

И. Я. Певзнер (Чапаевск). Разрыв правого желудочка сердца

В клинической практике разрывы правого желудочка на почве инфаркта наблюдаются редко.

Приводим наше наблюдение.

Я., 74 лет, поступил 28/X-60 г. с жалобами на появившиеся в 3 часа ночи сильные боли под левой лопаткой, одышку, чувство «ползания мурашек» и онемение левой руки. До этого в течение трех дней было чувство стеснения в груди.

Видимые слизистые цианотичны, границы сердца резко расширены влево, тоны глухие, шумов нет, ритм сердца правильный, пульс — 126, слабый. Периферические артерии уплотнены и извиты. АД — 140/105. На левой половине грудной клетки резкая кожная гиперестезия. Над всеми легочными полями перкуторный звук коробочный; подвижность нижних краев легких — 2 см. Дыхание ослабленное, в нижних отделах сухие хрипы. Живот мягкий, печень не увеличена.

20/X-60 г.: Hb — 11 г%, Э. — 4 020 000, РОЭ — 38 мм/час. Л. — 15100 (э. — 1%, п. — 1%, с. — 82%, л. — 10%, м. — 6%), протромбиновый индекс — 124%. Анализ мочи — без особенностей.

На ЭКГ — синусовая тахикардия, инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка с вовлечением перегородки, блокада левой ножки пучка Гиса.

На следующий день состояние больного не изменилось, появился громкий шум трения перикарда. Протромбиновый индекс под влиянием антикоагулянтной терапии снизился до 76%.

Диагноз: Атеросклеротический кардиосклероз. Инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Эмфизема легких.

К вечеру 29/X-60 г. состояние резко ухудшилось, и через несколько часов больной скончался.

На вскрытии (патологоанатом С. М. Кононенко) — инфаркт передних стенок левого и правого желудочка, задне-боковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Разрыв передней стенки правого желудочка. Гемоперикард.

Особенность описанного случая — значительное распространение инфаркта на правый желудочек, что вызвало разрыв его, явившийся непосредственной причиной смерти.

В. Д. Трошин (Арзамас). Сочетание тромбоза общей сонной артерии с инфарктом миокарда

Б., 58 лет, доставлена в неврологическое отделение 24/I-59 г. с острым нарушением мозгового кровообращения. В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. С 1951 г. у больной периодически возникали приступы головной боли и слабости в правых конечностях, иногда явления гемипаралича. Это расценивалось как проявление гипертонического криза. АД — 220/100. Больная оставалась активной, занималась домашними делами. 24/I-59 г. в 10 часов утра родственники нашли больную лежащей на полу в комнате в бессознательном состоянии.

При поступлении больная в тяжелом состоянии, на вопросы не отвечает, слабо реагирует на уколы, глотание сохранено. Зрачки равномерно расширены, реакции на свет ослаблены. Сглаженность правой носо-губной складки, язык отклоняется вправо. Активные движения в правых конечностях отсутствуют. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы справа снижены. Симптом Бабинского справа. Гемигипестезия. Расстройство мочеиспускания по типу задержки. Кожные покровы чистые, влажные, акроцианоз. Дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя — 3 межреберье, правая — по правому краю грудины. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс — 72, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 200/105. Живот — мягкий, печень и селезенка не увеличены. Hb — 12,3 г%, Л. — 6000, с. — 62%, л. — 33%, м. — 3%, э. — 2%, РОЭ — 25 мм/час. Протромбин — 45%.

АД упало до 80/40 мм. Сонливость перешла в сопорозное состояние. 18/II-59 г. больная умерла.

Клинический диагноз. Гипертоническая болезнь III ст., атеросклероз сосудов головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии слева по типу кровоизлияния (?), атеросклеротический миокардиосклероз.

На вскрытии обнаружен обширный участок некроза в толще левого желудочка, распространяющийся до верхушки. Коронарные сосуды уплотнены. Аорта неровная, интима обезображена. Тромбоз левой общей сонной артерии на всем протяжении. На стенке сонной артерии значительное количество язвенных поверхностей, в стенке

артерий — отложение извести. Твердая мозговая оболочка напряжена, полнокровна. Мягкая мозговая оболочка слева резко отечна, отечная жидкость имеет желто-зеленый цвет. Левое полушарие значительно увеличено в размерах, извилины сглажены. Вещество мозга левого полушария повышенной влажности, мягкое, границы между серым и белым веществом плохо выражены. Желудочки расширены, особенно слева. Эпендима полнокровна, гладка. Сосуды основания мозга с многочисленными атероматозными бляшками.

Патологоанатомический диагноз. Общий атеросклероз, обширный инфаркт миокарда на почве атеросклероза коронарных сосудов. Язвенный атероматоз аорты и крупных периферических сосудов. Тромбоз общей сонной артерии. Начинающийся некроз левого полушария мозга. Дистрофические изменения во внутренних органах.

По-видимому, у больной в течение 8 лет был тромбоз общей сонной артерии, клинически проявлявшийся периодическим развитием гемипареза и гемиплегии. Стойких нарушений мозгового кровообращения не возникало, так как оно компенсировалось за счет коллатерального кровообращения (правой сонной артерии и системы виллизиева круга). Развитие инфаркта миокарда привело к падению сердечной деятельности, нарушению коллатерального кровообращения в сосудистой системе мозга и развитию некроза левого полушария мозга. Инфаркт миокарда при жизни не был диагностирован, так как острое нарушение мозгового кровообращения маскировало клинику инфаркта миокарда.

Э. И. Гельфонд (Мамадыш). Случай расслаивающей аневризмы аорты

12/I-61 г. в 5 ч. доставлена больная С., 43 лет, из деревни, находящейся в 30 км от больницы.

Больная мечется, не находит себе места, вскакивает, стонет от боли в груди, в спине, верхней половине живота. Боли начались внезапно в 10 часов вечера, с тех пор не прекращались, был вызван фельдшер, который ввел кофеин и направил больную в районную больницу.

«Заболеванием сердца» страдала несколько лет. Все время лечилась у фельдшера.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Температура — 36,9°. Пульс — 96, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке и на аорте. АД — 170/100. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Диагноз: инфаркт миокарда (?). Назначен строгий постельный режим. Дан валлол, боли не уменьшились. После приема нитроглицерина боли уменьшились, но вскоре возобновились. Введено 1 мл 1% раствора морфина и 0,5 мл 0,1% раствора атропина. Боли уменьшились, однако вскоре снова возобновились. Больная продолжает беспокоиться, метаться, много пьет. В 10 ч. 30 м. больная вскочила, вскрикнула, упала и скончалась.

Клинический диагноз: инфаркт миокарда, тампонада сердца.

При вскрытии обнаружены обширная гематома средостения и жидкая, частично сгустками, кровь в левой половине грудной клетки (2000 мл). Сердце нормальных размеров, без особых изменений. Обнаружены расслаивающая аневризма аорты в грудном отделе на протяжении 10 см и линейный разрыв аорты в косом направлении с неровными краями 2,0 × 0,3 см. Аорта склеротически изменена. Множество атероматозных бляшек в месте разрыва. Создается впечатление выпадения атеросклеротической бляшки.

Канд. мед. наук Д. Г. Тахавиева (Казань). Успешное закрытое вправление застарелого вывиха плеча с использованием мышечных релаксантов

Бескровное вправление застарелых вывихов плеча, особенно на сроках, превышающих 2 месяца, не всегда достигает цели и является продолжительной, травматичной и весьма обременительной для больного манипуляцией. Вправлению вывиха препятствуют не только рубцы, но и стойкая мышечная ретракция. В последние годы начали появляться сообщения о применении курареподобных препаратов в сочетании с интратрахеальным наркозом или местным обезболиванием при репозиции костных отломков и вправлении вывихов (В. И. Соколов, А. Г. Костин). Миорелаксанты, снимая мышечное сопротивление, значительно облегчают технику вправления и увеличивают шансы на успех консервативного лечения.

Приводим наше наблюдение.

И., 19 лет, поступила 4/I 1961 г. с жалобами на боли и отсутствие движений в левом плечевом суставе. 2/XI 1960 г. во время припадка эпилепсии у больной произошел вывих левого плеча, по поводу которого никакого лечения не предпринималось.