

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 шум, 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.

Прижизненно, 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 облитерирующий эндартерит.

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 грудной 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

артерии. В легких рассеянные сухие хрипы, на всем протяжении легочной звук с коробочным оттенком.

В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная.

Под влиянием терапии строфантином, мочегонными, пиявками состояние больной начало постепенно улучшаться: уменьшились одышка и цианоз, увеличился диурез, значительно уменьшился асцит.

Вечером 1/X-59 г. состояние больной внезапно резко ухудшилось. Появились разлитые боли в животе и пояснице, рвота. С этого времени резкая олигурия. Живот вздут, разлитая болезненность по всему животу, резко положительный симптом Пастернацкого, больше слева.

АД — 110/65. Конечности, особенно нижние, синюшны, холодны на ощупь. Пульс на нижних конечностях не прощупывается.

5/X-59 г. катетером получено 5 мл мочи. Белка — 33‰; эритроциты, преимущественно неизменные, 8—10, лейкоциты — 15—20 в поле зрения. Много пузырного эпителия.

6/X-59 г. Hb — 73 ед. Э. — 3 770 000. Л. — 19 800, п. — 11,5%, с. — 79%, л. — 7%, м. — 2,5%, РОЭ — 10 мм/час.

Анурия держится, постепенно нарастают явления уремии. Остаточный азот крови 6/X — 120 мг%. Протромбиновый индекс — 40—46%.

9/X-59 г. при продолжающейся анурии, нарастании уремии и падении сердечной деятельности больная скончалась.

Клинический диагноз: Атеросклероз, с преимущественным поражением аорты, кардиосклероз с мерцательной аритмией, облитерирующий эндартериит, тромбоз почечных артерий, уремия.

Патологоанатомический диагноз (А. Д. Рогова): атеросклероз с преимущественным поражением брюшной части аорты, восходящий тромбоз подвздошных артерий и брюшной части аорты с подвижным хвостом тромба выше места отхождения почечных артерий, частичное проникновение тромба в обе почечные артерии; очаговые инфаркты в левой почке; полнокровие печени, легких; асцит, гидроторакс, гидроперикард; стеноз левого венозного отверстия; тромбоз левого предсердного ушка; гипертрофия и расширение правого желудочка и левого предсердия.

Атипичность клинического течения данного случая заключается в отсутствии резких болей в ногах, пареза их, что, видимо, объясняется развитием коллатерального кровообращения при медленном образовании закупоривающего тромба аорты, отсутствии гипертонии, несмотря на проникновение тромба в обе почечные артерии.

Однако наибольший интерес в описываемом случае представляют изменения ЭКГ.

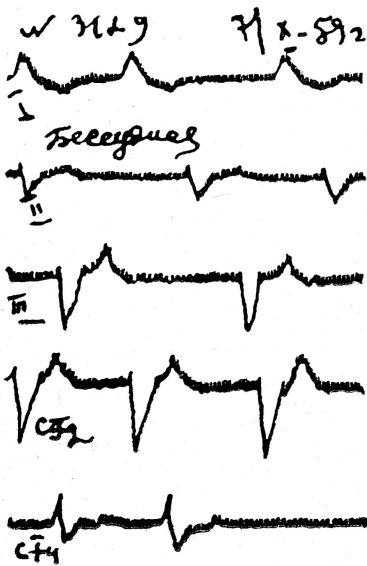


Рис. 1.

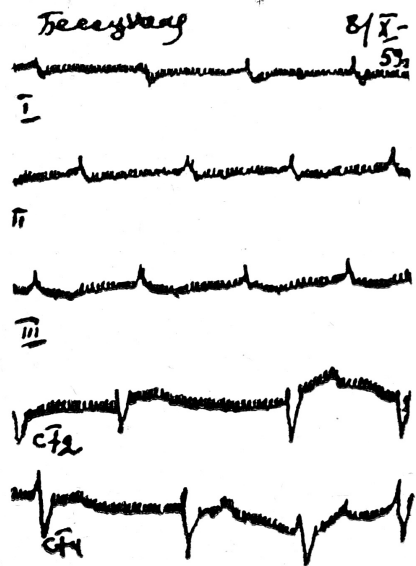


Рис. 2.

Первая ЭКГ записана у больной 21/IX-59 г. до катастрофы и свидетельствовала о глубоких диффузных изменениях миокарда. На ЭКГ от 6/X-59 г. на фоне мерцательной аритмии отмечается резкий сдвиг электрической оси сердца влево с явлениями замедления внутрижелудочковой проводимости, а уже 7/X-59 г. записана блока-

да левой ножки пучка Гиса. Однако на следующий день, 8/X-59 г., картина блокады ножки исчезла, ЭКГ стала низковольтной с признаками сдвига электрической оси сердца вправо (см. рис. 2).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Браун С. Б. и Рабинович М. П. Тер. арх., 1951, 5. — 2. Риккен Л. А. Клин. мед., 1957, 11. — 3. Сигал А. М. и Березовская Б. М. Тер. арх., 1948, 5. — 4. Солнтерман М. П. Клин. мед., 1940, 7—8.

Поступила 19 октября 1960 г.

## ТРАНЗИТОРНАЯ ФОРМА ТРЕПЕТАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

Канд. мед. наук И. М. Гринвальд

Больница № 13 (главрач — В. В. Богословская, научный руководитель — проф. А. И. Гефтер) г. Горького

Транзиторная форма трепетания желудочков сердца относится к числу очень редких вариантов нарушений ритма. Опубликованные в этом отношении наблюдения единичны (А. М. Спектор, Дреслер, Капф, Грисбах и др.), ибо в большинстве случаев возникновение мерцания или трепетания желудочков ведет к гибели больного в течение нескольких минут. Еще более редкими являются случаи частого повторения пароксизмов трепетания желудочков, зарегистрированных электрокардиографически.

По данным Н. А. Куршакова, к 1947 г. было описано три подобных наблюдения (Шварц, Шварц и Джебз, Нагель). В двух случаях приступы возникали на фоне синусового ритма, в одном была полная поперечная блокада. Частота приступов может достигать 207 в течение суток (Шварц и Джебз), продолжительность — 6 минут.

В связи с изложенным известный интерес представляет наше наблюдение.

Ф., 42 лет, поступил 15/VIII-55 г. с жалобами на постоянную одышку, усиливающуюся при движении, сердцебиения, тупую боль в области сердца.

В течение 10 лет страдает комбинированным митральным пороком, по поводу периодически возникавшей декомпенсации многократно с эффектом лечился стационарно. Настоящее ухудшение состояния наступило в июле 1955 г. во время пребывания на курорте в Кисловодске в связи с возникновением мерцательной аритмии, которой до того у больного не было. По поводу значительной постоянной одышки, сердцебиений лечился стационарно в курортной больнице. После некоторого улучшения выехал в Горький, где и был помещен в больницу № 13.

Состояние больного тяжелое. Положение вынужденное (полусидячее), сознание ясное. Лицо одутловатое, цианотичное. В нижних отделах легких с обеих сторон значительное количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Верхушечный толчок сердца в пятом межреберье снаружки от срединно-ключичной линии, разлитой, приподнимающий. Левая граница сердца на 1,5 см снаружки от срединно-ключичной линии, верхняя — II межреберье, правая — на 1,5 см снаружки от правого края грудины. Хлопающий I тон над верхушкой, здесь же короткий грубый систолический шум, резкий акцент II тона над легочной артерией. Сердечные сокращения аритмичные, 150—160. Пульс — 80—90, пониженного наполнения и напряжения, аритмичный. АД — 105/85. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край ее плотный, ров-

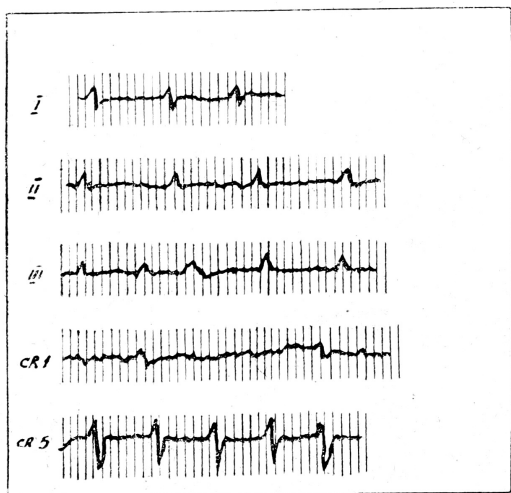


Рис. 1. ЭКГ № 1.

ный, острый. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. 17/VIII-55 г. Нб — 82%, Э — 5 500 000, ц. п. — 0,7, Л — 10 300, п. — 8%, с. — 68%, л. — 16%, м. — 5%, э. — 3%. РОЭ — 14 мм/час. Баночная проба отрицательная.