

ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

УДК 611.1

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В АНАТОМИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИЗУЧЕНИИ СЕРДЦА

А. В. Смирнов, П. Н. Гончаров

*Кафедра патологической анатомии ВолГМУ,
ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов, г. Москва*

Несмотря на многочисленные исследования морфологии сердца, до сих пор остается актуальным поиск новых анатомических подходов к изучению структуры этого органа в нормальных условиях и при патологических процессах. Потребность в детальном морфологическом исследовании сердца диктуется практическим здравоохранением [5, 6].

В ноябре 2006 г. в хирургическое отделение ГУЗ "Волгоградской областной клинической больницы № 1" на стационарное лечение в срочном порядке поступила больная Т., 1948 г. р., с жалобами на резкие боли в эпигастрии, боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с примесью желчи. Из анамнеза стало известно, что заболела остро два дня назад, в процессе подготовки к хирургическому лечению атеросклеротического аортального порока. Больной был поставлен клинический диагноз "Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Кардиосклероз. Полный разрыв сухожильной хорды задней сосочковой мышцы левого желудочка". Несмотря на проводимую консервативную терапию, боли в правом подреберье сохранялись. Больной в срочном порядке полностью ультразвуковое исследование органов брюшной полости, поставлен диагноз "острый обтурационный калькулезный холецистит". В течение последующих суток больной проводилась интенсивная терапия, однако клиника обтурации сохранялась. Решением консилиума больной по жизненным показаниям выполнена операция: холецистэктомия, дренирование общего желчного протока и брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело. У больной отмечались явления пароксизмальной мерцательной аритмии, сердечной недостаточности. На следующие сутки после операции на фоне проводи-

мого лечения наступило нарушение сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия не имели эффекта. Была констатирована биологическая смерть.

При патоморфологическом исследовании сердца определены его размеры: 12×10×7 см, масса органа – 750 г. Толщина стенки правого желудочка – 7 мм; толщина стенки левого желудочка – 20 мм. Эпикард гладкий, блестящий. В полости сердца содержались сгустки крови. Пристеночный эндокард гладкий, полупрозрачный. Створки трехстворчатого клапана и клапана легочного ствола также гладкие, тонкие и полупрозрачные. Для исследования состояния митрального клапана и сосочковых мышц пришлось отойти от традиционной техники вскрытия сердца [1]. После исследования левого предсердия сердце было повернуто верхушкой к патологоанатому и произведены серийные разрезы перпендикулярно к поверхности передней стенки левого желудочка с "шагом" 5 мм до уровня середины левого желудочка. После этого визуально исследовано состояние передней и задней сосочковых мышц. Для детального изучения сухожильных хорд произведен аккуратный разрез боковой стенки левого желудочка. Створки митрального клапана были гладкие, утолщены у основания до 4 мм, светло-желтого цвета, очень плотной консистенции. Первоначально сухожильные хорды обеих сосочковых мышц выглядели целыми. Однако при тщательном препарировании задней сосочковой мышцы обнаружен полный отрыв одной из двенадцати сухожильных хорд задней сосочковой хорды (рис. 1 а, б). При этом сама сухожильная хорда, оставаясь прикрепленной к задней створке митрального клапана, прилежала к ее нижней поверхности. На разрезе миокард зад-

ней сосочковой мышцы был неравномерного кровенаполнения, фибриллярного строения. В миокарде задней стенки левого желудочка обнаружены множественные белесоватые прослойки, а также участок миокарда размером 18×20×10 мм бледно-коричневого цвета в центре с темно-красной периферической зоной. Створки аортального клапана гладкие, с желтоватыми точечными бляшками, плотной консистенции толщиной до 1,5 мм, диаметром 3 мм. Периметр устья аорты составил 82 мм. В устьях коронарных артерий обнаружены желтоватые выступающие в просвет сосуда бляшки, суживающие просвет сосудов.

При патогистологическом исследовании в мио-

карде обнаружены следующие изменения: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия кардиомиоцитов, обширные участки фуксифилии саркоплазмы кардиомиоцитов, участки неравномерной ацидофилии в саркоплазме, контрактурные изменения миофибрилл, фрагментация мышечных волокон, явления пикноза, интерстициальный отек, полнокровие, периваскулярные диапедезные кровоизлияния, краевое стояние полиморфнонуклеарных лейкоцитов и их диапедез, т. е. морфологические признаки ишемической дистрофии миокарда с начальными признаками некротических изменений в кардиомиоцитах (до-субочный инфаркт миокарда, рис. 2).

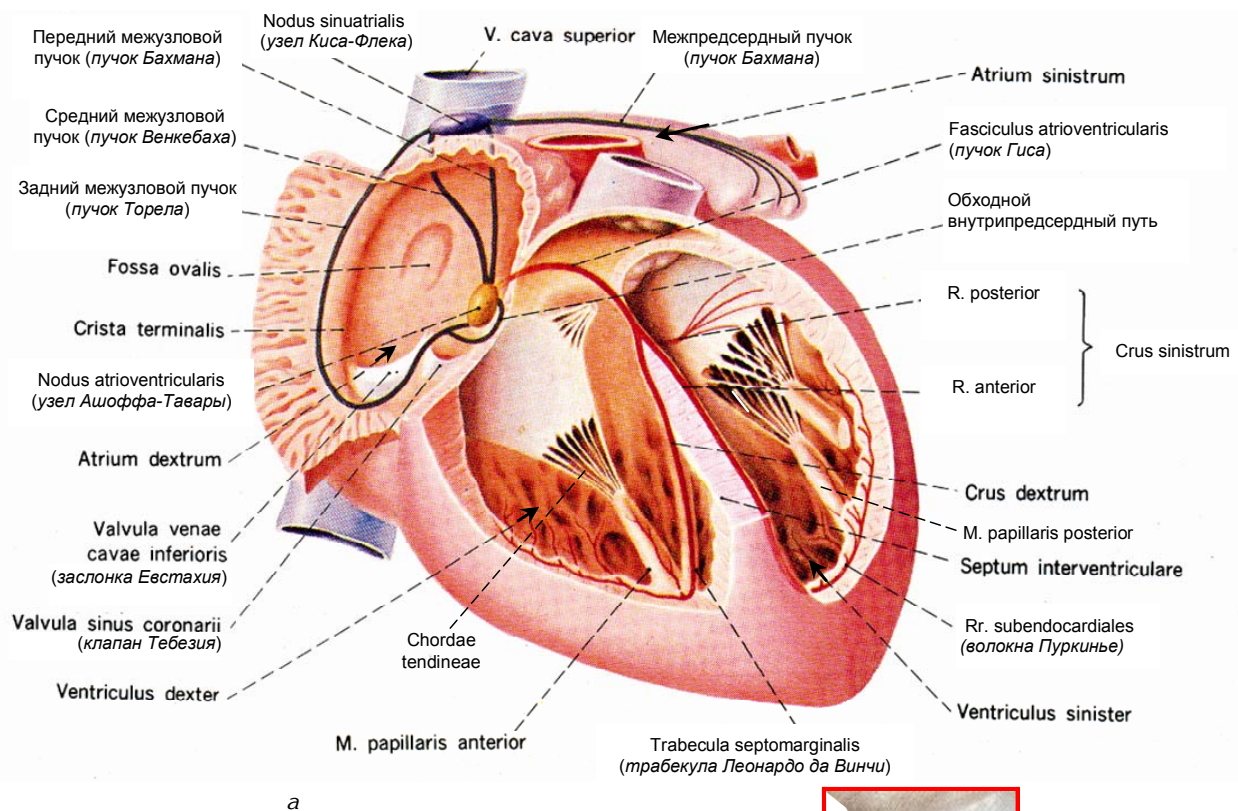
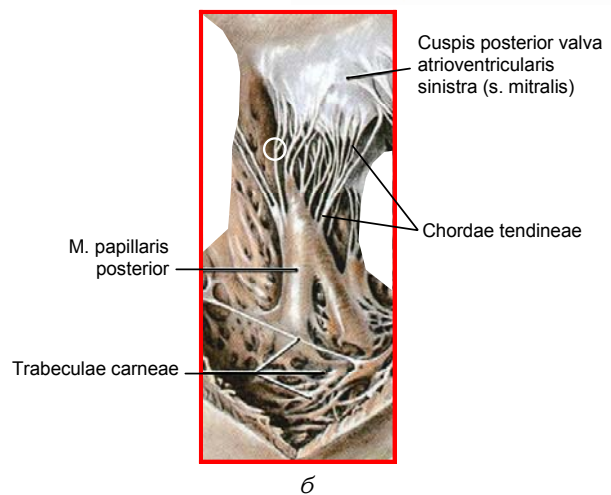


Рис. 1:
а – сердце вскрыто; б – О – разрыв сухожильной хорды задней сосочковой мышцы митрального клапана

На сердце указаны эпонимы (рис. 1а):
Aschoff L., 1866–1942 – немецкий патологоанатом
Bachman J. G., 1877–? – американский физиолог
Eustachio B., 1520–1574 – итальянский врач и анатом
Flack M. W., 1882–1891 – английский физиолог
His W., 1863–1934 – немецкий анатом
Keith F., 1866–1955 – английский анатом
Leonardo da Vinci, 1452–1519 – гениальный итальянский живописец, скульптор, архитектор, ученый, инженер
Purkyně J. Ev., 1787–1869 – видный чешский ученый, физиолог, микроскопист, общественный деятель
Tawara S., 1873–1952 – японский патологоанатом
Thebesius A. Ch., 1686–1732 – немецкий врач
Thorel Ch. – 1849–1922 – голландский патологоанатом
Wenkebach K. F., 1864–1940 – голландский врач



б

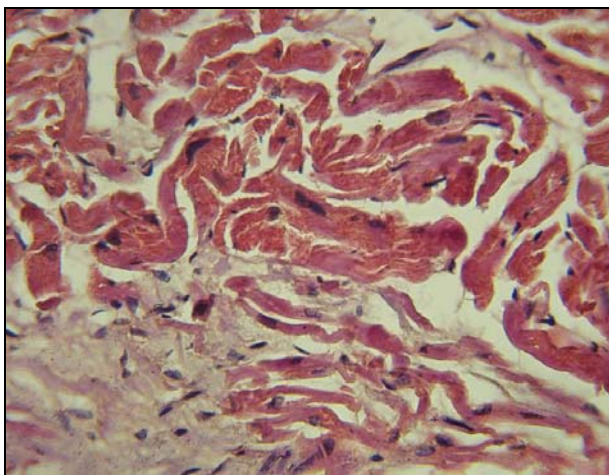


Рис. 2. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия кардиомиоцитов, участки неравномерной ацидофилии в саркоплазме кардиомиоцитов. Окр. гематоксилин-основной фуксин-пикриновая кислота. Ув. $\times 400$

Патологоанатомический диагноз.

Основное комбинированное заболевание. Желчнокаменная болезнь. Острый обтурационный калькулезный холецистит.

Операция: холецистэктомия, дренирование общего желчного протока и брюшной полости. Фоновое заболевание. ИБС. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Осложнения. Острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (давностью около 1 суток). Полный разрыв сухожильной хорды зад-

ней сосочковой мышцы митрального клапана. Отек легких.

Сопутствующее заболевание. Атеросклероз восходящей части аорты. Атеросклеротический аортальный порок. Отмечено совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Кроме того, на прилагаемом рис. 1а приводятся прочно вошедшие в практику эпонимы на сердце, которые зачастую остаются и в наше время единственными терминами для обозначения того или иного морфологического образования, функционального или патологического состояния. Вместе с тем неподготовленные в этом отношении на морфологических кафедрах студенты младших курсов не могут усвоить этот материал и при прохождении ими клинических дисциплин [2, 3, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Основы патологоанатомической практики. Руководство. 2-е изд. – М.: РМПО, 1998. – 505 с.
2. Валишин Э. С., Еремеева О. Н., Гатин Р. М. Эпонимы и термины греческого происхождения в анатомии человека. – Казань, 1995. – 108 с.
3. Дорошенко Д. И. Практическая электрокардиография / Под ред. Ю. М. Лопатина. – 2-е изд., испр. и доп. – Волгоград: Издатель, 2006. – 240 с.
4. Лойт А. А., Каюков А. В., Паншин А. А. Хирургическая анатомия груди, живота и таза. – СПб.: Питер, 2006. – 352 с.
5. Шумаков В. И. // Вестн. трансплантол. и искусств. органов. – 2006. – № 4. – С. 6–10.
6. Шумаков Д. В., Казаков Э. Н., Лукава М. Г. и др. // Там же. – С. 45–47.