

Из 198 больных ревматизмом в неактивной фазе повышенные показатели реакции на сиаловые кислоты отмечены у 20 больных (10,1%), причем 11 незначительно повышенные, у 9 значительно — до 0,320.

Повышение показателей дифениламиновой реакции и сиаловой пробы одновременно наблюдалось в данной группе у 15 больных. В момент обследования РОЭ у всех больных в межприступном периоде была нормальной.

Подавляющее большинство больных в межприступном периоде обследовано в поликлинике, все больные находятся на диспансерном учете, большинство работает. Больных с повышенными показателями дифениламиновой реакции и пробы на сиаловые кислоты мы подробно исследовали (многих — в клинических условиях) с использованием и других тестов (титры антистрептолизина-О, С-реактивный протеин, проба Маллена, повторные ЭКГ и т. д.). У 23 больных с повышенными показателями дифениламиновой пробы или реакции на сиаловые кислоты установлена активная фаза вялотекущего ревматического процесса и проведено соответствующее антиревматическое лечение. Эти мероприятия оказались весьма важными для предотвращения значительного прогрессирования болезни, сохранения трудоспособности.

ВЫВОДЫ

1. По диагностической ценности реакция на сиаловые кислоты значительно уступает дифениламиновой пробе.

2. На результаты обеих реакций степень расстройства кровообращения существенно не влияет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бацевич А. А. Тер. арх. 1963, 5. — 2. Гатаулина А. Д. Педиатрия. 1958, 8. — 3. Глассионова Т. И. Вопр. ревм. 1962, 1. — 4. Глазова О. И., Израэлит С. С., Щеголева Т. Г. и Леин Б. Н. Тер. арх. 1961, 12. — 5. Дзяк В. Н. Врач. дело. 1959, 6. — 6. Емельяненко Е. И. Изучение некоторых иммунобиохимических показателей при ревматизме как частном проявлении коллагенозов. Автореф. канд. дисс., Харьков. 1961. — 7. Ключарева С. Г. Казанский мед. ж. 1961, 3. — 8. Ларский Э. Г. Лаб. дело. 1957, 4; Вопр. мед. химии. 1960, т. 6, в. 2. — 9. Латыш В. Н. и Якименко В. Я. Врач. дело. 1962, 3. — 10. Лыткина И. Н. Здравоохран. Белорусс. 1962, 9. — 11. Мутин С. С. Вопр. ревмат. 1963, 2. — 12. Нестеров А. И. Сов. мед. 1960, 1. — 13. Пушкин В. З., Лебедев В. Н. и Моспанов Л. С. Вопр. ревм. 1963, 1. — 14. Ревматизм и другие коллагеновые болезни. Методические указания. М., 1961. Гос. науч.-иссл. ин-т ревмат. — 15. Рынская Л. М. Тер. арх. 1961, 1. — 16. Соколова-Пономарева О. Д. Тр. научн. сесс. по пробл. ревмат. М., 1959. — 17. Тихонов В. А. Клини. мед. 1959, 5. — 18. Шакирянова Р. М. Казанский мед. ж. 1960, 2. — 19. Шор М. Б. Вопр. охр. матер. и дет. 1962, 5. — 20. Янбаева Х. И. Вопр. ревм. 1963, 3. — 21. Adams F. H., Kelley V. C., Dwan P. F. a. oth. Pediatrics, 1951, v. 7. — 22. Ayala W., Moore L., Hess E. J. Clin. Invest. 1951, v. 30. — 23. Hess a. oth. J. Clin. Invest., 1957, v. 36. — 24. Kelley V. C., Adams F. H., Good R. A. Pediatrics. 1953, v. 12, 6. — 25. Niazi S., State D. Cancer Research, 1948, v. 8. — 26. Wood H. F. Am. J. Med. 1954, 17.

Поступила 29 декабря 1963 г.

УДК 616—002.77

РЕВМАТИЗМ У ПОДРОСТКОВ

А. И. Шварева

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Ревматизм у подростков имеет целый ряд характерных особенностей.

По наблюдениям Е. И. Цукерштейна, у больных ревматизмом подростков реже, чем у младших детей, выражены поражения сердца в виде эндокардита (86,6%) с ранним формированием порока сердца и нарушением кровообращения. С каждой атаккой поражения со стороны сердечно-сосудистой системы нарастают.

Многие ревматические сердечно-сосудистые нарушения проявляются у подростков слабо выраженными симптомами, что ведет к позднему распознаванию болезни. Автор

указывает, что 65% больных подростков были выявлены только во время медицинского осмотра.

У подростков, больных ревматизмом, имеется ряд симптомов, связанных с изменениями вегетативной нервной системы. Они обычно жалуются на общую слабость, раздражительность, легкую возбудимость, плаксивость, быстрые смены настроения, потливость, плохой сон, понижение аппетита. Примерно у половины отмечается увеличение щитовидной железы, которое вероятнее всего имеет временный, возрастной характер.

Описание течения ревматизма у подростков имеется и в работах Р. А. Калужной. Автор выделяет следующие возрастные особенности у подростков, оказывающие влияние на проявления ревматизма. В связи с усиленным ростом изменяется структура миокарда — нарушается обычное соотношение между нервными волокнами и мышечными клетками (В. И. Пузик и А. А. Харьков). Происходят изменения в вегетативной нервной системе, выражающиеся в повышении тонуса ее симпатического отдела. Относительная узость кровеносных сосудов способствует гипотрофии сердца, вследствие чего такое увеличение сердца возрастного характера расценивают как симптом его ревматического поражения.

Межприступный период ревматизма у подростков протекает с симптомами, указывающими на продолжающуюся активность процесса. Больные жалуются на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, боли в сердце и одышку. В этом периоде в большинстве случаев и формируется порок сердца. Особенностью ЭКГ является частое отклонение оси сердца влево, удлинение систолы и увеличение систолического показателя.

Автор указывает, что ревматизм у подростков нередко имеет непрерывно рецидивирующее течение, с быстрым развитием расстройств кровообращения, что через 1—2 года приводит к летальному исходу при явлениях тяжелой сердечной декомпенсации.

В отношении частоты заболеваний подростков ревматизмом по сравнению с детьми младшего школьного возраста данные разных авторов разноречивы.

На основании многочисленных обследований состояния здоровья школьников Москвы Б. Г. Лейтес приходит к выводу, что заболеваемость ревматизмом у подростков, начиная с 14—15 лет, меньше, чем у учащихся младших классов. У выявленных при обследовании больных ревматизмом старших школьников наблюдались либо законченный порок сердца с более или менее выраженными склеротическими явлениями в миокарде, либо обратное развитие не оформившихся в порок поражений клапанов.

Наблюдения других авторов приводят к иным выводам. Так, О. М. Кондратьева по материалам своих обследований школьников Алма-Аты нашла, что среди подростков заболеваемость ревматизмом оказалась выше, чем среди учащихся младших классов (4,8% против 3,4%). Аналогичные данные приводит А. Ф. Дьяченко. Обследовав несколько тысяч школьников, она выявила среди подростков 14—15 лет больше больных ревматизмом, чем среди 7—9-летних (2,7% против 0,85%).

За 1950—1961 гг. под нашим наблюдением было 243 подростка, больных ревматизмом (мальчиков — 104 и девочек — 139). Почти у половины начало заболевания связано с ангиной (у 120). Интервал между ангиной и наступлением ревматической атаки часто составлял всего 7—10 дней, реже — несколько недель. 50 детей перенесли скарлатину, 22 — грипп. 5 детей перенесли перед заболеванием травму, 4 — оперативное вмешательство (3 — тонзиллэктомию и 1 — аппендэктомию), у 4 было резкое охлаждение. 99 подростков находились в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, у 12 имелся контакт с больным туберкулезом. Семейный ревматизм отмечен у 31 (12,7%), у 24 ревматизмом болела мать. Более чем у половины детей имелось сочетание нескольких неблагоприятных факторов.

Сопутствующие заболевания имелись у 160 (64,5%) больных: аскаридоз — у 55, бронхоаденит — у 44, хронический тонзиллит — у 43. Реже были пиодермия, отит, назофарингит. Инфекционный индекс составлял 3,4.

70 подростков поступили в клинику с первой острой атакой ревматизма, 160 — с повторной, у 13 процесс протекал бесприступно.

Клинические формы поражения сердца у подростков были различны. Чаше всего был эндомиокардит (у 57%); реже — миокардит (34,8%) и панкардит (8,2%). Пороки сердца были сформированы у 99 (33,7%) больных. У всех было поражение митрального клапана, у 15 подростков оно сочеталось с поражением аортального и у 2 — с поражением трехстворчатого. Нарушения кровообращения имелись у 105 больных (43,2%), I ст. — у 59, II ст. — у 26 и III ст. — у 20.

Внесердечные поражения: хорея наблюдалась у 58 больных, энцефалит — у 1, психические расстройства — у 8, эпилепсия — у 1, абдоминальный синдром — у 22, пневмония — у 36, плеврит — у 13, нефрит — у 5, нефрозо-нефрит — у 5, пиурия — у 4, полиартрит — у 43, артралгия — у 140, ревматические узелки — у 6, аннулярная эритема и крапивница — у 12, носовые кровотечения — у 11.

У 136 (60%) подростков заболевание началось остро, у остальных 97 (40%) — постепенно.

При поступлении в клинику у 55,2% больных было тяжелое состояние, у 37% — средней тяжести, у 7,8% — удовлетворительное.

У подростков с преимущественным поражением сердца имелось много различных жалоб. Чаще всего они жаловались на одышку (76 больных), на боли в сердце (52), на головные боли (48), на сердцебиение (32), отсутствие аппетита (30), на общую слабость (29).

У 75 подростков физическое развитие отставало от возрастных норм, 85 были очень бледны; у 49 отмечалась цианотичность кожных покровов. Тахикардия была у 67, брадикардия — у 17, аритмия — у 47 больных, АД было повышено у 33, понижено — у 93.

Перкуторно границы сердца были увеличены у 152; левая — у 88, в поперечнике — у 12, сердце было увеличено во все стороны у 32 больных. У всех тоны сердца были глухие. При поражении эндокарда шум заглушал тоны и иррадиировал влево и на сосуды. При поражении перикарда состояние больных было резко нарушено, границы сердца значительно расширены, сердечный толчок ослаблен, резко нарастала глухость тонов сердца, выслушивалось кратковременное появление шума трения перикарда.

Рентгеноскопия показала, что у 105 больных были изменены границы сердца: левая — у 42, правая — у 4, сердце было расширено в поперечнике у 17, все границы расширены (при перикардите) у 17 больных, у 25 талия была сглажена или выбухала. Наиболее частыми рентгенологическими симптомами являлись: расширение левой границы, сглаженная талия. Изменение пульсации отмечалось у 25 больных, ослабление — у 6, учащение и усиление — у 19. Пульсация сердца была ослаблена у 6. У части больных в связи с тяжелым состоянием рентгенологическое обследование не производилось.

У 86 больных (68%) имелась лейкопения, а у 41 — лейкоцитоз (32%). Частым и выраженным симптомом было ускорение РОЭ (у 162 больных — 69,5%). У 12 больных РОЭ была 3—4 мм при резком нарушении кровообращения. Анемия была у 16 больных.

Баночная проба была поставлена у 36, у 28 она была положительной, из них у 20 — резко положительной, у 1 — слабо положительная.

Исследования мочи выявили у 42 больных наличие белка, у 54 — лейкоциты и у 36 — эритроциты в осадке. Эти отклонения от нормы имели непостоянный характер. Выраженная пиурия наблюдалась у 8, нефрит — у 5, нефрозо-нефрит — у 5 больных. По мере улучшения в течении ревматического процесса патологические явления со стороны почек также претерпевали обратное развитие.

Чрезвычайно часто (у 75,3%) имелись поражения серозных оболочек, брюшины, плевры, перикарда и суставов, что резко ухудшало клиническую картину, ведя к значительному токсикозу и падению сердечно-сосудистой деятельности.

Поражение суставов отмечено у 148 больных. Все жаловались на боли. У большинства они носили характер артралгии, и лишь у 48 суставы опухали, у 8 из них они были горячи на ощупь. У 14 подростков в начале заболевания боли локализовались в нижнем отделе позвоночника, у 13 — в поясничном, у 9 — в тазобедренных суставах, у 1 — в пятке, у 1 — в суставах, причем боль сопровождалась ощущением жжения.

Явления со стороны суставов обычно продолжались 6—7 дней, иногда несколько больше, но имели рецидивирующий характер. Нередко обострению суставных явлений предшествовал абдоминальный синдром. У всех наблюдавшихся нами подростков при полиартрите было поражение и сердца.

Нервная форма ревматизма наблюдалась у 68 подростков. У 58 она протекала в форме хорей (24%), у одного был энцефалит, у одного — эпилепсия, у 8 — психические расстройства.

Из числа 58 больных хорей у 31 заболевание началось остро, у 27 — постепенно. При поступлении у 40 больных было тяжелое состояние, у остальных — удовлетворительное. У всех больных наблюдались гиперкинезы и мышечная гипотония. У подавляющего большинства (82%) была нарушена координация движений и изменены сухожильные рефлексы (69,9%). Речь была нарушена у 48,2% подростков. Изменения характера отмечались у 43,1%. Почти у всех этих больных (89,9%) было поражение сердца различной степени. У 36 был миокардит, у 15 — эндомиокардит. Сформированные пороки сердца были у 9.

У 6 была артралгия, у 4 — полиартрит.

У единичных больных бывали носовые кровотечения (у 3), аллергические сыпи, эритема (у 2), астеническое состояние, головные боли.

У 29 из числа больных хорей отмечалась лейкопения, у 3 — лейкоцитоз; РОЭ у 26 больных была ускорена; у 19 больных бывали временные патологические изменения мочи — следы белка, эритроциты, лейкоциты, у 2 — пиурия, у 4 — нефриты, у 9 — небольшое увеличение печени.

На ЭКГ наиболее часто обнаруживались симптомы нарушения проводимости, затем нарушения сердечного ритма и реже — симптомы гнездного поражения миокарда. Все перечисленные признаки нередко сочетались у одного больного, что указывало на значительные изменения миокарда.

В более ранние сроки болезни на ЭКГ выявлялись изменения сердечного ритма. На повторных ЭКГ найдены длительно сохраняющиеся нарушения проводимости.

Из числа 243 лечившихся в клинике подростков, больных ревматизмом, с улучшением было выписано 225 (92,4%), без улучшения — 6 (2,7%), умерло 12 (4,9%).

Расхождение поликлинического диагноза с клиническим было в 13%.

ВЫВОДЫ

Ревматизм у подростков имеет свои особенности. Поражения сердца с вовлечением перикарда и развитием панкардита наблюдались почти в 4 раза чаще (секционные данные), чем у детей младшей (3—7 лет) и средней (8—12 лет) возрастных групп.

Более чем у половины подростков поражение митрального клапана было в виде недостаточности и стеноза; встречалось и сочетание с поражением аортального и трехстворчатого клапанов. Много чаще, чем в младшей и средней группе детей, у подростков наблюдались нарушения кровообращения, нередко II и III степени.

Из внесердечных поражений чаще всего имели место явления со стороны суставов, но и они в подавляющем большинстве случаев проявлялись лишь в виде артралгии. Значительно реже, чем у детей 8—12 лет, ревматизм у подростков протекает в форме хорей, лишь у отдельных подростков имелись психические расстройства.

Самочувствие больных подростков было нарушено больше, чем у детей других групп, жалобы были самые разнообразные, больше всего больных беспокоили сердцебиения и одышка.

Летальность в подростковой группе была высокая — 4,9%, поскольку у больных этого возраста чаще, чем в других возрастных группах, имелись тяжелые поражения сердца (панкардит, комбинированный порок с явлениями декомпенсации II и III степени).

Большую роль в тяжести течения ревматизма у подростков, несомненно, играет давность заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калюжная Р. А. Педиатрия, 1957, 12.— 2. Нехтман И. Н. Педиатрия, 1952, 4.— 3. Пузик В. И., Харьков А. А. Возрастная морфология сердечно-сосудистой системы человека, Медгиз, М.—Л., 1948.— 4. Цукерштейн Е. И. Клиническая медицина, 1953, 11.

УДК 616—002.77

ОПЫТ АКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ¹

В. А. Зверева

Ревматологический кабинет 4-й объединенной детской больницы г. Казани (главврач — Р. Х. Савенкова) и кафедра пропедевтики детских болезней (зав. — проф. Г. А. Макарова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В настоящее время большинство отечественных и зарубежных авторов рассматривают ревматизм как инфекционно-аллергическое заболевание. Тесная связь острых и хронических стрептококковых инфекций с ревматизмом общезвестна (Д. Д. Лебедев, А. В. Долгополова, Е. И. Волкова, Лоренц, Столлерман и другие). Для предупреждения рецидивов ревматизма в настоящее время эффективной считается медикаментозная профилактика и, в частности, препараты пенициллина пролонгированного действия.

Работа по профилактике ревматизма была начата нами весной 1961 г. и проводится с этого времени 2 раза в год: в марте-апреле и в сентябре-октябре.

В связи с трудностями, возникающими при проведении 6-недельного курса противорецидивного лечения, мы сочли возможным испытать у детей школьного возраста эффективность курса длительностью в 3 недели, сохранив 6-недельные для детей до 7 лет.

¹ Доложено в обществе детских врачей г. Казани 12/III-64 г.