

В. УРМОНАС, А. ЛУКОШЯВИЧУТЕ

НАРУШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА, ВЫЗВАННОЕ
ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Воронкообразная деформация грудной клетки—врожденный порок развития, при котором в результате уменьшения грудинно-позвоночного расстояния и давления на органы средостения сердце смещается влево, происходит ротация вокруг своей оси по направлению часовой стрелки. Возникающая псевдомитральная конфигурация сердца может привести к серьезным диагностическим ошибкам, так как у всех больных с этой патологией прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Все это дает основание ошибочно заподозрить внутрисердечную патологию.

Однако воронкообразная деформация грудной клетки может обуславливать и действительное нарушение деятельности сердца, о чем свидетельствует следующее наблюдение.

Больной И. З., 1946 г. рождения, электрик, в апреле 1970 г. госпитализирован в районную больницу по поводу ревматического митрального порока, мерцания предсердий и сердечной недостаточности II°. После лечения изоланидом, гипотиазидом и хлоридом калия наступило улучшение. Однако диагноз вызывал некоторые сомнения, поэтому больной был направлен на консультацию в Республиканскую Каунасскую клиническую больницу, где заподозрен идиопатический миокардит.

Впервые осенью 1969 г. почувствовал общую слабость, повышенную утомляемость, боли в правом подреберье. В последнее время стал задыхаться даже после незначительной физической нагрузки. При осмотре обнаружена асимметричная воронкообразная деформация грудной клетки средней степени (стерно-verteбральное расстояние 11 см). Вогнутость грудины и реберных хрящей более выражена справа. Тоны сердца абсолютно аритмичны, 68—74 уд. в мин. I тон над верхушкой сердца усилен, там же прослушивается систолический шум II° и ритм галопа, II тон над легочной артерией акцентирован и расщеплен. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Рентгенологические исследования показали наиболее выраженное вдавление грудины в средней ее части, а не в обычном месте (в области грудинно-мечевидного сочленения). Это очень ярко отмечается на боковой томограмме. На передней рентгенограмме поперечник сердца увеличен влево, талия сглажена за счет увеличения дуги легочной артерии, в меньшей степени—дуги левого предсердия. На рентгенограммах, произведенных в первом косом положении, отмечается увеличение путей оттока правого желудочка, а также левого предсердия II°, в боковом и в правом косом положениях выявлено увеличение правых отделов сердца и левого предсердия II°. Левый желудочек отнесен назад и почти закрывает тень позвоночника. Аорта не расширена, пульсация сердца поверхностная, аритмичная. Кардиоторакальный индекс—0,6; объем сердца—851,8 см³. Положение диафрагмы низкое, подвижность средняя. Умеренно выражены признаки эмфиземы легких и диффузного пневмосклероза, а также явления венозного застоя.

На ЭКГ—норморитмическое мерцание предсердий, субэпикардальная ишемия верхушечной и боковой стенок левого желудочка сердца, гипертрофия обоих желудочков, преимущественно левого.

Зондированием правых отделов сердца выявлена небольшая легочная гипертензия (давление в правом предсердии 5 мм рт. ст., в желудочке—44/8, в легочной артерии—33/19).

Деформация грудной клетки имела от рождения и сомнений не вызывала. Необычным было резкое увеличение сердца, мерцание предсердий и признаки сердечной недостаточности, в связи с чем в районной больнице диагностирован митральный порок сердца. Однако отсутствие характерных звуковых феноменов при аускультации и фонокардиограмма без патологических изменений позволили опровергнуть это предположение.

На основании наличия систолического шума на верхушке сердца и ритма галопа в сочетании с гипертрофией левого желудочка был диагностирован идиопатический миокардит, но также недостаточно обоснованно. Заключено, что описанные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушение кровообращения в малом круге обусловлены деформацией грудной клетки, что является прямым показанием для хирургической коррекции деформации грудной клетки.

Во время операции—стернохондропластики без применения каких-либо внутренних и наружных фиксаторов обнаружено асимметричное стояние грудины, винтообразно деформированной по продольной оси. С помощью дополнительной стернотомии деформация грудной клетки полностью исправлена.

Патогистологическое исследование мышцы сердца показало резко выраженные изменения в миофибрильном аппарате, проявляющиеся усиленной анизотропией А-дисков, а также множественные контрактуры мышечных волокон.

Послеоперационное течение гладкое. Через 1,5 месяца после операции для устранения стойких приступов мерцания предсердий произведена электрическая дефибриляция. Синусовый ритм восстановлен импульсом 5000 в. С целью профилактики рецидива мерцания предсердий больному назначен хинидин.

Отдаленные (через 3,5 года) положительные результаты хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки подтвердили правильность вышеописанной интерпретации дооперационного состояния сердечно-сосудистой системы. Очевидно, что жалобы больного и изменения в системе кровообращения были обусловлены деформацией грудной клетки. Электрокардиографические изменения типа ишемии и морфологические изменения в миокарде показывают, что воронкообразная деформация грудной клетки может привести к дистрофическим изменениям сердечной мышцы, что в свою очередь, способствует развитию нарушения ритма и сердечной недостаточности.

Продолжительные наблюдения показали обоснованность применения стернохондропластики и возможность обратного развития кардиологических изменений, вызванных воронкообразной деформацией грудной клетки.

Каунасский медицинский институт

Поступило 6/1 1975 г.

Գ. ՈՒՐՄՈՆԱՍ և Ա. ԼՈՒԿՈՇՅԱՎԻՉՈՒԵԲ

ՍՐՏԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄԸ՝ ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՁԱԳԱՐԱԶԵՎ
ԴԵՖՈՐՄԱՑԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հեղինակների կլինիկական դիտողությունները ցույց են տվել, որ կրծքավանդակի ձա-
գարածի զեֆորմացիան կարող է բերել սրտի զործունեության զգալի խանգարումներ, որոնք
կարող են հետ զարգանալ բուժումից հետո:

V. URMONAS and A. LUKOSHYAVICHUTE

DISTURBANCE OF CARDIAC ACTIVITY, PROVOKED BY PYRIFORM
DEFORMATION OF THE THORAX

S u m m a r y

The authors' clinical observation shows that pyriform deformation of the thorax may provoke a real disturbance of the cardiac activity.

A regression of cardiological changes, caused by the pyriform deformation of the thorax, is possible.