

систола желудочка. Выраженная правограмма. Нарушение и замедление внутрижелудочковой проводимости. Глубокие изменения миокарда желудочка. Отрицательные Т и Т₃ во всех грудных отведениях.

На основании клинико-рентгенологических данных установлен следующий диагноз: врожденный порок сердца. Недостаточность трехстворчатого клапана, гипоплазия крупных сосудов. Макрокардия (болезнь Эбштейна). Эндокардит. Поражение митрального клапана. Декомпенсация III степени. Сердечный цирроз печени. Асцит.

За время пребывания в клинике больной получал сердечные и мочегонные препараты; неоднократно методом парацентеза удаляли жидкость из полости живота.

22. III. 63 г. больной при явлениях сердечной недостаточности скончался.

Патологоанатомические данные. Аномалия развития сердца, аорты и легочной артерии. Макрокардия за счет увеличенного правого сердца. Фиброзное кольцо вокруг правого желудочка. Посредине правого желудочка соединительнотканый пояс (наподобие обруча), изменяющий конфигурацию желудочка в виде песочных часов. Вес сердца, опорожненного от крови, 580,0. Длина 17 см, ширина — 18 см. Ширина правого желудочка 12 см, длина — 17 см. Ширина левого желудочка 6 см, длина — 17 см. Толщина стенок левого желудочка 1,8 см, правого — 0,6 см. Трехстворчатый клапан прикреплен под предсердием, пропускает 5 пальцев, тонкий. Трабекулярные мышцы истончены. Двухстворчатый клапан утолщен, пропускает 3 пальца, на поверхности имеются просовидные наложения. Сухожильные нити укорочены и утолщены. Ширина аорты 4 см, клапаны тонкие, интима гладкая. Легочная артерия шириной 3 см, интима гладкая. Недоразвитие левого легкого. Печень бугристая, плотная.

Таким образом, патанатомические данные полностью подтвердили клинико-рентгенологический диагноз. Интерес нашего наблюдения заключается в том, что врожденная недостаточность трехстворчатого клапана обусловлена не смещением створок, а наличием мощного фиброзного тяжа вокруг правого желудочка, вследствие чего он оказался разделенным на две части: значительно расширенную верхнюю, функционально относящуюся к правому предсердию, и нижнюю, меньшую часть, функционирующую как правый желудочек.

Поступила 13 февраля 1964 г.

УДК 611.132

К КЛИНИКЕ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

С. У. Бакирова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— доц. Г. З. Ишмухаметова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Коарктация, или сужение аорты, по мнению многих исследователей, встречается в 15—18% всех врожденных пороков сердца и крупных сосудов, причем в 2—3 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Наиболее частой локализацией сужения аорты на ограниченном участке является ее перешеек. Больные отмечают в таких случаях упорные головные боли, головокружения, шум в ушах, одышку, сердцебиения, пульсации в шее, голове, что объясняется усилением кровообращения в верхней части тела, и зябкость, быструю утомляемость в ногах в связи с недостаточностью кровообращения

в нижних частях тела (О. Ю. Марина — 1961, А. С. Пипко с соавторами — 1961, Ю. Е. Березов с соавторами — 1962). Из нарушений в сердечно-сосудистой системе прежде всего нужно отметить, что систолическое давление на верхних конечностях повышено до 280/120, 200/100, тогда как на нижних конечностях оно понижено до 70/60 или даже не определяется. Обнаруживается гипертрофия левого желудочка, при аускультации акцент 2-го тона на аорте и выраженный систолический шум, выслушиваемый во 2—3-м межреберье слева у грудины. Шум проводится в межлопаточное пространство, на сонные артерии и в подключичную область. Весьма характерным признаком коарктации аорты в месте перешейка ее считается узурация ребер, вызываемая постоянным давлением расширенных и извилистых межреберных артерий.

Приводим наше наблюдение.

М., 21 года, поступил с жалобами на постоянные головные боли, выраженные больше в затылочной области, головокружения, покачивание в сторону при ходьбе, ослабление памяти и зрения, боли в области сердца сжимающего характера, сердцебиение, одышку при физической нагрузке. Болен с детства. Ввиду упорных головных болей не мог учиться, с трудом окончил только 4 класса. Находится под наблюдением врачей. Диагноз — эссенциальная гипертония, нефропатия. Инвалид II гр.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, интеллект снижен, лицо амимично, телосложение правильное, кожа бледная, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Череп большой, выступает лобная часть. Заметна пульсация шейных сосудов. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца в 6-м межреберье, усиленный, разлитой, заходит на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены на 2 см влево. На аорте акцент 2-го тона. Во втором межреберье слева грубый систолический шум, который проводится в левую подключичную и левую подмышечную области. Пульс на верхних конечностях 78, хорошего наполнения, ритмичный, напряженный. Пульс на тыльной стороне стопы не определяется. АД на верхних конечностях 250/140, на нижних — не определяется. Язык чист, влажен. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Гем. — 13,4 г, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 9900, э. — 1,5%, п. — 4,5%, с. — 66%, л. — 21%, м. — 7%. RW отрицательная.

Удельный вес мочи 1,021, реакция слабо-кислая, следы белка. В осадке клетки плоского эпителия 2—4, эритроциты единичные в поле зрения.

Рентгеноскопия. Легкие без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Сердце аортальной формы, границы расширены влево. Резко расширен восходящий отдел аорты. Отчетливо определяются узуры по нижнему краю 3—4—5 ребер с обеих сторон.

Глазное дно: артерии сужены и извитые, вены незначительно расширены.

После кратковременного симптоматического лечения больной был выписан и вскоре умер.

На вскрытии судебно-медицинской экспертизой было обнаружено: аорта с внутренней стороны цвета слоновой кости. Восходящая аорта расширена. Просвет аорты в области дуги по выходе из восходящей части полностью зарощен. Нисходящий отдел аорты резко сужен.

Поступила 28 мая 1963 г.

УДК 616.43—616—089

ОБ ОПАСНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НАЛИЧИИ STATUS THYMICO-LYMPHATICUS

Ж. Х. Васильев

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского орд. Трудового Красного Знамени медицинского института

Данные Г. Селье (1952), Э. З. Юсфиной (1957), М. С. Константиновой (1957), В. Е. Волкова (1961) указывают на роль тимуса в осуществлении защитных и адаптационных реакций организма.

Исследования, проведенные Хартом еще в 1923 г., а позднее М. С. Лисициным, М. Н. Ахутиным и др., показали, что классическая триада, характеризующая status thymico-lymphaticus (гиперплазия зубной железы, лимфоидного аппарата и aorta angusta), не может считаться исчерпывающей, а должна быть дополнена 4-м признаком — гипоплазией и гипофункцией надпочечников.

В доступной нам литературе мы не нашли сочетания status thymico-lymphaticus с тетрадой Фалло, что сопровождается выраженной гипофункцией коры надпочечников. Описываемое ниже наше наблюдение представляет несомненный интерес как пример такого сочетания.

Е., 5 лет, поступил 9/XII-63 г. по поводу врожденного порока сердца (тетрада Фалло) на стационарное обследование. Жалобы на одышку, цианоз, усиливающийся