

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАТЯЖНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА

Н. А. Тростина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. А. А. Демин)
Новосибирского медицинского института

Проблема лечения затяжного септического эндокардита приобретает большое значение, особенно в связи с наметившимися успехами.

По А. А. Демину, современное лечение затяжного септического эндокардита должно включать: 1) специфические противoinфекционные средства; 2) десенсибилизирующую (противоаллергическую) терапию; 3) общеукрепляющие и симптоматические средства; 4) лечение очаговой инфекции; 5) хирургические методы лечения.

В настоящей статье мы обращаем внимание на применение стероидных гормонов как десенсибилизирующих (противоаллергических) средств, способствующих выздоровлению и восстановлению трудоспособности.

На эффективность стероидных гормонов при затяжном септическом эндокардите уже указывалось рядом авторов (И. А. Кассирский и К. П. Иванов; Р. А. Юнусов, А. А. Демин и Н. А. Тростина).

Мы убедились в этом, применяя лечение антибиотиками в сочетании со стероидными гормонами у 50 больных (мужчин — 34, женщин — 16) затяжным септическим эндокардитом.

Первичный затяжной септический эндокардит был у 19, вторичный — у 31, причем у 29 из них были до заболевания септическим эндокардитом ревматические пороки, у одной — врожденный порок и у одного — артериальная аневризма. У большинства больных была выраженная клиническая картина болезни — лихорадка, ознобы, поты, положительная формоловая и сулемовая пробы, увеличение печени и селезенки. У 41 больного были поражены аортальные клапаны. Нарушение кровообращения при поступлении в клинику наблюдалось у 26, диффузный нефрит — у 17, причем у 12 из них была нарушена концентрационная функция почек.

26 человек ранее не лечились антибиотиками, и 24 уже принимали их.

Противоинфекционная терапия в основном проводилась пенициллином в сочетании со стрептомицином, и только отдельным больным назначались также тетрациклин, альбомуцин, биомуцин.

Пенициллин больные получали большей частью в сутки по 1 200 000 ед., стрептомицин — 500 000 или 1 000 000 ед.

Преднизолон назначался преимущественно по 30 мг в сутки с последующим снижением дозировки, и только отдельным больным — по 10—15—40 мг в сутки. Количество преднизолона на каждого больного за время лечения составляло от 130 до 3215 мг. Кортизон назначался преимущественно по 100 мг в сутки с последующим снижением дозировки, ряд больных получал кортизон по 50—75 мг в сутки. Общее количество кортизона на больного составляло от 225 до 4975 мг. Многие больные получали в курсе лечения преднизолон и кортизон. Вначале проводилось лечение одним гормоном, а затем другим.

АКТГ 22 больных обычно получали одновременно со стероидными гормонами, и только 2 получали АКТГ без стероидных гормонов (одна

получила 440 ед. по 80 ед. в сутки, и второй — 1480 ед. по 80 и 40 ед. в сутки).

При выраженной сердечной недостаточности назначались сердечно-сосудистые средства (коргликон, строфант, горицвет и др.). Больные лечились в клинике различные сроки в зависимости от исходного состояния и клинической картины. В среднем первый курс лечения был продолжительностью 1—1,5 месяца. 26 больных лечились в клинике 1 раз, 24 приняли несколько курсов лечения (от 2 до 5). Повторные курсы были обычно меньшей продолжительности, чем первый (в среднем 20—25 дней).

При выявлении очаговой инфекции применялось специальное лечение. Так, у 4 больных произведена эктомия миндалин и у одного — санация ротовой полости.

У большинства больных уже в первые дни лечения гормонами и антибиотиками температура снижалась до нормы, исчезали ознобы и поты, улучшалось общее состояние, повышался аппетит, больные прибавляли в весе. В процессе лечения у больных проходила анемия. Особенно показательно это проявлялось у первично поступивших. Гем. ниже 65 ед. до лечения был у 16 из 26, после лечения остался без изменения лишь у 2; у повторно поступивших Гем. ниже 65 ед. был у 17 из 24, после лечения не изменился у 9. Аналогичные колебания отмечены и при подсчете эритроцитов.

В процессе лечения нормализовалось и количество лейкоцитов, моноцитов. Особенно показательно, что при лечении антибиотиками в сочетании со стероидными гормонами не наблюдалось увеличения количества эозинофилов, как обычно при лечении одними антибиотиками. РОЭ у больных значительно снижалась к концу лечения, особенно заметно у первично поступивших. Так, РОЭ до лечения свыше 30 мм/час была у 24 из 26, к концу лечения осталась у 2. У повторно поступивших РОЭ свыше 30 мм была до лечения у 16 из 24, к концу лечения осталась у 4.

В процессе лечения при благоприятном течении заболевания происходили нормализация результатов формоловой и сулемовой пробы, уменьшение печени и селезенки до нормы.

У 8 человек из 17 прошли признаки диффузного нефрита, причем лучшие результаты получены у первично поступивших. Так, у этих больных симптомы диффузного нефрита прошли у 6 из 8, тогда как из повторно поступивших — у 2 из 9.

При благоприятном течении у больных обычно проходило нарушение кровообращения, лучшие данные также получены у первично поступивших. Так, из этих больных признаки нарушения кровообращения прошли у 6 (из 9), а из повторно поступивших — у 4 (из 17).

Лечение проводилось под контролем ряда исследований, характеризующих белковый, углеводный, водно-солевой обмена. Динамическое наблюдение показало, что при применении стероидных гормонов в средней дозировке выявляется тенденция к нормализации этих видов обмена, особенно белкового.

При определении белковых фракций сыворотки крови у 13 больных из 16 удалось отметить их нормализацию либо приближение к норме (до лечения была выраженная гипергамма-глобулинемия).

Функция надпочечников контролировалась определением 17-кетостероидов в суточной моче по модифицированной методике Г. В. Ордынец с применением реакции Циммермана и 17-оксикортикостероидов — по методу Силбера и Портера, модифицированному М. А. Креховой (содержание 17-кетостероидов у здоровых, по нашим данным, составляло от 9 до 27 мг, содержание суммарных 17-оксикортикостероидов — от 1,62 до 5,62 мг). 17-кетостероиды в процессе лечения

определялись у 31 больного, а у 9 параллельно мы проводили определение и 17-оксикортикостероидов. Оказалось, что стероидные гормоны не угнетают функцию коры надпочечников.

В процессе лечения у 2 больных мы наблюдали непереносимость к преднизолону, причем у одного был приступ болей в подложечной области, у другой — боли и тяжесть за грудиной и в подложечной области.

«Синдром отмены» наблюдался нами у 2 больных — после отмены преднизолона у них отмечались повышение температуры и ускорение РОЭ.

В результате лечения выздоровление наступило у 28, у них в процессе лечения проходили симптомы заболевания.

У 12 человек отмечено улучшение, РОЭ оставалась ускоренной, пальпировалась селезенка, оставались изменения в моче (альбуминурия и гематурия и т. д.).

Без перемен и с ухудшением выписано 8 и 2 умерли. Отдаленные результаты прослежены у 20 выписанных из клиники с выздоровлением. Срок наблюдения — меньше 1 года у двух, у остальных 18 давность наблюдения — от 1 года до 5 лет. Состояние больных удовлетворительное, рецидивов эндокардита не было, у 2 больных вследствие порока сердца периодически бывают нарушения кровообращения. 18 человек трудоспособны, у двух трудоспособность ограничена вследствие появляющегося иногда нарушения кровообращения. 12 больных работают на производстве, один учится в институте, и остальные работают дома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демин А. А. и Тростина Н. А. Сов. мед., 1962, 6.—2. Кассирский И. А. и Иванов К. П. Тер. арх., 1959, 31.—3. Юнусов Р. А. Вопр. ревм., 1961, 4.—4. Bertrand-Fontaine, Siguier F., Hamburger J. et Mollaret P.. Presse med., 1958, 66.—5. Lustgarten B., Ferry D., Viogl A. J. A. M. A. 1959, 170, 7.—6. Raynaud R. et Bernasconi P. Algerie Medicale, 1958, 62, 9.

Поступила 31 июля 1963 г.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РИСОВО-ОВОЩНОЙ ГИПОХЛОРИДНОЙ ДИЕТЕ

Доц. Г. З. Ишмухаметова и канд. мед. наук В. М. Зайцев

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

Отечественные ученые (Н. Н. Аничков, Г. Ф. Ланг, М. П. Кончаловский, А. Л. Мясников, Л. М. Антонов) констатировали частое сочетание атеросклероза и гипертонической болезни. Установлено совпадение этих двух заболеваний с определенными вазомоторными и метаболическими нарушениями, среди последних важное значение имеет нарушение белково-холестеринового обмена (М. В. Бавина, М. П. Крицман, Г. В. Троицкий и Л. С. Тарасова, Бенгольд, Гофман, Фишберг и др.).

Особый интерес представляет изучение диспротеинемии при гипертонической болезни, поскольку литературные данные по этому вопросу противоречивы.