

Classification of the Heart Tonsillogenic Affection and its Clinical-Laboratory Characteristics

S u m m a r y

The authors suggest the classification of all possible variants of the heart affection in connection with tonsillogenic complications. Two groups of the cardiac affection are distinguished: 1. tonsillogenic cardiopathy, and 2. tonsillogenic myocarditis. The complete clinical-laboratory characteristics of these affections is given in the paper.

УДК 616.125.6—007.63—089

В. А. КОЗЛОВ, В. Г. ГРЕНЦ

УСПЕШНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕХПРЕДСЕРДНОГО СЕРДЦА

Трехпредсердное сердце—*cor. triatriatum biventriculore*—редкая аномалия развития сердца. В мировой литературе опубликовано не более 100 случаев, а успешная хирургическая коррекция произведена менее, чем у половины этих больных [3]. В отечественной литературе имеются лишь единичные сообщения о данном пороке [1]. В большинстве случаев диагноз установлен на секции или во время оперативного вмешательства, хотя появились работы, свидетельствующие о возможности дооперационной диагностики путем ангиокардиографии из ствола легочной артерии или при транссептальной пункции левого предсердия [2].

Учитывая редкость описываемой аномалии и возможность радикальной хирургической коррекции, считаем, что наше наблюдение представляет определенный интерес.

Больной Л., 43 лет, поступил в клинику повторно 14/III—1980 г. с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, боли в области сердца, боли в суставах, слабость. Ревматизм установлен более 10 лет назад. Год назад больной обследован в нашем отделении и был выписан на терапевтическое лечение в связи с декомпенсацией кровообращения, расцененной как проявление активности ревматического процесса. Интересно отметить, что больной в свое время отслужил в армии.

При поступлении состояние тяжелое, удовлетворительного питания. Кожа бледная. Границы сердца перкуторно расширены влево на 2 см. АД составляло 100/70 мм рт. ст., пульс—67 в 1 минуту, аритмичный. Аускультативно и на ФКГ амплитуда тонов снижена. Интервал

Q—I тон—в пределах нормы. Над всей поверхностью сердца регистрируется слабый систолический шум с эпицентром на верхушке. ЭКГ— нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки левого желудочка, мерцательная аритмия. Рентген показал значительно усиленный легочный рисунок, прослеживающийся до периферии. Сердце значительно увеличено в размерах, талия сглажена за счет выбухания второй и третьей дуг. В первом косом положении— третья степень увеличения левого предсердия, атипичный ход контрастированного пищевода, передний контур сердца сливается с передней грудной стенкой. Во втором косом положении—увеличение всех отделов сердца, экспансия контрастированного пищевода. Анализы крови и мочи—без особенностей. Установлен предоперационный диагноз—ревматизм, активная фаза, активность I степени, ревмокардит, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности, H₂ (при поступлении печень увеличена на 6—7 см). Предполагалось выполнить аннулопластику митрального клапана или его протезирование.

21 IV 1980 г. произведена операция в условиях искусственного кровообращения. Сердце больших размеров, в том числе и левый желудочек. При пальцевой ревизии левого предсердия митральный клапан не обнаружен. Трикуспидальный клапан в норме. Взяты пробы крови на газовый состав—сброса артериальной крови слева направо нет. Давление в правом желудочке составляет 35% (32/6 мм рт. ст.) от системного. После длительной ревизии левого предсердия установлено, что эксцентрично, ближе к выходному отделу аорты, имеется отверстие размером 2,5—3 см, которое ведет в другую полость, где имеется нормальный митральный клапан, створки которого лишь несколько утолщены. Подключен аппарат искусственного кровообращения, и доступом через левое предсердие патологическая перегородка иссечена. Аномального дренажа легочных вен нет. Послеоперационный период протекал без осложнений, лишь в ранние его сроки отмечались выраженные стенокардитические боли, обусловленные нарушением коронарного кровообращения. Консервативной терапией они ликвидированы, и больной в удовлетворительном состоянии выписан (при амбулаторном наблюдении). При обследовании через год состояние больного удовлетворительное, отмечается положительная рентгенологическая динамика в виде разгрузки малого круга кровообращения.

НИИ клинической и экспериментальной хирургии

им. А. Н. Сызганова, г. Алма-Ата

Поступила 4/XII 1981 г.

Ч. У. ЧОДІОЧІ, Ч. Ч. ЧРБІВ

БІРБІВІА.Б.У.С.У.С.І.В.І.Н. С.І.Р.С.—Ч.І.Р.У.А.Р.О.І.Б.У.А.Н. З.У.Х.О.Ч. Ч.С.Ч.О.І.У

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաղորդում է սրտի հազվադեպ՝ երեքնախաւարտային արտադիւրաբար արտադրուած մասին վերահաստական սեղանի վրա: Երկու ձախ նախաարտերի միջև եղած միջնապատի վերացումը փանտնավորել է հեմոգինամիական շրվանդը առողջացել է: Մեկ տարուց հետո հետազոտելու վիճակը եղել է բավարար, լավացել է ռենտգենոլոգիական պատկերը:

Three-Auricular Heart—Successful Surgical Correction

S u m m a r y

About the diagnosis of the rare three-auricular heart defect is reported. The removal of the septum between two left ventricles normalized the hemodynamics. The patient recovered. The investigations carried out after a year's interval show satisfactory condition of the patient and improvement of the roentgenologic picture.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бураковский В. И., Ромашов Ф. Н. Частная хирургия болезней сердца и сосудов. М., 1967. 2. Park M., Ricketts H. Guntheroth W. Cor triatriatum. Am. J. of Diseases of children, 1972, 123, 5, 500—503. 3. Marin-Garcia J., Fandón R., Lucas R. Edwards J. Cor triatriatum. Am. J. of Cardiology, 1975, 35, 1, 59—66.

УДК 616.135—007.64—089

Е. Н. МЕШАЛКИН, Н. И. КРЕМЛЕВ, В. И. ПОДАК, Р. Г. ХАЧАТРЯН

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ АНЕВРИЗМАХ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Проблема хирургического лечения аневризмы грудной аорты представляет самостоятельную главу сложных и разнообразных поражений.

Аневризмы грудной аорты классифицируют по их этиологии, морфологии и локализации; с этиологической точки зрения их можно разделить на врожденные и приобретенные. Врожденные встречаются редко и обычно сочетаются с другими врожденными аномалиями, особенно с коарктацией аорты.

Клиническая картина и операционные находки при аневризмах вариабельны. При небольших размерах истинная аневризма, как правило, является случайной находкой при рентгеноконтрастном исследовании аорты или во время операции. При увеличении аневризмы у больного кроме жалоб, характерных для коарктации, появляются тупые боли за грудиной, затруднения при глубоком вдохе. На рентгенограммах области грудной клетки полость аневризмы выявляется как тень в области заднего средостения, что может привести к неправильному диагнозу опухоли средостения.

Аневризмы грудного отдела аорты осложняют коарктацию аорты в 4,8%, по данным Б. А. Константинова с соавт. (1978)—в 8,6%, причем у взрослых в 5 раз чаще, чем у детей.

Постстенотические аневризмы, как правило, приобретенные—для их образования требуется более или менее продолжительное время и определенные условия, связанные с нарушением гемодинамики и питания стенки аорты.