатохолециститах электрокардиограмма довольно часто носит патологический характер.

Известно, что миокардиодистрофия не дает характерной электрокардиографической картины, но если сопоставить клинические данные с электрокардиографическими, то становится возможным установить диагноз миокардиодистрофии. Так, кроме целого ряда электрокардиографических изменений, которые указывали на диффузное поражение

сердечной мышцы и ослабление ее сократительной силы, у больных выявлены и различные клинические проявления поражения миокарда (увеличение границ сердца, глухие тоны, систолический шум у верхушки мышечного происхождения), и мы вправе предположить у них наличие миокардиодистрофии.

В конце комплексного лечения, наряду с улучшением функционального состояния печени и желчного пузыря, нередко наблюдается также и улучшение электрокардиограммы, выражающееся в основном в нормализации зубца Р и увеличении зубца Т, что свидетельствует об улучшении электрического состояния предсердий и процесса реполяризации в мышцах желудочков. Это говорит об улучшении метаболизма и питания сердечной мышцы, о чем свидетельствует также уменьшение продолжительности электрической систолы (QRST) и наблюдаемое иногда приближение сегмента RS-T к изоэлектрической линии, вплоть до нормализации.

Интервал P—Q, комплекс QRS и остальные компоненты электрокардиограммы после лечения часто остаются почти без изменений. Учащение и замедление ритма наблюдается поровну, причем эти изменения большей частью колеблются в пределах нормального синусового ритма. Систолический показатель и общий вольтаж увеличиваются или уменьшаются, но чаще остаются в прежних пределах.

Как видно из табл. 1, после комплексного лечения гепатохолецистита независимо от продолжительности болезни определенные электрокардиографические изменения нередко исчезают. Это говорит о том, что констатируемые при гепатохолециститах электрокардиографические изменения связаны непосредственно с поражением печени и желчного пузыря и что электрокардиографические изменения в основном связаны не с продолжительностью заболевания, а со степенью поражения печени и желчного пузыря.

В ы в о д ы

1. При острых, подострых и хронических гепатохолециститах на электрокардиограмме обнаруживаются определенные изменения: гипертрофия правого и левого желудочков, изменение мышц предсердий и желудочков, нарушение функции проводимости и т. д.

2. На основании электрокардиографических и клинических данных можно заключить, что при гепатохолециститах нередко развивается дистрофия миокарда.

3. При комплексном лечении гепатохолецистита состояние сердца заметно улучшается, и нередко исчезают некоторые электрокардиографические изменения. Это говорит о том, что изменения при гепатохолециститах в сердце непосредственно связаны с поражением печени и желчного пузыря.

Ереванский институт кардиологии и
сердечной хирургии АМН СССР

Поступило 20/XII 1962 г.

Զ. Լ. ԴՈՒԱՐՋՅԱՆ, Կ. Տ. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՐԴԻՈԳՐԱՖԻԿ ԴԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀԵՊԱՏՈԽՈԼԵՑԻՏԻՏՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Նպատակ ունենալով ուսումնասիրել սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիոնալ վիճակը տարբեր ընթացք և տևողություն ունեցող հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ 100 հիվանդների մոտ կատարված է մանրամասն էլեկտրոկարդիոգրաֆիկ հետազոտություն 12 ետադարձումներով, բուժման կուրսի սկզբում և վերջում: Ստացված տվյալների վերլուծումը հնարավորություն է տալիս կատարելու հետևյալ եզրակացությունները.

1. Սուր, ենթասուր և խրոնիկական հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ էլեկտրոկարդիոգրաֆիկ հետազոտությունը հայտնաբերում է որոշակի փոփոխություններ սրտամկանում՝ աջ կամ ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա, նախասրտերի և փորոքների մկանների փոփոխություններ, հաղորդականության ֆունկցիայի խանգարումներ և այլն.

2. Էլեկտրոկարդիոգրաֆիկ և կլինիկական տվյալների հիման վրա կարելի է ենթադրել, որ հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ սրտամկանում հաճախակի առաջանում են փոփոխություններ, հիմնականում դիստրոֆիկ բնույթի:

3. Հեպատոխոլեցիստիտի կոմպլեքսային բուժումից հետո, անկախ հիվանդության տևողությունից, ոչ հազվադեպ վերանում են էլեկտրոկարդիոգրաֆիկ որոշ փոփոխությունները: Այս հանգամանքը ցույց է տալիս այդ տեղաշարժերի անմիջական կապը լյարդի և լեղապարկի ախտահարման հետ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ганджа И. М. Автореферат. Киев, 1959.
2. Григорян В. А. Автореферат. Симферополь, 1954.
3. Калнынь Э. Э. Автореферат. Рига, 1957.
4. Трегубенко С. А. Автореферат. Киев, 1954.
5. Чернышова Н. И. Автореферат. Горький, 1953.