

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Асс. Х. С. Ахмерова и асс. Е. И. Чижова

Первая кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. М. Мамиш) и кафедра рентгенологии № 1 (зав.— проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина.

Наблюдения проводились в течение 1959—60 гг. над 14 детьми в возрасте от 5 до 10 лет и 37 — от 11 до 16 лет.

У 14 больных был ревматизм без клинических проявлений со стороны сердца и у 15 ревмокардит без клапанного поражения. Из 19 больных с эндомикардитом было с формирующейся и сформировавшейся недостаточностью митрального клапана — 6; с сочетанным митральным пороком — 9, в том числе с преобладанием недостаточности — 6, с преобладанием стеноза — 3, с комбинированным пороком митрального и аортального клапанов — 4. Больных с панкардитом в сочетании с митральным пороком — 3.

Из 14 больных ревматизмом без клинических проявлений со стороны сердца, но с наличием хореи или ревматического полиартрита с давностью заболевания до одного года при рентгенологическом исследовании изменения со стороны сердца не найдены лишь у 8. У трех обнаружено резко выраженное увеличение зоны левого желудочка, левого предсердия и пульмональной дуги. У двух отмечено увеличение амплитуды зубцов левого желудочка с некоторой деформацией диастолического колена и у одного — изменения формы диастолического колена зубцов левого желудочка, что указывало на нарушение тонической функции миокарда. У трех больных этой группы проведено кимографическое исследование до и после физической нагрузки, при этом у двух из них выраженных отклонений от исходного положения не отмечено. У одной же больной в активной фазе заболевания рентгенологических изменений не найдено, а через полгода, когда исчезли клинические, лабораторные и другие проявления активности процесса, при рентгенологическом исследовании обнаружены сглаженность левого контура сердца, закругленность верхушки его и увеличение левожелудочковых зубцов. При кимографии; проведенной через три минуты после физической нагрузки, амплитуда зубцов стала меньше исходной.

Клинические проявления ревмокардита (15 чел. с давностью заболевания до 6 месяцев) выражались в расширении размеров сердечной тупости, преимущественно влево, глухости тонов, наличии систолического шума на верхушке той или иной интенсивности, акцента II тона на легочной артерии, тахикардии. У некоторых отмечались явления полиартрита, полиартралгии, экстрасистолии. На ЭКГ синусовая аритмия, левограмма, замедление атриовентрикулярной, внутривентрикулярной проводимости, симптомы крупноочагового миокардита.

Рентгенологически у 9 из них наблюдались изменения, выражающиеся в увеличении размеров сердца в той или иной степени. На кимограммах указанных больных найдена деформация, чаще со стороны диастолического колена и верхушек левожелудочковых зубцов. У 3 больных изменения не обнаружены. У 2 больных в активной фазе ревматизма отмечено умеренное и равномерное расширение границ сердца. На кимограмме симптомы нарушения тонической функции миокарда, которые исчезли у одного через 8, у другого через 18 мес. Однако при кимографической пробе с физической нагрузкой у одного больного, исследованного нами через полтора года, обнаружены функциональные изменения.

Из наших больных с эндомикардитом 6 детей имели уже сформировавшуюся недостаточность митрального клапана. Клинические проявления выражались в приглушенности тонов сердца, расширении сердечной тупости влево, душем систолическом шуме у верхушки, который проводился к основанию и в подмышечную область, имелся акцент II тона на легочной артерии. ЭКГ-исследование обнаруживало левограмму, а у некоторых — изменения, связанные с текущим миокардитом. Рентгенологически у этих больных отмечалось увеличение левого желудочка и левого предсердия, выраженное в различной степени, в некоторых случаях был умеренно расширен правый желудочек. Кимографически обычно наблюдались удлинение дуги левого желудочка, увеличение амплитуды левожелудочковых зубцов у основания сердца, некоторое расширение зоны пульсации левого предсердия. У 2 больных обнаружены изменения миокарда. У одной больной при рентгенологическом исследовании изменения не найдены. Но через 6 месяцев у нее при клинически выраженных явлениях эндокардита с недостаточностью митрального клапана и стенозированием левого венозного отверстия рентгенологически уже обнаружена митральная конфигурация сердца с увеличением пути оттока правого желудочка, левого предсердия и левого желудочка. На кимограмме найдены симптомы поражения миокарда.

У больных с проявлениями эндомикардита и сочетанным митральным пороком (9) клинически определялись: разлитой сердечный толчок, диастолическое дрожание на верхушке, расширение сердечной тупости во все стороны, хлопающий первый тон на верхушке, акцентированный, иногда расщепленный II тон на легочной артерии,

дующий систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в той или иной степени на основание сердца, диастолический шум на верхушке. На ЭКГ — нормограмма или правограмма. В ряде случаев изменения, связанные с миокардитом. В легких явления застоя. Больные этой группы имели проявления сердечной недостаточности I и II ст. Рентгенологически у данных больных обычно отмечались: увеличение левого желудочка и левого предсердия, расширение пути оттока правого желудочка, что в значительном количестве случаев совпадало с кимографическими данными. При кимографическом исследовании этой группы больных симптомы нарушения тонической функции миокарда отмечены у трех.

У 3 детей с эндомиокардитом и сочетанным митральным пороком, с выраженным преобладанием стеноза, была недостаточность кровообращения II ст. Рентгенологически у всех определялась резко выраженная митрализация формы сердца с увеличением полостей, особенно левого предсердия, которое увеличивалось обычно кзади и вправо. В двух случаях нами отмечены левопредсердные зубцы с увеличенной амплитудой (на передней кимограмме) на правом контуре выше правопредсердных зубцов. У всех наблюдались выраженные явления застоя в легких; в одном из наиболее тяжелых проявлений стеноза застой в медиальных отделах легких был настолько выражен, что динамические изменения при рентгенологическом и кимографическом исследовании уловить детально не удалось. Лишь руководствуясь контрастной эзофагоскопией, снимками с передержкой и томографическим исследованием, мы констатировали прогрессирующее увеличение левого предсердия.

У 3 больных с эндомиокардитом с недостаточностью митрального и аортального клапанов в активной фазе заболевания клинические изменения выражались в расширении сердечной тупости преимущественно влево, приглушенности тонов, дующем систолическом и диастолическом шумах на верхушке и на основании сердца. Были хорошо выражены периферические симптомы аортальной недостаточности (пульсация шейных сосудов, пульс *celer et altus*, тон Траубе, сниженное или нулевое минимальное давление крови). Рентгенологически, кроме изменений, присущих митральным порокам, наблюдались значительное увеличение левого желудочка и усиленная пульсация аорты.

На кимограммах, кроме увеличения зоны левожелудочковых зубцов, отмечалось увеличение амплитуды этих зубцов с нерезко выраженными явлениями деформации по диастолическому и систолическому коленам. На кимограммах же отчетливо определялась усиленная пульсация восходящей части и дуги аорты.

У одной больной через 1,5 года после ревматической атаки кимографически было отмечено увеличение зоны левого желудочка с небольшими изменениями со стороны миокарда. Рентгенокимографическая проба с нагрузкой у нее показала учащение ритма без уменьшения амплитуды зубцов. Одна больная из этой группы, кроме недостаточности митрального и аортального клапанов, имела и стенозирование аорты. В этом случае при рентгенологическом исследовании была выражена гипертрофия левого желудочка с закруглением и опущением верхушки сердца. Левый контур сердца был сглажен за счет некоторого расширения пульмональной дуги и левого предсердия.

В последнюю группу (3 больных) входили страдающие панкардитом и сочетанным митральным пороком с сердечной недостаточностью II ст.

Характерным для этой группы больных было: общее тяжелое состояние, вялость, бледность, акроцианоз, одышка, отеки, глухость тонов, скребущий систолический и диастолический шум над верхушкой сердца. Увеличение сердечной тупости, застой в легких и явления полисерозита подтверждались и рентгенологически. На кимограммах сердечные зубцы на отдельных участках почти не дифференцировались.

ВЫВОДЫ

1. В общем комплексе исследования детей с поражением сердца целесообразно более широко пользоваться динамическим рентгенологическим и рентгенокимографическим методами.
2. Применение рентгенокимографического исследования в сочетании с физической нагрузкой и другими методами позволяет полнее охарактеризовать течение ревматизма и обнаружить изменения в сердечно-сосудистой системе даже при отсутствии клинических проявлений заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деева М. М. Педиатрия, 1958, 12. — 2. Миримова Т. Д. Педиатрия, 1959, 4; Вестн. рентген. и радиол., 1960, 6. — 3. Нарина Ф. П. Педиатрия, 1960, 9. — 4. Попов Н. А., Деева М. М. Педиатрия, 1959, 8.

Поступила 12 мая 1962 г.