

МЕДИЦИНА

С. А. Оганесян

К вопросу о панцырном сердце

Панцырное, или окаменелое, сердце (Panzerherz) является относительно редко встречающимся заболеванием. Количество патолого-анатомических и рентгенологических находок этого заболевания, описанных в литературе, исчисляется несколькими десятками случаев.

Несмотря на то, что воспаление серозных оболочек сердца впервые было описано С е н а к о м (Senac) в 1749 году, первое литературное сообщение о панцырном сердце, как о патолого-анатомической находке, было сделано во второй половине XIX века. Вопрос же этио-патогенеза этого заболевания до сих пор остается окончательно неразгаданным. По данным В. А. Ф а н а р д ж я н а, в результате перенесенного фибринозного перикардита, фибриновые массы между листками перикарда не организуются, склеивания их не наступает, а происходит отложение извести. Процессы отложения последней для развития панцырного сердца, по данным того же автора, требуют довольно длительного времени—в отдельных случаях от нескольких до 10 лет и больше.

Иногда, ввиду отсутствия в анамнезе больных каких-либо данных, говорящих за заболевание, приведшее к панцырному сердцу, последнее остается рентгенологической находкой. Но все же в части случаев, по нашему мнению, этиологическим моментом для образования панцырного сердца является туберкулезная инфекция.

После перенесенного, как было указано, нередко скрытого и бессимптомного перикардита наступает сращение серозных оболочек сердца с последующим их обызвестлением. И если прав был С т о к с (Stokes), когда говорил: „Я очень сомневаюсь в том, что есть хотя бы один верный признак сращения сердца“, то то же самое нельзя сказать о сращениях перикарда с обызвестлением.

Единственно верным методом, прижизненно определяющим панцырное сердце, является рентгенологическое исследование. При наличии значительного обызвестления, каковым является один из наших случаев, описываемый ниже, наступают явления декомпенсации. Последние, по литературным данным, могут возникать при панцырном

сердце в результате тяжелой физической нагрузки, при инфекционных заболеваниях и других моментах, требующих относительно длительной и напряженной работы сердца.

Клинических патогномичных симптомов для выявления панцирного сердца нет. Отмечаются глухость тонов, иногда неясный шум, аритмия. В большинстве же случаев—только глухость тонов. По данным большинства авторов, отложение извести в листках перикарда начинается в области базальных отделов правого желудочка, т. е. в местах наименьшей подвижности. Однако, отдельные авторы, основываясь на своих находках, считают, что последовательность может быть и другая. Мы же, на основании наших случаев, присоединяемся к мнению тех авторов, которые считают, что отложения извести начинаются с правого желудочка.

Для того, чтобы при рентгенологическом исследовании не просмотреть начальных или слабо выраженных обизвествлений перикарда, необходимо заставить больного глубоко вдохнуть. Опустившаяся диафрагма улучшает условия более детального осмотра до этого плохо видимого нижнего контура сердца, где чаще всего, при дорзо-вентральном ходе лучей, и просматриваются эти изменения. Обычно при этом отмечается прерывистая или непрерывная интенсивная полоска затемнения параллельно нижнему контуру сердца. При наличии прерывистой краевой каемки—в одном положении, в другом—благодаря тангенциальному ходу лучей и наложению известковых теней, может получиться непрерывная интенсивная полоса, охватывающая контур сердца. Иногда плохо видимое обизвествление, при дорзо-вентральном ходе лучей, становится резко выраженным при исследовании в косых положениях.

Рентгенодиагностика панцирного сердца дает возможность объяснить непонятные жалобы больного или аргументировать имеющиеся непонятные объективные данные.

Вопреки принятому большинством авторов мнению, в одном нашем случае, при небольшом обизвествлении нижнего контура сердца в области правого желудочка, мы имели клинически декомпенсацию сердечной деятельности по правожелудочковому типу, с увеличением печени и явлениями умеренно выраженного асцита. При аускультации определялся непонятный для клинициста шум, не характерный для часто встречающихся заболеваний сердца. В этом случае обнаруженное рентгенологически незначительное обизвествление перикарда, с одной стороны, выяснило источник возникновения необычного для клинициста шума, с другой—с очевидностью доказало, что при наличии даже незначительного обизвествления могут быть явления недостаточности сердца.

Имея в виду, что нередко при наличии относительно больших количеств отложения извести в перикарде у больных никаких жалоб на сердце нет, необходимо считать, что в приведенном случае недо-

статочность сердца вызвана значительными перикардиальными сращениями, о которых позволяет предполагать найденное обизвествление.

Подобный же случай наблюдался нами в рентгеновском отделении 1-й клинической больницы г. Еревана.

Ист. болезни № 250. Б-ой И. Г., 33 лет, поступил на рентгенологическое исследование грудной клетки по поводу недостаточности сердца по правожелудочковому типу. Жалуется на отеки ног и одышку. Больным считает себя с 1944 года, когда впервые заметил отеки нижних конечностей, периодически повторявшиеся в дальнейшем. С детства болеет малярией. Других заболеваний не переносил. Отеки определяются в области обеих стоп и голеней. Левая граница сердца—на левой медиа-клявикулярной линии, правая—на 2 см вправо от правого края грудины. Аускультаторно: глухость тонов, раздвоение второго тона. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Прощупывается увеличенная, болезненная печень. Селезенка также увеличенная, плотная. Картина крови патологических изменений не представляет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется следующее: справа—линейное утолщение междолевой плевры в горизонтальной щели, небольшие плевро-диафрагмальные сращения, несколько ограничивающие дыхательную подвижность диафрагмы; слева—норма. Границы сердца умеренно увеличены во всех размерах. Увеличение левого желудочка сердца несколько преобладает над увеличением остальных отделов. Пульсация—с малой амплитудой. На фоне сердечной тени, при сагитальном ходе лучей, определяются отдельные, более интенсивные участки затемнения (участки обизвествления). В левом косом и фронтальном положениях определяется тонкая с неровными контурами интенсивная тень, кольцевидно окаймляющая сердце. Рентген-заключение: обизвествление перикарда (панцирное сердце). В результате стационарного лечения и назначенных сердечных средств отеки постепенно уменьшились, а в дальнейшем и совершенно исчезли. Больной был выписан из клиники при общем удовлетворительном состоянии, хотя объективные данные со стороны сердца оставались прежними.

Необходимо отметить, что прогноз этого заболевания, в основном, зависит вообще от состояния мышц сердца. В данном случае мы имели возможность наблюдать больного, который когда-то перенес скрытый бессимптомный перикардит, не замеченный самим больным. В настоящее время, как показали данные клинического и рентгенологического исследований, одновременно с обизвествлением перикарда имеется также поражение миокарда.

Во всех имевшихся у нас случаях обращает на себя внимание недостаточность сердца по правожелудочковому типу. Повидимому, здесь имеет основное значение фактор механического препятствия со стороны обизвествленного перикарда, ограничивающий способность сердца к дилатации.

Из имевшихся в нашем распоряжении 4 случаев пандырного сердца по техническим причинам мы здесь приведем данные с рисунками только одного случая.

Больной Т., 1914 года рождения. Поступил в госпиталь с диагнозом: недостаточность сердца второй степени, бронхоэктазии. Больным считает себя около 8-ми месяцев. Жалуется на кашель, одышку, кровохарканье.

В анамнезе—неизвестное ему заболевание в школьном возрасте с одышкой и болями в области сердца, по поводу которого лежал в больнице. Отец умер от длительного заболевания легких в молодом возрасте. Данные клинического исследования: больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. В нижних отделах обоих легких—жесткое дыхание и единичные сухие хрипы. Небольшое расширение границ сердца влево. Пульс временами неритмичный, малого наполнения—68 ударов в минуту. Тоны сердца глухие. Прощупывается плотный болезненный край печени. РОЭ—18 мм в час по аппарату Панченкова. Кровяное давление—110.75. Реакция Вассермана—отрицательная. Исследование крови: гемоглобин—68%, эритроцитов—5.200.000, цветной показатель—0.6, лейкоцитов—14.200. Лейкоцитарная формула: эозинофилов—1%, нейтрофилов сегм.—50%, юных—1%, палочкоядерных—6%, лимфоцитов—25%, моноцитов—8%.

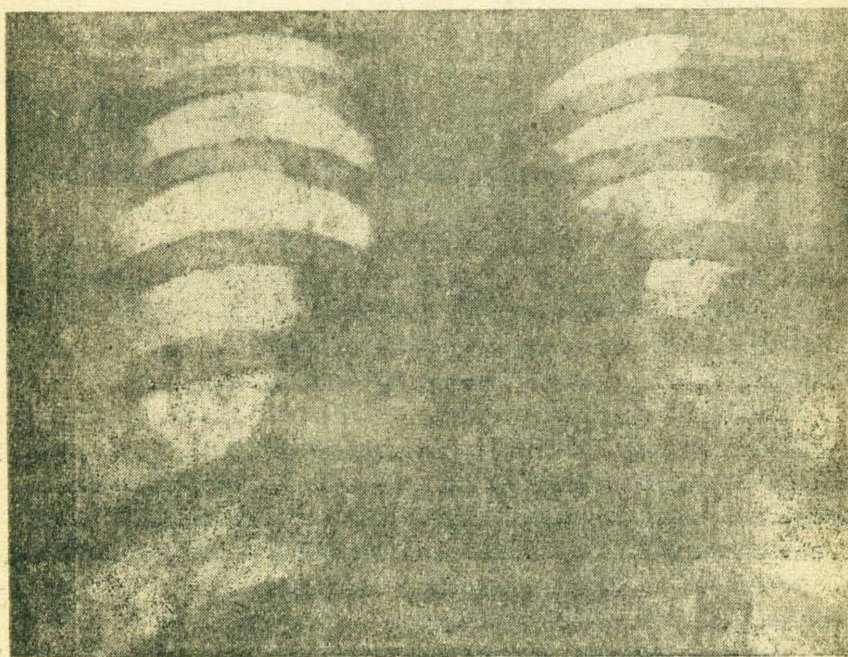


Рис. 1

На рентгенограмме грудной клетки при дорзо-вентральном, холе лучей (рис. 1) определяется множество уплотненных и обизвествленных очагов, расположенных в виде цепочек в проекции срединной

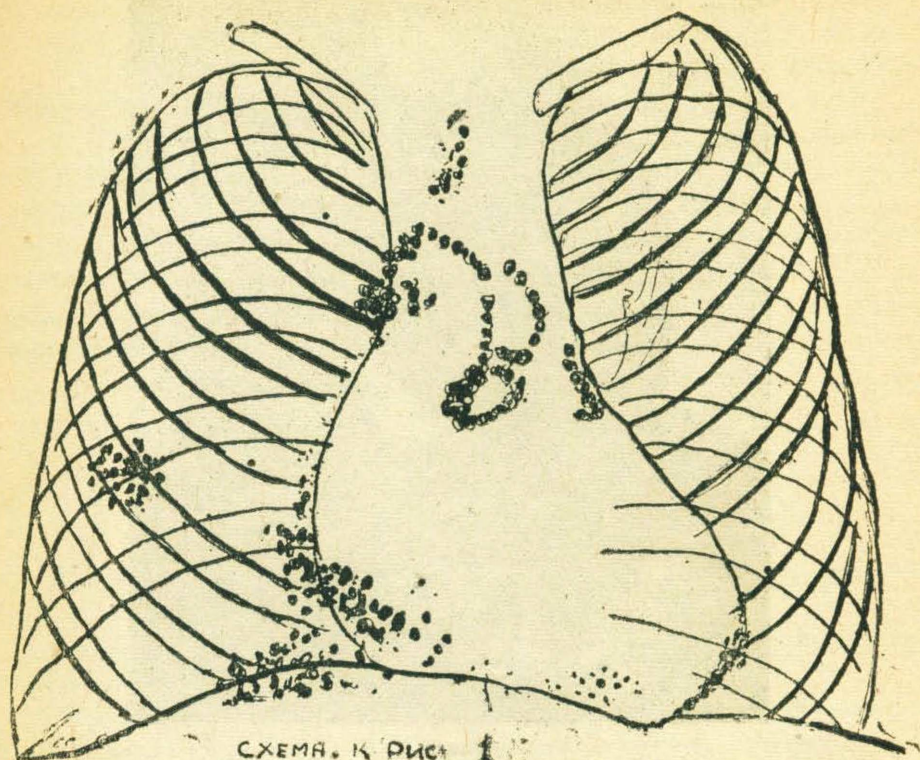


Схема Рис. 1.

тени, справа диафрагмы, а также на уровне IV и V межреберий справа же, считая ребраспереди. Последние расположены в плевре.

Надо отметить, что при самой тщательной рентгеноскопии увидеть их не удавалось.

Определялись также небольшие плевро-диафрагмальные спайки с обеих сторон. В левом косом положении при рентгеноскопии обращала на себя внимание интенсивная, с четкими контурами, непрерывная кольцевидная тень, охватывавшая весь сердечный массив (рис. 2). Ширина краевой каемки приблизительно—0.8—1 см. Был поставлен диагноз *Pericarditis calcuosa*, что и было подтверждено произведенной рентгенограммой.

Интерес этого случая заключается в исключительной массивности обызвествления перикарда, охватывающего все отделы сердца с наличием очаговой диссеминации в плевре, что проливает некоторый свет на этиологию части случаев образования панцирного сердца.

Во всех приведенных в настоящей работе 3-х случаях декомпенсация сердечной деятельности у больных возникла на военной службе, повидимому—в результате особых условий военного времени.



Рис. 2.

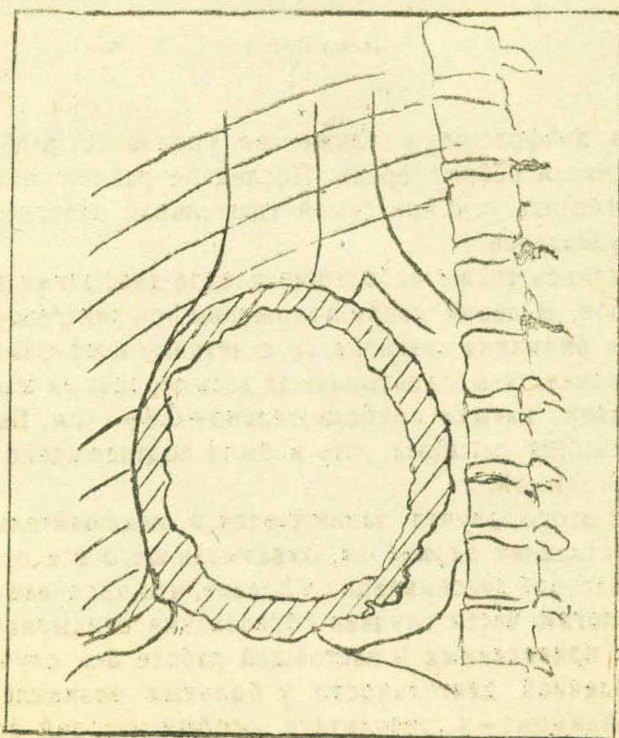


Схема с рентгенограммы грудной клетки в левом косом положении. Массивное обызвестление перикарда.

Выводы

1. Единственно верным методом распознавания панцирного сердца является рентгенологическое исследование.

2. Определение даже незначительного обизвествления перикарда дает возможность объяснить болезнетворные проявления и жалобы больного.

3. Относительно длительная физическая нагрузка является противопоказанной при наличии обизвествления перикарда.

Институт Рентгенологии и Онкологии
Министерства Здравоохранения Арм. ССР.

Ս. Ս. Հովհաննիսյան

ՊԵՐԻԿԱՐԴԻ ԿՐԱՑՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Սրտի պերիկարդի կրացումը համեմատաբար հազվադեպ պատահող հիվանդություն է:

Պերիկարդի կրացման ճանաչման միակ մեթոդը ռենտգենոլոգիական հետազոտությունն է:

Պերիկարդի նույնիսկ ամենաչնչին կրացման որոշումը հնարավորություն է տալիս բացատրելու հիվանդադին երեվոլյութիները և հիվանդի գանգատները:

Պերիկարդի կրացման առկայության դեպքում հակացուցված է համարվում համեմատաբար երկար ֆիզիքական բեռնավորումը: