

Для сравнения нами обследовано с одной стороны несколько больных с неглубокими проявлениями патологической реактивности в начальных стадиях ревматизма, а с другой стороны — 16 больных другими коллагенозами с различной глубиной аллергизации.

При глубоких изменениях иммунобиологических процессов у больных коллагенозами (болезнь Такаяси, острая диссеминированная эритематозная волчанка, инфекционный неспецифический полиартрит) угнетение фосфорно-углеводного обмена было значительно сильнее, чем у больных с начальными формами «стрептококковой болезни».

Изменения скорости РОЭ, служащей в некоторой степени показателем глубины патологической реактивности, соответствуют изменениям проницаемости эритроцитов к R^{32} . Чем ниже определялся уровень проницаемости эритроцитов к R^{32} , тем выше оказывалась РОЭ.

Аналогичная зависимость выступает при сравнении результатов исследований у больных активным эндокардитом и больных ревматическими пороками сердца без клинических проявлений эндокардита. У тех и других гемодинамические нарушения были однотипны. Однако проницаемость эритроцитов к R^{32} оказалась ниже именно у больных с активно текущим эндокардитом, а особенно низкой при подостром септическом эндокардите. У них же была наиболее высокой скорость РОЭ.

У всех 16 больных другими коллагенозами клинически определялась та или иная степень поражения миокарда, что соответствует литературным указаниям (Е. М. Тареев, 1958, 1959). Однако ни у одного из 16 больных не отмечено декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности.

Лечение больных ревматическими пороками сердца без проявлений активного эндокардита, направленное на борьбу с явлениями декомпенсации сердечной деятельности, вместе с клиническим улучшением повышало проницаемость эритроцитов к R^{32} в сторону нормализации. У больных с активно текущим эндокардитом, а также у больных с коллагенозами при успешном подавлении инфекционного очага пенициллином и последующей терапией АКТГ, кортизоном или салицилатами вместе с клиническим улучшением наступали благоприятные изменения проницаемости эритроцитов к R^{32} .

В тяжелых случаях, когда пенициллинотерапия не приносила успеха, проницаемость эритроцитов к R^{32} оставалась низкой либо снижалась еще более с параллельным нарастанием скорости РОЭ.

Таким образом, динамика проницаемости эритроцитов к R^{32} при лечении больных активным ревматизмом и другими коллагенозами подтверждает зависимость ее уровня от глубины проявления патологической реактивности организма.

ВЫВОДЫ

1. Проницаемость эритроцитов к R^{32} , свидетельствующая об интенсивности фосфорно-углеводного обмена у них, у большей части больных с ревматическими поражениями сердца угнетена.

2. Это угнетение не только зависит от тканевой гипоксии, вызванной недостаточностью сердца, но и связана с нарушением реактивности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березовский Б. С. Тер. арх., 1957, 11. — 2. Билич И. Л. и Березовский Б. С. Казанский мед. ж., 1959, 6. — 3. Владимиров Г. Е., Пелишенко И. А. и Уринсон А. П. Физиолог. журн. СССР, 1947, 1—3. — 4. Северин С. Е. Биохимия, 1946, 2. — 5. Тареев Е. М. Тр. XIV Всесоюзн. съезда терап., М., 1958; Тер. арх., 1959, 5.

Поступила 15 мая 1961 г.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ¹

Н. Б. Павликовская

Сочинский научно-исследовательский институт курортологии
(директор — проф. М. М. Шихов)

Ряд авторов (Эденс, 1936; Колбинг, 1950; Чоничер, Сабо, 1955) указывают, что применение лантозидовой пробы может до некоторой степени обосновать диагноз активного ревматического процесса.

¹ Работа доложена на научно-отчетной сессии Института курортологии 22/XII 1960 г.

Проба основана на том, что в результате внутривенного введения лантозида «С» при активном ревмокардите наступают изменения в ЭКГ, которые не наблюдаются у здорового или больного человека без активного ревмокардита. Для постановки этой пробы мы использовали строфантин «К» как родственный в химическом отношении сердечный глюкозид.

Задачей нашей работы явилось проследить за ЭКГ-изменениями у больных ревматизмом различного течения, а также выявить путем специальной пробы активный процесс в случаях латентного течения.

ЭКГ-исследования проведены у 197 больных ревматизмом в начале, середине и конце лечения в 10 отведениях. У 34 больных ревмокардитом с латентным течением в начале и конце лечения и у 11 человек, у которых в анамнезе не было указаний на перенесенный ревмокардит, проведены ЭКГ-исследования до введения 0,5 мг строфантина в 5 мл физиологического раствора внутривенно, в момент введения, после него и затем через каждые последующие 10 мин в течение 30—60 мин.

Из 197 больных ревматизмом 72 мужчин и 125 женщин. Большая группа — 106 человек — была в возрасте до 30 лет.

Больных с активной фазой ревматизма (подострое и латентное течение) было 137 и с неактивной фазой процесса 60.

Нарушение функции автоматизма, выражавшееся в синусовой тахикардии, брадикардии, аритмии, наблюдалось у 33 больных. В группе больных с неактивной фазой нарушения функции автоматизма наблюдалось у 8 из 60.

66 больных из 137 имели отклонение электрической оси вправо (определение электрической оси проводилось по углу α), у 42 больных нормальное положение оси и у 29 — отклонение оси влево.

Среди больных с неактивной фазой процесса большинство (24) имели нормальное положение оси. Преобладание отклонения оси вправо у больных с активной фазой объясняется тем, что больные этой группы имели выраженные пороки митрального клапана, тогда как группа с неактивной фазой состояла преимущественно из больных с миокардиосклерозом миокардитическим и относительной недостаточностью митрального клапана.

Нарушение функции проводимости в виде удлинения интервала $P-Q$ и комплекса QRS отмечено у больных с явными признаками активности процесса (32 больных из 137). У 23 больных отмечено увеличение систолического показателя. У одного больного с диагнозом «ревмокардит, подострое течение» наблюдалось нарушение проводимости с периодами Самойлова — Венкебаха I ст. Для больных ревматизмом характерно появление деформации, двугорбости предсердного зубца P (у 109 из 137 и у 47 из 60). Уширение зубца P (больше $0,10''$), появление « P mitrale» отмечено у 24 больных из 137 и у 6 из 60. Отрицательный или двухфазный зубец P в 3 отведениях наблюдался преимущественно при левом типе ЭКГ или при горизонтальном положении сердца, что согласуется с литературными данными (Венгер, Какер и др.). Изменение сегмента T и зубца T выявлено у больных как признак гипертрофии желудочков. «Гигантский» зубец T в CR_4 выявлен у 35 больных из 137 и у 20 из 60.

Больным с активной фазой ревматизма проводилось лечение салицилатами или сочетанием салицилатов с гормональными препаратами наряду с общеукрепляющими и сердечными средствами. Больные с неактивной фазой ревматизма получали морские или сероводородные ванны с предварительной дачей в течение 5—7 дней салицилатов.

Улучшение в течении процесса по данным ЭКГ выражалось в нормализации ритма, систолического показателя, удлиненной атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости; в отдельных случаях «гигантский» зубец T в CR_4 после лечения принимал нормальную величину.

Из 34 больных, которым проводилась строфантиновая проба, 21 имели активную фазу течения процесса и 13 — неактивную. До лечения удлинение интервала PQ из 21 больного отмечено у 9 ($0,20$ до $0,23-0,25''$).

Строфантиновая проба считалась положительной, если минимальное удлинение было не меньше $0,03''$. Удлинение интервала PQ на $0,01-0,02''$ находилось в пределах допустимой ошибки (литературные данные). У 8 больных из 21 отмечено отчетливое удлинение скорости проведения импульса по интервалу PQ . Причем у большинства больных удлинение интервала PQ наступало через 20 мин, у 5 — через 30 мин и у 4 — через 60 мин.

Снижение интервала ST ниже изолинии, уплощение зубца T наблюдались у 11 больных с латентным течением ревмокардита, у одного больного появилась синусовая аритмия.

Среди больных с неактивной фазой ревматизма (13) у 4 отмечено замедление атриовентрикулярной проводимости после введения строфантина в первые 10—20 мин. Через 60 мин интервал PQ возвратился к норме.

После лечения уменьшилось число больных с активной фазой ревматизма, которые давали положительные результаты на введение строфантина. Так, у 3 больных этой группы наблюдалось удлинение интервала PQ от $0,03''$ до $0,10''$ после введения строфантина. У 18 больных отсутствовали заметные колебания. У одного больного (вместо 4) из 13 с неактивной фазой ревматизма после лечения отмечено удлинение интервала PQ на введение строфантина.

11 лицам, у которых в анамнезе и в настоящее время не было данных за ревмокардит, проведена строфантинговая проба (контрольные наблюдения). У всех 11 в исходном состоянии интервал PQ был в пределах нормы (0,13—0,18"). Введение строфантина «К» вызвало изменения интервала PQ не больше, чем на 0,01", или совсем не изменило первоначальную величину. Изменений интервала ST, зубца Т ни у одного из исследуемых не было обнаружено. Отмечено некоторое урежение ритма.

Следовательно, введение строфантина «К» на физиологическом растворе внутривенно у больных ревмокардитом вызывает изменение атриовентрикулярной проводимости, которое не наблюдается без ревмокардита.

Таким образом, применение строфантинговой пробы у больных с латентным течением ревмокардита может быть до некоторой степени использовано для диагностики активности процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов К. П. Сов. мед., 1950, 9.— 2. Лукомский П. Е. Сов. клин., 1932, 7; Сов. наука, 1943, 2.— 3. Незлин В. Е. и Карпай С. Е. Анализ и клиническая оценка электрокардиограммы, М., 1959.— 4. Штейнберг Л. Д. Ревматизм у детей. М., 1957.— 5. Шерба М. Л. Клин. мед., 1952, 11.— 6. Ясиновский М. А. и Бойко Г. Ф. Врач. дело, 1955, 4.— 7. Wenger R., Kacker J. M. Wien. Z. inn. Med., 1957, 38, 9.— 8. Koelbing H. Cardiologia, 1950, 17, 79.— 9. Czoniczer V. G. u. Szabo R. Cardiologia, 1955, 26; Orv. Hetilap., 1956, 97.— 10. Edens E. Klin. Wschr., 1936, 15.

Поступила 16 марта 1961 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РЕОПИРИНОМ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ И ИНФЕКТАРТРИТОМ

Канд. мед. наук Т. М. Терлецкая и канд. мед. наук Н. Б. Руденко

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—член-корр. АМН СССР, проф. М. А. Ясиновский) Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова

За последние годы в числе эффективных противоревматических средств упоминаются комбинированные препараты, состоящие из пирамидона и бутадiona, к которым относятся и реопирин. Они выгодно отличаются тем, что некоторые из них могут применяться парентерально. Эти препараты выпускаются в таблетках, содержащих по 0,125 пирамидона и бутадiona и в ампулах по 0,75 пирамидона и бутадiona.

Наблюдалось 100 больных, лечившихся реопирином, из них с ревматизмом было 56, с инфектарtritом — 44. Мужчин было 15, женщин — 85. В возрасте до 25 лет — 28, от 26 до 50 — 43 и старше — 25 больных.

Из 56 больных ревматизмом у 51 были активные проявления, причем ревматический полиартрит в сочетании с пороками сердца и ревмокардитом — у 15; порок сердца и возвратный ревмокардит — у 36; у 5 признаков обострения ревматического процесса не было. Недостаточность кровообращения I ст. была у 16, II-A ст. — у 18, II-B ст. — у 1; у 21 выраженных признаков недостаточности кровообращения не наблюдалось.

Больные вначале получали реопирин по 1 таблетке 3 раза в день. Однако клиническое наблюдение показало явную недостаточность такой дозировки, поэтому в дальнейшем больным назначали реопирин по 6 таблеток в день до получения ясного клинического эффекта, затем доза снижалась до 5, 4 и 3 таблеток в день. Курс лечения продолжался в среднем в течение месяца, больные получали от 10,0 до 40,0 препарата. Малое количество препарата получили те, у которых реопирин был отменен ввиду развития побочных явлений.

Снижение температуры до нормы происходило у лиц с острым ревматическим полиартритом на 1—3 день лечения, а у больных инфектарtritом — на 5—7 день, однако, у некоторых — и с первого дня применения препарата.

У лиц с возвратным ревмокардитом и длительной субфебрильной температурой такого снижения в первые дни лечения не наблюдалось: из 36 лиц с субфебрильной температурой к концу лечения она несколько снизилась у 30, а у остальных упала до нормы.

У 12 больных РОЭ еще до начала лечения была нормальной, в дальнейшем такой и осталась. Из остальных 88 человек, у которых РОЭ была ускоренной до начала лечения, после курса реопиринга замедление РОЭ до нормы наблюдалось у 13, из них у 10 с ревматическим полиартритом и у 3 — с инфектарtritом. У больных острым ревматическим полиартритом замедление РОЭ происходило уже в течение первых 10 дней лечения и особенно выраженным было к 20 дню, снижаясь до 30—40 мм по сравнению с исходной величиной. Так, у больной Ж. с острым ревматическим поли-