

К вопросу о перикардиальных дивертикулах.

Ассистента (ныне проф. Астраханского Медицинского института) Г. Г. Непряхина.

Дивертикулы перикарда—редкое явление. До настоящего времени в литературе их описано всего 18 случаев, а именно, по одному случаю имели Hart, Hird, Cruveilher, Rokitansky, Luschka, Peacock, Bristow, Cuffer, Coen, Schrötter, Seidler, Schirmer, Лауэр, Grabowski и 4 случая описал Rohn. В России наблюдался только один случай этой аномалии, Лауэром в Кубанском Патолого-Анатомическом институте. Поэтому мы считаем нелишним привести здесь описание нашего случая дивертикула перикарда.

Больной С. Е., 52 лет, чернорабочий, поступил 3.II 1926 г. в Туберкулезную больницу Татнаркомздрава, где у него обнаружена продуктивная форма тbc с кавернами в обоих легких и язвенный тbc гортани. Больной—выше среднего роста, грудная клетка у него несколько уплощена, сердце аускультативно и перкуторно в пределах нормы. 9.II exit. letalis.

При вскрытии трупа 10.II (д-р Г. Г. Непряхин) обнаружены: бурая атрофия и жировая инфильтрация миокарда, хронический диффузный фиброзный эндокардит, атероматоз аорты, перикардиальный дивертикул, казеозный тbc бронхиальных и трахеальных лимфатических желез, преимущественно продуктивная (ацинозно-нодозная и отчасти фиброзная) форма тbc обоих легких с множественными, различной величины (до небольшого яблока), кавернами в обеих верхних долях легких, резкий язвенный тbc трахеи и гортани с узурой почти половины надгортанника, хронический фиброзный слипчивый плеврит с обеих сторон, язвенный тbc кишечника, казеозный тbc почек, цианотическая индурация селезенки, пассивная гиперемия и жировая инфильтрация печени, резкая степень истощения и похудания.

Околосердечная сумка содержала около 30 куб. сант. прозрачной серозной жидкости. Внутренняя поверхность ее гладка, бледна, блестяща. На уровне нижнего края правого ушка сердца в стенке перикарда находилось круглое отверстие величиною с карандаш, с ровными, гладкими и блестящими краями; отверстие это вело в полость дивертикула, который в виде пальца перчатки выступал наружу, книзу и вправо от перикарда. Свободный конец (дно) дивертикула было округлой формы, шириною 1,8 сант., начальный отрезок—1,5 сант. шириною, длина всего дивертикула равнялась 6 сант., толщина его стенки всюду одна и та же (она равнялась толщине перикарда); внутренняя поверхность дивертикула имела такой же вид, как и перикард. Околосердечная сумка и дивертикул были окружены снаружи очень рыхлой клетчаткой с умеренным отложением жира. В полости дивертикула находилось около 6 куб. сант. прозрачной серозной жидкости. Никаких спаек, явлений воспаления и др. изменений в перикарде и дивертикуле обнаружено не было.

Сердце имело в длину 10,5 сант., в ширину—12; толщина стенки левого желудочка—0,9 сант., правого—0,2. На эпикарде справа, спереди и позади находились четыре небольших (с чечевицу) гладких, тонких, ровных, блестящих, полупросвечивающих молочных пятен; под эпикардом по бороздам заметны были небольшие отложения жира. Венозные отверстия пропускали справа 3, слева 2 пальца. Артериальные отверстия воду удерживали. Мышца сердца несколько дряблая, буровато-коричневого цвета, местами с отчетливым глинистым оттенком. Венозные клапаны и эндокард во всех полостях, но яснее в левой половине сердца, были слабо-диффузно-фиброзно утолщены. Аорта имела на интима несколько желтовато-белых,

разнообразной величины (до чечевицы), атероматозных бляшек. Венечные сосуды сердца—без изменений.

Микроскопическое исследование края отверстия и стенки дивертикула и перикарда обнаружило полное сходство их строения, без всяких патологических явлений.

Все описанные в литературе случаи перикардиальных дивертикулов по их строению и происхождению последних можно разбить на 2 основные группы.

1. Приобретенные, или ложные, дивертикулы перикарда.

Сюда должны быть отнесены случаи Hart'a, Hird'a, Cruveilher, Rokitansk'ogo, Peasock'a, Cuffer'a, Coen'a, Rohn'a, Schrötter'a, Seidler'a, Luschka, Grabowsk'ogo,—всего 15 случаев. В большинстве этих случаев перикардиальный дивертикул имел очень тонкие стенки, состоявшие почти из одной только серозной оболочки. Дивертикул обычно выпячивался в виде грыжи через отверстие в фиброзном покрове перикарда. Одновременно с этим наблюдались значительная гипертрофия сердца и водянка сердечной сумки с наличием довольно большого количества жидкости и в полости дивертикула (в случае Hart'a—до 140 куб. с.).

Дивертикулы этого рода происходят, нужно думать, вследствие чрезмерного давления на перикард гипертрофированного сердца и водянки сердечной сумки, что приводит к расхождению фиброзного покрова перикарда с образованием в нем щели, через которую и выпячивается серозная оболочка. В большинстве случаев такие перикардиальные грыжевидные дивертикулы были одиночны, но в случае Rohn'a их было одновременно 5. Размеры дивертикулов этой группы самые разнообразные: с половину горошины, лесной орех, голубиное или куриное яйцо, яблоко и даже с кулак человека (в одном случае Rohn'a). Этот вид дивертикулов за их происхождение получил у немецких авторов название „Pulsionsdivertikel“.

Помимо расщепления фиброзного покрова перикарда и вытеснения серозной оболочки в виде грыжи через образовавшееся отверстие, в образовании некоторых дивертикулов данной группы может играть роль и оттягивание стенки перикарда, сросшегося с окружающими органами, этими последними вследствие их тяжести или движений (легкие и диафрагма). На такую возможность указывает случай Luschka, которым описан длинный, вытянутый, тонкостенный дивертикул, на конце которого располагался маленький комочек остаточного жира. Этот вид дивертикула обозначается, как „Traktionsdivertikel“.

Следует упомянуть отдельно еще про случай Grabowsk'ogo. Описанный им дивертикул имел вид кисты, в форме голубиного яйца, и был соединен с перикардом очень узким стебельком, внутри которого проходил канал, пропускавший тонкий проволочный зонд и сообщавшийся с полостью дивертикула и околосердечной сумкой. Стенка кисты-дивертикула имела здесь такое же строение, как и перикард, но была очень сильно истончена, в ней обнаружены были явления гиперемии, кровоизлияний и, наконец, муфгообразной периваскулярной инфильтрации лимфоцитами и плазматическими клетками. На основании положительной реакции Wassermann'a, наличия люэтического аортита, диагностированного клинически и подтвержденного вскрытием, и микроскопической картины изменений стенки дивертикула автор пришел к заключению, что здесь

имелось дело с сифилитическим воспалением перикарда. Гипертрофированное сердце и водянка сердечной сумки путем давления вызвали затем образование дивертикула перикарда *in loco minoris resistentiae*. Этот случай Grabowsk'ого является примером возникновения перикардального дивертикула путем сочетания ряда условий: воспаления перикарда, гипертрофии сердца и водянки сердечной сумки.

Таким образом во всех случаях этой группы дивертикулы можно рассматривать, как приобретенные образования, именно, как перикардальные грыжи, подразумевая под этим, что они возникли или вследствие воспаления, или вследствие выпячивания, или вытяжения перикарда, или от нескольких, одновременно или порознь действовавших, причин.

II. Врожденные, или истинные, дивертикулы перикарда.

Такие дивертикулы были описаны в литературе всего в 3 случаях (Bristow'a, Schirmer'a и Лауэра). Строение их стенок представляло полное сходство со строением перикарда. Размерами они были сравнительно невелики: не более 8—9 сант. в длину и ширину. Формой они чаще походили на палец перчатки или на мешчатато-кистовидное образование. Явления воспаления, указания на грыжевидное выпячивание, признаки, которые-бы указывали на тракцию перикарда, и пр.—во всех этих случаях отсутствовали. Гипертрофии сердца и водянки сердечной сумки ни в одном случае не было. Все это в совокупности дает возможность признать дивертикулы данной группы за врожденные уродства развития перикарда, за „Missbildungen“—по выражению немецких авторов. Наш случай должен быть причислен к этой же группе.

В то время, как механизм и причины образования дивертикулов первой группы довольно легко объяснимы,—происхождение истинных дивертикулов представляется неясным—тем более, что все описанные случаи врожденных дивертикулов наблюдались у взрослых людей, указаний же на наличие подобных образований у новорожденных и эмбрионов в литературе найти нам не удалось. Вполне понятно поэтому, что всякое объяснение их происхождения будет теоретическим и относительным до тех пор, пока не накопится, после соответствующего изучения, достаточного для заключений материала. Интересной все же является попытка Лауэра объяснить происхождение врожденного дивертикула в его случае необычным формированием венозных протоков эмбрионального сердца (*ductus Cuvieri* и др.) в период перехода сердца из горизонтального положения в вертикальное, когда легкие в своем развитии оттесняют перикард вниз и кпереди.

В заключение следует отметить, что дивертикулы обеих групп являются лишь секционной находкой, и клинически они ни разу не были распознаны. В одном случае (Seidler'a) впрочем при рентгеновском просвечивании груди больного было обнаружено выпячивание, величиною с яблоко, находившееся в связи с сердцем; но дивертикул был ошибочно принят здесь за аневризму сердца.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Schirmer O. Centr. f allg. Path. u. path. Anat., 1923, Bd. 34, № 3.—2) Лауэр В. Ibid., 1925, Bd. 36, № 13; Врач. Дело, 1924, № 11—13.—3) Grabowski W. Ibid., 1926, Bd. 37, № 9.