

Из 6 родов, наблюдаемых у наших 5 больных, 5 были преждевременными. Продолжительность родов в среднем составляла 6—8 часов. Общая кровопотеря — 150—200 мл.

В период подготовки к родам больные получали противоревматическое лечение, ингаляционно кислорода, витамины, сердечные средства. В родах к этой терапии присоединяли обезболивание (вдыхание закиси азота с кислородом и пудендальную анестезию). После опорожнения матки применяли бинтование нижних конечностей; на эпигастральную область клали тяжесть с целью повышения внутрибрюшного давления. Противоревматическое лечение продолжалось и в послеродовом периоде.

Приводим краткую выписку из истории родов 2 больных.

1. К., 24 лет, поступила в клинику в апреле 1967 г. с диагнозом: беременность 36—37 недель. Митральная болезнь после комиссуротомии (22/II 1966 г.).

Беременность 1-я, наступила через 5 месяцев после операции. Признаков нарушения кровообращения во время беременности не было. При поступлении в родильное отделение общее состояние вполне удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Одышки нет. Пульс — 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80. Дыхание везикулярное, сердце приподнято, расширено в поперечнике. Тоны отчетливые, непостоянный систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии.

Во время беременности К. получала противоревматическое лечение. На 38-й неделе произошли самопроизвольные роды. Вес ребенка — 2,5 кг. Роды продолжались 8 часов. Кровопотеря 100 мл. Послеродовой период протекал без осложнений.

Родильница выписана с ребенком на 12-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

Через год после родов состояние К. вполне удовлетворительное. Признаков нарушения кровообращения нет.

2. Х., 23 лет, поступила в клинику в декабре 1964 г. с диагнозом: угрожающие преждевременные роды при беременности 36—37 недель.

Митральная болезнь после комиссуротомии (26/III 1962 г.).

Беременность 4-я, наступила через 2 года после операции комиссуротомии и протекала без осложнений.

При поступлении состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Пульс — 78, аритмичный. АД 125/90. Дыхание везикулярное. Границы сердца несколько смещены влево. На верхушке выслушивается грубый систолический шум, сливающийся с I тоном, небольшой акцент II тона на легочной артерии.

2/XII 1964 г. произошли самопроизвольные преждевременные роды. Вес ребенка 2,15 кг. Продолжительность родов — 5 часов. Общая кровопотеря — 100 мл. В послеродовом периоде проводилась противоревматическая терапия в сочетании с сердечно-сосудистыми средствами. На 13-й день после родов Х. выписана с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Через 2,5 года, в апреле 1967 г., она вновь поступила в клинику для наблюдения при сроке беременности 36 недель. Недостаточности кровообращения не выявлено. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 70, аритмичный. АД 110/70. Застойных явлений в легких нет.

В течение 4 недель до родов Х. получала противоревматическое лечение. 26/V 1967 г. произошли самопроизвольные роды. Вес ребенка 3,35 кг. Продолжительность родов 16 часов. Кровопотеря 300 мл.

Послеродовой период протекал без осложнений. Родильница выписана с ребенком на 16-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

Через год после родов состояние женщины удовлетворительное. Признаков недостаточности кровообращения нет, сохраняется мерцательная аритмия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белицкая С. Г.; Ванина Л. В.; Генин Н. М., Бейлин А. Л., Зеликович Р. А. В кн.: Беременность и роды при пороках сердца. Медицина, М., 1967.—2. Жмакин К. Н., Ванина Л. В. Тр. II съезда акушеров-гинекологов РСФСР, 1967.

УДК 616—036.88—616.13—004.6—616.333—007.271

СМЕРТНОСТЬ ОТ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

Э. Р. Гуглин

Кафедра факультетской терапии (зав.—доц. Э. Р. Гуглин) Волгоградского медицинского института

Постепенное увеличение смертности от атеросклероза, в частности от атеросклеротического кардиосклероза, связывается с ростом средней продолжительности жизни населения, с улучшением качества диагностики, с изменением общепринятых формули-

ровок патологических процессов (старческая дряхлость, хронические миокардиты, миокардиодистрофия, атеросклероз).

В Волгоградской области показатели смертности от атеросклеротического кардиосклероза составляют около 150 на 100 тыс. населения в сельской местности и около 100 — в городах.

Для оценки правильности статистических данных о смертности мы изучили 429 историй болезни умерших в городских и сельских больницах Волгоградской области (без областного центра) с основным диагнозом «атеросклеротический кардиосклероз». Мы исходили из того, что уровень диагностики в стационарах несколько выше, чем в поликлиниках, а истории болезни, по сравнению с амбулаторными картами, дают значительно больше возможностей для оценки правильности (точнее — обоснованности) этого диагноза.

Мы не останавливаемся на тех историях болезни, где основным заболеванием по данным анализа следовало считать не атеросклеротический кардиосклероз, а гипертоническую болезнь, или где записи достаточно убедительно свидетельствовали об острых нарушениях мозгового или коронарного кровообращения, которые и являлись основным заболеванием, приведшим к смерти больного.

При комбинации атеросклеротического кардиосклероза и пневмонии не всегда легко решить вопрос в отношении примата одного из этих заболеваний. На нашем материале в ряде случаев пневмонии развивались на фоне атеросклеротического кардиосклероза с выраженными проявлениями недостаточности кровообращения, носили характер гипостатических или инфарктных и являлись как бы заключительными этапами длительных циркуляторных расстройств. Число таких историй болезни, где пневмонии расценены нами как осложнения основного заболевания (атеросклеротического кардиосклероза), составило 62, т. е. 21,3% от общего количества больных, умерших от кардиосклероза (без комбинации его с хроническими заболеваниями бронхов или легких). В 15 случаях пневмонии носили характер основного заболевания, хотя и протекавшего на фоне атеросклеротического кардиосклероза.

В части этих случаев диагноз атеросклеротического кардиосклероза призван служить моральным оправданием неэффективности лечения пневмонии. Мы считаем необходимым подчеркнуть, что в этих случаях речь идет не об обычных расхождениях диагнозов, связанных с ошибками в диагностике. В значительной степени эти расхождения являются результатом сознательных попыток найти или предвставить причину летальных исходов острых пневмоний. Такая тактика, конечно, способствует снижению показателей больничной и общей летальности от пневмонии, но отнюдь не помогает качественному анализу своеобразия течения пневмоний у лиц пожилого возраста, выявлению дефектов ведения этих больных и улучшению их лечения.

Иногда диагноз «общий атеросклероз, атеросклеротический кардиосклероз» или «атеросклеротический кардиосклероз» выдвигается на первое место и при обнаружении злокачественных новообразований внутренних органов. В ряде случаев даже в патологоанатомических диагнозах основным заболеванием оказывается атеросклероз, а сопутствующим — рак.

Значение таких перестановок диагнозов заключается в том, что в официальных свидетельствах о смерти и, следовательно, во всех последующих статистических разработках часто указывается только основной диагноз, и причиной летальных исходов в таких случаях считается атеросклеротический кардиосклероз. Этот диагноз нередко фигурирует на первом месте в тех историях болезни, где, судя по описанию, явно преобладали симптомы хронического легочного заболевания.

Такого рода ошибки на нашем материале встретились 10 раз. При этом следует оговориться, что в это число мы включили только те истории болезни, на основании которых можно было с несомненностью установить ведущее значение именно бронхолегочной патологии. Значительно чаще встречались такие комбинации атеросклеротических поражений сердца с кардиопульмональной недостаточностью, что решить вопрос о ведущем звене по имеющимся записям было невозможно.

Другие случаи ошибочной трактовки атеросклеротического кардиосклероза как основного заболевания трудно поддаются группировке, так как они связаны с очень большим числом различных заболеваний. В нескольких случаях этот диагноз оказался ведущим при острой дизентерии и острых энтероколитах, при уросепсисе (гипертрофия простаты, задержка мочи, уремия), стенозе привратника, слипчивом перикардите, диабетической коме, травмах.

Обобщенные результаты изучения историй болезни представлены в табл. 1.

Наиболее настораживающим, с нашей точки зрения, является тот факт, что процент гипердиагностики атеросклеротического кардиосклероза, снизившийся с 49,3% в I периоде до 24,0% во II периоде, в III периоде снова оказался значительно более высоким (33,9%). Это свидетельствует об усилении тенденции к неоправданному приращению данного диагноза. Особенно «модным» он становится для больных старших возрастных групп, где на фоне всех прочих диагнозов выглядит наиболее «естественной» причиной смерти. Поэтому его охотно выдвигают на первое место в тех случаях, когда диагноз неясен. Такая дежурная функция этого диагноза имеет место в практике работы не только терапевтов, но и патологоанатомов. В некоторых случаях трудно отказать от впечатления, что атеросклеротический кардиосклероз сознательно выставлен вперед в качестве ширмы, призванной замаскировать другое заболевание.

**Избыточная диагностика атеросклеротического кардиосклероза
по историям болезней умерших**

Годы	Общее число историй болезни	Число историй болезни, где диагноз был изменен	Процент ошибочных диагнозов
I период (1955—1957 гг.)	67	33	49,3
II период (1958—1960 гг.)	179	43	24,0
III период (1961—1963 гг.)	183	62	33,9
Всего . . .	429	138	32,2

К числу таких случаев, по нашему мнению, следует отнести ряд летальных исходов от пневмонии, дизентерии, травмы. Может быть, это имеет отношение и к злокачественным новообразованиям.

Отмечено частое сочетание атеросклеротического кардиосклероза с различными хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания (бронхитам, бронхоэктатической болезнью, эмфиземой легких). Выше мы упоминали о том, что из 129 историй в 10 мы нашли возможным изменить основной диагноз атеросклеротического кардиосклероза на диагноз хронического легочного заболевания с проявлениями не сердечной, а легочно-сердечной недостаточности.

Гораздо чаще встречаются случаи сочетания и сердечной, и легочной патологии. Вопрос о преобладании одного из этих заболеваний бывает трудно решить не только по историям болезни, но и при клиническом изучении больного. Поэтому мы в таких случаях не изменяли диагнозов, поставленных лечащими врачами.

После исключения 138 случаев избыточного диагностирования атеросклеротического кардиосклероза как основного заболевания мы выделили из оставшихся группу умерших от явно превалировавших явлений кардиосклероза и группу умерших со смешанной картиной сердечной недостаточности и легочного сердца. Последнюю группу наиболее правильно рассматривать как больных с конкурирующим вторым заболеванием в том смысле, который вкладывает в это понятие С. С. Вайль. Результаты такого анализа приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Частота конкурирующего основного легочного
заболевания у умерших от атеросклеротического
кардиосклероза**

Периоды	Общее число умерших от кардиосклероза	Из них с конкурирующим основным легочным заболеванием	Процент
I	34	11	32,4
II	136	41	30,2
III	121	50	41,3

В группу с конкурирующим основным легочным заболеванием вошли 102 случая, что составило 35,3% всех случаев смерти от атеросклеротического кардиосклероза. Обращает на себя внимание заметное увеличение удельного веса этой группы в последние годы. Интересно, что соотношение мужчин и женщин в этой группе оказалось равным 1:1 (51 мужчина и 51 женщина), причем это равенство сохранялось в каждом из трех периодов в отдельности.

Значение этого второго, конкурирующего, заболевания достаточно заметно. В частности, средний возраст умерших от атеросклеротического кардиосклероза без конкурирующего заболевания составил $73,54 \pm 9,35$ лет, а в комбинации с легочным сердцем — $68,64 \pm 9,65$ лет (разница статистически достоверна). Изучение качества лечения этих больных вскрывает ряд недостатков, которые вполне могли быть устранены, что, конечно, способствовало бы удлинению жизни больных. Основным дефектом, с нашей точки зрения, является недостаточное внимание к хроническому воспалительному процессу в бронхах, что встречается весьма часто. Недооценка этого воспалительного процесса ведет к тому, что одышка, кашель, мокрота обычно расцениваются как проявления только застоя в малом кругу кровообращения, а противовоспалительная терапия (в частности антибиотики) назначается редко.

Таким образом, на материалах Волгоградской области мы смогли отметить ряд существенных дефектов в диагностике атеросклеротического кардиосклероза, которые искажают показатели смертности и иногда ведут к уменьшению активности и целенаправленности в лечении. На эти факты необходимо обратить самое серьезное внимание.

УДК 616.322—002—616.12—007.2

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

С. Н. Серебрякова

Кафедра болезней уха, горла и носа (зав.—доц. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Практическое значение проблемы хронического тонзиллита у больных с врожденными пороками сердца определяется тем, что рациональное лечение тонзиллита у таких больных является профилактикой септико-ревматических осложнений, которые могут возникнуть как до, так и после операции на сердце. В то же время изучению хронического тонзиллита у больных с врожденными пороками сердца посвящены лишь единичные работы. Н. А. Вишневская (1966, 1967), ссылаясь на наши публикации (1964, 1965), подчеркивает практическое значение этой проблемы, однако ее исследования посвящены преимущественно особенностям тонзиллэктомии у таких больных.

Настоящее сообщение основано на данных специального обследования 518 больных с различными врожденными пороками сердца, проведенного в 1962—1967 гг. на базе клиник грудной хирургии (зав.—проф. С. Л. Либов) и оториноларингологии (зав.—доц. Н. Т. Евстафьев) БелГИДУВа. Всестороннее ЛОР-обследование сочеталось с комплексным клиническим и специальным изучением, обращалось внимание на выявление сопряженных с тонзиллитом заболеваний, их активность и т. д.

Хронический тонзиллит был обнаружен у 204 из 518 больных (39,4%). Эта частота значительно выше, чем заболеваемость хроническим тонзиллитом, выявляемая при поголовном обследовании населения (от 3 до 10% в различных возрастных группах). Наибольшая заболеваемость констатирована у детей 6—10 лет (41,7%), т. е. в возрасте, соответствующем второй фазе течения врожденного порока сердца по К. Ф. Ширяевой.

Наиболее часто хронический тонзиллит отмечается у больных с дефектами межжелудочковой перегородки (44,6%), коарктацией и стенозом аорты, открытым артериальным протоком, т. е. при пороках, склонных к осложнению септическим эндокардитом. Высока частота хронического тонзиллита у больных с дефектом межпредсердной перегородки (40%) — пороком, наиболее часто осложняющимся ревматизмом. Таким образом, удается выявить определенную зависимость между частотой хронического тонзиллита и септико-ревматическими осложнениями врожденных пороков сердца. Эта зависимость была подтверждена нами при изучении группы больных с хроническим тонзиллитом и сопряженными заболеваниями, протекавшими на фоне врожденных пороков сердца.

Больные с врожденными пороками сердца переносят хронический тонзиллит значительно тяжелее, чем лица с нормальной сердечно-сосудистой системой. Повышение температуры, явления интоксикации во время ангина ведут к усилению одышки, возникновению загрудных болей и приступов удушья или их учащению у больных с врожденными пороками «синего типа». Иногда после ангины развивается недостаточность кровообращения или усугубляется имевшаяся ранее. У большинства больных (61,3%) резко ухудшалась состояние во время и после ангины.

Хронический тонзиллит оказывает неблагоприятное воздействие на клинику врожденного порока сердца. Часто наступая во второй фазе порока, он ускоряет развитие третьей фазы — декомпенсации. Следует отметить относительно неблагоприятное течение тонзиллита у таких больных — из 204 больных 83 (40,7%) болели ангиной 3—5 раз в год, причем тяжело. У 111 больных (54,4%) ангины повторялись 1—2 раза в год, и лишь у 10 (4,9%) была выявлена безангинная форма хронического тонзиллита.

В соответствии с классификацией Б. С. Преображенского (1964) 204 больных с врожденными пороками сердца и хроническим тонзиллитом были разделены на 4 группы: с простой формой хронического тонзиллита — 81 (39,7%), с токсико-аллергической формой I ст. — 39 (19,1%), II ст. — 42 (20,6), с сопряженными заболеваниями — 42 (20,6%).

Простая форма хронического тонзиллита. Больные этой группы страдали ангинами 1—2 раза в год и реже, объективные признаки хронического тонзиллита были выражены, за исключением регионарного лимфаденита. Патологических изменений со стороны крови не отмечено.

Большинство больных этой группы лечилось консервативно (промывание лакунов раствором фурациллина, смазывание миндалин 5% спиртовым раствором метиленовой