

щего синдрома, например, пароксизмальной тахикардии, острой сердечной недостаточности, сердечной астмы, коллапса и пр., и, не уяснив себе причину синдрома, упускает из виду самую неблагоприятную возможность — инфаркт миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов В. Г. В кн.: Вопросы патологии и физиологии сердца. М., 1955.—2. Образцов В. П. и Стражеско Н. Д. Тр. I съезда Российских терапевтов, М., 1910.—3. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда. М., 1960.

Поступила 4 ноября 1960 г.

КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ЯРЕМНЫХ ВЕН КАК ПРИЗНАК ПОЯВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО ТРОМБА В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ СЕРДЦА¹

Acc. E. Ф. Каленик

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—доц. А. Е. Гельфман)
Новосибирского медицинского института

По данным патологоанатомических прозектур, тромбоз полостей сердца клинически диагностируется чрезвычайно редко (В. С. Смоленский и многие другие).

За последнее время появился ряд работ (А. Л. Михнев, И. Н. Рыбкин и др.) по клиническому распознаванию тромбоза полости сердца, но, тем не менее, этот вопрос остается еще не достаточно изученным.

В нашей клинике мы обратили внимание на феномен кратковременной пульсации яремных вен при тромбозе левого предсердия. В доступной нам литературе мы не встретили описания подобного симптома. Приводим краткие выдержки из историй болезни двух наших больных.

И. С., 61 года, поступил с жалобами на общую слабость, иногда сердцебиения, одышку в состоянии покоя, отеки на ногах. Болен более года. За этот период дважды поступал в клинику с отеками на ногах и выраженной одышкой и выпышивался со значительным улучшением.

Перенес сыпной тиф, острую дизентерию. Ревматизмом никогда не болел. Много лет злоупотреблял алкоголем.

Кожные покровы бледны с несколько цианотичным оттенком. Сердце увеличено во всех размерах, на верхушке систолический шум, а в последние 3 недели жизни и пресистолический, систолический шум на аорте, акцент второго тона на легочной артерии. На шее изредка наблюдалась кратковременная, внезапно появляющаяся, значительно выраженная пульсация яремных вен, которая прекращалась через несколько секунд. АД колебалось в пределах 135/90—110/70. Пульс на лучевой артерии — от 56 до 80, ритмичный, слабого наполнения и напряжения, пальпируемые артерии плотные. На тыльных артериях обеих стоп пульс не определяется. Печень увеличена, небольшой асцит, нижние конечности отечны.

За время пребывания в клинике температура была нормальная. Количество лейкоцитов — в норме, РОЭ колебалась в пределах 15—20—40 мм/час. RW отрицательная.

Рентгеноскопия. Сердце больших размеров, увеличено главным образом за счет левого желудочка. Талия сглажена. Ретрокардиальное пространство не дифференцируется. Корни легких широкие, особенно правый. Движения диафрагмы ограничены.

В последние 2 недели жизни дважды наблюдалось внезапное резкое падение сердечной деятельности с кратковременной потерей сознания. При этом больной испытывал неприятные ощущения в области сердца, усиливалась одышка, появлялось чувство онемения в руках, языке, больной не мог говорить. В дальнейшем, несмотря на энергичную кардиальную терапию, недостаточность сердечной деятельности нарастала, и больной внезапно скончался при попытке изменить положение во время дневного сна.

Учитывая, что у больного дважды наступали приступы, похожие на «тромбогенные кризы», а кардиальная терапия не давала эффекта, мы пришли к заключению о тампонаде тромбом левого атриовентрикулярного отверстия, приведшей к летальному исходу.

На секции обнаружен пальцевидный тромб (длина — 7 см, ширина — 1,5 см, толщина — 0,5 см), свисающий из левого предсердия в желудочек.

¹ Доложено на итоговой конференции Новосибирского медицинского института 9 апреля 1960 г.

И. Л., 34 лет, поступила с жалобами на одышку, временами появляющееся сердцебиение, общую слабость, потерю зрения на левый глаз, мышечную слабость в правых конечностях, резкое ослабление памяти.

Анамнез собран у родственников. Больная страдает заболеванием сердца около десяти лет. За последние 2 месяца ухудшилось самочувствие, усилилась одышка, появились отеки на ногах. За 3 недели до поступления в клинику больная на короткое время внезапно потеряла сознание, наступил парез правых конечностей, расстроилась речь, ослепла на левый глаз, потеряла память.

Кожные покровы бледны с легким иктеричным оттенком. На шее изредка кратковременная, значительно выраженная пульсация яремных вен. Сердце расширено во всех размерах, на верхушке хлопающий первый тон, пресистолический и систолический шумы, на легочной артерии — акцент второго тона. Пульс — 80—100, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД — 70/40. Печень увеличена, ноги отечны.

Л — 11700—10000, РОЭ — 48—26 мм/час, RW отрицательная.

Рентгеноскопия: сердце значительно увеличено в размерах, дуги сглажены. Сосудистая тень не выражена. В легких очаговых изменений не видно. Правый купол расположен на уровне пятого ребра, в правой плевральной полости выпот.

При жизни, на основании феномена кратковременной пульсации яремных вен, нами диагностирован тромб в левой половине сердца на фоне комбинированного митрального порока. На секции этот диагноз подтвердился.

Механизм описанного нами симптома следующий. В момент закрытия левого атриовентрикулярного отверстия свободным тромбом резко повышается давление в малом кругу кровообращения; правый желудочек, переполняясь, растягивается, при этом образуется относительная недостаточность трехстворчатого клапана. Во время систолы большая волна крови устремляется из правого желудочка в правое предсердие, затем в верхнюю полую вену, в безымянные, откуда в яремные вены, вызывая их усиленную пульсацию. Прекращение пульсации яремных вен связано с перемещением свободного тромба в сторону от левого атриовентрикулярного отверстия.

При недостаточности трехстворчатого клапана отмечается положительный венный пульс яремных вен, но, в отличие от нашего феномена, пульсация не бывает такой энергичной и держится постоянно.

И. П. Замотаевым (1952) описана быстрая смена степени наполнения шейных вен в сочетании с цианозом при свободном тромбе в легочной артерии. При тромбозе левого предсердия, когда появлялась кратковременная пульсация яремных вен, мы не наблюдали цианоза, наоборот, нарастала бледность кожных покровов.

Для распознавания свободного тромба в левой половине сердца, наряду с другими симптомами, мы рекомендуем использовать наблюдаемый нами феномен кратковременной значительно выраженной пульсации яремных вен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Замотаев И. П. Клин. мед., 1952, 6.—2. Каленик Е. Ф. Казанский мед. журн., 1959, 4.—3. Михнев А. Л. Врач. дело, 1947, 11.—4. Рыбкин И. Н. Сов. мед., 1951.—5. Смоленский В. С. Клин. мед. 1959, 5.

Поступила 9 января 1961 г.

СЛУЧАЙ ТРАНЗИТОРНОЙ БЛОКАДЫ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРИ ТРОМБОЗЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ И ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Канд. мед. наук М. Б. Фейгин и канд. мед. наук М. Е. Квитницкий

Дорожная больница № 2 (нач. — Г. И. Зубко) ЮЗЖД (г. Киев)

Тромбоз аорты с одновременным тромбозом почечных артерий встречается редко. Приводим краткое описание наблюдавшейся нами больной с тромбозом брюшной аорты и распространением последнего на почечные артерии, причем была нетипичная клиническая картина и своеобразные изменения ЭКГ.

Б., 72 лет, поступила 18/IX-59 г. с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, колющие боли в области сердца, малое выделение мочи.

Больна 5 лет. Неоднократно лечилась стационарно по поводу кардиосклероза, мерцательной аритмии, недостаточности кровообращения II-Б. В 1957 г. диагностирован облитерирующей эндартернит.

Положение полусидячее, цианоз губ, кончика носа, акроцианоз. Пульс — 110, аритмичный, слабого наполнения. АД — 130/70. Правая граница сердца на 1,5 см кнаружи от правой грудинной линии, верхняя — на третьем ребре, левая — на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Мерцательная аритмия, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, небольшой акцент второго тона на легочной