

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 симптоматологии 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.