

МЭК ниже 1,06. У всех обследованных эти ФКГ-данные сочетались с ЭКГ- и рентгенологическими симптомами митрального стеноза.

2. По рентгенологическим признакам усиления легочного рисунка, выбухания дуги легочной артерии, расширения ее нисходящей правой ветви, увеличения правых отделов сердца можно судить о степени легочной гипертензии у больных с митральным стенозом.

3. Число больных с рентгенологически выявленным увеличением правого желудочка и с наличием перегрузки его по ЭКГ-данным соответственно возрастает в группах обследованных с выраженными рентгенологическими признаками повышения давления в малом круге кровообращения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азатын В. Г. Материалы научн. сессии Ин-та кардиологии и сердечной хирургии АМН СССР, Ереван, 1964.— 2. Дашковский В. Э. Грудн. хир., 1962, 6.— 3. Иванецкая М. А., Петросян Ю. С. Кардиология, 1962, 2.— 4. Крымова К. Б. Грудн. хир., 1966, 5.— 5. Павлова М. М., Картавова В. А. Там же, 1959, 6.— 6. Рабкин И. X. Рентгенодиагностика легочной гипертензии. Медицина, М., 1967.— 7. Freidenberg N. J., Templeton A. W., Parker V. M. Acta radiol. Diagnosis, 4, 1, 1966, 33—39.— 8. Schorr S., Rosenberg A. o. Radiology, 67, 6, 1956, 815—821.— 9. Schwedel J. B., Escher D. W., Aaron R. S. Am. Heart J., 53 (2), 1957, 163—170.— 10. Steiner R. E., Goodwin S. F. J. Fac. Radiol., 5, 1957, 167—177.— 11. Wood P. Pulmonary hypertension, Brit. med., 8, 1952, 348—353.

УДК 616.12—007.2—616—053.2

## ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*И. К. Ходоровская*

*Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.—доктор мед. наук Т. П. Грязнова) и кафедра госпитальной хирургии (зав.—действ. член АМН СССР проф. Б. А. Королев) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

Мы провели сравнение клинического диагноза с диагнозом направившего учреждения у находившихся в хирургической клинике с 1956 по 1969 г. на обследовании или лечении детей и подростков (481 чел.), у которых при клиническом исследовании были установлены изменения сердечно-сосудистой системы ревматической этиологии с пороком или без порока сердца.

Лиц женского пола было 244, мужского — 237. В возрасте до 7 лет было 28 чел. ( $5,8 \pm 1,0\%$ ), от 7 до 12 лет — 110 ( $22,8 \pm 1,8\%$ ), от 13 до 15 лет — 118 ( $24,7 \pm 1,9\%$ ) и от 16 до 18 лет — 225 ( $46,7 \pm 2,3\%$ ).

До направления в клинику обследование проводилось в областных, городских, районных стационарах, многие больные были направлены врачами поликлиник, медпунктов и частично с консультативного осмотра, проведенного в клинике. Диагнозы направивших учреждений были разнообразны по формулировке, а также по значимости поражения сердечно-сосудистой системы и представляли 45 различных названий, которые мы объединили в 14 групп. Сравнение диагноза направившего учреждения с клиническим позволило выделить группы больных как с совпадением, так и с расхождением диагноза (табл. 1).

Расхождение диагноза отмечено главным образом за счет гипердиагностики врожденных пороков сердца у 105 чел. ( $43,0 \pm 1,0\%$  общего числа больных с расхождением диагноза), у которых при клиническом исследовании были установлены следующие диагнозы: ревматизм, активная фаза, эндомиокардит — у 4 чел.; ревматизм, неактивная фаза, без порока сердца — у 5; недостаточность митрального клапана — у 46; стеноз митрального отверстия — у 6; комбинированный митральный порок сердца — у 4; комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза — у 3; комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности — у 7; митрально-аортальный порок сердца — у 7; аортальный стеноз — у 15; недостаточность клапана аорты — у 1 и комбинированный аортальный порок — у 7.

Анализ нашего материала свидетельствует, что наибольшее число ошибок в диагностике врожденных пороков сердца произошло за счет нераспознанных изменений, развившихся на фоне бесприсутствия текущего ревмокардита. Самую многочисленную группу составили дети с недостаточностью митрального клапана ( $44,0 \pm 4,7\%$ ) и формирующимся аортальным стенозом ( $14,2 \pm 3,4\%$ ). Помимо этого, у  $5,7 \pm 2,2\%$  не был

Таблица 1

Диагноз при направлении в клинику	Всего больных	Диагноз совпал	Неполное совпадение диагноза	Расхождение диагноза
Ревматизм, неактивная фаза, без порока сердца . . . . .	3	—	1	2
Ревматизм, активная фаза, без порока сердца . . . . .	12	6	—	6
Стеноз митрального отверстия . . . . .	69	43	15	11
Недостаточность митрального клапана . . . . .	12	4	—	8
Комбинированный митральный порок сердца . . . . .	197	54	95	48
Митрально-аортальный порок . . . . .	16	4	3	9
Аортальный порок сердца . . . . .	10	9	—	1
Порок сердца . . . . .	28	—	—	28
Врожденный порок сердца . . . . .	105	—	—	105
Врожденный порок сердца (?) . . . . .	9	—	—	9
Порок сердца (?) . . . . .	2	—	1	1
Ревматизм (?) . . . . .	2	—	—	2
Без диагноза (для обследования) . . . . .	13	—	—	13
Прочие заболевания . . . . .	3	2	—	1
Всего больных . . . . .	481	122 (25,4 ± ±1,9%)	115 (23,9 ± ±1, %)	244 (50,7 ± ±2,2%)

установлен стеноз митрального отверстия, а у  $2,8 \pm 1,6\%$  — комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза.

А. П. Слепцов (1970) отмечает, что трудности в распознавании пороков сердца у детей могут быть связаны с неполным обследованием больного и реже зависят от сложности клинической картины заболевания. Наши данные также подтверждают, что при более детальном обследовании больных в условиях стационара число диагностических ошибок снижается. Это выявляется при сравнении числа больных, направленных из стационара и с амбулаторного приема в каждой из трех групп (табл. 2).

Таблица 2

Группы больных	Направлены из стационара		Направлены из поликлиники		Всего больных
	число больных	% ± <i>m</i>	число больных	% ± <i>m</i>	
С совпадением диагноза	82	67,3 ± 4,2	40	32,7 ± 4,2	122
С неполным совпадением . . . . .	75	65,3 ± 3,3	40	34,7 ± 3,3	115
С расхождением . . . . .	120	49,2 ± 3,1	124	50,8 ± 3,1	244
Всего больных . . . . .	277		204		481

Среди больных с расхождением диагноза  $50,8 \pm 3,1\%$  ранее не обследовались в стационаре и наблюдались только амбулаторно, в то время как в группе с совпадением диагноза число таких больных составило  $32,7 \pm 4,2\%$ , что статистически достоверно ( $t = 3,4$ ).

Неправильная диагностика изменений сердечно-сосудистой системы у детей и подростков влечет за собой ряд серьезных последствий. Во-первых, нераспознанный ревмокардит с той или иной степенью кардиальных изменений способствует развитию инвалидности уже с детских лет, так как необходимая терапия в таких случаях не проводится. Об этом свидетельствует значительное число больных со сформированными приобретенными пороками сердца (96 чел.,  $91,5 \pm 2,7\%$ ), которые были выявлены при обследовании 105 больных, направленных в клинику с диагнозом «врожденный порок сердца» (табл. 2). Во-вторых, ошибочно поставленный диагноз препятствует своевременному направлению больных в кардиологические отделения для решения вопроса об оперативном лечении, где это необходимо. Из 115 больных с неполным совпадением диагноза нуждались в радикальной терапии 88 ( $76,5 \pm 3,9\%$ ), а из 244 с полным расхождением диагноза — 42 ( $17,2 \pm 2,4\%$ ). У значительного числа больных

своевременно не диагностируется сужение левого венозного устья или его преобладание при комбинированном митральном пороке сердца, хотя известно, что это один из ведущих приобретенных пороков сердца, где показано хирургическое вмешательство.

222 обследованных больных были оперированы, из них у 206 выполнена митральная комиссуротомия.

Можно сказать, что диагностика пороков сердца в детском и юношеском возрасте представляет значительные трудности для ревматологов, педиатров и терапевтов. По данным Ф. Ф. Мухаметрахимова (1968), обследовавшего 108 больных с ревматическим пороком сердца, расхождение клинического диагноза с поликлиническим составило 54,3%.

Дальнейшее совершенствование методов диагностики изменений сердечно-сосудистой системы, главным образом в амбулаторных условиях, поможет своевременно выявить детей с ревмокардитом, качественно осуществить их диспансеризацию, а следовательно, предупредить развитие тяжелых пороков сердца.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мухаметрахимов Ф. Ф. Научн. тр. городской клинической больницы г. Уфы, 1968.— 2. Слепцов А. П. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1970, 9.

УДК 616.12—009.72—616—07

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ ПРОБЫ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

*С. Г. Гайдаи*

*Городская больница г. Йошкар-Ола (главврач — Б. А. Гудым)*

В современном представлении о патогенезе болевых проявлений ишемической болезни сердца сочетаются структурные изменения венечных артерий сердца и нарушения их регуляции. В решении вопроса об этих соотношениях немаловажную роль играют функциональные ЭКГ-пробы. При отсутствии изменений на ЭКГ вне приступа применяются лестничная проба Мастера, проба с вдыханием бедной кислородом смеси, реакция на вливание гипертонического раствора глюкозы. Однако все эти пробы далеко не всегда позволяют выявить коронарную недостаточность. В последнее время привлекают внимание телеэлектрокардиографические исследования с регистрацией изменений не только после, но и в процессе физической нагрузки. Но и в тех случаях, когда вне приступа ЭКГ-симптоматика отражает известную патологию, вопрос о доле «функциональных» факторов в нарушении «биоэлектрического равновесия» в сердце и структурных изменений решается нелегко.

Мы полагаем, что в этих случаях заслуживает внимания так называемая нитроглицериновая проба. Не касаясь сложных вопросов о механизме действия нитроглицерина, необходимо отметить, что он применяется для купирования приступа грудной жабы с 90-х годов прошлого столетия до нашего времени и является в этом смысле непревзойденным. Нитроглицериновая проба, с нашей точки зрения, недостаточно освещена в литературе, и мы считаем целесообразным подвести итоги применения ее нами у 90 чел. (38 мужчин и 52 женщины в возрасте от 40 до 71 года), страдающих стенокардией усилия с хроническим медленным течением болезни от 4 до 19 лет. У 23 из них (8 мужчин и 15 женщин) была артериальная гипертония. Для сравнения мы обследовали 50 чел. в возрасте от 40 до 63 лет (18 мужчин и 32 женщины), в том числе 10 больных гипертонической болезнью I и II стадии (1 мужчина и 9 женщин), никогда не предъявлявших жалоб на боли в области сердца.

Основным симптомом коронарной недостаточности у наших больных были приступы боли в области сердца после физической нагрузки (быстрая ходьба, подъем по лестнице, ношение тяжестей), во время нервно-мышечного напряжения, волнений, при охлаждении (ходьба в мороз или против ветра). В 45,5% всех случаев боли иррадиировали преимущественно в левую руку, в левую лопатку, в левое плечо или сочетанно. Из 49 чел., у которых боли не иррадиировали, у 14 приступы сопровождались удушьем, сердцебиением, похолоданием рук, слабостью. В большинстве случаев боли, преимущественно сжимающие, возникали внезапно, длились от 1 до 20 мин., часто прекращались в покое (как образно выразилась одна больная — «я замираю») и у части больных исчезали при переходе в горизонтальное положение. Нитроглицерин у всех больных снимал боли. Частота приступов и их длительность у большинства больных зависели в какой-то степени от мер предосторожности, которые принимали сами больные: они старались не ходить быстро, не поднимать тяжести, не волноваться, не ходить против ветра. При возникновении же болей либо старались остановиться, либо принимали нитроглицерин.