

Относительно сущности фиброэласто́за сердца нет единой общепринятой точки зрения. Х. Эдмондс и В. Сили (1954) полагают, что это — порок развития, сущность которого заключается в смещении закладки конуса аорты вниз. Хилл и Рейли причисляют фиброэластоз к так называемым «коллагеновым болезням». Врожденный фиброэластоз сердца встречается не так уж редко. Диагностика фиброэласто́за довольно трудна, и нередко ранние клинические проявления его имеют много общего с симптоматологией врожденных пороков сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю. Е., Липец В. Я. Педиатрия, 1958, 7.—2. Вихерт А. М. Арх. патол., 1957, 6.—3. Комарова К. Г. Арх. пат. анат. и пат. физиологии, 1937, 5.—4. Семешко И. Ф. и Гредитор Е. М. Педиатрия, 1956, 2.—5. Ширяева К. Ф. Вопр. охр. мат. и детства, 1957, 6.—6. Andersen D., Kelly J. Pediatrics, 1956, v. 18.—7. Sano M. a. Andersen N. Arch. Pathol., 1942, v. 33.

Поступила 7 апреля 1960 г.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

А. М. Бродская

Терапевтическое отделение (зав. — проф. З. И. Малкин)
Республиканской клинической больницы Минздрава ТАСССР
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Термин «сочетанный коллагеноз» применен проф. Е. М. Тареевым для обозначения тех случаев, когда у одного и того же больного наблюдаются два заболевания, относящиеся к коллагеновым болезням.

Приводим наше наблюдение такого сочетания.

Ш., 46 лет, поступил 17/VI 1959 г. с жалобами на ограничение движений в суставах рук и ног, общую слабость, на чувство задержки пищи при глотании, одышку, сердцебиение, колющие боли в области сердца, кашель с небольшим выделением мокроты, тяжесть в правом подреберье.

Больным себя считает с 1936 г., когда появились боли во всем теле, затем — ограничение движений в плечевых суставах. Заболевание связывает с переохлаждением. До 1938 г. не лечился. В 1938 г. состояние ухудшилось, лечился в райбольнице с диагнозом «острый ревматизм». После лечения перешел на облегченную работу и считал себя здоровым. В 1941 г. был призван в армию. На военно-врачебной комиссии у него был обнаружен порок сердца. Служил в армии до 1947 г., чувствовал себя хорошо.

В 1953 г. после тяжелой работы и переохлаждения появились боли и опухание суставов. Лечился в стационаре и на курорте (Евпатория). С 1956 г. начал замечать уплотнение кожи, прогрессирующую тугоподвижность суставов. До 1957 г. работал, неоднократно лечился в райбольнице и на курортах (Васильево, Варзи-Ятчи). В 1958 г. после грязелечения появились одышка, отеки на ногах. В 1959 г. вновь направлен на курортное лечение (Варзи-Ятчи). После приема 4 грязевых аппликаций резко усилилась одышка, увеличились отеки на ногах. Из санатория направлен на стационарное лечение.

Лицо без мимики, узкий нос, рот открывается с трудом. Движения скованные. Верхние и нижние конечности уменьшены в объеме, истончены. Пальцы рук застыли в полусогнутом положении. Упитанность пониженная. Усилена пигментация кожных покровов шеи и верхней части туловища. Выраженная сухость кожи. Кожа головы и лица уплотнена, в складки не собирается. На конечностях уплотнение кожи усиливается в дистальных отделах, достигая на кистях рук плотности дерева. Менее выражено уплотнение кожи на туловище. Отеки стоп и голеней. Резкое ограничение движений в плечевых, лучезапястных и локтевых суставах, в меньшей степени — в коленных и голеностопных.

Дыхание в верхних отделах везикулярное, в нижних, больше справа, влажные мелкопузырчатые хрипы.

Правая граница сердца — правый край грудины, верхняя — третье ребро, левая — на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок в V межреберье, приподнимающий. У верхушки сердца систолический и пресистолический шум, хлопающий I тон. Акцент II тона на легочной артерии. Пульс — 84, ритмичный, достаточного наполнения. АД — 110/75. Живот мягкий, печень выступает на 2 см, селезенка не пальпируется.

Рентгеноскопия. Усиление сосудисто-бронхиального рисунка, преимущественно в нижних легочных полях, расширение теней корней легких. Незначительный выпот в наружных синусах, больше справа. Сердце митральной конфигурации, с увеличением всех отделов. Пищевод свободно проходит. Складки слизистой оболочки желудка грубоватые, извитые. Эвакуация своевременная. На рентгенограммах суставов отмечается остеопороз плечевых костей в верхней трети. Участки остеосклероза в верхней трети диафиза левой плечевой кости.

Нв — 60 ед; Э. — 4 480 000; ц. п. — 0,68; Л. — 8 600; п. — 9%; с. — 75; л. — 9%; м. — 3%; э. — 3%; б. — 1%; РОЭ — 47 мм/час.

В моче следы белка. Уд. вес — 1022.

ЭКГ: Ритм синусовый. Левogramма. Зубец Р ушрен, с плоской верхушкой. За-медлена систола желудочков. Изменения в миокарде предсердий.

При поступлении уменьшено выделение 17-кетостероидов с мочой: 2,4 мг/сутки (при выписке — 10 мг/сутки). Альбумины — 31%; α_1 — 7,5%; α_2 — 13,2%; β — 12,6%; γ -глобулинов — 35,6%.

Диагноз: универсальная склеродермия, недостаточность митрального клапана, стеноз левого венозного отверстия, хронический гастрит.

Вначале проведен курс лечения пенициллином (11 500 000 МЕ), а затем — кортизоном (700 мг). Больному также назначены витамины В₁, В₁₂, никотиновая кислота и аскорбиновая кислота. Кроме того, больной получал парафиновые аппликации, массаж и ЛФК.

В стационаре через 95 дней наступило заметное улучшение. Уменьшилось уплотнение кожи на лице, туловище, конечностях. На лице кожа собирается в складки. Усилилось пото- и салоотделение, а кожа стала более эластичной. Открывание рта не затруднено. Исчезло чувство задержки пищи при глотании. Увеличился объем движений в суставах рук и ног, особенно голеностопных, лучезапястных. Исчезли признаки декомпенсации сердечной деятельности.

При повторной рентгенокопии отмечено уменьшение застойных явлений в легких, жидкости в плевральных полостях нет.

Прибыл в весе на 3 кг. Со стороны периферической крови и белковых фракций существенных изменений не произошло.

Спустя полтора месяца, 5/XI-59 г. поступил повторно для продолжения лечения.

Состояние ремиссии держится. РОЭ — 4 мм/час. Признаков декомпенсации нет.

Анализируя данное наблюдение, следует прийти к выводу, что на первом этапе у больного преобладало заболевание ревматического типа (ревматический полиартрит и эндокардит с последующим митральным пороком сердца), а затем, приблизительно с 1956 г., у него развилось еще одно заболевание — склеродермия.

Е. М. Тареев пишет, что при склеродермии иногда встречается «прогрессирующий фиброз клапанов и пристеночного эндокарда, вплоть до образования склеродермического митрального порока».

Учитывая давность заболевания и то, что порок сердца развился раньше склеродермии, мы считаем возможным расценить данный случай как сочетанный коллагеноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А. Н., Сигидин А. Я. Тер. арх., 1957.— 2. Иевлева Л. В., Сигидин А. Я. Тер. арх., 1958, 11.— 3. Тареев Е. М. Сов. мед., 1958, 9; Тер. арх., 1959, 5.— 4. Nägele E. Klin. Wchschr., 1959, 13.

Поступила 25 декабря 1959 г.

ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА

Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн

Хирургическое отделение Урусинской больницы ТАССР
(главврач — Н. А. Мифтахов)

За последнее десятилетие в связи с общим прогрессом хирургии все чаще стали выполняться операции при дивертикулах пищевода с хорошими исходами.

Операция при эифренальных дивертикулах небольших размеров весьма эффективна. Примером может служить наше наблюдение.

М., 35 лет, считает себя больной около полугода. Вначале появились боли за грудиной, затем возникли затруднения при прохождении твердой пищи по пищеводу, отрыжка, иногда рвота. Последнее время ест только жидкое. Очень похудела и ослабла, без посторонней помощи не встает с постели.

При рентгеновском исследовании определяется дивертикул округлой формы, диаметром около трех сантиметров в наддиафрагмальном отделе пищевода, располагаю-