

ВЫВОДЫ

1. ЭКГ-данные имеют большое значение для диагностики различных форм пороков общего атриовентрикулярного канала.

2. Характерными изменениями ЭКГ следует считать: отклонение электрической оси сердца влево в стандартных отведениях с признаками гипертрофии обоих желудочков и преобладающей гипертрофией правого желудочка в однополюсных отведениях, неполную блокаду правой ножки пучка Гиса, нарушение атриовентрикулярной проводимости, признаки гипертрофии правого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bergovich J., Bleifer S. a. oth. Circulation, 1960, 1, p. 63.
2. Blount S. G., Balchum O. J., Gensini G. Circulation, 1956, 13, 499.
3. Burch G. E., De Pasquale N. Am. Heart J., 1959, 58, 190.
4. Burchell H. B., Du Shane J. W., Brandenburg R. O. Am. J. Cardiol., 1960, 6, 575.
5. Du Shane J. W., Weidman W. H., Brandenburg R. O., Kirklin J. W. Circulation, 1960, 21, 363.
6. Espino-Vela J., Murad-Netto S., Rubio-Alvarez V. Am. J. Cardiol., 1960, 6, 589.
7. Ewans I. R., Rowe R. D., Keit J. D. Am. J. Med., 1961, 30, 345.
8. Kelly J., Lyons H. Ann. intern. Med., 1958, 48, 2, 267—283.
9. Milnor W. R., Bertrand C. A. Am. J. Med., 1957, 22, 223.
10. Sodi-Pallares D. New Bases of electrocardiography. London, 1956.
11. Toscano-Barbosa E. Proc. Mayo Clin., 1956, 31, 513—523.
12. Witham A., Ellinson R. Am. J. Med., 1957, 22, 593—604.
13. Pryor R., Woodward G. M., Blount S. G. Am. Heart J., 1959, 58, 689.
14. Campbell M., Missen G. A. Brit. Heart J., 1957, 19, 403.

УДК 616.12—007.2

СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ТЕЧЕНИЕ НЕЗАРАЩЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Н. В. Беспятова

Клиника пропедвтики внутренних болезней (зав.—проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института

Открытый артериальный проток составляет 20—25% всех врожденных пороков сердца и магистральных сосудов.

При функционирующем артериальном протоке наблюдаются тяжелые нарушения гемодинамики, поэтому весьма важно раннее распознавание этого порока и своевременное хирургическое лечение. Клинические проявления незаращенного артериального протока зависят от величины протока и возраста больного.

По данным С. В. Шестакова, в развитии порока можно выделить три периода. Первый относится к детскому возрасту. Жалобы больных в этом периоде очень скудные или совершенно отсутствуют. Границы сердца в пределах нормы. Систолический шум во II межреберье слева, проводящийся на верхушку. На ФКГ — систолический шум различной интенсивности. На ЭКГ — нормальный тип.

Второй период соответствует более старшему возрасту, когда происходит расширение легочной артерии, повышается давление в ней. Больные жалуются на колющие боли в сердце, сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость. Определяется расширение сердца влево. Появляется систолико-диастолический («машинный») шум и акцент II тона на легочной артерии.

На ФКГ регистрируется типичный «машинный» шум, осцилляции которого, постепенно нарастая, достигают максимума в момент возникновения II тона, а затем постепенно уменьшаются в диастоле.

Вначале левый тип ЭКГ, затем, с развитием гипертензии не только левого, но и правого желудочка, — правый тип.

Третий период — поздний — характеризуется гипертензией в малом круге кровообращения. Иногда давление в легочной артерии значительно выше, чем в аорте, появляется венозно-артериальный шунт. Нередко наступает склероз клапанов легочной артерии.

К вышеперечисленным жалобам в этом периоде присоединяются жалобы на чувство сдавления, тяжести за грудиной, ощущение пульсации сосудов шеи и головы, кашель.

Сердце увеличено влево и вправо. Грубый систолико-диастолический шум, резкий акцент II тона на легочной артерии. На ФКГ резкий акцент II тона на легочной арте-

рин, систолико-диастолический шум и шум относительной недостаточности клапанов легочной артерии (Грехем — Стилла).

На ЭКГ — правый тип.

За 1961—1963 гг. нами было обследовано 11 мужчин и 21 женщина с незаращенным артериальным протоком. В возрасте до 20 лет было 20, до 30 лет — 10, до 40 лет — 1, 51 года — 1 больной.

Одышка была у 28 больных, сердцебиение — у 24, боли в сердце — у 27.

Деформация грудной клетки в виде сердечного горба была у 3 больных. Сердечное дрожание определялось у 5, пульсация сонных артерий также у 5 больных. Расширение границ относительной сердечной тупости влево отмечено у 12, вправо и влево — у 17 больных. Выслушивались во II межреберье слева у грудины: у 29 больных — систолико-диастолический шум, у 2 — очень грубый только систолический, у 1 — только диастолический. У 5 больных шум выслушивался в подмышечной и подлопаточной областях слева. Акцент II тона на легочной артерии был у 22 больных.

На ФКГ почти у всех больных определялся характерный непрерывный шум в области легочной артерии, следующий не непосредственно за I тоном, а через короткий интервал. Шум начинается колебаниями низкой частоты, нарастает к концу систолической паузы и заканчивается убыванием в мезодиастоле.

Выраженная недостаточность кровообращения была только у женщины 51 года.

Субфебрильная температура наблюдалась у 3 больных.

Нормальный тип ЭКГ был у 10 больных, левый — у 15 больных, правый — у 8.

Диффузные изменения миокарда отмечены у 18 больных, признаки гипоксии миокарда — у 10, синусовая аритмия — у 5.

Иногда незаращенный артериальный проток осложняется септическим эндартеринитом.

Примером может служить Б., 21 года, оперированная по поводу незаращения артериального протока, осложненного подострым септическим эндартеринитом.

Еще в раннем детстве у нее диагностировался порок сердца, но росла и развивалась она нормальным активным ребенком, занималась спортом, чувствовала себя хорошо.

В мае 1958 г. во время заболевания гриппом возникла одышка, появилась боль в левой половине грудной клетки, температура была 39°. Около 1,5 месяцев она находилась в стационаре с высокой температурой. Диагностировали ревматизм, эндокардит, комбинированный порок митрального клапана. Лечили салицилатами, сердечно-сосудистыми средствами.

Выписалась с субфебрильной температурой в июне 1958 г. и приступила к работе, но через несколько дней почувствовала себя плохо. Вновь появились ознобы, температура поднялась до 39°, присоединилась боль в левом подреберье.

Больная обратилась в нашу клинику. Кожные покровы бледны с желтоватым оттенком, на конъюнктиве глаз и коже голеней — петехии. Грубый «машинный» шум во II межреберье слева от грудины, занимающий систолу и диастолу, распространяющийся на верхушку и сосуды шеи. В этом же участке определялось выраженное «кошачье мурлыканье», II тон на легочной артерии усилен. Печень выступает на 6 см ниже края реберной дуги. Селезенка резко болезненна и выступает на 8 см из-под края реберной дуги. На голенях отек подкожной клетчатки.

Установлено наличие незаращенного боталлова протока, осложненного септическим эндартеринитом. Кроме того, у больной был диагностирован инфаркт селезенки и левосторонний геморрагический плеврит (по-видимому, после инфаркта легкого).

Гем. — 50%, Л. — 16 000, РОЭ 70 мм/час.

В моче микрогематурия, альбуминурия.

Больная получала массивные дозы антибиотиков, салициловые препараты и сердечно-сосудистые средства.

В октябре 1958 г. в факультетской хирургической клинике была произведена перевязка боталлова протока. Проток имел длину 1 см и ширину 1,5 см. Послеоперационное течение гладкое. Продолжалось лечение антибиотиками. Температура после операции 37,6°, затем малая субфебрильная. Общее самочувствие стало улучшаться. Шум во II межреберье слева исчез сразу после операции. Вначале отмечалась небольшая тахикардия (88—91), а затем частота сердечных сокращений стала нормальной. Ритм правильный, АД 105/70. Печень определялась у края реберной дуги, селезенка уменьшилась и в последующем не прощупывалась, отеки исчезли, одышка также. С каждым днем больная чувствовала себя бодрее, прибавляла в весе. Окраска кожи и слизистых стала нормальной. Температура установилась на нормальных цифрах. РОЭ снизилась до 12—14 мм/час, формоловая проба трижды отрицательна. Патологические изменения в моче исчезли.

Больная выписана практически здоровым человеком.

Таким образом следует считать, что больных с незаращенным артериальным протоком надо оперировать даже при подостром септическом эндартерините.

Из 32 человек, которые находились на лечении и обследовании в нашей клинике, 27 были прооперированы в клиниках госпитальной хирургии Горьковского медицинского института и факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института. Исход у всех был благоприятным.