

Из Кардиолог. клиники им. В. И. Ленина Гос. бальнеологического института в Кисловодске (науч. рук. проф. С. М. Полонский), д. Н. Я. Рязанов).

## К вопросу о легочных кровотечениях при аневризмах аорты.

Д. М. Степухович и М. А. Левин.

(Кисловодск).

Врачу, имеющему перед собой больного с аневризмой аорты, у которого в анамнезе отмечается обильное Haemorrhoe, очень трудно отделаться от мысли, что причиной этого кровотечения является аневризма. А между тем, по Ба е р у, только 15% аневризматиков оканчивают жизнь при явлениях перфорации, подавляющее же большинство гибнет вследствие осложнений и сердечной слабости.

Шлезингер также указывает, что в течении болезни решающую роль играют часто изменения сердечной мышцы: „конечными явлениями при аневризмах аорты во многих случаях являются процессы недостаточности сердечной мышцы с застойными явлениями во внутренних органах, переходящий отек легкого, легочные инфаркты и т. д.“ Гампель и Вест обратили внимание на то, что при аневризмах аорты иногда задолго до катастрофы наблюдаются сравнительно небольшие „предвещающие“ кровохарканья (Praemonitorische Blutungen), объясняющиеся образованием в хрупкой стенке аневризмы, сращенной с трахеей, небольших трещин, через которые сочится кровь по каплям. Это в особенности возможно в тех случаях, когда с трахеей сращена стенка не первичного аневризматического мешка, а вторичного или даже третичного выпячивания из него. В этих вторичных и третичных выпячиваниях давление уже гораздо меньше, и, кроме того, они часто бывают более или менее выполнены фибриновыми свертками, так что кровь не имеет свободного доступа к образующимся трещинам (цит. по А. М. Левину).

Ортнер полагает, что небольшие легочные кровотечения при аневризмах аорты обязаны своим возникновением не маленькому прободению, а гиперемии трахеи вследствие оказываемого на нее давления. Он называет их тоже пре-мониторными. М а т т е с указывает, что аневризмы аорты могут вызывать большие смертельные кровотечения, но прободение может быть и очень мало, так что кровотечение может остановиться. А. М. Левин указывает еще на возможность образования тромбов в сдавленных аневризмой частях легкого, влекущих за собой кровосилияния и кровохарканья. Наконец, мы знаем, что при застое и отеке легких нередко встречается в большом количестве кровавая мокрота (М а т т е с), а К и л б с при тех же явлениях говорит об отхаркивании значительных количеств крови, так что мокрота напоминает таковую при кровохарканье вследствие туберкулеза.

В практике одного из нас (С т е п у х о в и ч) был под наблюдением следующий случай:

В больницу был ночью доставлен больной с кровохарканьем, которое вскоре остановило. Утром, при обходе, было выяснено: Больной-инвалид, 60 лет, за последние 2 месяца имелись небольшие кровохарканья, особенно больного беспокоившие. Накануне, вечером, — более обильное кровохарканье, заставившее вызвать врача, который доставил его в больницу. На просьбу сесть для осмотра больной заявил, что может и встать. В самом начале перкуссии грудной клетки у больного хлынула кровь горлом, он упал на кровать и через непродолжительное время скончался. Вскрытие обнаружило — аневризму аорты — с дочерней аневризмой, вскрывшейся в трахею.

Нижеописываемый случай при первом осмотре на консультации в санатории вследствие неполноценного анамнеза мог быть истолкован тоже, как кровотечение из аневризмы.

Больной заявил, что у него было кровохарканье, причем он потерял 7 стаканов крови!. Больной был переведен в клинику и направлен немедленно на рентгеноскопию с диагнозом аневризмы аорты, с дочерней аневризмой. Рентгено-

скопия подтвердила наличие дочерней аневризмы, но тщательно собранный анамнез показал, что геморное никоим образом нельзя приписать аневризме.

Больной А-в, 52 лет, по профессии бухгалтер, поступил с клинику 5/VII 34 г. с следующими жалобами: одышка, боль в сердечной области у соска и в области нижнего угла левой лопатки. Одышку испытывает при движениях даже по ровному месту и при лежании на левом боку. Боль же в области сердца беспокоит больного при усиленных движениях, равным образом при лежании на спине и на левом боку и исчезает при повороте на правый бок. Боли имеют давящий характер и не радируют. Начало своего заболевания отнесит к 1931 г., когда впервые начал испытывать изредка перебои сердца, чаще во время покоя, без видимых для него причин. Эти перебои через полгода прекратились, а с 1932 г. появилась одышка. С 1933 г. одышка заметно усилилась и стала почти постоянной, к ней присоединились вышеописанные боли. В конце 1933 г., после проделанного курса специфического лечения в Смоленской клинике, больной почувствовал значительное улучшение. Из перенесенных инфекций отмечает воспаление легких в 17-летнем возрасте, Iues—в 29 лет и сыпной тиф в 38 лет. Лечение Iues'a состояло лишь в том, что в год заболевания ему было сделано 4 вливания Neo и около 30 втираний Ung. cinerei. Причем в начале заболевания было сделано одно вливание, затем больной должен был переехать из Ленинграда в Иркутск, где он, по совету первого лечащего, показался врачу лишь через полгода. Там ему проделали R. W., которая дала ++. Тогда ему было сделано 3 вливания и около 30 втираний Ung. cinerei. Через 2 года он вновь обратился к врачу за советом, и ему было сделано еще 2 вливания. С тех пор до 1933 г. специфическому лечению не подвергался. Больной отмечает, что дважды терял голос на долгое время. Первый раз афония держалась 1½ месяца, и голос появился после смазываний йодом. Через 2½ месяца после смазываний—вторичная афония, с которой больной и был направлен в Смоленскую клинику, где впервые установлено поражение аорты и проведено вышеупомянутое специфическое лечение.

Считаем нужным подчеркнуть, что афония и одышка значительно ослабели после большого геморного, имевшего место в 1934 г. при следующих обстоятельствах. Больной за 38 часов до геморного в течение получаса рубил дрова. Во время рубки дров испытывал сердцебиение и усталость, которые вскоре прекратились, на завтра, утром, отправился на работу и чувствовал себя удовлетворительно. Вечером пошел в гости, где выпил 2—3 рюмки водки, и на следующее утро, проснувшись, почувствовал теплоту в горле. Большой кашлянул и заметил, что в отделяемом имеется кровь. Через несколько секунд появилась резкая одышка, не позволявшая ему даже глотать воду, открылся кашель и в течение полчаса он выделил, по его словам, около 7 стаканов кровавой жидкости, которая отделялась свободно при кашлевых движениях, имела пенистый характер и не содержала сгустков. Во время геморного больной находился в сидячем положении, но, сделав несколько шагов в комнате по направлению к двери, он опустился на пол, не потеряв сознания. В таком положении его застал приехавший врач, которым была вприсыгнута камфора, давшая больному некоторое облегчение. Больной был отправлен в больницу, где в течение 5 дней при неподвижном положении продолжал выделять кровь с мокротой, сгустками и темного цвета, причем отделение происходило с трудом. Лечение в больнице ol. Camphor. Не безынтересно отметить, что ровно через 3 месяца почти при аналогичных условиях у больного геморное повторилось. Опять накануне он рубил дрова, во время рубки испытывал также сердцебиение и усталость, которые вскоре прошли. Больной лег спать, а утром, проснувшись, как и тогда, почувствовал теплоту в горле, резкую одышку, затем кашель, свист и клочкотание в дыхательных путях. В этот раз выделилось около полустакана крови, и затем 5 дней держалась в выделяемой мокроте кровь сгустками. Инъекции камфоры и на этот раз облегчили больного. Через 2 дня после остановки кровотечения, по совету лечащего, больной отправился в Kislovodsk. К сказанному считаем нужным добавить, что алкоголем и табаком больной не злоупотреблял, женат, имеет 2-х здоровых детей. Выкидышей у жены не было. Больной—астеник index Pignet=33,2. Видимые слизистые бледноваты. Кожа лица с землистым оттенком. При перкуссии легких определяется приглушение звука по всей поверхности; подвижность нижних краев несколько ограничена. При аускультации в межлопаточных пространствах выслушиваются влажные хрипы

на высоте вдоха. Сердце: толчок с характером *Choc en double* Bard'a, определяется в 6-м межреберье. Правая граница на  $2\frac{1}{2}$  см за правый край грудины, левая на  $1\frac{1}{2}$  см от *Lin. mamillaris* наружу. Верхняя граница не определяется, так как совпадает с тупостью аорты. При перкуссии области аорты резкое заглушение звука, выходящее за грудину как вправо, так и, в особенности, влево. За грудinou определяется пульсация аорты. При аускультации сердца: короткий, глухой первый тон с систолическим шумом, остаток 2-го тона с диастолическим шумом во всю фазу. На *art. pulmonalis* 2 шума; на аорте резкий, пиляще-о характера систолический шум и дующий диастолический. Систолический шум производится на каротиды. На *tricuspidal* тоже 2 шума. От верхушки, *art. pulmonalis* и *tricuspidal* и систолический и диастолический шумы, нарастая *trescendo*, сходятся к грудине во 2-х межреберьях, где и достигают своего максимума. *Pulsus celer et altus* 70—88 в 1' с одиночными экстрасистолами. Выраженная пляска сосудов. Феномен *Dugozieg* положительный, феномен Траубе слабо положительный. Артериальное давление 145/0—130/0—135/0. Печень выступает на 2 поперечных пальца из подреберной дуги с острым и уплотненным краем, не болезненна. Селезенка не прощупывается.

Анализы: со стороны мочи и крови особых отклонений от нормы не отмечено. РОЭ 50 мм в 1 час по Панченкову; реакция Вассермана, Закс-Георги и Капа отрицательны. Реакция на стабильность коллоидов 5-я пробирка. Количество циркулирующей крови 86 кс на 1 кг веса. Минутный объем опорожнения сердца 71 кс на 1 кг веса<sup>1)</sup>. Рентгеноскопия: небольшое по величине сердце, с легким увеличением левого желудочка казды, сокращения желудочков быстрые, ритмичные, увеличенной амплитуды. Аорта диффузно расширена во всех видимых отделах, с резко увеличенной амплитудой пульсации. Слева на уровне нисходящей ветви аорты круглой формы меньшей интенсивности тень с ровными контурами, очень слабо пульсирующая. Э.К.Г. дала указания на дегенеративные изменения в миокарде предсердий и на гипертрофию левого желудочка.

Диагноз: *Meso-aort. syphilitica cum Insuf. v.v. aortae et aneurysm. aortae* (с дочерней аневризмой). *Myocardit. luica cum Insufficien Myocardit.*

Чем же объяснить *haemorrhoe* у нашего больного? Мы отходим от мысли, что эти кровотечения имели в основе разрыв аневризмы аорты, даже и в форме разрыва дочерней аневризмы, так как характер кровотечений при разрывах аневризмы иной, нежели мы описывали. Мы не склонны также думать, чтобы эти кровотечения объяснялись инфарктом легких, так как клиническая картина для последнего иная, да и к тому же резкая одышка с обильным отделяемым из легких не вяжется с инфарктом. На докладе доц. Лившица сообщил о 2-х случаях легочных кровотечений при аневризме аорты, бывших под его наблюдением. Последний свой случай, где за *haemorrhoe* последовал *Exitus letalis*, он толковал как кровотечение из множественных мелких аневризм легочных сосудов, хотя секция этих аневризм не подтвердила. Он и наш случай склонен был толковать так же. Возможен ли сифилис мелких сосудов легких с последующими аневризмами в них? Приводим дословно мнение Шлезингера: „Сифилис очень часто поражает мелкие и средние мозговые сосуды. В других артериях тела сифилитические заболевания наблюдаются клинически и анатомически только в очень редких случаях. Это соответствует относительной редкости сифилитических заболеваний органов, за исключением сердца и печени. Хотя неработающие анатомически врачи-клиницисты и возражали против этого положения, настойчиво утверждая частоту сифилитических процессов в желудке, плевре и легких, однако, до сего времени анатомия не дала нам доказательств в пользу этого предположения. Часто встречающиеся ошибочные толкования клинических симптомокомплексов и ложные выводы являются безусловной причиной этих разногласий“. Развитие аневризм в легочных сосудах мы знаем только в поздних стадиях туберкулеза в обширных кавернах (аневризмы *Rasmussen*), которые дают обильные кровотечения, нередко смертельные. Объяснение описанных легочных кровотечений у нашего больного представляется нам в следующем виде: Дуга аорты сидит верхом над левым бронхом и правой ветвью *arter. Pulmonalis*. Расширение дуги может поэтому вызвать

<sup>1)</sup> По данным нашей клиники: для коллоидов нормы 5—7 пробирка; для колич. цирк. крови 75—85 кс; для минуты опорожнения сердца 60—70 кс.

явления застоя в arter. Pulmonalis. Кроме того, у нашего больного имеется не только aortitis syphilitica с поражением вальвулярного аппарата и аневризмой аорты, но и специфическое поражение мышцы и сосудов сердца-одышка и боли. С 1933 г. одышка приняла стационарный характер и появлялась у больного при обычной ходьбе, что указывает на резкую недостаточность миокарда. В связи с этим, вполне естественно предполагать, что явления механического застоя в малом кругу кровообращения значительно усиливались резко выраженной insuf. Myocardi. Физическое напряжение (рубка дров) предъявило к неполноценному миокарду требование на повышенную работу, с которой он не справился (левый желудочек) и в результате — острый отек легкого, который нередко может дать не только розоватого цвета мокроту, но и картину haemorrhoe при туберкулезе и картину кровавой мокроты (Matthos и Kùlbs). Несколько странным может показаться то, что результат физического напряжения у нашего больного оказался через 36 часов. Объяснение этого мы также встречаем у Kùlbs'a: понижение аккомодации обнаруживается обыкновенно раньше всего при физическом напряжении; но сам больной не всегда замечает во время напряжения нечто ненормальное, последствия обнаруживаются иногда лишь спустя некоторое время после прекращения напряжения. Больной может без затруднения завершить путешествие в горы, но в следующую ночь он получает приступ грудной жабы с явлениями недостаточности сердца, или спустя несколько дней он ощущает боли в области печени, вызванные опуханием этого органа". Больному была проведена специфическая терапия. При выписке — субъективное улучшение. Объективно без изменений.

### *Выводы:*

1) Реакция на раздражение со стороны кардио-васкулярной системы проявляется значительно позднее начала раздражения; с этим мы встречаемся часто при различного рода психосоматических нагрузках. Это своего рода инкубационный период, необходимый для реализации наступающих при этом биохимических сдвигов.

2) Наш случай еще раз доказывает, что параллелизм между морфологией и функциональностью не всегда наблюдается.

3) Только тщательное клиническое исследование, включая сюда и анамнез, может во многих случаях выяснить истинную этиологию легочного кровотечения, не представляя обвинения к легким, как к месту первичного поражения.

4) Наличие аневризмы, по нашим данным, является абсолютным противопоказанием для отправления на курорт вообще, так и в Кисловодск, в особенности (география и топография местности), так как аневризматик находится под двойным дамокловым мечом: структурные изменения аорты и главных сосудистых ветвей, с одной стороны, и последующие изменения миокарда, с другой.