

повысилась температура, появилась головная боль. Лечился дома инъекциями пенициллина. На 3-й день стали беспокоить боли в груди, одышка. Ранее всегда был здоровым.

Состояние тяжелое, кожа и слизистые бледны; температура 38°. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, на верхушке шум трения перикарда. Пульс 92, слабого наполнения.

Заключение по ЭКГ: выраженное поражение миокарда с нарушением коронарного кровообращения; правограмма, синусовая тахикардия.

Гем. 71 ед., Э. — 3 860 000, ц. п. 0,8, Л. — 17 700, э. — 1%, п. — 3%, с. — 81%, л. — 8%, м. — 7%, РОЭ — 47 мм/час.

В моче следы белка, единичные цилиндры и свежие эритроциты. Удельный вес 1018.

Клинический диагноз: острый перикардит неясной этиологии, двусторонняя бронхопневмония, сердечно-сосудистая недостаточность I—II ст.

Лечение антибиотиками, сульфамидами, сердечными средствами оказалось неэффективным, быстро нарастала сердечно-сосудистая недостаточность, и 26/XI наступила смерть.

Данные вскрытия. Головной мозг полнокровный, набухший. В плевральных полостях скопление трансудата (справа 1,5 л, слева 800 мл).

В полости перикарда 15 мл прозрачной желтоватой жидкости. Эпикард в области верхушки и по задней поверхности левого желудочка гиперемирован, покрыт тонкой пленкой фибрина. Все полости сердца расширены. Пристеночный эндокард повсюду гладкий, клапаны тонкие, эластичные. В стенках левого желудочка и в межжелудочковой перегородке обширные желтоватые очаги с нечеткими контурами. В задней стенке левого желудочка они распространяются до эпикарда, покрытого фибрином. В пораженных участках сохраняются лишь узкие прослойки гиперемированной мышечной ткани.

Микроскопически в стенках левого желудочка и в межжелудочковой перегородке обширные поля деструкции мышечного синцития. Здесь встречаются лишь единичные дистрофически измененные мышечные волокна и обломки их. При исследовании серийных срезов наряду со свободно лежащими гигантскими клетками на концах подвергнувшихся распаду мышечных волокон удается обнаружить гигантоклеточные образования типа мнобластических элементов. Межтканевая ткань густо инфильтрирована лимфоцитами, гистиоцитами, плазматическими клетками. В пролиферате обилие эозинофилов. Встречаются поражения сосудов типа деструктивного панваскулита. В задней стенке левого желудочка деструкция мышечного синцития распространяется до эпикарда с развитием фибринозного перикардита.

Патологоанатомический диагноз: идиопатический миокардит (деструктивно-воспалительный тип), очаговый фибринозный перикардит.

УДК 616.931

С. Х. Хабибуллина (Казань). Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими осложненные формы дифтерии

В течение 1958—1962 гг. проведены наблюдения над 581 больным. Из них получили противодифтерийные прививки 299, неправильно привитых было 129 и непривитых — 153 чел.

Сердечно-сосудистые расстройства были обнаружены у 414 больных (71,2%); в том числе миокардит в 27,02%, «инфекционное сердце» в 44,23%.

В группе привитых сердечно-сосудистые расстройства наблюдались в 2 раза реже, чем у непривитых и неправильно привитых (47,16% против 96,73 и 96,9). Для группы привитых характерно развитие изменений типа «инфекционное сердце» (38,8%). Миокардит отмечен лишь в 8,38%, что в 4 с лишним раза реже, чем в группе неправильно привитых (37,21%) и почти в 7 раз реже, чем у непривитых детей (54,9%). В группе привитых миокардит в 84% протекал в легкой форме, тогда как у непривитых наблюдался преимущественно (58,33%) тяжелые формы его.

В группе привитых как при «инфекционном сердце», так и при миокардите наблюдается скудность клинических симптомов при выраженности ЭКГ-показателей. Поэтому для диагностики сердечно-сосудистых поражений важно иметь и учитывать данные ЭКГ.

После выписки из стационара больные находились под диспансерным наблюдением от 1 месяца до 4—5 лет. Всего обследовано 76 больных, из них у 33 в остром периоде дифтерии были изменения типа «инфекционное сердце», у 43 — миокардит.

Остаточные изменения типа «инфекционное сердце» в группе привитых отмечены в 30,4%, у неправильно привитых — в 47,8%, у непривитых — в 55,6%.

При миокардите в момент выписки расширение границы сердца влево было отмечено у 11, приглушение тонов сердца — у 38, систолический шум у верхушки сердца — у 23, акцент II тона над легочной артерией — у 7, гипотония — у 20 больных. Всего при выписке остаточные явления легкого миокардита в группе привитых определились в 53,9%, у неправильно привитых — в 82,7%, у непривитых — в 80%.

После среднетяжелого и тяжелого миокардита почти у всех сохранялись патологические симптомы.

При физической нагрузке, утомлении некоторые дети предъявляли жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, одышку. У 18 детей с явлениями «инфекционного сердца» и у 30 с миокардитом отмечалось изменение характера, раздражительность. Обычно жалобы появлялись спустя 1—2 месяца после выписки из стационара и были связаны с расширением режима или с перенесенными гриппом, ангиной.

Остаточные изменения «инфекционного сердца» через 6 мес. после перенесенной дифтерии исчезли в группе привитых в 73,3%, тогда как в группе неправильно привитых — у 5 из 9 больных, в группе непривитых — только у одного из 9 больных. В двух последних группах изменения исчезали в основном через год после выписки из стационара.

У перенесших миокардит через год после выписки изменения исчезли в группе привитых у 6 из 10, неправильно привитых — у 5 из 13, непривитых только у 3 из 20 больных. Изменения в двух последних группах исчезли через 2—3 года после выписки, а при тяжелом миокардите они сохранились и при обследовании через 4—5 лет.

Дети после перенесенной дифтерии должны освобождаться от школьных занятий по физкультуре на срок 3—6 месяцев при явлениях «инфекционного сердца» и до 2 лет — после перенесенного тяжелого миокардита.

УДК 617.12—081

Н. Ф. Федоров и Г. П. Петров (Чебоксары). Из опыта лечения ранений сердца

В 1965 г. в хирургическом отделении 2-й Чебоксарской городской больницы было 2 больных с ранением сердца.

1. С., 21 года, доставлена 26/V 1965 г. в 17 час. 50 мин. Общее состояние крайне тяжелое, сознание затмнено, резкая бледность, пульс на лучевой артерии не пальпируется. АД не определяется. Огнестрельное ранение в левой половине грудной клетки, между III—IV ребрами, по среднеключичной линии. Вокруг входного отверстия следы порохового ожога. При рентгенографии в области реберно-диафрагмального угла слева обнаружена пуля. Под местной анестезией произведена торакотомия (Н. Ф. Федоров) с пересечением IV—V—VI реберных хрящей по краю грудины. Из плевральной полости удалено около 1000 мл крови со сгустками. На передней поверхности перикарда — пулевое отверстие $0,4 \times 0,5$ см. Под перикардом просвечивает кровь. Перикард вскрыт. Выделилось большое количество крови, после чего сердечные сокращения улучшились. Пулевое отверстие $0,4 \times 0,5$ см на передней поверхности левого желудочка (ближе к левому предсердию) ушито тремя шелковыми швами. На выходное отверстие, находящееся на задней поверхности сердца, наложен один шелковый шов. В это время сердце остановилось. Произведен массаж сердца, сердцебиение возобновилось. Перикард ушит редкими кетгутowymi швами. При дальнейшей ревизии грудной полости обнаружена ссадина на передне-боковой поверхности позвоночника слева на уровне выхода пули из задней стенки сердца и входа в диафрагму. Плевральная полость высушена, вставлена резиновая трубка, рана зашита. Для удаления пули произведена лапаротомия. Пуля обнаружена под париетальной брюшиной между XI и XII ребрами слева и извлечена через дополнительный разрез между этими ребрами. Брюшная полость ушита наглухо. По ходу операции перелито 1200 мл крови и 450 мл полиглюкина.

На 10-й день развилось воспаление левой околоушной железы, закончившееся гнойным расплавлением ее. На 11-й день общее состояние еще более ухудшилось, появились схваткообразные боли в животе, рвота, отрыжка. При релапаротомии установлена спаечная кишечная непроходимость. Произведена резекция 1 м 20 см гангренозно измененной петли тонкой кишки. Выздоровление. При обследовании через 8 месяцев жалоб нет.

2. К., 18 лет, доставлен через два часа после ранения грудной клетки слева. Кожа и слизистые оболочки бледны, с цианотичным оттенком. Пульс на лучевой артерии не пальпируется, АД не определяется, дыхание прерывистое, частое. Тоны сердца глухие. Дыхание слева ослаблено. На передней поверхности груди в III межреберье слева по сосковой линии — колотая рана около 2 см, расположенная перпендикулярно к ребрам. Рана зияет. Кровотечение незначительное.

Сделана левосторонняя ваго-симпатическая блокада по А. В. Вишневскому. Перелито внутриартериально 200 мл, внутривенно 450 мл гидролизина, после чего ритм сердца улучшился, АД поднялось до 110/70. Больной оставался под наблюдением еще около 4 часов.

На рентгенограмме сердечная тень увеличена, имеет форму шара, сердечные талии сглажены. Через 7 часов после поступления больного в стационар АД снова начало падать. Пульс стал слабый, нитевидный, аритмичный.