

Из Терапевтической клиники (дир. проф. Р. И. Лепская) и кафедры рентгенологии (дир. проф. Р. Я. Гасуль) Гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

К клинике сифилитических аортитов.

Ф. К. Пермьяков и П. Д. Яяцев.

Наряду с обычными, можно сказать, классическими случаями, легко диагностируемыми, сифилис аорты нередко протекает в атипичных маскированных формах. Подобные атипичные формы заслуживают большого внимания тем более, что сифилис аорты представляет собой очень часто встречающееся заболевание.

Интерес таких случаев заключается не только в трудности диагностики, но также и в том, что изучение причин атипичности в каждом отдельном случае содействует пониманию многого в течении и развитии люетических аортитов.

Причины атипичности сифилитического аортита, помимо возможного длительного латентного течения, лежат в основном в следующем: 1) анатомически аортит может не ограничиться областью начальной части аорты (восходящей и дуги), с вовлечением в процесс полудунных клапанов и венечных артерий или без таковых; часто аортит представляет собой процесс, захватывающий аорту на всем ее протяжении; 2) наряду с клиническими явлениями, зависящими от самого аортита, явления периаортита могут стать теми, которые в субъективных ощущениях больного настолько выступают на первый план, что совершенно оттесняют симптомы, зависящие от самого аортита, и накладывают особый отпечаток на весь клинический симптомокомплекс. Grenet, Pellissier подчеркивают, что „всякий аортит представляет собой процесс распространенный“: специфические изменения распространяются и на область нисходящей аорты и брюшной с преимущественной локализацией в месте отхождения артериальных ветвей. Что касается периаортита, то естественно, что в выраженных случаях локализация его предопределяет, в каком направлении будут развиваться атипичные симптомы: более или менее распространенный медиастинит, как результат периаортита, или периаортит брюшного отдела с реакцией нервных сплетений, или сочетание тех и других явлений дадут совершенно различную симптоматику, которая может повести диагностику по совершенно различным путям.

Приводим два случая, представляющие интерес в этом отношении:

Больной Ш. обратился в одну из поликлиник города с жалобами на боли в спине, особенно при сгибании и разгибании, по поводу которых он очень долго и безуспешно лечился раньше мазью с хлороформом, салицилатами и тепловыми процедурами; больной был направлен на снимок позвоночника, и при рентгеновском обследовании со стороны позвоночника патологических изменений мы не обнаружили, но была найдена большая аневризма аорты в восходящей и нисходящей частях.

Подобные случаи описали Daubry, Mougéot, Walser, причем они отмечают наличие болей между лопаткой и позвоночником с иррадиацией в 4 и 7 межреберье.

Интерес представляет также следующий случай:

Больной И., 48 лет, столяр, поступил в клинику 16/II 1935 г. с жалобой на боли под ложечкой и левом подреберье, отдающие в спину и под левую лопатку; по временам диспептические расстройства, изжога, отрыжка; жалуется также на одышку, сердцебиение и общую слабость, кашель с обильной мокротой, головную боль, особенно по ночам. Стал плохо чувствовать себя с марта 1932 г., что он связывал с простудой. Из перенесенных заболеваний: в детстве—оспа, в 1907 г.—шанкр, в 1922 г.—возвратный тиф и малярия, в 1932 г.—грипп. Женат, детей—1 дочь. У жены был выкидыш. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечает. Жилищные условия и питание удовлетворительные.

Рост средний, кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, подкожный жировой слой развит слабо, лимфатические железы прощупываются в кубитальной области и подмышкой справа, величиной с горошину, плотноваты. Трахея несколько смещена вправо. Легкие: ограничение подвижности нижних отделов, притупление перкуторного звука в межлопаточном пространстве, всюду жесткое дыхание и влажные хрипы в нижних отделах и межлопаточном пространстве.

Сог: верхняя граница—нижний край четвертого ребра, правая—по *l. sternalis sin.*, левая по *l. medioclavicularis sin.*, тоны глуховаты, акцент на аорте, симптом Сиротинина. Пульс—76 в 1', удов. наполнения и напряжения, артерии резко склерозированы. Кровяное давление 140/80. Симптомы Халатова. Притупление за грудиной и на 1—1½ попер. пальца слева и справа. Желудок—гран. нормальна, желудочный сок отклонений от нормы не представляет. Печень и селезенка не прощупываются. Ангиокардия, рефлекссы нормальны. В. К. в мокроте не обнаружены. Мокрота 250 см³ в день. Реакция Вассермана и Кана—положительны.

Кровь: лейкоц.—7500, эр.—3.290.000, гемоглобин—72%, палочк.—11%, сегм.—47%, эоз.—2%, мон.—9%, лимф.—31%.

Рентгенологическое исследование:

Pulm.: увеличение сосудистого рисунка (застойная гиперемия обоих легких), куполы свободны.

Сог: умеренное увеличение хорды левого желудочка, с умеренным удлинением дуги. Пульсация вялая, амплитуда невысокая.

Аорта: значительное, диффузное, равномерное расширение всей аорты, особенно восходящего отдела и дуги. В сагитальной проекции аорта ascendens доходит до медоклавикулярной линии. Во II косом положении аорта широкой дугой занимает ретрокардиальный участок; тень ее усилена. Незначительная компрессия трахеи (см. снимки 1 и 2).

Желудок отклонений от нормы не представляет.

Итак, больной поступил в клинику главным образом с жалобами со стороны желудка, тогда как при обследовании у больного обнаружены клинические симптомы поражения аорты: симптомы Халатова, Сиротинина, притупление за грудиной; положительная RW, а при исследовании рентгеном было обнаружено огромных размеров диффузное расширение аорты, занимающей значительную часть грудной клетки с выступанием за пределы заднего средостения.

Рентгенологически дифференцировать данный случай приходится прежде всего с опухолями средостения.

Обычно эти опухоли растут более или менее равномерно в обе стороны, так что возникающая тень расположена симметрично, в середине грудной клетки и при поворотах больного расходится с тенью аорты.

Характерным признаком, позволяющим на рентгенограмме без затруднений распознать опухоль, исходящую из лимфатических желез, является контур этой опухоли, состоящий из нескольких коротких дуг, перекрещивающихся между собою, что не имело места в нашем случае.

Смещение органов средостения и симптомы компрессии, вызванные опухолью средостения, обычно бывают выражены сильнее. Пульсация

при опухолях или совсем отсутствует, или бывает передаточного типа, при движении ее только в одном направлении. В нашем случае мы имели слабые пульсаторные сокращения и расширения тени во всех направлениях. Далее приходится думать и об эксудативных передних медиастинитах. Здесь в большинстве случаев повторные исследования больного во всех положениях выявляют динамику изменений формы, величины и положения тени, которые говорят против аортита.

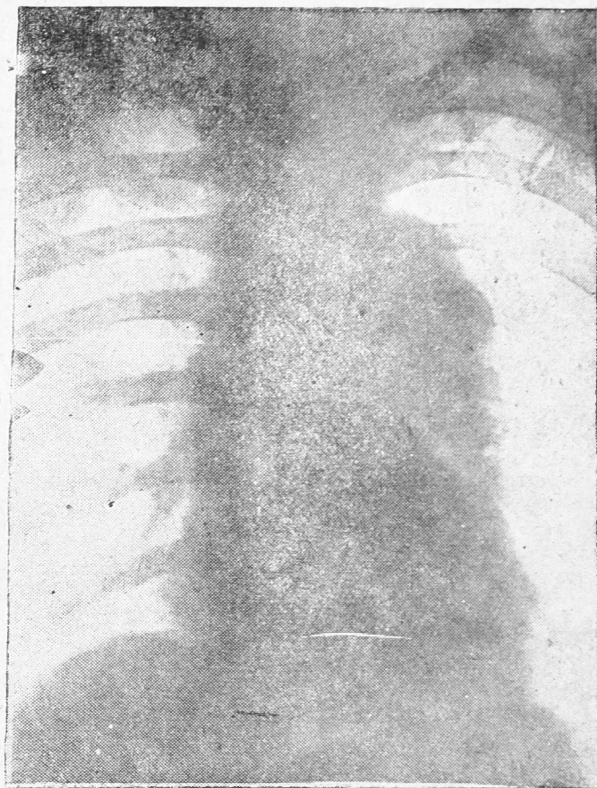


Рис. 1.

Особенно большое значение в дифференциальном диагнозе данного случая оказало внимательное и тщательное исследование больного во всех положениях, при которых мы видели одну широкую неразрывную тень раздвинутой аорты с весьма вялой, равномерной пульсацией всех ее отделов. Последнее обстоятельство дало нам возможность ставить рентгенологически диагноз аортита и исключить опухоли и другие заболевания средостения.

Клиническая картина данного случая, те субъективные расстройства, которые имелись у больного, далеко не соответствовали тому очень резкому расширению аорты, которое показало рентгеновское исследование. Неизвестно, как давно могла существовать такая аорта у больного. Из анамнеза больного видно, что он до поступления в клинику, т. е. до

16/II 33 г., работал в качестве столяра (работа, связанная с физическим напряжением) и до самого последнего времени был работоспособен. Первые явления слабости, кашля с мокротой, болей под ложечкой, изжоги больной относит к марту 1932 г. Ранее же у него расстройств здоровья не наблюдалось. Но судя по рентгенологической картине заболевание протекало уже давно, мало отражаясь на субъективных ощущениях и трудоспособности больного.

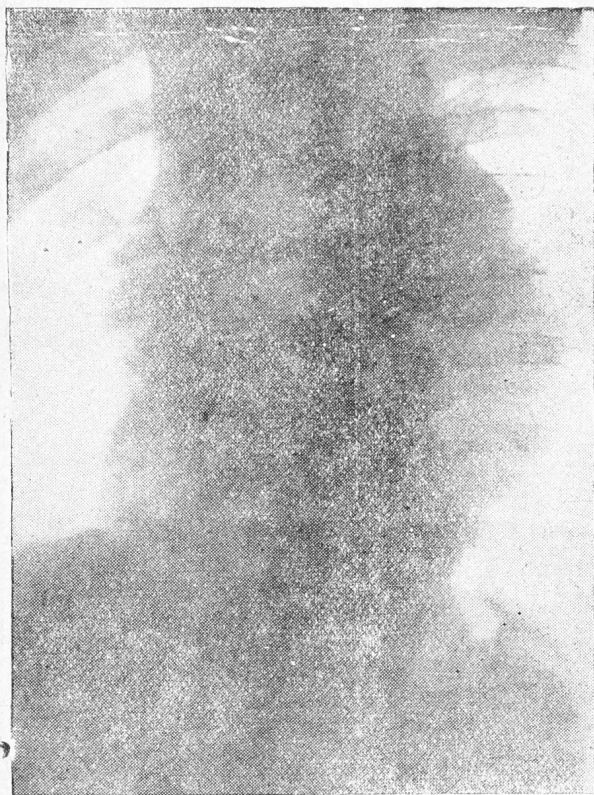


Рис. 2.

Что касается болей под ложечкой, изжоги, отрыжки, болей в спине, кашля с обильной мокротой, приведших больного в клинику, то можно полагать после тщательного, всестороннего клинического и рентгенологического исследования больного, что указанные явления были вторичными и сопутствующими, что важнейшие изменения у больного лежат в сосудистой системе, главным образом, в аорте.

Часть жалоб больного, как кашель с обильной мокротой до 250 см³, можно, в связи с данными аускультации, отнести за счет возможного развития специфических бронхоэктазий. Но отчасти кашель и, главным образом, боли под лопаткой могут зависеть в таких случаях и от периаортита грудной части аорты.

Что же касается желудочных явлений, то у нашего больного можно было бы высказать предположение о существовании сифилитического гастрита, однако, каких-нибудь точных данных ни за наличие такого гастрита, ни в пользу другого самостоятельного заболевания желудка мы не имеем; можно думать, что здесь мы имеем дело с явлениями, стоящими в связи с поражением брюшной аорты, по крайней мере, верхней ее части, особенно, если мы примем во внимание, что вся доступная рентгеновскому исследованию грудная аорта вплоть до диафрагмы резко изменена.

Grenet считает, что поражение брюшной аорты всегда сопровождается аортит грудной аорты; он говорит: „Уже много лет, как мы систематически проверяем это совпадение и более чем на 40 трупах мы могли видеть, что постоянно там, где имеется аортит в грудной части аорты, там имеется и аортит брюшной части ее“.

Желудочные расстройства, сопутствующие аорститу, могут быть связаны с абдоминальным аортитом или поражением *truncus coeliacus* и напоминать по симптомам язву, рак желудка или гастрит.

Приведенные нами случаи, несмотря на свою атипичность, не являются исключительно редкими. Аналогичные случаи могут быть правильно диагностируемы при помощи современных методов исследования, которые становятся доступными в настоящее время каждому практическому врачу. Важно лишь не упускать из вида возможность этих атипичных проявлений люетических аортитов, чтобы направить исследование на правильный путь.

Из Белорецкой городской терапевтической больницы (глав. врач
И. Г. Сипитинер).

К клинике немых сифилитических аортитов.

И. Г. Сипитинер.

Неблагоприятный прогноз сифилитического поражения аорты обуславливается поздней диагностикой его.

Залог успешности терапии—в ранней диагностике с. а., когда еще нет стойких анатомических изменений, когда главные клинические признаки еще не доразвились.

Инициальные же формы с. а. долгое время маскируются, отличаясь этим от других поражений сосудистой системы, симптомы которых обыкновенно проявляются достаточно определенно.

Эти скрытые, начальные формы с. а. вполне оправдывают то определение, которое им дал Плетнев—немые аортиты.

Наши усилия были направлены в сторону выявления клинических симптомов этих скрытых форм сифилитического аортита.

Наши наблюдения (43 случая) заставляют обратить внимание на субъективные и объективные признаки, сопутствующие немому аорститу. 32 случая с. а. сопровождалась гастралгией, точнее эпигастралгией, четко дифференцируемой от банальных гастралгий. Известно, что при заболе-