

тическая терапия) давала переменный успех. Больная выписана со значительным улучшением в картине кожного процесса.

Поступила 18 апреля 1958 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

Доц. М. И. Хургин и Л. А. Айзенберг (Новосибирск)
Атипичные формы инфаркта миокарда

В течение нескольких лет на базе областной больницы, областной поликлиники и 29-й больницы нами наблюдалось 110 больных с инфарктом миокарда.

До 35 лет было 8 больных; до 50 лет — 37 и старше — 73.

Людей умственного труда — 86 и физического — 17. 48 из них страдали гипертонической болезнью — у них инфаркт миокарда протекал тяжелее. Свежий инфаркт миокарда был у 73 больных, из них у 32 — передней стенки и у 41 — задней. Остальные 67 больных поступили с инфарктом миокарда в стадии рубцевания или рубца. Умерло 23 чел. (16,4%), из которых 19 страдали гипертонической болезнью.

У 35 больных до поступления инфаркт не был распознан, причем у 12 больных был свежий инфаркт. Больные направлялись с диагнозами: стенокардия, гипертоническая болезнь, кардиосклероз с явлениями сердечной недостаточности, кровоизлияние в мозг, рак желудка, язва желудка, холецистит, пищевое отравление.

Из 35 у 28 больных трудность в постановке диагноза вызвана атипичностью инфаркта миокарда.

Наибольшее количество атипичных инфарктов миокарда относится к безболевого формы, проявляющейся по типу либо острой сердечной недостаточности (сердечная астма) (8), либо острой сосудистой недостаточности (6), либо появлением мерцательной аритмии (5), пароксизмальной тахикардии (1).

Безболевая форма инфаркта преимущественно наблюдалась у пожилых, страдающих гипертонической болезнью. У этих больных инфаркт миокарда протекал тяжело, часто были осложнения в виде аневризмы сердца; высока была летальность.

У 6 больных наблюдалась абдоминальная форма. Врачам необходимо помнить об атипичных формах инфаркта миокарда с нехарактерной локализацией болей, тщательно учитывать клинические данные и особенно динамические ЭКГ-исследования, что позволит избежать ошибки диагностики, предотвратить иногда ненужное оперативное вмешательство, безусловно ухудшающее состояние больного, иногда приводящее к смерти.

Двое больных с церебральной формой атипичного инфаркта миокарда поступили вначале в нервное отделение.

У 7 больных, поступивших с диагнозом стенокардия, ошибка была допущена из-за недостаточной оценки анамнестических данных. Не придавалось должного значения изучению характера и частоты приступов стенокардии.

Продромальные симптомы инфаркта миокарда — появление приступов стенокардии, быстро нарастающих по частоте и интенсивности, а также присоединение стенокардии покоя к наблюдавшейся до этого стенокардии напряжения (Е. В. Незлин).

У части наших больных (27) были ошибки другого рода, когда ставился диагноз инфаркта миокарда там, где его не было, что было установлено после детального клинического обследования и динамического ЭКГ-исследования, и у больных оказались: вегетоневроз, климакс, сухой левосторонний плеврит, тиреотоксикоз, митральный порок сердца с преобладанием стеноза и другие.

**А. М. Королев (Киров-обл.). Односторонний застой в легких
как дополнительный симптом инфаркта миокарда**

На 32 случая инфаркта миокарда было 8 с явлениями одностороннего застоя в легких, преимущественно справа, с застойными влажными хрипами часто на фоне ослабленного дыхания и притупления перкуторного звука.

У больных с сердечной недостаточностью, если она проявляется преимущественно по левожелудочковому типу, можно наблюдать застой справа и в нижней доле легких.

Явления одностороннего застоя могут быть и у больных с далеко зашедшей гипертонической болезнью, где также наступает левожелудочковая недостаточность.

Появление одностороннего застоя у пожилых больных гипертонической болезнью и коронаросклерозом, у которых заболевание начинается внезапно при относительном

здоровье, почти всегда свидетельствует о левожелудочковой недостаточности. Причиной в таких случаях может быть инфаркт миокарда, протекающий атипично. Это заслуживает особого внимания как симптом атипичных инфарктов миокарда, протекающих без боли, с желудочным или астматическим синдромом. Данный симптом имеет, конечно, свои пределы достоверности. Ценность его уменьшается при легочных страданиях, пневмосклерозе и различных их проявлениях. Но если врач наблюдал данного больного раньше и не выявлял легочных заболеваний, то появление этого симптома приобретает особое значение для диагностики инфаркта миокарда.

Асс. В. И. Черняева (Томск). Об особенностях симптоматики и распознавания сифилиса сердечно-сосудистой системы (клинико-анатомические параллели)

Значительные успехи в борьбе с сифилисом в нашей стране привели к некоторому ослаблению настороженности в отношении висцерального сифилиса.

Из 6-ных терапевтических и хирургических клиник Томского мединститута (с 1947 г. по 1958 г.) и протоколов вскрытия больных висцеральным сифилисом (с 1938 по 1957 гг.) 74 прошли через терапевтические клиники (86%) и 12 — через хирургические.

Главствующим видом поражения являлся мезаортит (67%).

Встречались поражения гортани, трахеи легких и желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, тонкий кишечник) (в единичных случаях). Заметно чаще встречался гумозный гепатит (5 случаев). Важно отметить и одновременные сифилитические поражения паренхиматозных внутренних органов (желудка, печени, почек одновременно — 6 случаев).

Из 42 умерших от висцерального сифилиса, установленного на секции, клинический диагноз совпал только в 29 случаях (расхождение — в 30,9%).

Двое больных поступили в хирургические клиники по неотложной помощи с синдромами острой кишечной непроходимости, и двое с желудочно-кишечным кровотечением. Они были срочно прооперированы. Кишечная непроходимость у обоих была обусловлена рубцовыми изменениями в тонком кишечнике на почве гумозного поражения.

У оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения последнее было обусловлено у одного больного некрозом отдельных петель тонкой кишки на почве специфического энтерита; у второго больного кровотечение явилось следствием варикозного расширения вен желудка в связи с сифилитическим циррозом печени.

Клиницисты, как правило, верно устанавливают органную патологию, но не всегда вскрывают этиологический диагноз, что и порождает расхождение диагностики (например, устанавливая диагностику язвенной болезни, упускают из виду возможность гумозного поражения желудка).

При сифилитоматологии митрально-аортального порока не всегда до конца доводят дифференциально-диагностические мероприятия в отношении возможного люэтического поражения аорты. Точно так же при нефрозе не всегда доискиваются до его первопричины.

Все же чаще всего ошибочная диагностика бывает у больных с сосудистой патологией. В связи с этим важно отметить и случаи ошибочной диагностики при инфаркте миокарда, когда установление сифилитического мезаортита, зачастую без аневризматического еще расширения аорты, представляется, безусловно, весьма затруднительным. Особенно это относится к случаям отрицательной RW, что при висцеральном сифилисе отмечается нередко.

При сифилитическом коронарите обращает на себя внимание, что молодые больные некоторое облегчение нестерпимых болей находят только в коленно-локтевом положении. Такое положение они инстинктивно и принимают после бесплодного «метания». Это настолько характерно, что мы считали в таких случаях возможным останавливаться на предположительной диагностике мезаортита с переходом склеротического процесса на устья коронарных сосудов. Секционные данные подтверждали наши предположения.

Канд. мед. наук Г. Н. Воронковская (Саратов). Сопоставление патоанатомических изменений при затяжном септическом эндокардите и ревматизме

В определении взаимоотношения затяжного септического эндокардита (ЗСЭ) и ревматизма сложились 2 точки зрения: одни утверждают, что ЗСЭ не является самостоятельной нозологической единицей, другие же — что ЗСЭ не связан с ревматизмом и чаще возникает на неизменённых клапанах.

Эндокардиты, при которых имеются одновременно признаки ревматизма и сепсиса, С. А. Гиляревский назвал «промежуточными», или «ревмосептическими»; по его мнению, не ревматизм переходит в сепсис, а сепсис наслаивается на ревматизм, то есть сепсис является «второй болезнью». Но есть авторы, которые полагают, что признание «ревмосептических» форм эндокардитов является нецелесообразным.