

Наиболее важными являются систематические исследования титров АСЛ-О, так как однократное повышение АСЛ-О не выявляет динамики иммунологического ответа организма на антигенное раздражение.

При хроническом нефрите, в отличие от острого, титры АСЛ-О обычно достигают уровня средних, иногда высоких цифр в период обострения, но вне его держатся на низком уровне.

При остром пиелонефрите у одних больных титры АСЛ-О достигают очень высоких цифр в остром периоде, у других остаются низкими.

Постоянство повышения титров АСЛ-О при остром гломерулонефрите и обострении хронического нефрита является дополнительным подтверждением стрептококковой этиологии нефрита и целесообразности систематического применения антибактериальной терапии.

Вместе с тем при хроническом нефрите, гипертоническом варианте течения болезни и при сравнительном клиническом благополучии титр АСЛ-О невысокий. При тяжелом течении нефрита и азотемической уремии также отмечается низкий титр АСЛ-О, что можно объяснить подавлением иммунных реакций.

Следует отметить, что у всех больных с амилоидным нефрозом титры АСЛ-О не были повышены.

УДК 616.155.391—616—002.77—616.94—616.126—092

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕСТНОГО ЛЕЙКОЦИТОЗА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И ЗАТЯЖНОМ СЕПТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ

И. Д. Михалев

Кафедра госпитальной терапии (зав.— доц. В. Е. Богданов) Кубанского медицинского института

Ряд авторов (А. Я. Губергриц, А. Б. Шахназаров, Н. И. Сперанский и С. Р. Белоус и др.) рекомендует использовать определение местного лейкоцитоза для оценки активности ревматизма. Для проверки и уточнения диагностической ценности местного лейкоцитоза при ревматизме и затяжном септическом эндокардите мы обследовали 350 больных ревматизмом, 30 больных затяжным септическим эндокардитом и 20 практически здоровых лиц. С активным ревматизмом было 273, с неактивным — 77 больных. Сердечная форма наблюдалась у 216, сердечно-суставная — у 57 больных. Острое течение было у 101, подострое — у 93 и латентное — у 79 больных.

Мы исследовали количество лейкоцитов крови, взятой из пальца (общий лейкоцитоз) и во втором межреберье слева (местный лейкоцитоз¹). Полученные данные обрабатывали общепринятым методом вариационной статистики.

Регионарный лейкоцитоз при сердечно-суставной форме по сравнению с местным лейкоцитозом у здоровых оказался выше в среднем на 48,5%, при сердечной — на 30,8% ($P < 0,001$), при неактивном ревматизме — только на 8,8% и при затяжном септическом эндокардите — на 25% ($P < 0,01$). Разность между местным и общим лейкоцитозом увеличилась также при сердечно-суставной форме в среднем на 63,6%, при сердечной — на 72,7%, при затяжном септическом эндокардите — на 145% ($P < 0,001$) и не изменялась при неактивном ревматизме. Эта разность свыше 3 тыс. обнаружена при сердечно-суставной форме у 11 из 57, при сердечной — у 48 из 216, при неактивном ревматизме — у 6 из 77 и при затяжном септическом эндокардите — у 11 из 30 больных.

Местный лейкоцитоз наиболее выражен при остром и подостром течении активного ревматизма. Так при остром течении сердечно-суставной формы он был увеличен в среднем на 80,8%, сердечной — на 53,3% ($P < 0,001$), а при латентном течении — соответственно на 23,5 и 17,6% ($P < 0,001$).

При сопоставлении результатов исследования местного лейкоцитоза при активном и неактивном ревматизме мы выявили статистически достоверные различия между ними.

По нашим данным, показатели регионарного лейкоцитоза надо считать достоверными тогда, когда разность между местным и общим лейкоцитозом превышает 1100 лейкоцитов. Местный лейкоцитоз был обнаружен при сердечно-суставной форме у 75,4%, при сердечной — у 67,5%, при неактивном ревматизме — у 32,4% и при затяжном септическом эндокардите — у 80% больных. В то же время положительная баночная проба выявлена при сердечно-суставной форме у 56,1%, при сердечной — у 52,3%,

¹ Прим. ред. Местным лейкоцитозом называют увеличение количества лейкоцитов в крови, взятой из кожи над пораженным органом.

при неактивном ревматизме — у 16,8% и при затяжном септическом эндокардите — у 56,6% больных.

В результате лечения и улучшения состояния больных местный лейкоцитоз уменьшился при сердечно-суставной форме в среднем на 26,7%, при сердечной — на 12,6% ($P < 0,001$) и не изменился при неактивном ревматизме и затяжном септическом эндокардите ($P > 0,5$ и $P > 0,05$). Уменьшение регионарного лейкоцитоза после лечения отмечалось при остром течении сердечно-суставной формы ($P < 0,01$), при остром, подостром и латентном течении сердечной формы ($P < 0,001$ и $P < 0,01$).

Местный лейкоцитоз обнаружен у 19 из 20 умерших больных активным ревматизмом и был увеличен в среднем на 58,8% ($P < 0,001$). Разность между местным и общим лейкоцитозом также была увеличена в среднем на 190% ($P < 0,001$).

Приведенные данные показывают, что при активном ревматизме и затяжном септическом эндокардите у большинства больных определяется повышение показателей местного лейкоцитоза. При неактивном ревматизме показатели регионарного лейкоцитоза повышены лишь у трети больных, что снижает диагностическое значение метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц А. Я. Клин. мед., 1959, 10. — 2. Слуцкий Б. А. Врач. дело, 1958, 6. — 3. Сперанский Н. И., Белоус С. Р. Тер. арх., 1953, 4. — 4. Филинов Б. Н., Цвернаншвили Г. К., Попова А. Д. Сов. мед., 1961, 6. — 5. Гукавина А. И. Тер. арх., 1955, 5. — 6. Шахназаров А. Б. Врач. дело, 1956, 9.

УДК 616.126.421—089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

О. В. Шумова, А. М. Ахметов и Л. В. Осиповский

I хирургическое отделение (зав.—проф. Н. К. Галанкин) Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Москва

Обследовано 250 больных из 500 оперированных в нашем институте в 1953—1965 гг. Из них 193 осмотрено в поликлинике института и 57 — в стационаре.

Отличные результаты после митральной комиссуротомии выявлены у 71 больного (перед операцией у них была II—III ст. заболевания). Все они начали работать через 8—10 месяцев после операции. За истекший после операции период у них не было обострения ревматического процесса.

Объективные показатели и данные лабораторных исследований указывали на значительное улучшение общего состояния больных и нормализацию кровообращения. Рентгенологически в легких отмечено снижение застойных явлений, уменьшение размеров сердца, особенно левого предсердия, и западение конуса легочной артерии. ЭКГ-данные указывали на положительную динамику сократительной функции миокарда.

Ревматический процесс протекал в стертых формах, давность заболевания у этой группы больных не превышала 5 лет.

У 21 больного перед операцией была II и у 50 — III ст. нарушения кровообращения. Сужение левого венозного отверстия достигало 1—1,5 см, створки клапана были подвижны, нерезко деформированы. Во время операции митральное отверстие было расширено до 3,5—4,0 см с полным разделением комиссур. Комиссуротомия у этих больных (у 28 пальцевая и у 43 — инструментальная) обеспечила стойкое и длительное восстановление гемодинамики. Все они являются практически здоровыми людьми.

Хорошие результаты выявлены у 105 больных, только при физической нагрузке у них появляются одышка, сердцебиение. Трудоспособность несколько снижена, больные не могут выполнять тяжелую физическую работу, имеют III гр. инвалидности.

Симптомов нарушения кровообращения по большому кругу не выявляется. За весь период, протекавший после операции, больные этой группы не лечились в стационарах по поводу декомпенсации сердечной деятельности.

При рентгенологическом исследовании установлено умеренное усиление сосудистого рисунка легких; уменьшение размеров сердца было у 54 больных и неотчетливое уменьшение — у 51.

Порок сердца был диагностирован в среднем за 7—8 лет до операции. У 97 больных имелась II—III ст., и только у 8 — IV ст.

Размеры сердца были увеличены, диаметр левого венозного отверстия не превышал 1 см, створки клапана фиброзно изменены, подвижность их была ограничена. У 55 больных выполнена инструментальная и у 50 — пальцевая комиссуротомия с пол-