

УДК 616.12—008.313

В. М. Андреев, А. М. Бродская, И. Н. Угарова (Казань). О внутрижелудочковых блокадах

Проанализирована 4591 электрокардиограмма больных, леченных в течение года в одиннадцати отделениях многопрофильной больницы. Различные типы внутрижелудочковых блокад обнаружены у 99 (2,2%) больных. Среди них было 36% женщин, 64% — мужчин. 87% больных были старше 46 лет. 40,4% больных с внутрижелудочковыми блокадами находились на лечении в кардиологическом отделении, 14% — в гастроэнтерологическом, 12% — в неврологическом, остальные — в хирургических, гинекологических и эндокринологическом отделениях.

Различные формы блокады левой ножки пучка Гиса зарегистрированы у 71 из 99 больных, в том числе блокада передневерхнего разветвления — у 55, полная — у 12, неполная — у 4. У 62 больных был установлен проксимальный уровень блокады левой ножки пучка Гиса, у 33 — дистальный, у 4 уровень блокады точно установить не удалось. Изолированную блокаду нижнезаднего разветвления левой ножки пучка Гиса наблюдали с одинаковой частотой у мужчин и женщин старше 46 лет. Больных с полной блокадой лечили по поводу заболеваний сердца: атеросклеротического и постинфарктного кардиосклероза (8), гипертонической болезни и ИБС (4), инфаркта миокарда (2), ревматического порока сердца (2).

Блокаду передневерхнего разветвления регистрировали преимущественно в той же возрастной группе (85%), ее частота также не зависела от пола. 43 больных получали лечение по поводу заболеваний сердца: атеросклеротического и постинфарктного кардиосклероза (26), гипертонической болезни (9), ревматических пороков сердца (6), инфаркта миокарда (1), миокардитического кардиосклероза (1). Остальных 12 больных с изолированной блокадой передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса и в сочетании ее с правой (6) лечили по поводу заболеваний костно-мышечной системы, печени, опухоли легкого.

Блокада правой ножки пучка Гиса обнаружена у 22 пациентов, полная — у 21, неполная — у 1. Как уже отмечалось, у 6 больных было сочетание с блокадой передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса.

Блокада правой ножки пучка Гиса встречалась преимущественно у мужчин (80%) с 36-летнего возраста. 14 больных с этой формой нарушения внутрижелудочковой проводимости страдали атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом, гипертонической болезнью, 8 — заболеваниями легких. У 6 клинических проявлений легочных или сердечно-сосудистых заболеваний не выявлено. Наблюдалась и сочетанная патология — хронические неспецифические заболевания легких и атеросклеротический кардиосклероз.

Результаты наших исследований отличаются от данных литературы в отношении внутрижелудочковых блокад при различных заболеваниях. Это объясняется тем, что мы учитывали новые сведения о строении пучка Гиса. Прежде считалось, что чаще встречается блокада правой ножки пучка Гиса. Однако оказалось, что наиболее часто наблюдается блокада передней ветви левой ножки. Нередко нарушения внутрижелудочковой проводимости обнаруживаются при случайном ЭКГ-исследовании у лиц трудоспособного возраста, у которых ранее не отмечались перенесенные заболевания сердца. Это указывает на необходимость проведения массовых ЭКГ-исследований всем лицам старше 45 лет. При латентно протекающих нарушениях внутрижелудочковой проводимости рекомендуется диспансерное наблюдение и регистрация ЭКГ в динамике для своевременного выявления и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

УДК 616.125—006.6—079.89

В. К. Ануфриева, Ф. И. Марголина (Казань). Прижизненная диагностика первичной опухоли предсердия

В., 42 лет, впервые поступила в терапевтическое отделение 7-й городской клинической больницы 26/VI 1978 г. с жалобами на сердцебиение, одышку при ходьбе, сжимающие боли за грудиной. Считает себя больной с мая 1978 г. Незадолго до этого перенесла ангину. Поводом для госпитализации послужил внезапный приступ удушья, случившийся по дороге на работу. С диагнозом «острая сердечная недостаточность» скорая помощь доставила больную в отделение. На основании данных физикального, лабораторного и инструментального обследования был поставлен диагноз «ревматизм, неактивная фаза, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, No-1». При первой госпитализации было отмечено, что аускультативно митральная мелодия с довольно выраженными субъективными проявлениями не сопровождается рентгенологическими, электрокардиографическими и физикальными признаками расширения границ сердца. В связи с этим больной была назначена повторная госпитализация через 2 мес.

8/IX 1978 г. она была снова госпитализирована с теми же жалобами. Однако при-

ступы сердцебиения стали более продолжительными и частыми. Больная заметила их зависимость от резких поворотов и положения тела. Три приступа сопровождались кратковременной потерей сознания. Больная в постели принимала вынужденное положение лицом вниз.

Аускультативная картина поражала своей изменчивостью: периодически (чаще в вертикальном положении) выслушивалась типичная митральная мелодия; частым был трех- и четырехчленный ритм; несколько раз регистрировались абсолютно чистые тоны; на короткое время появлялся звук, ретроспективно расцененный как шум трения перикарда. Артериальное давление оставалось нормальным. Печень не пальпировалась, отеков не было. На ЭКГ от 13/IX 1978 г. — синусовая аритмия. Вертикальная позиция сердца. Атриовентрикулярная блокада I степени ($PQ=0,35$ с). ЭКГ — признаки перегрузки правого предсердия ($PII, V_1-z=3$ мм). Снижена амплитуда зубца T во всех отведениях. На последующих ЭКГ постепенно исчезла АВ блокада, снизилась амплитуда зубца P. Данные рентгенологических и лабораторных исследований оставались без отклонений от нормы. Тяжесть состояния больной, динамичность аускультативной картины сердца, некоторые изменения ЭКГ, отсутствие сколько-нибудь выраженного эффекта от проводимой терапии послужили основанием для диагностики идиопатического миокардита, по поводу которого проводилась гормональная терапия. Однако по данным физикального и рентгенологического исследований границы сердца были расширены незначительно, что подтверждало правомерность этого диагноза. Высказывалась мысль о наличии миксомы предсердия, но уточнить диагноз в то время не представлялось возможным.

23/IV 1979 г. больная снова поступила в клинику. К прежним жалобам прибавились головокружения, чувство дурноты. При осмотре состояние средней тяжести, кожа бледная, цианоз губ. Подкожная клетчатка выражена хорошо. Лимфоузлы не увеличены. Походка шаткая. Дыхание везикулярное, число дыхательных движений — 22 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны умеренно приглушены, музыкальный систолический шум на верхушке, шум трения перикарда в 5-й точке, II тон над легочной артерией не акцентирован. Пульс — 96 уд. в 1 мин, ритмичный. АД — 12/8 кПа. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии. Отеков нет.

Анализ крови от 24/IV 1979 г.: Hb — 2,7 ммоль/л, эр. — $57,8 \cdot 10^{12}$ в 1 л (впервые выявился эритроцитоз, вероятно, компенсаторный), л. — $7,7 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 9%, с. — 55%, лимф. — 32%, мон. — 3%. CO_2 — 2 мм/ч. Свертываемость крови по Бюркеру — 4 мин 32 с. Протромбин — 105–95%, сывороточные кислоты — 0,160 ед. опт. пл., СРБ — отриц. Холестерин — 6,8 ммоль/л, общий белок — 81 г/л. Анализы мочи без особенностей. ЭКГ от 26/IV 1979 г. — синусовая тахикардия. Вертикальное положение сердца. Сегмент ST чуть ниже изолинии с переходом в отрицательный зубец T. На всех последующих ЭКГ существенной динамики не выявлено. Диагноз — идиопатический миокардит.

Во время пребывания в стационаре больная спала с низким изголовьем. Неоднократно повторялись приступы удушья с резким цианозом, набуханием шейных вен, одутловатостью лица, появлением грубого диастолического шума над всей поверхностью сердца. Было зарегистрировано три приступа с внезапной потерей сознания, исчезновением пульса и давления, с резким побледнением лица, появлявшихся в вертикальном положении. Однако, оказавшись в горизонтальном положении, больная быстро приходила в себя, исчезала бледность, до введения лекарств появлялись пульс и давление.

Объемный процесс, вызывающий периодическую обструкцию кровообращения на уровне атриовентрикулярного отверстия, казалось, не вызывал сомнения. Рентгенологическое исследование показало отсутствие паракардиальной (в средостении или в легком) опухоли. Тромботический процесс в предсердии был также исключен, поскольку у больной не имелось к нему предпосылок и не наблюдалось быстрого прогрессирования симптомов. Наиболее вероятным оставался диагноз «опухоль предсердия» (миксома как наиболее частый вид опухолей сердца).

9/VI 1979 г. больная с диагнозом «миксома предсердия?» была направлена в клинику госпитальной хирургии Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова, где эхокардиографически была определена опухоль правого предсердия; ангиокардиография выявила дефект наполнения правого предсердия и правого желудочка (миксома на ножке).

25/VI больная прооперирована академиком АМН СССР Б. А. Королевым с сотрудниками. Выделена большая опухоль, которая на тонкой ножке прикреплялась к межпредсердной перегородке над устьем нижней полой вены и в виде языка спускалась глубоко вниз в нижнюю полую вену. Опухоль выдвинута и отсечена. Изменений на межпредсердной перегородке не обнаружено. Препарат опухоли плотный, по форме напоминает медузу с хвостом и на разрезе — вареное мясо. Гистологически — нейрофиброма. В послеоперационном периоде больная находилась на искусственной вентиляции легких, гемодинамика весь период оставалась нестабильной. 26/VI наступила смерть от сердечной недостаточности.

Особенности клиники данного случая:

1. Два типа приступов: интермиттирующий синдром верхней полой вены и приступы, связанные, вероятно, с обструкцией кровообращения на уровне правого атриовентрикулярного отверстия.

2. Отсутствие быстро прогрессирующей правожелудочковой недостаточности, которая, по литературным данным, является доминирующим признаком опухоли правого предсердия.

3. Максимум шумов слева, что заставило ошибочно предположить патологию левого сердца.

4. Шум трения перикарда, встречающийся в 20% случаев опухоли правого предсердия, — звук различной продолжительности, не зависящий от фаз работы сердца, напоминающий звук при сильном трении сухих пальцев или воздушных шаров друг о друга.

5. Отсутствие или кратковременность так называемых паранеопластических симптомов (зарегистрированы только редкая непродолжительная температура субфебрильного характера и кратковременный эритроцитоз и гипергемоглобинемия в период частых приступов).

Данным сообщением мы хотим напомнить практическим врачам о сложной и яркой клинике первичной опухоли сердца (миксомы — 50%, рабдомиомы, фибромы, саркомы). Раннее выявление этого редкого заболевания, подтвержденного эхо- и кинетокардиографически, могло бы явиться основанием для своевременного направления больного к кардиохирургам.

УДК 616.27—002.3—089.8—036.83

П. Д. Фирсов, Е. В. Петушков (Казань). Гнойный медиастинит с благополучным исходом

Ошибки при диагностике и удалении инородных тел пищевода нередко приводят к тяжелым, опасным для жизни больного осложнениям. При непроникающих травмах пищевода, осложнившихся абсцессом (флегмоной) окологлоточной клетчатки, и при проникающих повреждениях шейного и грудного до уровня Th V отдела пищевода независимо от возраста и состояния больного необходимо производить чресшейную медиастинотомию с активным дренированием.

Приводим наше наблюдение. М., 40 лет, поступил в ЛОР-отделение РКБ 5/V 1982 г. из ЛОР-отделения ЦРБ с жалобами на боли в горле при глотании, слабость, повышение температуры. 19/IV 1982 г. ел рыбу и подавился косточкой, появились боли при глотании. К врачу не обращался. 23/IV температура повысилась до 37,5°. С 23/IV до 4/V находился на амбулаторном лечении у оториноларинголога и терапевта по поводу катаральной ангины. Температура за последнюю неделю достигла 38—39°; больной ощущал препятствие при глотании пищи на уровне яремной ямки.

4/V произведена рентгеноскопия пищевода с контрастной массой: пищевод с ровными контурами; ватка, смоченная бариевой взвесью, задержалась на уровне D1—D11. После этого больной был госпитализирован в ЛОР-отделение ЦРБ, где была выполнена эзофагоскопия. На уровне 20 см от верхних резцов отмечалась выраженная инфильтрация стенок пищевода, в просвете пищевода — скопление зловонного гноя в большом количестве. После отсасывания гноя на этом уровне на передней стенке обнаружена скальпированная слизистая оболочка на участке 1×1 см. Инородное тело не выявлено. 5/V больной был переведен в ЛОР-отделение РКБ.

Объективно: состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,2°. Со стороны ЛОР-органов патологических изменений нет. На передней поверхности шеи в области яремной вырезки при пальпации определяется умеренная болезненность. Внутренние органы без патологии. Анализ крови от 5 мая: Нb — 2,54 ммоль/л, л. — 7,6 · 10⁹ в 1 л, б. — 2%, п. — 1%, с. — 63%, лимф. — 25%, мон. — 9%. СОЭ — 55 мм/ч. Анализ мочи от 5 мая: прозрачная, относительная плотность — 1,022. Обнаружены следы белка. Лейкоциты — 2—3 в поле зрения. Эритроциты — 1—2 в поле зрения.

Произведена рентгеноскопия грудной клетки и пищевода: органы грудной клетки в пределах нормы. Пищевод проходим для контрастной массы. Отмечается задержка контрастной массы, начиная с области I физиологического сужения больше впереди на протяжении 6—7 см. Наблюдается затекание контрастной массы в средостение, затекания средостения не установлено. Под местной анестезией трубкой № 1 выполнена эзофагоскопия. На глубине 25 см от резцов в просвете пищевода обнаружен гной с запахом. После отсасывания гноя выявлены выпячивание передней стенки пищевода и скальпированная слизистая на ней. Ниже выпячивания стенки пройти не удалось.

После обследования в день поступления в ЛОР-отделение РКБ под общим интубационным наркозом произведена срочная шейная медиастинотомия слева. За начальным отделом пищевода вскрыта гнойная полость, которая распространялась ниже ключицы на 10 см, выделилось больше 50 см³ густого зловонного гноя. Полость средостения дренирована резиновой трубкой и марлевым тампоном с гипертоническим раствором. Рана на шее оставлена открытой. В полость желудка через носовую полость введен тонкий зонд. 7/V на консультации торакального хирурга отмечено, что послеоперационный период протекает без осложнений. Медиастинальное пространство хорошо дренируется, практически гнойного отделяемого в ране нет.

В послеоперационном периоде была назначена интенсивная терапия и ежедневные перевязки раны. Состояние больного стало улучшаться. 9/V из полости средостения удалена дренажная трубка. 12/V состояние удовлетворительное, температура нормализовалась. Свободного гноя в ране нет. Больному дан раствор метиленовой сини