

Н. П. Малышкин, А. И. Денисова, В. А. Ларионов (Рязань). Случай миксомы левого предсердия в пожилом возрасте

Эффективность оперативного удаления миксомы левого предсердия побуждает к своевременному его проведению, а следовательно, к разработке соответствующих диагностических критериев. В связи с этим любое наблюдение такой опухоли заслуживает описания.

Х., 64 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, кашель, выделение гнойной мокроты с примесью крови, боли в области сердца и левом подреберье, тошноту, слабость. Впервые боли и припухлость коленных и лучезапястных суставов появились в возрасте 21 года. К врачу не обращалась. Улучшение наступило без лечения. В дальнейшем время от времени отмечала недомогание, боли в суставах. В возрасте 42 лет был приступ почечной колики с кровавистой мочой. С этого возраста постепенно стали беспокоить одышка, боли в области сердца, сердцебиение, а затем отеки нижних конечностей, возникавшие после физической нагрузки. В течение последних 8 лет лечилась амбулаторно и в стационаре с диагнозом «ревматизм и ревматический порок сердца». В этот период одышка и отеки нижних конечностей полностью не проходили и в покое, а боли в области сердца стали носить приступообразный характер и сопровождалась сильной головной болью, болью в глазах, резкой одышкой и синюшностью ногтей и ладоней, похолоданием и онемением ног, иногда тошнотой, кровохарканьем. За 5 дней до поступления в клинику после переохлаждения резко усилилась одышка, появился кашель с гнойно-кровавистой мокротой, усилились боли в области сердца ноющего и давящего характера.

Больная повышенного питания. Температура тела субфебрильная. Одышка в покое, частота дыхательных движений — 29 в 1 мин. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком. Выраженный акроцианоз. Большие отеки стоп и голеней. Над областью легких в нижнебоковых отделах перкуторный звук укорочен, везикулярное дыхание ослаблено, выслушивается множество рассеянных сухих и влажных хрипов. Границы относительной тупости сердца: правая — на 3 см правее правого края грудины, левая — на 4 см от срединно-ключичной линии, верхняя — у II ребра. Аускультация сердца: I тон хлопающий, акцент и раздвоение II тона над легочной артерией; на верхушке сердца и в точке Боткина — систолический шум, у верхушки сердца — протодиастолический. Пульс — 82—84 уд. в 1 мин, экстрасистолия, АД — 14,7/8,0 кПа. Асцит. Печень увеличена на 5 мм.

Анализ крови: эр. — $4,0 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб — 2 ммоль/л, л. — $4,2 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 2%, с. — 65%, лимф. — 28%, мон. — 5%; СОЭ — 20 мм/ч, С-РБ — 2, сиаловая кислота — 2,65 ммоль/л, холестерин — 6,24 ммоль/л, билирубин — 82,08 ммоль/л, прямой — 22,23 мкмоль/л, непрямой — 59,85 мкмоль/л.

Анализ мочи: плотность — 1,015—1,027, белок не обнаружен, лейкоциты — 4—5 в поле зрения, осалаты — в небольшом количестве.

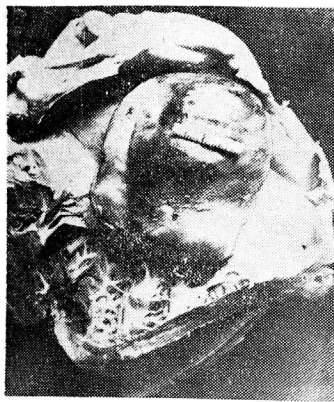
Рентгенологически справа в нижней доле легкого обширные участки инфильтрации; нижняя доля слева не видна за тенью сердца; правый купол диафрагмы поднят спайками; выраженные застойные явления; сердце митральной формы, значительно расширено в поперечнике; в первом косом положении увеличено левое предсердие, контрастированный пищевод резко отклоняется кзади по дуге малого радиуса; во втором косом положении увеличены оба желудочка, больше правый.

ЭКГ: ось сердца отклонена вправо, гипертрофия левого предсердия и правого желудочка, диффузные изменения в миокарде.

В клинике у больной наблюдались приступы интенсивных болей в области сердца, левой лопатки, левом подреберье с резким усилением одышки, цианоза, снижением АД до 10,7/8,0 кПа. Внезапно появились резкие боли в правой половине грудной клетки, усилился кашель с выделением гнойно-кровавистой мокроты, над правым легочным полем отмечался тимпанит, лейкоцитоз — $14,0 \cdot 10^9$ в 1 л. Усилилась желтуха (билирубин — 269,32 мкмоль/л, прямой — 158,00 мкмоль/л, непрямой — 111,32 мкмоль/л), адиназия, увеличились отеки. Больная получала антибиотики (пенициллин, стрептомицин, оксациллин, тетраолеан), салицилаты, сердечные гликозиды, мочегонные, препараты калия, эуфиллин, кокарбоксылазу, витамины, проводилась плевральная пункция. Лечение оказалось безрезультатным. Больная умерла от выраженной сердечно-сосудистой недостаточности.

Клинический диагноз: ревматизм, возвратный ревмокардит, сочетанный митральный порок сердца, абсцедирующая инфарктная пневмония, правосторонний пневмоторакс, эмпиема плевры, недостаточность кровообращения III стадии, кардиогенный цирроз печени, желтуха, атеросклеротический коронарокардиосклероз.

Патологоанатомический диагноз: миксома сердца, исходящая из межпредсердной перегородки и располагающаяся в полости левого предсердия; гипертрофия миокарда правого желудочка, левого и правого предсердий; инфаркты обоих легких с периферической пневмонией и абсцессами в правом легком; спонтанный правосторонний пневмоторакс в связи с разрывом стенки одного из абсцессов; правосторонний серозно-фибринозный плеврит; пристеночный красный тромб в левом ушке сердца; кардиаль-фибринозный плеврит; постинфарктные рубцы в почках; атеро-



Миксома, обнаруженная при вскрытии левого предсердия.

склероз с преимущественным поражением аорты и артерий сердца, умеренный кардиосклероз.

Опухоль (см. рис.) яйцевидной формы (размеры — $7 \times 5 \times 4$ см) с гладкой поверхностью опускалась через атриовентрикулярное отверстие в полость левого желудочка до 2 см. На уровне атриовентрикулярного отверстия на поверхности опухоли определялась неглубокая странгуляционная борозда. Опухоль была связана с эндокардом предсердий на участке диаметром 3 см. Ткань опухоли эластичная, на разрезе бледно-серого цвета, однородная, сочная, с небольшими синюшными участками. Более плотная ее поверхность окрашена кровью. Заключение по гистологическому исследованию: миксома.

Таким образом, больная 64 лет «с ревматическим анамнезом» поступила в клинику в крайне тяжелом состоянии с симптомокомплексом поражения клапанного аппарата, что и привело к диагностической ошибке. Анализ случая позволяет заключить, что, помимо недостаточности кровообращения, клиническими признаками, обусловленными нарушениями внутрисердечной гемодинамики из-за наличия миксомы и внезапной резкой обструкции митрального отверстия, были приступы болей в области сердца и одышка, сопровождавшиеся сильной головной болью, болью в глазах, резкой синюшностью ногтей и ладоней, похолоданием и онемением ног, снижением АД, иногда тошнотой, рвотой. Можно предположить, что почечная колика с гематурией, возникшая у больной в 42-летнем возрасте, была обусловлена инфарктами почек из-за тромбоэмболии и развития опухоли в левом предсердии. Вероятно, формирование миксомы у больной продолжалось около 22 лет.

УДК 616.981.49—08:[615.456+542.978]

Н. И. Целик (Саратов). Применение трентала в комплексной инфузионной терапии больных с пищевыми токсикоинфекциями

Мы применяли трентал в комплексной инфузионной терапии 17 больных с пищевыми токсикоинфекциями. Обследованные нами пациенты были в возрасте от 17 до 56 лет с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. Диагноз «пищевая токсикоинфекция» ставили на основании комплекса клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. У всех больных в качестве средства инфузионной терапии использовали раствор «Квартасоль» в количестве 1—5 л. 17 пациентам вслед за раствором «Квартасоль» внутривенно вводили 5 мл трентала в 500 мл 0,85% раствора хлористого натрия в течение 40—60 мин. После окончания инфузии все больные получали раствор «Оратил», симптоматические средства, лечебное питание.

О воздействии лечебных препаратов на процессы энергетического метаболизма у больных с пищевыми токсикоинфекциями судили по содержанию фосфорорганических соединений в эритроцитах: 2,3-ДФГ, АТФ, АДФ, АМФ. В контроле обследовали 50 практически здоровых лиц.

Применение трентала в комплексной инфузионной терапии приводило к достоверному возрастанию абсолютного содержания АТФ и 2,3-ДФГ в эритроцитах до уровня нормы уже через 2 ч после инфузии. Увеличение концентрации фосфорорганических соединений в эритроцитах обуславливало снижение стандартного сродства гемоглобина к кислороду и улучшение оксигенации тканей. Без использования трентала эти показатели достигали нормы через 5—7 сут лечения, и лишь содержание 2,3-ДФГ у больных со среднетяжелым течением пищевой токсикоинфекции восстанавливалось через сутки после инфузии раствора «Квартасоль». Введение трентала способствовало также увеличению относительной концентрации АТФ эритроцитов через 2 ч после инфузии ($P < 0,05$).

Таким образом, исследования показали, что внутривенное введение раствора «Квартасоль» с тренталом является более эффективным способом коррекции расстройств энергетического метаболизма эритроцита у больных пищевыми токсикоинфекциями, чем введение солевого раствора без трентала.

УДК 616.61—002.3—08:542.978

А. И. Неймарк (Барнаул). Применение трентала в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом

Исследованиями ряда авторов выявлены значительные изменения микроциркуляции и почечной гемодинамики у больных пиелонефритом. Установлено замедление капиллярного кровотока, спазм сосудов, агрегация эритроцитов и снижение эффективного почечного кровотока. Эти нарушения значительно усугубляются после опе-