

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 ангины ведут к усилению одышки, возникновению загридных 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 ухудшалось 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 ангиной 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 лакун раствором фурациллина, смазывание миндалин 5% спиртовым раствором метиленовой

спин, облучение миндалин тубусным кварцем, чередующееся с применением токов УВЧ на регионарные лимфоузлы), причем у 34 достигнуто клиническое выздоровление, у 35 — значительное улучшение.

Хирургическое лечение тонзиллита мы сочли показанным у 12 больных этой группы: у 4 ввиду неэффективности консервативного лечения и у 8 при гипертрофическом тонзиллите.

Приведенные данные свидетельствуют о необоснованности категорического отказа от консервативных методов лечения простой формы хронического тонзиллита у больных с врожденными пороками сердца. Однако такие больные требуют более тщательного контроля эффективности лечения и своевременного назначения тонзиллэктомии при отсутствии эффекта от 1—2 курсов консервативной терапии, проведенных в течение 8—12 месяцев.

*Токсико-аллергическая форма I ст.* характеризуется частыми рецидивами ангин, выраженными признаками хронического тонзиллита, регионарным лимфаденитом. В меж-ангинном периоде у больных отмечалась субфебрильная температура, утомляемость, боли в области сердца. Со стороны крови характерно ускорение РОЭ (средний показатель РОЭ—9,5 мм/час., дифениламиновой реакции—0,193, коагуляционной ленты Вельтмана—8,8).

Эта группа включает 39 больных. Несмотря на своевременное выявление тонзиллита, 36 из них длительно лечились консервативно в различных лечебных учреждениях, причем относительный эффект был достигнут лишь у 11. Длительное консервативное лечение у таких больных особенно опасно возможностью присоединения сопряженных с тонзиллитом заболеваний, резко отягощающих течение и прогноз врожденного порока сердца. В связи с этим при токсико-аллергической форме хронического тонзиллита у больных с врожденными пороками сердца консервативная терапия может быть рекомендована лишь у детей младшей возрастной группы и при наличии абсолютных противопоказаний к тонзиллэктомии.

Хирургическое лечение проведено 22 больным этой группы (19 тонзиллэктомий, в том числе 4 в сочетании с аденотомией, 3 тонзиллотомии).

*Токсико-аллергическая форма II ст.* обнаружена у 42 больных с врожденными пороками сердца. Помимо перечисленных выше признаков, у этих больных отмечалась выраженная тонзиллогенная интоксикация, функциональные нарушения деятельности сердца. Более существенны изменения со стороны крови (среднее значение РОЭ—13,2 мм/час., ДФА—0,195, лента Вельтмана—8,3).

Несмотря на то, что эта форма хронического тонзиллита является общепризнанным показанием к тонзиллэктомии, 32 больных этой группы длительно лечились консервативно без какого-либо эффекта. Хирургическое лечение было проведено нами 38 больным (37 тонзиллэктомий, из них 3 с аденотомией, 1 аденотомия ребенку 3 лет).

Применительно к больным этой группы мы считаем допустимым консервативное лечение только при наличии противопоказаний к тонзиллэктомии.

*Хронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями* выявлен у 42 больных. В эту группу вошли больные, у которых течение врожденного порока сердца осложнилось септическим или ревматическим эндокардитом или нефритом. Сопоставление частоты ревматизма, септического эндокардита и нефрита у больных с врожденными пороками сердца при наличии хронического тонзиллита и без него свидетельствует о значительной роли последнего в этиологии и патогенезе перечисленных осложнений врожденных пороков сердца. Из 518 больных с врожденными пороками сердца ревматизм, септический эндокардит и нефрит были у 45 (8,7%), причем в группе больных с хроническим тонзиллитом среди 204 обследованных — у 42 (20,6%), в то время как из 314 лиц, не страдавших тонзиллитом, осложнения выявлены лишь у 3 (0,9%). Статистическая обработка этих данных подтверждает наличие положительной корреляции между частотой хронического тонзиллита и указанными осложнениями врожденных пороков сердца.

Т а б л и ц а 1

**Хронический тонзиллит и сопряженные заболевания у больных с врожденными пороками сердца**

Сопряженное заболевание	Частота сопряженного заболевания среди		
	314 больных без хронического тонзиллита	204 больных с хроническим тонзиллитом	всех 518 больных с врожденными пороками сердца
Ревматизм . . . . .	—	30 (14,7%)	30 (5,8%)
Септический эндокардит	3 (0,9%)	9 (4,4%)	12 (2,3%)
Нефрит . . . . .	—	3 (1,5%)	3 (0,6%)
Всего . . .	3 (0,9%)	42 (20,6%)	45 (8,7%)

По нашим данным, ревматизм наиболее часто осложняет врожденные пороки сердца (5,8%), чаще всего встречаясь у больных с дефектом межжелудочковой и межпредсердной перегородок (7,1%). Все 30 больных, у которых врожденный порок осложнился ревматизмом, страдали хроническим тонзиллитом.

Септический эндокардит занимает второе место по частоте (2,3%). Из 12 больных септическим эндокардитом у 9 возникновение его было связано с наличием хронического тонзиллита. Чаще всего септический эндокардит был отмечен у больных с открытым артериальным протоком. Все 3 больных, у которых был выявлен очаговый нефрит, страдали хроническим тонзиллитом.

Из числа больных с хроническим тонзиллитом и сопряженными заболеваниями тонзиллэктомия произведена у 32; у 10 она была противопоказана.

Анализ течения хронического тонзиллита у 204 больных с врожденными пороками сердца позволил наметить следующие показания и противопоказания к консервативному и хирургическому лечению.

1. При простой форме хронического тонзиллита допустимо консервативное лечение с тщательным контролем его эффективности и длительности. При отсутствии положительных результатов показана тонзиллэктомия. У детей с гипертрофическим тонзиллитом возможна тонзиллотомия.

2. При токсико-аллергических формах I—II ст., а также при наличии сопряженных заболеваний мы считаем абсолютно показанной тонзиллэктомию. Консервативное лечение допустимо лишь при наличии противопоказаний к тонзиллэктомии. Исключение составляют дети до 3 лет, которым может быть рекомендована временная консервативная терапия или, при гипертрофическом тонзиллите, тонзиллотомия.

К специальным противопоказаниям к тонзиллэктомии у больных с врожденными пороками сердца мы относим третью стадию течения врожденного порока сердца, наличие активного ревматического или септического процесса, значительные нарушения свертывающих систем крови, высокую артериальную гипертензию, связанную с особенностями врожденного порока сердца (при коарктации аорты). Многие из этих противопоказаний носят временный, проходящий характер; коррекция порока и нормализация соответствующих показателей делают тонзиллэктомию абсолютно показанной.

Наиболее целесообразно производить тонзиллэктомию за месяц до операции на сердце. Если это не было сделано, мы считаем обязательным произвести тонзиллэктомию после коррекции порока для профилактики послеоперационных осложнений.

Тонзиллэктомия, так же как и экстракция кариозных зубов, ведет к транзиторной бактериемии во время и в ближайшие часы после операции. Учитывая, что у больных с врожденными пороками сердца бактериемия особо опасна возможностью развития септического эндокардита, мы считаем обязательным производить тонзиллэктомию на фоне направленной антибиотикотерапии, осуществляемой по следующей схеме. За сутки до операции вводят возрастные дозы антибиотика, непосредственно перед тонзиллэктомией — двойную дозу, в последующие 2—4 дня дозировку постепенно уменьшают. Следует подчеркнуть важность подбора антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры миндалин, определяемой заранее. Мы давали чаще всего пенициллин, так как у большинства больных был выделен белый или золотистый чувствительный к нему стафилококк. Септических осложнений после операции не было.

Тонзиллэктомию проводили по обычной методике с премедикацией промедолом. Рациональна кратковременная оксигенотерапия перед и во время операции. Большинство больных удовлетворительно перенесло тонзиллэктомию; возникавшие в отдельных случаях тахикардия, повышение АД, загрудинные боли, цианоз удавалось купировать применением сердечных средств и оксигенотерапией. Мы не встретили необходимости расценивать операцию на 2 этапа (односторонняя тонзиллэктомия).

Из 204 больных с врожденными пороками сердца и хроническим тонзиллитом хирургическая санация глотки осуществлена у 105, в том числе проведено 86 тонзиллэктомий (8 — в сочетании с аденотомией), 11 тонзиллотомий (3 — с аденотомией) и 8 аденотомий. Послеоперационные кровотечения отмечены у 7 больных. В этиологии и патогенезе послеоперационных кровотечений у таких больных помимо снижения свертываемости крови играют роль изменения сосудистой системы миндалин, выявленные при фарингоскопии и подтвержденные гистологическим исследованием препаратов удаленных миндалин. При обследовании глотки слизистая цианотична, богата варикозно расширенными сосудами, полнокровна. При гистологическом исследовании наряду с изменениями, типичными для хронического тонзиллита, в препаратах наблюдается избыточное количество сосудов с явлениями периваскулярного склероза. Сосуды миндалин извиты, в некоторых случаях мы обнаружили не описанные ранее в миндалинах «многоствольные» сосуды, напоминающие таковые в легких у больных с врожденными пороками сердца (Л. Д. Крымский). Перечисленные изменения особенно резко выражены у больных с врожденными пороками сердца «синего» типа и могут рассматриваться как проявления компенсаторной реакции организма на хроническую гипоксию.

Мы считаем, что в комплексном обследовании и лечении больных с врожденными пороками сердца обязательно участие ЛОР-специалиста. При выявлении хронического тонзиллита необходимо провести активные лечебные мероприятия, причем показания к консервативному лечению должны быть несколько сужены.

1. Вишневская Н. А. Эксперим. хир. и анестезиол., 1966, 3.—2. Преображенский Б. С. Вестн. оториноларингологии, 1964, 5.—3. Серебрякова С. Н. Тез. докл. III съезда оториноларингологов Украины, Киев, 1964; Педиатрия, 1965, 12.—4. Тареев Е. М. Клини. мед., 1955, 12.

УДК 616.85—616.1

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕВРОЗАХ

Э. Л. Серлина

*Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. А. И. Гефтер) Горьковского  
медицинского института им. С. М. Кирова*

Внимание терапевтов к неврозам определяется тем, что неврозы часто предшествуют либо сопутствуют патологии внутренних органов или осложняют ее. Большинство авторов считает, что невроз возникает нередко в результате конфликтных жизненных ситуаций, строго индивидуальных для каждого больного. Физическое и умственное переутомление, алкоголизм, курение, половые расстройства, инфекции, ятрогенные факторы могут ослаблять функциональное состояние нервной системы и предрасполагать к развитию невроза.

Мы поставили перед собой задачу дать краткую клиническую характеристику сердечно-сосудистых нарушений при неврозах без сопутствующей органической патологии внутренних органов, в частности сердечно-сосудистой системы. Обследовано 100 больных: в возрасте от 18 до 20 лет—12, от 21 до 40 лет—65, от 41 до 50 лет—23. Женщин было 74, мужчин—26.

*Кардиалгический синдром* выявлен у 67 больных. У 42 из них отмечена прямая связь возникновения болей с эмоциональными факторами. Болевой приступ появлялся при малейшем эмоциональном напряжении. У большинства характер болей был крайне неустойчив, даже у одного и того же больного. У 34 чел. были приступообразные боли. Многочасовой болевой приступ у 5 больных (из 34) был поводом для направления их в стационар с диагнозом «инфаркт миокарда». На постоянные ноющие боли жаловались 32 чел. Больные описывают свои болезненные ощущения образно, многословно, явно прибегая к преувеличениям. У 38 чел. боли локализовались слева от грудины. Больные часто указывали на одну точку, где «больше всего болит». У 21 больного иррадиация болей была **необычной (в правую половину грудной клетки, поясничную область, правую паховую область и т. д.)**. У 47 больных нитриты не оказывали положительного действия; это тревожило больных и дезориентировало врачей. Боли вызывали у больных страх и опасение за состояние сердца, что углубляло общее невротическое состояние. У большинства больных с кардиалгическим синдромом границы сердца были нормальны, тоны ясны, чисты, пульс ритмичный. На ЭКГ, снятой в период приступа (43 чел.), не было признаков, характерных для острой коронарной недостаточности. Зубец Т давал некоторые колебания в высоте в динамике наблюдений у одного и того же больного, отмечалась тенденция к его снижению (52 чел.). Смещение интервала ST не превышало нормальных колебаний. Депрессия интервала ST и инверсия зубца Т не наблюдались.

Одновременно с кардиалгией у многих больных возникала своеобразная одышка, «невозможность сделать глубокий вдох», симптом «короткого дыхания». Больной не чувствовал удовлетворения при дыхании («битва за дыхание»). Эти ощущения появляются к вечеру, после утомления и исчезают при покое и при отвлечении внимания больного. Изменений со стороны органов дыхания отметить не удалось.

*Тахикардальный синдром* наблюдался при преобладании симпатического отдела вегетативной нервной системы. У 42 больных были ощущения сердцебиений, у 32 отмечалась тесная связь сердцебиений с предшествующими отрицательными эмоциями и сосредоточением внимания больного на этих ощущениях; они усиливались от малейшего эмоционального напряжения (обход врача, собиравшие анамнез и т. д.). Чаше сердцебиения возникают в покое и не связаны с физическим напряжением (39 чел.). Синусовая тахикардия наблюдалась у 31 больного (частота пульса до 100—у 21, до 120—у 10). Тахикардия часто исчезала во время сна. Приступы пароксизмальной тахикардии были у 7 больных.

*Синдром вазомоторных расстройств* установлен у 24 больных. У 20 больных была выраженная «игра сосудов» кожи лица, шеи, грудной клетки. Гиперемия нередко носила характер полиморфных пятен и сменялась бледностью кожи, акроцианозом, парестезиями (13 чел.). Быстрая смена кожных сосудистых реакций у этих больных наступала под влиянием малейших эмоций. У большинства больных был стойкий красный дермографизм. Эти больные плохо переносили жару и духоту. АД у большинства