

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.

Главенствующим 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 энтертерита; 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.

На основании 130 вскрытий и сопоставления их с историями болезни нами выделены следующие три группы поражений: I — затяжной септический эндокардит (40); II — ревматизм с признаками рецидивов (70); III — ревматизм без признаков рецидивов (20). Возраст больных — от 7 до 68 лет.

При сравнении патогистологических изменений, найденных в головном мозгу, сердце, легких, почках, печени, селезенке при ЗСЭ и ревматизме, не удалось выявить принципиальные различия между обоими формами эндокардитов. Имеющиеся особенности в каждом случае зависят от сочетания дистрофических, пролиферативных, рубцовых изменений, а также от степени развития этих процессов.

Найденные морфологические изменения при ЗСЭ и ревматизме не дают оснований выделять затяжной септический эндокардит как самостоятельную нозологическую форму.

А. М. Хелимский (Чебоксары). О клинике и патологической анатомии ревматических пневмоний

«Ревматическая пневмония» — термин, введенный в отечественную науку в 30-х годах прошлого столетия профессором Московского университета Г. И. Сокольским.

В 1884 г. С. П. Боткин писал, что при ревматизме «может открыться пневмония совершенно особого характера и дающая особое предсказание».

Наблюдавшиеся 35 больных, погибших от сердечной формы ревматизма (1957—59 гг.), были в возрасте от 11 до 64 лет. Ревматическая пневмония обнаружена была из них у 24 человек (долевая или сливная — у 10, очаговая — у 14).

При долевыми пневмониях чаще была правосторонняя локализация, особенно — пневмония средней доли, а при очаговых пневмониях — двухстороннее нижнедолевое поражение. Лишь в двух случаях к пневмонии присоединился плеврит.

Для клиники ревматических пневмоний наиболее характерны: кровохарканье (или прожилки крови в мокроте), кашель, притупление или укорочение перкуторного звука, крепитация, значительное ускорение РОЭ (более 30—40 мм/час), кратковременные подъемы температуры. Очаговая ревматическая пневмония отличалась от долевой (сливной) меньшей выраженностью клинической симптоматики, вплоть до бессимптомного течения.

Ревматическая пневмония чаще наблюдалась при комбинированных пороках сердца. При долевой пневмонии более частой оказалась комбинация стеноза митрального отверстия со стенозом устья аорты, при очаговой пневмонии — сочетание стеноза митрального отверстия с клинически выраженной недостаточностью аортального клапана.

Не отмечалось обязательной взаимосвязи ревматической пневмонии с обострением ревматического процесса в сердце.

Ревматическая пневмония является клинико-анатомическим понятием, особенностями которого связаны с нарушениями гемодинамики и изменениями проницаемости сосудов при сердечной форме ревматизма. Ревматическая пневмония может приобретать ведущее значение в танатогенезе, усугубляя циркуляторную недостаточность — респираторной.

Е. В. Архангельская (Благовещенск-на-Амуре). Выбор дозы брома при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Для выбора наиболее эффективной индивидуальной дозы определялись содержание брома в крови и в моче 37 больных и изменения моторной хронаксии сгибателей и разгибателей после внутривенного введения 20 и 10 мл 10% раствора бромистого натрия.

Для больных, у которых уровень брома в крови более высокий, а нагрузка 10 мл 10% раствора бромистого натрия вызывает удлинение моторной хронаксии, благоприятной является доза 10 мл 10% раствора; у больных же, уровень брома в крови которых низкий, а введение как 5 мл, так и 10 мл 10% раствора бромистого натрия вызывает укорочение хронаксии сгибателей и разгибателей, благоприятная доза брома — лишь 3 мл 10% раствора. Если же уровень брома в крови только несколько понижен, а удлинение хронаксии вызывает доза 5 мл 10% раствора бромистого натрия, необходимой дозой является средняя — 5 мл 10% раствора.

Лечение больных такими индивидуально устанавливаемыми дозами брома является эффективным методом.

Н. И. Пушкарёв (Бижбуляк, Башкирской АССР). Сочетанные правосторонняя ущемленная паховая грыжа и заворот сигмовидной кишки

Б-ной К., 70 лет, доставлен в отделение 5/V-56 г. с диагнозом: правосторонняя ущемленная паховая грыжа.

Жалуется на неврапимость до этого вправлявшейся грыжи в правой паховой