

дефицит не приводит к самопроизвольному прерыванию беременности, так как плацента стойко удерживает запасы холина.

Полученные данные экспериментальных исследований позволили нам высказать предположение, что холин, обладающий рядом важных биологических функций в процессах обмена и роста организма, является необходимым веществом в период эмбриогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилевский В. Я. Вест. мед., 1896, т. 1, № 1.— 2. Данилевский В. Я. Врач, 1899, 17.— 3. Дубнов М. В. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1953, 1.

Поступила 25 ноября 1957 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

МНОЖЕСТВЕННЫЙ ТРОМБОЗ КРУПНЫХ СОСУДОВ С ВИСЯЧИМ ТРОМБОМ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ И АНЕВРИЗМОЙ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ¹

Асс. Е. Ф. Каленик

Из кафедры пропедевтики внутренних болезней (зав.— доц. А. Б. Гельфман)
Новосибирского медицинского института

Б-ной С-в, 61 года, поступил в клинику в январе 1957 г. с жалобами на общую слабость, сердцебиение, одышку в состоянии покоя, значительные отеки, слабость в нижних конечностях.

Больным себя считал с января 1956 г., когда впервые появились одышка, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, кашель.

Амбулаторное лечение было неэффективно. Дважды лечился в клинике: в августе и октябре 1956 г., выписывался оба раза с улучшением — исчезали отеки и одышка, которые, однако, вновь появились в декабре 1956 г., в связи с чем б-ной С-в в январе 1957 г. был помещен в клинику в третий раз.

В анамнезе: сыпной тиф, острая дизентерия, воспаление легких, большие психические травмы — длительное тюремное заключение и разлад в семье; до заболевания злоупотреблял алкоголем.

Объективно: анасарка, кожные покровы бледны с цианотичным оттенком. Резкая пульсация яремных вен справа (отрицательный венный пульс). Пульс на лучевой артерии — 60—74, ритмичный, слабого наполнения и напряжения, пальпируемые артерии плотны. Отсутствие пульса на тыльных артериях обеих стоп. Артериальное давление — 135/90—110/70. Сердце увеличено во всех размерах, акцент на втором тоне легочной артерии, на верхушке — систолический шум, а иногда и пресистолический. Пресистолический шум и акцент стали прослушиваться постоянно только в последние три недели жизни больного. Систолический шум на аорте.

Легкие: притупление перкуторного звука в нижних отделах, больше справа. Дыхание ослабленное, рассеянные сухие хрипы, а в нижних отделах легких — крепитация.

Большой асцит, несколько увеличенная плотная печень. Селезенка незначительно увеличена.

За время пребывания в клинике температура была нормальная.

Кровь: Л.— 4 700—6 800. РОЭ — 15—20—40 мм/час. Реакция Вассермана — отрицательная.

ЭКГ: R₁₋₂ — снижен; R₁ — снижен; R₂ — сглажен; R₃ — двухфазный $\mp$: T₁ — снижен; T₂ — с тенденцией к отрицательному; QRS₁₋₂₋₃ — зазубрен и уширен — 0,11—0,12; PQ — 0,20; QRST — 0,40; систолический показатель — 50%.

При рентгеноскопии сердце больших размеров, увеличено, главным образом, за счет левого желудочка. Талия сглажена. Ретрокардиальное пространство не дифференцируется. Корни легких широкие, особенно правый. Движения диафрагмы ограничены.

¹ Доложено в Новосибирском обществе терапевтов 26/VI 1957 г.

В клинике дважды наблюдалось внезапное резкое падение сердечной деятельности с кратковременной потерей сознания.

Утром 26 марта чувствовал себя удовлетворительно. Днем появились неприятные ощущения в области сердца, резкая одышка, чувство онемения в руках. В это же время резко побледнели кожные покровы, на лице выступили капли пота, на несколько минут потерял сознание. Тоны сердца глухие, шумов нет, пульс — 52, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Состояние значительно улучшилось после того, как больной лег на живот. Приступ длился около 20 мин.

Через 3 дня вновь возникли неприятные ощущения в области сердца, головокружение, онемение пальцев рук, потерял способность говорить, несколько минут не реагировал на окружающее. Но достаточно было больному принять горизонтальное положение на животе, как вскоре наступило облегчение.

В дальнейшем недостаточность кровообращения нарастала, и 10 апреля при явлениях цианоза мгновенно наступила смерть.

Клинический диагноз: атеросклероз, кардиосклероз, атероматоз аорты, недостаточность митрального клапана, тромбоз легочной артерии и тампонада левого желудочка, тромбоз подвздошных артерий, сердечно-сосудистая недостаточность третьей степени, застойно-цирротическая печень, эмфизема легких, бронхопневмония.

Патологоанатомический диагноз: атеросклероз с преимущественным поражением аорты, венечных сосудов сердца и сосудов головного мозга, легочной артерии. Кардиосклероз. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз клапанного аппарата сердца. Хроническая аневризма передней стенки правого предсердия. Тромб в ушке правого предсердия. Тромбоз легочной артерии. Висячий тромб из левого предсердия в левый желудочек. Тромбоз (неполный) общих подвздошных и наружных подвздошных артерий. Асцит. Кардиальный атрофический цирроз печени. Эмфизема легких. Небольшие бронхоэктазы в левом легком. Левосторонний облитерирующий плеврит. Правосторонний гидроторакс. Отек головного мозга. Застойные почки. Гипостатическая пневмония.

Из протокола вскрытия: аневризма передней стенки правого предсердия размером 3 на 4 см. Висячий тромб из левого предсердия в левый желудочек, пальцевидной формы, длиной 7 см, шириной 1,5 см, толщиной более 0,5 см.

Нас интересовал вопрос, почему у 61-летнего больного, страдающего общим атеросклерозом с нарушением кровообращения, не имевшего ревматического анамнеза, временами на верхушке сердца выслушивались пресистолический шум и акцент второго тона на легочной артерии при отсутствии хлопающего первого тона. Возможность возникновения функционального шума Флинта была в известной мере исключена в связи с отсутствием недостаточности аортального клапана. Постоянный пресистолический шум на верхушке сердца и акцент второго тона на легочной артерии в течение последних трех недель жизни давали основание думать о стенозе левого венозного отверстия.

Секция показала, что возникновение диастолического шума явилось следствием стенозирования левого венозного отверстия, обусловленного висячим пальцевидным тромбом из левого предсердия в левый желудочек.

Аневризма передней стенки правого предсердия была выявлена на секции.

В доступной нам литературе мы не встретили описаний характерной симптоматологии аневризмы правого предсердия и случаев прижизненной ее диагностики.

Аневризма правого предсердия встречается чрезвычайно редко.

По данным Б. З. Данович и Парецкой, их описание аневризмы правого предсердия явилось третьим по счету в медицинской литературе.

Клинические проявления различных вариантов тромбоэмболической болезни еще не изучены в достаточной мере, как и вопросы прижизненной диагностики тромбов в сердце. Поэтому в дальнейшем необходимо накапливать материалы по тромбоэмболиям и изучать их для улучшения прижизненной диагностики, что даст возможность приблизиться к разрешению вопроса о показаниях своевременного хирургического лечения, необходимого при данном заболевании для спасения жизни больного.

В нашем наблюдении представляют интерес:

- 1) стремление больного облегчить свое состояние лежащим положением на животе, появившееся за 5 недель до смерти, причем за последние 3 недели жизни дважды во время «тромбогенных кризов» (по А. С. Мелик-Карамян и З. С. Баркаган) лежа на животе больной чувствовал облегчение;

- 2) патогенез функционального пресистолического шума на верхушке сердца;

3) множество тромбов и в сердце, и в легочной артерии, и в под-
здошных артериях;

4) возможность жизни с тромбом в сердце более месяца, что под-
тверждается данными клиники и гистологического исследования
пальцевидного висячего тромба из левого предсердия в левый же-
лудочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшова А. А. Сб. автореф. Новосибирского мед. ин-та, 1945. — 2. Бар-
каган З. С. Тр. Сталинабадского мед. ин-та, 1954, т. 2. — 3. Букреев Е. В.
Врач. дело, 1953, 12. — 4. Дамир Е. А. и Плешкова Л. П. Клин. мед.,
1952, 11. — 5. Данович Б. З. и Парецкая. Клин. мед., 1956, 2. — 6. Замо-
таев И. П. Клин. мед., 1952, 6. — 7. Зензинов Г. С. Тер. арх., 1949, вып.
5. — 8. Золотова-Костомарова М. И. Тер. арх., 1955, вып. 5. — 9. Куше-
левский Б. П. Клин. мед., 1952, 1. — 10. Лясс М. А. и Агронович Б. Я.
Клин. мед., 1935, 1. — 11. Мелик-Карамян А. С. Клин. мед., 1950, 8. — 12. Но-
вицкая З. В. Тер. арх., 1953, вып. 5. — 13. Рыбкин И. Н. Сов. мед., 1951,
1. — 14. Тареев Е. М. Сов. мед., 1950, 9. — 15. Татевосов С. Р. Тр. Крым-
ского мед. ин-та, 1948, т. XII. — 16. Шапиро Я. Е. и Гордон З. Л. Тер. арх.,
1936, вып. 4.

Поступила 24 июня 1958 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Асс. Б. С. Березовский

Из кафедры рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского медицинского института

Применение атомной энергии в мирных целях с каждым годом
все нарастает. Радиоактивные изотопы широко используются теперь
в самых различных отраслях техники, в медицине, при научных иссле-
дованиях.

В связи с этим возникает необходимость тщательного наблюдения
за состоянием здоровья лиц, работающих с различными ионизирую-
щими излучателями. Так, при систематически повторяющихся облуче-
ниях в дозах, превышающих предельно допустимые, и у особо чув-
ствительных лиц может развиваться хроническая лучевая болезнь. Хро-
ническая лучевая болезнь возникает и в результате постоянного воз-
действия радиации при проникновении внутрь депонирующихся в ор-
ганизме на длительный срок радиоактивных веществ.

Хроническая лучевая болезнь представляет собой заболевание
всего организма с поражением различных его систем. Эти нарушения
касаются нервной системы, кроветворного аппарата, эндокринной
системы, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта,
печени, почек, обменных процессов. Клиническая картина заболевания
может быть очень различной, в зависимости не только от воздействия
различных видов и доз излучения, но и от состояния поражаемого
организма и его реактивности. Недостаточное знакомство широкого
круга практических врачей с последствиями длительного действия
малых доз ионизирующей радиации на организм человека, а также
отсутствие характерных клинических симптомов создают иногда боль-
шие диагностические трудности.

Мы наблюдали три случая хронической лучевой болезни, развив-
шейся в результате нарушения техники безопасности.

1. А-а, 32 лет, в январе 1958 г. обратилась за консультацией по поводу общей
слабости, головных болей, быстрой утомляемости и усиленного выпадения волос.
В момент начала заболевания в сентябре 1957 г., кроме описанных явлений, отме-
чались боли в костях и понос. В течение почти трех недель декабря держалась суб-