

К семиотике аортального стеноза¹⁾.

Д-ра мед. **А. Б. Хавкина** (Харьков).

Аортальный стеноз, в частности чистая его форма, вне сочетания с недостаточностью аортальных клапанов, является наиболее редким из внеутробных пороков сердца,—настолько редким, что, как подчеркивает проф. С. С. Зимницкий, в статистике некоторых авторов „этот порок вовсе не фигурирует“. Действительно, в статистике Schnitta, а также в приводимой Külb's'ом статистике Guttmann'a, равно и в собственной статистике Külb's'a, stenosis ostii aortae совершенно обходится молчанием. Hirschfelder²⁾ находил этот порок лишь в 3% всех своих случаев, и то всегда в комбинации с аортальной недостаточностью. У Gerhardt'a на 300 случаев разбираемый порок был отмечен 19 раз. Romberg приводит статистические данные двух своих клиник—Мюнхенской и Лейпцигской; в первой на 399 случаев различных пороков сердца аортальный стеноз в сочетании с аортальной недостаточностью был обнаружен у 4 больных, а во второй наблюдалось 5 случаев такой же комбинации и 1 случай чистой формы при общем числе всех пороков 462. По моим данным (Вр. Дело, 1925, №№ 22—23) на 203 случая пороков сердца у лиц призывного возраста, исследованных в течении одного года, аортальный стеноз мог быть диагностирован в чистой форме лишь у 2 больных и у 1—комбинация обоих аортальных пороков, что дает общую цифру 1,5%. Цифру эту я, однако, все же не считаю вполне соответствующей действительности, так как за 6 лет заведывания Терапевтическим отделением Главного Харьковского Военного госпиталя, в частности в годы гражданской войны, с непрерывными мобилизациями и демобилизациями, т. е. с бесконечными испытаниями, освидетельствованиями и переосвидетельствованиями, я на материале, превышающем 5 тысяч сердечных больных, по сохранившимся у меня записям, мог отметить аортальный стеноз всего у 9 человек и 1 случай наблюдаю теперь.

Повидимому, именно редкостью разбираемого порока могут быть объяснены те разногласия в описании его клинической картины, которые мы находим в литературе: вероятно, кроме того, еще значительную роль здесь играет та или иная степень соучастия аортальной недостаточности, аортита и миокардита, в силу чего в той или иной мере и видоизменяется симптомокомплекс аортального стеноза.

Особенно велики расхождения в описании данных наружного осмотра, в частности силы и локализации сердечного толчка. Одни авторы (Dieulafoy, Jaccoud, Eichhorst, Mackenzie, Arneht) не дают относительно силы толчка при stenosis aortae определенных указаний.

¹⁾ Доложено в научном совещании врачей Пропедевтической Терапевтической клиники Харьковского Медицинского института.

²⁾ По Külb's'y.

другие (Traube, Rosenstein, Котовщиков, Клепперер, Kunze, М. В. Яновский) рисуют сердечный толчок ослабленным вне зависимости от моментов общего характера, могущих обуславливать его ослабление, каковы: ожирение, эмфизема легких, скопление жидкости или воздуха в перикарде, сердечная слабость. Так, Траубе¹⁾ полагал, опираясь на теорию Gutbrod Skod'ы, что слабость и даже отсутствие сердечного толчка при аортальном стенозе зависят от медленного опорожнения сердца. По Rosenstein'у толчок ослаблен, так как „вследствие большего округления верхушки, обуславливаемого преобладающей здесь гипертрофией, верхушка не так удобно может выпячивать межреберный промежуток“. Котовщиков слабость толчка объясняет тем, что при стенозе аорты недостаточно уплощается дуга аорты, так как в нее попадает меньшее количество крови. По М. В. Яновскому „для того, чтобы толчок был сильным, требуется, чтобы удар сердца о грудную клетку совершался быстро, вдруг, а при стенозе аорты этого не происходит, потому что сокращение сердца идет очень медленно, по мере вытекания крови через узкое аортальное устье“. Третья группа авторов, наоборот, указывает, что при stenosis aortae толчок усилен. Так, Vamberger, выделяет более частую форму аортального стеноза, сочетающуюся с превалирующей над стенозом аортальной недостаточностью, причем обнаруживается очень мощный толчок, и более редкую— значительное сужение с незначительной клапанной недостаточностью или вовсе без нее, т. е. чистую форму, говорит, что при второй форме сердечный толчок, хотя и менее сильный, чем при первой, но более приподымающийся. По Sahli, Külbs'у, Strümpell'ю, Трахтенбергу, Чистовичу— толчок при данном пороке усилен. „Le choc est net et violent“—отмечают Bernheim и Laurent. Matthes характеризует его, как медленно приподымающийся, Sahli, Schmidt и Lüthje—как усиленный, приподымающийся, Schrumpf—как „кажущийся более продолжительным“, Зимницкий—как удлиненный, Vaquez—как куполообразный („choc en dôme“); эту последнюю форму толчка Г. Ф. Ланг считает более типичной для эксцентрической гипертрофии.

Относительно местоположения толчка при разбираемом пороке имеются также различные указания: по Rosenstein'у и Sahli он не смещен, по Vaquez'у—смещен вниз, по Vamberger'у, Romberg'у, Яновскому, Strümpell'ю—смещен влево, по Külbs'у, Лангу, Arneith'у, Schrumpf'ю—смещен вниз и влево.

Есть разногласия и касательно данных перкуссии: по одним авторам (Romberg, Arneith, Яновский, Зимницкий) здесь имеется увеличение поперечника сердца влево, по другим (Rosenstein, Чистович и др.)—влево и вниз.

Систолический шум на аорте, при данном пороке, по общему признанию,—громкий, резкий; по Külbs'у—он скребущий, царапающий, по Rosenstein'у—пилящий, свистящий; Romberg считает его самым громким по сравнению с шумами при других пороках; по Geigel'ю—он тем грубее, чем больше сужение. Что касается 2-го тона аорты, то Dieulafoy, Eichhorst, Mackenzie, Geigel, Чистович не говорят о нем ничего; Sahli считает, что при аортальном стенозе сер-

¹⁾ По Rosenstein'у и Sahli.

дечные тоны вообще не представляют собой ничего характерного; по Vaquez'u и Schrumpfy 2-й тон здесь или нормален, или усилен; другие авторы подчеркивают, что этот тон не только не усилен, но, наоборот, резко ослаблен (Rosenstein, Jaccoud, Gerhardt и др.), может даже вовсе отсутствовать (Bamberger, Romberg, Трахтенберг, Arneht); при этом Romberg изменение 2-го тона в сторону ослабления его считает очень характерным для аортального стеноза.

Особых разногласий относительно свойств пульса при аортальном стенозе—*ragus, parvus, tardus*—не имеется. Jaccoud считает основой для диагноза данного порока контраст между гипертрофией левого желудочка и малым пульсом. Mackenzie подчеркивает значение для распознавания его анакротического пульса, говоря, что, кроме последнего, замедления ритма и систолического шума, рассматриваемый порок не обнаруживает ничего характерного. Roentgen'ологическая картина аортального стеноза варьирует в различных описаниях соответственно данным перкуссии: сердце представляется увеличенным то влево, то влево и вниз, то только вниз.

Таким образом мы видим, что аортальный стеноз в известной и притом большей части его признаков изображается прямо-противоположными штрихами.

Наблюдавшиеся мною случаи аортального стеноза как в чистой форме (4), так и в сочетании с аортальной недостаточностью (6), относятся к молодому возрасту—от 19 до 28 лет; анамнез 6 больных дает указание на эндокардит (острый суставной ревматизм, скарлатина, ангина), у остальных этиологический момент не установлен; реакция Wassermann'a у этой группы больных, а также у четверых из первой группы, у которых исследовалась кровь на RW, была отрицательной. Только четверо из моих больных были резко бледными, у двух окраска кожи была розовой, здоровой, у остальных кожа бледноватая. Лишь двое больных жаловались на частые обмороки, на головокружение указывали шестеро, у двух никаких жалоб вообще не было. Среди 10 больных семеро наблюдались стационарно, остальные амбулаторно, причем и эти последние исследовались мною неоднократно.

Результаты исследования представлены мною в нижеследующей таблице (для сокращения я опускаю в ней данные Roentgen'овского исследования, у всех 10 больных совпадавшие с данными осмотра и перкуссии, и также данные относительно пульса, который во всех случаях чистого стеноза характеризовался, как *pulsus ragus, parvus, tardus*).

Как видно из этой таблицы, во всех моих 10 случаях как чистого стеноза, так и комбинированного с аортальной недостаточностью, сердечный толчок был *усилен* и *замедлен*; в этом усилении и замедлении выявляется та сила, с которой левый желудочек преодолевает сопротивление, обуславливаемое стенозом. Во всех моих случаях, далее, толчок был смещен влево и вниз, каковое смещение при комбинированном пороке (сл. 4 и 10) может быть резче, чем в случаях чистого стеноза (сл. 1, 2, 3 и 6) Этот характер сердечного толчка, а также данные перкуссии и рентгена говорят о гипертрофии левого желудочка, то более концентрической—при чистом стенозе, то более эксцентрической—при сочетании сужения и недостаточности. Что касается II тона на аорте, то в части моих случаев он был ослаблен (чистый стеноз), в остальных же—вместо тона выслу-

№№	Возраст	Сердечный толчок		Перкуссия (абсол. туп.)	Аскультация		I тон на верхушке
		Место	Сила		систола	Аорта диастола	
1	24 л.	Лев. соск. лин., VI межреб.	Медл., усил.	Увелич. влево и вниз	Грубый шум	Тон ослаблен	Не изменен
2	21 »	Кнаружи на палец от этой линии, VI пром.	Резист.	»	»	»	Ослаблен
3	19 »	Соск. лин., VI межреб.	»	»	»	»	Нормал.
4	28 »	VII промел., на 2 пальца кнаружи от соск. линии	Резист., разлитой	»	»	Резкий шум	Очень ослабл.
5	22 »	VI промеж., кнаружи на 2 пальца	»	»	»	»	»
6	23 »	VI пром., по соск. линии	Резист., огранич.	»	»	Тон ослаблен	Нерезко ослаблен
7	22 »	VI пром., на 2 пальца за соск. лин. влево	Разлит., усилен.	»	»	Звучен. шум	Заметно ослаблен
8	21 »	VI межреб., на палец влево от соск. лин.	»	»	»	Нерезкий шум	Немного ослаблен
9	21 »	То же	»	»	»	Звучен. шум	Слабый
10	25 »	VII пром., 2 пальца кнаружи от соск. линии	»	»	»	Резкий шум	»

ивался типический для аортальной недостаточности диастолический шум. Ослабление II тона, я полагаю, может объясняться с одной стороны меньшей подвижностью парусов аорты в случаях, где недостаточность клапанов еще ненастоять велика, чтобы выявить себя шумом, и сводится лишь к меньшей подвижности парусов; с другой же стороны, как подчеркивает Яновский и др., причиной ослабления II тона на аорте является незначительность кровяного давления в этом сосуде вследствие небольшого поступления крови при каждом сокращении левого желудочка. I тон на верхушке при аортальном стенозе у двух больных я нашел ослабленным (сл. 2 и 6), причем у них можно было констатировать большее увеличение поперечника сердца, чем у двух других больных, имевших чистый стеноз, и это ослабление возможно объяснить за счет увеличения диастолического объема левого желудочка, resp. его некоторой дилатации. Ослабление I тона на верхушке является т. о. по своему генезу тем же симптомом *Troussseau*, который всегда имеет место при *insufficiencia v. v. aortae* и который наблюдался и в приводимых мной случаях сочетанных аортальных пороков.

В конце концов мои 10 случаев аортального стеноза и комбинации его с аортальной недостаточностью позволяют в картине данного порока подчеркнуть следующие симптомы: 1) смещение и усиление сердечного толчка, 2) увеличение поперечника сердца влево и вниз, 3) наличие на аорте грубого систолического шума и ослабленного или замещенного шумом II тона, 4) характерный пульс—*rarus, parvus, tardus*. Поэтому я считаю, что положение *Jaccoud*, приведенное выше, можно изменить так: основой для диагноза аортального стеноза является, при наличии систолического шума на аорте, несоответствие между гипертрофией левого желудочка, resp. резистентным сердечным толчком—с одной стороны и указанными выше свойствами пульса плюс ослабление II тона на аорте—с другой.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Котовщиков. Рук. к клин. методам исследования вн. бол. Казань, 1890.—2) *Rosenstein*. Болезни сердца. *Ziemssen's Hdb.* Рус. пер. Харьков, 1881.—3) *Bernheim et Laurent*. *Traité pratique de médecine*. T. IV. Paris, 1895.—4) *Bamberger*. *Lehrb. d. Krankheiten d. Herzens*. Wien, 1857.—5) *Romberg*. *Krankheiten d. Herzens u. d. Blutgefäße*. Stuttgart, 1921.—6) *Geigel*. *Lehrb. der Herzkrankheiten*. Münch. u. Wiesb., 1920.—7) *Sahli*. Уч. клин. методов исслед. Рус. пер., вып. I. СПб., 1911.—8) *Eichhorst*. Рук. практ. медицины. Рус. пер. Москва, 1900.—9) *Jaccoud*. *Traité de pathologie interne*. T. II. Paris, 1883.—10) *Dieulafoy*. *Manuel de pathologie interne*. T. I. Paris, 1897.—11) *Gerhardt*. *Herzklappenfehler*. Wien u. Leipz., 1913.—12) *Schnitt*. *Statistische Mitteilungen über Herzklappenfehler*. Iena, 1893.—13) *Guttman* (по *Külbs'y*). *Zur Statistik d. Herzklappenfehler*. Diss. Breslau, 1891.—14) *Vaquez*. Болезни сердца. Рус. пер. Лен., 1927.—15) *Arneth*. *Leitfaden d. Perkussion u. Auskultation*. Iena,

- 1924.—16) Чистович. Курс частной пат. и тер. вн. бол. Т. I. Лев.
1927.—17) Зимницкий. Лекции по сердечн. бол. Каз., 1923.—18)
Ланг. Исследование орг. кровообр. Осн. кл. диагн. под ред. Левина
и Плетнева. Москва, 1922.—19) Яновский. Курс диагн. вн. бол.
Лев., 1922.—20) Külbs. Болезни сердца и кровеносн. сосудов. Рус.
пер. Петер., 1911.—21) Schrumf. Болезни сердца. Рус. пер. Киев,
1925.—22) Mackenzie. Болезни сердца. Рус. пер. СПб, 1911.—23)
Strümpell. Hdb. d. inner. Krankh. Berl. 1922.—24) Schmidt u.
Lüthje. Klinische Diagnostik u. Propäd. inner. Krankheiten. Leipz, 1919.
25) Игнатовский. Клин. семиотика и симптоматич. терапия, Берлин.
Изд. „Врач“, 1925.—26) Matthes. Lehrb. d. Differenzialdiagnose
inner. Krankheiten. Berl., 1921.—27) Huchard. Die Krankheiten d.
Herzens und ihre Behandlung. Нем. пер. Leipzig, 1909.—28) Lüthje.
Med. Kl., 1906, № 17.—29) Pick u. Hecht. Клинич. семиотика. Рус.
пер. СПб, 1910.—30) Brugsch u. Schittenhelm. Lehrb. klinischer
Untersuchungsmethoden. Berl., 1914.—31) Трахтенберг. Лекции по
болезням сердца. Харьк., 1897.
-