

Проф. А. Я. Губергриц

Факультетская терапевтическая клиника Донецкого медицинского института
им. А. М. Горького

Среди разнообразных висцеральных поражений ревматизма едва ли не самым грозным по своим внешним проявлениям может считаться острый перитонит или, как его иначе именуют, перитонеальный или абдоминальный синдром.

Следует отметить, что ревматические перитониты встречаются вообще не часто. Поскольку в ряде случаев их этиология остается не вскрытой, надо полагать, число описанных ревматических перитонитов меньше действительного.

В советской литературе за последнее тридцатилетие (1934—1963 гг.) было описано свыше 100 больных с ревматическим перитонитом или перитонеальным синдромом. В последнее время о 18 сообщил Г. А. Клименко (1957), 48 описал Л. И. Гефтер (1959), 9 — Г. С. Козлов (1962), 10 — А. Е. Кучеренко и Е. М. Кучеренко (1962). Следует при этом отметить, что ряд подобных больных подвергался, в связи с выраженными симптомами острого перитонита, хирургическому вмешательству, без которого во многих случаях можно было бы обойтись.

Л. И. Гефтер на 1505 больных ревматизмом у 48 (3,2%) наблюдал ревматический перитонеальный синдром. Другие авторы значительно реже сталкивались с этим синдромом. В частности, наблюдая большое число больных ревматизмом (2025) в пропедевтической и госпитальной терапевтических клиниках Ижевского мединститута (1945—1960 гг.), мы увидели только 6 больных (3 мужчин и 3 женщин, все в возрасте до 40 лет) с перитонитом, что составляет 0,29%, то есть почти в 10 раз реже, чем об этом сообщает Л. И. Гефтер. Из 65 больных, умерших в клинике от активного ревматизма, ни у одного при вскрытии не обнаружено острого воспаления брюшины. За 3 года работы в Донецком мединституте мы ни разу не встретили у больных ревматизмом перитонеального синдрома.

Хотя частота поражений брюшины при ревматизме не велика, это не снимает с терапевта и хирурга ответственности за их правильное и своевременное распознавание.

Как свидетельствуют патологоанатомические исследования В. Т. Талалаева и др., у большинства больных в основе ревматического перитонеального синдрома лежит острый воспалительный процесс брюшины, нередко сочетающийся с поражениями плевры, перикарда (ревматический полисерозит). Однако, как показывает наш опыт, ревматический полисерозит в виде сочетания плеврита и перикардита встречается не так уж редко, в то время как включение в его комплекс поражения брюшины наблюдается в исключительных случаях.

У большинства больных острый перитонеальный синдром описывался у лиц с выраженными полиартритическими явлениями, которые давали возможность уверенно судить о ревматической природе перитонита. Все же мы встретили только 2 подобных больных, у 4 же ревматический перитонит развился при картине возвратного ревмокардита без полиартрита. Об этом сообщали и другие авторы (Л. И. Гефтер, М. А. Ясиновский, В. Е. Незлин, Г. С. Козлов и др.).

Обычно ревматический перитонит проявляется сильными болями в животе, характеризующимися постоянством и периодическим усилением интенсивности. Внезапной острой боли («удар кинжалом»), как это наблюдается при прободном перитоните, при ревматическом перитонеальном синдроме обычно не встречается. И. Стоя, с мнением которого солидаризируются А. И. Нестеров и А. Я. Сигидин, справедливо подчеркивает, что при ревматизме симптомы со стороны брюшной полости диффузные, что, в первую очередь, относится к болям. Однако у ряда больных отмечается и локальное сосредоточение боли, сопровождающейся перитонеальными явлениями. В частности, одного подобного больного встретили и мы, соучаствуя в коллективном ошибочном диагностировании острого аппендицита. Об ошибках, приводивших к аппендэктомии, сообщают и другие авторы (М. А. Ясиновский, Л. И. Гефтер, З. А. Гертман и др.).

Следует отметить и своеобразную локализацию у отдельных больных максимальных болей в эпигастрии, симулирующих прободную язву желудка. В частности, в 1948 г. нам довелось наблюдать подобного 30-летнего больного, консультированного нами с хирургом — проф. С. А. Флеровым; оба мы, решив воздержаться от оперативного вмешательства, получили блестящий эффект от салициловой терапии (других мощных средств: АКТГ, кортизона, преднизолона в то время не было). Аналогичное наблюдение, касающееся 16-летней девушки, приводит и М. А. Ясиновский.

И, тем не менее, у большинства больных перитонеальный синдром при ревматизме характеризуется все же не локальными, а диффузными болями.

Если обратиться к нашим наблюдениям, то из 6 больных только у 2 боли имели в начале заболевания локальный характер, а у 4 с самого начала были диффузными. При этом, как показывают наблюдения некоторых авторов, в том числе и наши,

у ряда больных отмечается «летучесть» болей, заключающаяся в изменении локализации в животе мест максимального ощущения боли, что до некоторой степени напоминает «летучесть» болей при суставной форме ревматизма. Чаще всего максимальное ощущение боли отмечается в правом подреберье, подложечной или правой подвздошной областях.

Одновременно с возникновением болей повышается температура, изредка возникает рвота, никогда не носящая упорного характера, у многих наблюдается временная задержка в отхождении газов и стула.

Живот представляется несколько вздутым, однако напряжение брюшной стенки обычно выражено не отчетливо, в ряде случаев даже отсутствует. В то же время достаточно выражен признак Блюмберга—Щеткина. Физикальным исследованием больного удается у некоторых выявить небольшое количество жидкости в брюшной полости; реже количество ее более значительно, как это наблюдалось у одной нашей больной.

Характерны изменения со стороны крови: нейтрофильный лейкоцитоз (12—15 тысяч, реже 20—25 тысяч) и ускорение РОЭ. Большим подспорьем является ЭКГ-исследование больных, устанавливающее признаки текущего ревмокардита.

Течение ревматического перитонита отличается доброкачественностью. Противоревматическое лечение эффективно. Заболевание имеет длительность от нескольких дней до 2—3 недель, но острые явления в среднем держатся 3—5 дней при условии энергичной противоревматической терапии, в том числе и кортикостероидными гормонами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гертман З. А. Казанский мед. ж., 1939, 8. — 2. Гефтер Л. И. Клинич. мед., 1952, 8; Тер. арх., 1959, 10. — 3. Динер М. И. Сов. мед., 1957, 4. — 4. Клименко Г. А. Сб. науч. раб. Рижского мед. ин-та, т. VII, 1957. — 5. Козлов Г. С. Сов. мед., 1962, 9. — 6. Куликовский А. Г. Врач. дело, 1959, 6. — 7. Кучеренко А. Е. и Кучеренко Е. М. Сов. мед., 1962, 9. — 8. Незлин В. Е. Клинич. мед., 1939, 8. — 9. Нестеров А. И. и Сигидин А. Я. Клиника коллагеновых болезней, Медгиз, М., 1961. — 10. Стоя И. Сов. мед., 1958, 9; Тез. докл. Всесоюз. ревматол. конф. М., 1961; Вопросы ревматизма, 1963, 3. — 11. Таипова Г. А. Врач. дело, 1959, 6. — 12. Талалаев В. Т. Избранные труды. М., 1954. — 13. Ясиновский М. А. Клинич. мед., 1939, 2—3; В кн. Б. П. Кушелевский, М. А. Ясиновский и С. М. Рысс. Болезни суставов, Ревматизм, авитаминозы, М., Медгиз, 1961.

Поступила 23 сентября 1963 г.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОЛИАРТРИТОВ СТЕРОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ

Проф. Е. Ю. Махлин, канд. мед. наук Э. Д. Иванова

Кафедра факультетской терапии педиатрического факультета (зав.— проф.
Е. Ю. Махлин) Саратовского медицинского института

При инфекционном неспецифическом (ревматоидном) полиартрите стероидная терапия дает хороший эффект. Однако за последнее время появляются все чаще статьи, в которых предлагается более сдержанно относиться к показаниям и дозировкам (А. П. Нестеров, М. Г. Астапенко, Г. П. Шульцев и др.) стероидных гормонов. Указывается, что легкие формы инфектартрита надо лечить другими препаратами (М. Г. Астапенко) и прибегать к стероидным гормонам только у больных с тяжелыми формами, когда другие виды лечения не дают эффекта.

На протяжении 10 лет мы применяли АКТГ, кортизон, адрезон, преднизон или преднизолон у 104 больных инфекционным неспецифическим полиартритом, в основном с тяжелыми формами; все они безрезультатно лечились другими средствами.

АКТГ назначался по 20—40 ед. в сутки внутримышечно с последующим снижением доз (на курс лечения до 200—500 ед.); кортизон и адрезон — по 75—50 мг в сутки внутримышечно или per os также с последующим снижением доз (на курс лечения 400—800 мг); преднизон или преднизолон — по 10—15 мг в сутки per os с последующим снижением доз (на курс лечения 200—375 мг). Всем больным до гормонотерапии проводили при необходимости лечение очаговой инфекции. Как только