

1/IX. Гем. 54 ед., Э. 2160 000, Л. 15 300, ю.—53%, с.—34%, л.—8%, м.—3%, РОЭ 28 мм/час, протромбиновый индекс 93%, выраженная токсическая зернистость нейтрофилов (+++), анизоцитоз. В моче белок — 0,033%, лейкоциты 2—5, эритроциты выщелоченные 1—2, свежие — единичные в поле зрения.

На ЭКГ от 31/VIII — синусовая тахикардия, диффузно-дистрофические изменения в миокарде желудочков.

В клинике больной находился 49 часов, за это время ему вводили антибиотики широкого спектра действия, стрептомицин, пенициллин, сердечные, витамины, ингалировали кислород, переливали кровь, плазму. 3/VIII 1967 г. вскрыты гнойные затеки на левом плече, произведена пункция левого бедра в нижней трети, так как здесь появилась припухлость и болезненность; гноя не получено.

Лечение эффекта не дало, 1/IX больной скончался.

На вскрытии в полости перикарда — около 100,0 мл мутной геморрагической жидкости с большим количеством пленок фибрина. Сердце со всех сторон окутано фиброзными пленками, что придает ему волосато-ворсинчатый вид. Наложения фибрина особенно обильны в области ушек предсердий. Сердце размерами 9×9×4 см, вес 190 г, правая половина растянута и заполнена смешанными сгустками крови. В толще миокарда левого желудочка на передней и боковой поверхности — 5 полостей с неровными стенками от 0,5×0,6 до 1,5×1,5 см, заполненных желтовато-белым гноем, вокруг этих очагов — геморрагический ободок. В толще сосочковой мышцы левого атриовентрикулярного клапана — полость 1×1 см, заполненная гнойной жидкостью. На одном из карманов аортального клапана обильные грязно-серого цвета бородавчатые фибринозные наложения, после снятия которых обнажается поверхность клапана с язвенным дефектом (0,5×0,4 мм) в центре. Остальные клапаны — с очаговыми утолщениями по линии смыкания, коронарные артерии не изменены. Поверхность аорты гладкая. Посев гноя, взятого из абсцессов сердца, дал рост золотистого стафилококка.

УДК 616.12—002.951.21

В. А. Гофман, В. Я. Щукарева, Н. В. Кондрашева (Волгоград). К диагностике эхинококкоза сердца

Эхинококкоз сердца относится к патологии, встречающейся в клинической практике сравнительно редко — от 1,08 до 1,75% по отношению ко всем эхинококковым заболеваниям человека. Наибольшее количество наблюдений обобщено в монографии И. Я. Дейнека (1968) — 160 случаев эхинококкоза сердца, из которых 118 опубликовано в зарубежной литературе и только 42 — в отечественной.

Мы решили поделиться двумя нашими наблюдениями, в одном из которых заболевание осложнилось прорывом эхинококковой кисты в полость левого желудочка, в другом — в полость перикарда. В последнем случае диагноз был поставлен при жизни больной.

1. П., 44 лет, поступила 6/XI 1957 г. с жалобами на боли в нижних конечностях. За 3 дня до этого она внезапно почувствовала острую боль в спине, внизу живота, в ногах, на короткое время потеряла сознание. В районной больнице в течение 2 дней проводилось лечение бромидом, валерианой, люминалом, промедолом.

При поступлении состояние больной тяжелое. Из-за резких болей она не может встать. Небольшая мраморность кожи нижних конечностей. Температура нормальная. Пульс 100, АД 105/70. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное. Правая доля печени — у края реберной дуги.

РОЭ 22 мм/час, в моче белок (3,3‰); микрогематурия. Лейкоцитарная формула без особенностей.

На 2-й день отчетливо проявились симптомы острой артериальной непроходимости сосудов нижних конечностей — синюшность и отечность голеней, отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях, понижение местной температуры. Кроме того, выявилась ишемия 3-го пальца левой руки и симптомы очагового расстройства мозгового кровообращения.

12/XI при явлениях прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности больная скончалась.

Патологоанатомический диагноз: эхинококкоз левого желудочка сердца; прорыв эхинококковой дочерней кисты в полость левого желудочка с последующей эмболией и тромбозом бифуркации аорты; эмболия сосудов продолговатого мозга и варолиева моста с размягчением белого вещества; гангрена правой нижней конечности; полнокровие и отек легких; дистрофия миокарда, печени, почек.

2. К., 35 лет, поступила 25/V 1970 г. в тяжелом состоянии с выраженной сердечной недостаточностью.

В 1954 и 1956 гг. перенесла операции по поводу эхинококкоза легких. Оперативное вмешательство сводилось к удалению кисты. В дальнейшем в течение 12 лет чувствовала себя хорошо, работала.

С 1938 г. больную стали беспокоить одышка, тяжесть в правом подреберье, временами отеки на нижних конечностях. В начале апреля 1970 г. состояние ухудшилось: появились ноющие боли в области сердца, постоянными стали одышка и отеки на

нижних конечностях. Особенно плохо К. почувствовала себя 18/IV: возникла одышка в покое, выраженная слабость, крапивница, отек лица. Срочно госпитализирована в районную больницу, где установлен предварительный диагноз: перикардит (?), беременность 8 недель. Назначено лечение кардиотоническими и мочегонными средствами. Состояние несколько улучшилось, что позволило 7 мая произвести прерывание беременности. На следующий день после выскабливания полости матки состояние вновь ухудшилось: стала нарастать одышка, боли в области сердца, появился сухой кашель, лихорадка, цианоз, отеки.

Больная доставлена в крайне тяжелом состоянии. Вынужденное сидячее положение. Резкая одышка (40 дыхательных экскурсий в минуту); цианоз. Лицо одутловатое, шейные вены набухшие. Пульс 102, удовлетворительного наполнения, единичные экстрасистолы. Границы сердца резко расширены вправо и влево. Верхушечный толчок не определяется. Дыхание ослаблено в нижних отделах. Печень уплотнена, болезненна, край правой доли определялся на уровне пупка.

Диагноз: экссудативный перикардит, связанный с прорывом в полость перикарда эхинококковой кисты миокарда или средостения; очаговый пневмосклероз, развившийся после повторных оперативных вмешательств по поводу эхинококкоза легких.

При пункции перикарда было получено 800 мл гнояного экссудата, в котором обнаружены крючья эхинококка.

После пункции состояние больной не улучшилось, и 28/V она скончалась.

Патологоанатомический диагноз: нагноившийся однокамерный эхинококк правого желудочка сердца со значительным уменьшением его полости; прорыв в полость перикарда; фибринозно-гнояный перикардит; гипертрофия сердца; мускатная печень; полнокровие внутренних органов; состояние после ранее произведенных эхинококкотомию легких.

УДК 616.155.194—616.633.963.42

Ю. П. Егоров (Казань). Болезнь Маркиафава — Микели

Несмотря на то, что в литературе заболевания такого рода описывались неоднократно, диагностика их не проста и требует определенной целенаправленности в клиническом и лабораторном обследовании больного. Трудность диагностики объясняется относительной редкостью данного заболевания и сложным дифференциальным диагнозом. Так, в нашей клинике за последние 11 лет лечилось около 22 000 больных, а болезнь Маркиафава — Микели встретила только у 2 (один из них описан в 1959 г. Ф. Т. Красноперовым).

Демонстрацией трудности распознавания болезни Маркиафава — Микели даже в клинических условиях может служить наше наблюдение.

А., 42 лет, дважды находился на стационарном лечении в нашей клинике. Первый раз поступил в 1969 г. Жаловался на слабость, одышку при движении, головную боль, боли в пояснице, в правом подреберье, повышение температуры по вечерам. Начало заболевания связывает с перенесенным в феврале 1969 г. гриппом.

Кожа нормальной окраски, веки пастозны, лимфатические узлы не увеличены. Легкие и сердце без патологии; печень выступает на 2 см из-под края ребер, умеренно плотна, болезненна; селезенка не увеличена; симптом Пастернацкого слабо положительн справа.

Гем. 59 ед., Э. 2 420 000, ц. п. 1,2; Л. 4400, п.—9%, с.—61%, л.—21%, м.—9%, РОЭ 57 мм/час.

В моче следы белка, в осадке лейкоциты в большом количестве, эритроциты выщелоченные 5—6 в поле зрения. Удельный вес в пробе по Зимницкому 1010—1025. Диагноз: острый пиелонефрит, хронический гепатохолецистит, анемия.

Проведено лечение пенициллином, хлористым кальцием, рутином, аскорбиновой кислотой, витамином В₁₂, глюкозой, липокаином. Больной выписан с некоторым улучшением. Однако гемоглобин остался сниженным.

До января 1970 г. А. чувствовал себя удовлетворительно, работал. В марте поступил в клинику, так как вновь появилась сильная слабость, одышка, головная боль, небольшая желтушность кожи и склер. Гемоглобин снизился до 24 ед. Диагноз при поступлении: гемолитическая анемия.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с умеренной желтушностью. Лицо одутловатое, цианоз губ. В нижних отделах легких единичные влажные хрипы. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке. АД 130/70. Печень выступает из-под края ребер на 5 см. Пальпируется край селезенки. Симптом Пастернацкого слабо положительн с обеих сторон. Пастозность на нижних конечностях.

Гем. 20,4 ед., Э. 1 040 000, ц. п. 1,0, ретикулоцитов — 41%, А.—5600, лейкоформула без особенностей. РОЭ 65 мм/час.

В моче следы белка, осадок без изменений. Желчные пигменты не обнаружены. Диазореакция прямая, быстрая. Билирубина 2,56 мг%. Общий белок — 6,98%. Мочевина крови — 56 мг%. Осмотическая резистентность эритроцитов не нарушена.

При целенаправленном опросе больного выяснилось, что в период ухудшения состояния у него появляется черная моча. Возникла мысль о болезни Маркиафава — Микели. При повторных анализах мочи бензидиновая проба оказалась резко положительной, что свидетельствовало о гемоглобинурии. В осадке — гемоглобиновые цилин-