

тяжелые последствия—сдавление спинного мозга с последующей парализацией. Примененное же во-время правильное лечение могло привести к более благоприятному исходу, так как остеохондропатия, как уже говорилось, является доброкачественным заболеванием. Хотя и небольшой материал указывает на возможно конечное восстановление тела пораженного позвонка.

Из терапевтического отделения (заведующий А. А. Абрамзон) больницы „Красный текстильщик“ в г. Серпухове (главный врач В. С. Фриновский).

## К прижизненной диагностике сердечных аневризм.

А. А. Абрамзон.

В результате успехов советской медицины и широкого распространения рентгеновской методики, прижизненный диагноз аневризмы сердца становится доступным и терапевтам районов. Приводим случай, имевший место в нашей больнице.

13 октября 1935 г. в терапевтическое отделение поступил больной А.ков. И. А., 48 лет. Он жаловался на постоянную болезненность в области сердца, сильную одышку при ходьбе. Когда поднимается в гору, „на каждой лавочке приходится присаживаться“. За последнее время ослаб и похудел. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка беспокоят больного уже около 3-х лет. В последнее время работать становится тяжело—так плохо себя чувствует. Кратковременных приступов сильных болей слева в груди, отдающих в руку, так же как и сильных болей в области грудины, которые бы задерживались на часы или дни, больной, несмотря на тщательные расспросы, не вспоминает. Один раз будто бы с ним был какой-то припадок, выразившийся в потере сознания, но болей не было. Лет 30 тому назад сильно болели суставы, не мог ходить, но они не опухали. Лечился дома. В 1920 г. перенес сыпной тиф. Венерические заболевания отрицает. Курит. Изредка выпивает. Женат. Детей нет. С 16 лет работает на текстильных фабриках, в последние годы в качестве нашивальщика.

Больной ниже среднего роста, худощав и бледен. В 6-ом межреберье, на 2 пальца левее соска виден сильно приподнимающийся верхушечный толчок. Выше толчка, в 5-ом межреберье заметно систолическое втягивание. Толчок силен и вполне может быть назван *choq en dôme*. Правая граница относит. тупости—на 1½ пальца правее *I. sternalis dextrae*, левая на 2 пальца левее соска. Верхняя—норма. Тоны глухие. У верхушки и кнутри от нее—явственный шум трения перикарда. После небольшого физического напряжения появляется чуть слышный систолический шум. Пульс с редкими экстрасистолами. Кровяное давление 125/80. Со стороны легких и органов живота—ничего заслуживающего быть отмеченным.

Кровь: L.—9000, S.—38%, St.—3%, Ly.—50%, Mon.—9%. В моче следы белка. Осадок—норма. RW—отрицательна, реакция Кана—также.

Рентгеновское исследование дало следующее; Расширение сердечной тени влево было громадным, причем сердечная тень, как и в случае *Fogel's*, была не трех, а четырехугольной. Правая часть сердца была как бы придатком левой (подобное соотношение отмечено и в двух случаях проф. Плетнева). Верхний край левого отдела отходил совершенно перпендикулярно от тени несколько расширенного сосудистого пучка, причем самая наружная часть левого отдела немного приподнималась во время опускания более внутренней части его. Получались своего рода качели, но это было не резко выражено. Левый нисходящий край сердечной тени удивлял, наоборот, почти полным отсутствием пульсации.

Больной пролежал у нас 3 недели. Он выписался при некотором улучшении самочувствия, но без объективных перемен. Пробыв 2 недели дома, он стал уже думать о выходе на работу и пришлось отговаривать его от исполнения этого намерения. А 19/XI ночью больной в крайне тяжелом состоянии был доставлен в больницу. Он был бледен, часто и хрипло дышал, все время промал, част, слабого напряжения. Стали развиваться признаки отека легких, и через 2 часа больной умер при явлениях слабости левого желудочка.

По словам жены, еще вечером он чувствовал себя удовлетворительно, играл в карты, был веселым и только, когда ложился спать, ему стало дурно.

Вдумываясь в случай, прежде всего приходишь к заключению, что ни одно простое объяснение здесь не подходит. Это не похоже ни на какой-либо порок, ни на обычное хроническое сердечно-мышечное заболевание. Соединив все вышеизложенные клинические симптомы с довольно типичной именно для аневризмы рентгеновской картиной и со смертью при явлениях слабости левого желудочка, естественно было предположить следующее: *aneurisma vent. sin. cordis, cardio-sclerosis, sclerosis art. coronar. cordis, pericarditis sicca.*

Вскрытие, произведенное прозектором больницы д-ром Т. Н. Зябловой, полностью подтвердило наше предположение. Сердце было увеличено в размерах (13×15×6). На передней верхней поверхности левого желудочка, близ верхушки имелось взбухание округлой формы, величиною с яблоко (7×7). Над взбуханием листки перикарда прочно спаяны. Стенка желудочка на месте аневризмы сильно истончена, внутри в аневризме имеются плоские тромботические пристеночные наложения. В коронарных артериях множественные склеротические бляшки. Это конечно „ангиогенная фиброзная аневризма“ (Sternberg). Микроскопически в сердце резко выраженный фиброз.

Печень увеличена, полнокрровна. Из легких выдавливается пенистая жидкость (отек).

С клинической точки зрения, для полной типичности случая не хватало только одного—в анамнезе нет указаний на *status anginosus*. Взамен этого, однако, мы имеем нарастающую сердечную слабость и одышку при резко расширенных и атипичных сердечных границах. Имеем шум трения перикарда (*pericarditis epistenocardica*) и, ничем не объяснимый здесь, кроме аневризмы левого желудочка, *choq en dôme*.

Все-таки рентген оказался чрезвычайно полезным в нашем случае. Мы должны определенно и откровенно сказать, что без рентгеновской картины, описанной выше (сильное и атипичное расширение левого сегмента тени и систолическое взбухание несколько приподнятой латеральной части верхнего края) мы едва ли поставили бы правильный диагноз. И вообще надо признать, что без просвечивания мы чаще можем лишь предполагать аневризму, чем настаивать на ее существовании. С помощью же рентгеноскопии диагностика в данном случае не представлялась такой уж трудной. Goedel вполне прав, когда он пишет: „Как раз аневризма принадлежит к болезням, при которых рентгеновский метод в руках сведущего врача может сослужить особенно ценную службу“.

К сожалению, не всегда бывает так. Подчас малая величина и расположение, аневризматического выпячивания делают его недоступным для глаз рентгенолога и, тогда уверенное распознавание аневризмы требует поистине высшего диагностического мастерства.