

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА СЕРДЦА

Проф. В. И. Витушинский, канд. мед. наук Э. Р. Гуглин и
В. В. Недогода

Из кафедр пропедевтической терапии (зав.—проф. И. В. Жердин) и патологической анатомии (зав.—проф. В. И. Витушинский) Сталинградского медицинского института и Сталинградской областной клинической больницы (главврач—А. И. Гусев)

Повреждения сердца при контузиях грудной клетки редки. А. О. Березин обобщивший опыт советской медицины в Великой Отечественной войне в этой области, приводит лишь 22 случая и указывает, что в отечественной литературе за последние 25 лет ему удалось найти только 7 описаний таких повреждений.

Наше наблюдение касается б-ного Б., 43 лет, поступившего 4/VIII-58 г. с жалобами на одышку, сердцебиение, сильные боли в правом подреберье, сухой кашель и отеки на ногах по вечерам.

Впервые сердцебиение и боли в правом подреберье стал замечать после физической работы полтора года тому назад. После трехнедельного лечения в райбольнице состояние улучшилось. Последующие 7 месяцев чувствовал себя здоровым, выполнял тяжелую физическую работу.

В начале 1958 г. после резкого физического напряжения наступил кратковременный период резкой слабости, с тех пор постоянно ощущал одышку, не только при работе, но и в покое, из-за одышки часто не спал по ночам.

4/V внезапно появились сильные боли в правом подреберье, усилилась одышка, впервые появилось кровохарканье. Через 1,5 месяца повторилась такая же картина, присоединилась лихорадка (до 39°).

В райбольнице были диагностированы порок сердца и гепатохолецистит. Лечение в течение месяца эффекта не дало, и б-ной был направлен в областную больницу, где выяснилось, что в 1944 г. во время бомбардировки он был выброшен взрывной волной из кузова грузовой автомашины и упал на гусеницу стоявшего неподалеку танка. При падении получил сильнейший удар левой руки и левой половины грудной клетки. Была кратковременная потеря сознания. В области левой руки образовалась огромная гематома. В течение недели после травмы отмечал необыльное кровохарканье, 2—3 недели были щемящие боли в области сердца. Спустя 2 месяца после контузии чувствовал себя хорошо. В последующем никаких неприятных ощущений со стороны сердца не замечал; лишь с 1953 г. стал ощущать усиленную пульсацию в области сердца.

Состояние средней тяжести, питание несколько понижено. Отеков нет. Контрактура левого локтевого сустава. Трахея и адамово яблоко несколько смещены вправо.

Грудная клетка астеника, несколько асимметрична, левая половина спереди в области сердца несколько выбухает. Легочный тон с коробочным оттенком, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Дыхание—28.

Верхушечный толчок сердца разлитой в 6 межреберье. Правая граница относительной сердечной тупости на 3 см кнаружи от правого края грудины, верхняя—на 3 ребре, левая—по передней-подмышечной линии. В эпигастральной области и в левом подреберье резкая пульсация, усиливающаяся при положении лежа на правом боку. При наложении на эту область пальцев или конца стетоскопа создается впечатление, что непосредственно прилежит какой-то отдел сердца.

Тоны сердца едва прослушиваются. На верхушке систолический шум. Пульс 94, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД—110/70.

Живот мягкий. Нижний край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги, уплотненный, болезненный. Селезенка не увеличена.

Суточный диурез—300—400 мл. Белок—0,099‰, единичные выщелоченные эритроциты.

Кровь без отклонений от нормальных показателей, за исключением стойкой эозинофилии (от 7 до 20%).

Рентгеноскопия и рентгенография. Корни легких широкие, застойные. Сердце громадных размеров. Левая граница сердца на 0,5 см отстоит от боковой стенки грудной клетки. Сердце аортальной конфигурации, верхушка вытянута и несколько опущена. Увеличены все отделы, особенно желудочки. Пульсация сердца учащена, ритмична, напряженная с большой амплитудой. Аорта развернута, тень ее усилена.

ЭКГ: замедление атриовентрикулярной проводимости; блокада левой ножки пучка Гиса; аневризма передней-боковой стенки.

Был поставлен диагноз: посттравматическая аневризма сердца (Гуглин).

Под влиянием кардиальной терапии состояние б-ного улучшилось, и он был выписан. Через 2 месяца скончался. При вскрытии местным врачом было целиком извлечено сердце и доставлено в Сталинград для исследования.

Патологоанатомическое исследование (Витушинский). Сердце резко увеличено во всех направлениях; длина—15 см, поперечник у основания—17 см. Увеличение размеров сердца и изменение его формы связаны главным образом с изменениями левого желудочка. В нижней части левого желудочка, на расстоянии 12 см

от основания сердца, обнаружено аневризматическое выпячивание его стенки, достигающее в диаметре 13 см. Стенка аневризмы плотная, толщиной около 3 мм. Аневризма на всем протяжении сращена с перикардом.

На внутренней поверхности стенки аневризмы имеются тромботические наложения. Толщина стенки левого желудочка вне аневризмы — 1 см, правого желудочка — около 1 см. Полости обоих желудочков расширены, венозные отверстия также расширены; левое — 12 см в окружности, правое — 13 см. Клапаны, как артериальные, так и венозные, без особых изменений. В восходящей аорте и в обеих венечных артериях небольшие атеросклеротические бляшки. Устья венечных артерий широкие, свободно проходимы. В нисходящей ветви левой венечной артерии на расстоянии 3 см от ее начала имеется обтурирующий тромб.

Надо подчеркнуть, что развитие процесса в описанном случае определялось главным образом местными ограниченными повреждениями в передней стенке левого желудочка. Именно сохранным влиянием экстракардиальной иннервации на все остальное сердце можно объяснить столь длительную компенсацию. Большую роль в стойкости компенсации сыграло, по-видимому, медленное образование аневризмы (усиленную пульсацию б-ной впервые заметил у себя через 9 лет после контузии и за 4 года до появления первых признаков декомпенсации). На возможность такого постепенного развития очагового кардиосклероза с последующим сливанием очагов в большое склеротическое поле с выбуханием его и постепенным формированием аневризмы указывает В. Е. Незлин.

Большинство больных погибает через сравнительно короткое время после образования аневризмы сердца. Случаи длительного выживания таких больных — по 10—15 и более лет очень редки. О единичных наблюдениях такой длительности у больных с постинфарктной аневризмой сообщают О. И. Глазова, А. Н. Беринская и некоторые другие.

Ухудшение состояния б-ного в последний период жизни, по-видимому, было обусловлено образованием тромба (эмболия) в нисходящей ветви левой коронарной артерии. Начавшаяся организация тромба только по его периферии, отсутствие организации основной массы тромба свидетельствуют о его развитии незадолго до смерти больного.

Известно, что при хронических аневризмах сердца разрывы аневризм бывают весьма редко. Так, Шведель на 64 хронических аневризмы не видел ни одного разрыва, А. Н. Беринская, Н. В. Калинин и Т. И. Меерзон не видели разрывов среди 78 больных. Авторы объясняют это особой плотностью фиброзной стенки аневризматического мешка. Об этой необычайной прочности свидетельствует и наше наблюдение, где толщина аневризматической стенки составляла всего 3 мм.

Постконтузионная аневризма сердца является очень редким заболеванием. Однако если учесть, что больные после травм попадают обычно в хирургические и травматологические отделения, что электрокардиография в практике работы этих отделений используется не часто и что ранний подъем таких больных с кровати может способствовать формированию аневризмы, следует больше внимания уделять состоянию сердца у больных, получивших травмы грудной клетки, с обязательным динамическим наблюдением после выписки.

Своевременная диагностика этого тяжелого осложнения приобретает особое значение в связи с успехами кардиальной хирургии. Работы Шпачека, Байли и Гильмана, где в сумме у 12 больных, оперированных по поводу хронической аневризмы сердца, положительный результат был достигнут у 11, вызывают определенный оптимизм в отношении судьбы таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беринская А. Н., Калинин Н. В., Меерзон Т. И. Исходы и прогноз инфаркта миокарда. М., 1958. — 2. Березин А. О. Сов. мед. в Великой Отеч. войне 1941—1945 гг., 1952, т. 10. — 3. Глазова О. И. В кн.: Вопр. остр. внутренней клин., М., 1949. — 4. Незлин В. Е. Нарушения венозного кровообращения, М., 1955. — 5. Шпачек Б. Клин. мед., 1946, 9. — 6. Bailey C. P., Gilman R. A. Surg. gynecol. obst., 1957, 104. — Schwedel I. Clinical roentgenology of the heart, New York, 1946.

Поступила 24 декабря 1959 г.

БИЦИЛЛИН-I В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ

Л. А. Мовчан и Л. А. Спасская

Из 1-й кафедры терапии (зав.—проф. Л. М. Рахлин) и кафедры микробиологии (зав.—проф. С. М. Вяселева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В 1951 г. Элиес, Прайс и Мирион сообщили о новом дюрантном препарате пенициллина под названием «бициллин» и «бензетаил».