

ДИАГНОСТИКА РЕВМАТИЗМА У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

А. М. Спектор

Зав. кардиологическим отделением Городской больницы № 2
(главрач — Е. Н. Чарчян) г. Сочи

В прошлом ревматизм считался болезнью молодых. Сейчас ревматизм «постарел». Среди наблюдавшегося нами 5241 сердечного больного (1953—1963) ревматизм (все возрасты) занимал 39,3%, а ревматизм у больных старше 50 лет — 5,1%.

Вопросы диагностики в таких случаях приобретают первостепенное значение. Ввиду редкости суставных форм основываться нужно на особенностях сердечных поражений. Данные о распространении ревматизма среди пожилых людей весьма противоречивы.

За последние 11 лет в нашем стационаре лечился 2061 больной ревматизмом, среди них в возрасте 50 лет и старше было 270 человек (13,1%). У 83 больных (34%) диагноз ревматизма подтвержден на аутопсии.

Большинство больных с ревматическими пороками сердца в пожилом возрасте имеют поражение митрального клапана.

По нашим данным, сочетанный порок митрального клапана был у 53,7%, митрально-аортальные пороки — у 17,8% (но в группе погибших от ревматизма — у 24,1%).

Поражение других клапанов сердца обычно только сопутствует митральному пороку.

Диагностика ревматического, а не склеротического порока сердца часто помогает понять другие патологические явления, имеющиеся у больного.

Изолированное ревматическое поражение аортального клапана встречается у пожилых очень редко (на нашем секционном материале всего у трех больных, причем все они были в возрасте 50—53 лет).

Однако возраст больного (как бы велик он ни был) не исключает ревматической этиологии порока. Среди наших больных 7 человек (2,6%) были 80 лет и старше, из них одному — 87 лет (сочетанный митральный порок).

Ревматическую недостаточность митрального клапана особенно трудно установить в пожилом возрасте. «Чистая» или превалирующая недостаточность митрального клапана встретила у 46 наших больных (17%).

Ревматическая недостаточность митрального клапана характеризуется довольно длинным, обычно хорошо и далеко передающимся в подмышечную область систолическим шумом. Очень грубый шум — редко ревматического происхождения.

Очень резкие степени недостаточности митрального клапана у стариков не встречаются, а очень небольшая степень — довольно часто. Чрезвычайно важно следить за больным в динамике: при поступлении в стационар шум нередко вовсе не прослушивается или он ничтожен. На первом плане — выраженная недостаточность кровообращения. В результате интенсивного лечения состояние больного улучшается, недостаточность кровообращения уменьшается, и тогда появляется или резко усиливается систолический шум. На этот феномен следует обратить особое внимание — он зарегистрирован у 19% наших больных.

Наличие акцента II тона на легочной артерии имеет меньшее значение, особенно при выраженной эмфиземе легких. Очень важно появление второго шума — мы наблюдали это у 66 больных (24,4%). При наличии двух шумов вопрос должен быть решен скорее в пользу ревматизма, особенно это касается митрального клапана.

Рентгенологическое исследование играет более значительную роль в диагностике превалирующей недостаточности митрального клапана (определенные указания у 62 больных), чем ЭКГ (у 29 больных). Следует искать рентгенологические признаки гипертрофии левого желудочка, а также сглаживания талии сердца.

Во втором косом положении имеет значение увеличение левого предсердия. Фонокардиография дополняет аускультацию: характерен I тон со сниженной амплитудой и систолический шум — сплошная группа разной высоты колебаний.

Неревматическая недостаточность митрального клапана сама по себе не является причиной недостаточности кровообращения. Систолический шум на верхушке сердца не бывает очень длинным и не проводится далеко влево. I тон в этих случаях обычно не приглушен, а акцент II тона чаще на аорте, а не на легочной артерии.

При выраженном кальцинозе клапанов вся аускультативная картина приближается к ревматической недостаточности: талия сердца сглаживается, систолический шум бывает длинным и грубым («слишком» грубым), но акцент II тона на легочной артерии очень слаб. Такая диссоциация не характерна для ревматизма.

Точное установление наличия митрального стеноза у пожилого человека, особенно без поражения других клапанов, равноценно диагнозу «ревматизм».

Склеротические митральные стенозы нам ни разу не встретились. Среди 83 секционных случаев ревматизма «чистый» или резко превалирующий митральный стеноз встретился у 8 больных.

В пожилом возрасте глухость тонов сердца, особенно I тона, встречается очень часто — это зависит от кардиосклероза. Усиление I тона на верхушке должно обратить на себя внимание, особенно при исключении гипертонии большого круга.

Усиленный и «хлопающий» I тон найден у 42,2% наших больных. В группе больных хирургическим митральным стенозом в молодом возрасте Л. Б. Крылов нашел «хлопающий» I тон у 78%. Эта разница, по-видимому, объясняется сравнительной редкостью резко превалирующих митральных стенозов у стариков (на нашем секционном материале — 9,6%). Очень высокая степень аортального стеноза встречается еще реже (у 4 на 83 аутопсии).

Раздвоение II тона на легочной артерии при митральном стенозе у стариков бывает не всегда. Пресистолический шум мы прослушивали только у 27 больных, но у пожилых ревматиков частота мерцания предсердий гораздо выше (у наших больных — в 43,3%), чем у молодых больных.

Частота мерцания предсердий с возрастом быстро растет, особенно при чистом митральном стенозе.

Рентгенологическая картина при митральном стенозе у пожилых не имеет, по нашему мнению, каких-либо особенностей по сравнению с аналогичными больными в молодом возрасте. ЭКГ и ФКГ в диагностике митральных стенозов играют гораздо большую роль, чем при недостаточности митрального клапана. Определенные указания на наличие митрального стеноза ЭКГ дала у 45 пожилых больных, а рентгенологическое исследование — только у 8. Электрическая ось сердца в пожилом возрасте обычно склоняется влево (Г. Л. Лемперт, К. И. Пархон, Р. Вернант, Л. И. Фогельсон, Р. Д. Бетельман, Д. С. Какиашвили).

Наличие правограммы или правогоклонения электрической оси сердца (если нет признаков легочного сердца) может быть относительным признаком митрального стеноза.

ЭКГ-признаки перегрузки правого сердца найдены нами у 51 больного. Выраженная гипертрофия правого желудочка редка при митральном стенозе, еще реже встречается очень большое расширение левого предсердия. Из 270 наших больных так называемая атриомегалия встретилась у одной — левое предсердие имело размеры $12 \times 10 \times 8$ см.

Наличие текущего ревмокардита тем труднее определить, чем старше больной.

У больного И. М., 68 лет, ни биохимические исследования, ни картина крови, ни температура, ни ЭКГ не давали повода думать о резко выраженном ревматическом эндомикардите. Больной пробыл в стационаре только одиннадцать дней. На вскрытии, кроме митрального порока с преобладанием стеноза, найден рецидивирующий ревмокардит со свежими бородавчатыми наложениями на митральном клапане.

Предполагать наличие текущего процесса можно было: больной поступил в сравнительно удовлетворительном состоянии без большой недостаточности кровообращения. А затем (на фоне лечения!) декомпенсация быстро увеличилась и наступила смерть.

«Немотивированная», резистентная к лечению недостаточность кровообращения — один из важнейших признаков текущего ревматического процесса.

Такая прогрессирующая декомпенсация наблюдалась у 37 наших больных с активной фазой ревматизма.

Суставные поражения (полиартрит и полиартралгия) как признак эндомикардита встретились у 78 больных (28,8%), повышение температуры тела ($> 37^\circ$) — у 143 (53%).

Из биохимических тестов дифениламинная реакция (> 200) значительно чувствительнее (49%), чем определение фибриногена плазмы (> 470 мг%) — 7,7% всех больных с активной фазой. Удлинение интервала PQ (10,7%) и меняющаяся длительность его (12,2%) также играют роль в диагностике ревмокардита.

Тахикардия при наличии декомпенсации говорит больше о ее степени, чем о самом текущем процессе.

Самые распространенные тесты — ускорение РОЭ и лейкоцитоз — имеют меньшее значение, чем им придается (Е. К. Бабаева и Г. Я. Зелова, Ю. Л. Анин).

На нашем материале при гистологически доказанном текущем процессе ускорение РОЭ (> 16 мм/час) и количества лейкоцитов (> 8000) найдено только у 50% больных.

Данные о частоте текущего ревматического процесса у пожилых больных противоречивы. По данным китайских авторов — у 5% (лица старше 60 лет), по В. Г. Гладких, вспышка текущего процесса зарегистрирована в 80,8% (лица старше 45 лет). Ю. М. Бала собрал 20 секционных наблюдений ревматизма у лиц старше 45 лет, из них у 18 обнаружен текущий процесс.

На нашем материале (83 секции) у лиц 50 лет и старше текущий ревматический процесс обнаружен у 38 (45,7%). В случаях смерти пожилых ревматиков при наличии ревмокардита эмболические осложнения очень часты: инфаркт легких найден на вскрытии у 8, инфаркт сердца — у 2, эмболия сосудов головного мозга — у 2 больных. Эмболия подвздошной артерии, эмболия бедренной артерии, тромбоз эмболии аорты и под-

вздошных артерий, свежие инфаркты почек — по одному наблюдению. Таким образом, эмболические осложнения найдены у 16 больных из 38.

Анамнестические данные в диагностике ревматизма у пожилых играют скромную роль. Основные причины этого — отдаленность первых проявлений ревматизма и склероз сосудов мозга с ослаблением памяти. О. Janton, R. Glover, T. O'Neil наблюдали 20 больных ревматизмом старше 50 лет. Только у 8 из них были указания в анамнезе на ревматизм. Самый категорический отрицательный ответ не исключает наличия ревматизма: из 270 наших больных ревматизм в анамнезе был у 173 (64%). Среди умерших от ревматизма 83 пожилых больных ревматизм в анамнезе был только в 54,2%.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время ревматизм — нередкое заболевание у лиц старше 50 лет.
2. В пожилом возрасте наиболее часто встречается ревматическое поражение митрального клапана. Поражение других клапанов сердца обычно сопутствует митральному пороку.

3. В диагностике ревматизма в пожилом возрасте основываться нужно главным образом на особенностях поражения сердца. Анамнестические данные и внесердечная патология (суставные поражения) имеют гораздо меньшее значение.

4. В диагностике ревматического митрального стеноза у пожилых больных ЭКГ и ФКГ дают более важные сведения, чем рентгенологическое исследование.

В диагностике ревматической недостаточности митрального клапана — соотношение обратное.

5. Текущий ревматический процесс у пожилых больных протекает, как правило, скрыто. До настоящего времени не известно ни одного патогномоничного признака эндомиокардита. Наряду с биохимическими тестами и некоторыми ЭКГ-данными (меняющаяся длительность PQ) известную роль играет стойкость декомпенсации на фоне лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева Т. И. В кн. «Ревматизм и паразитарные заболевания». Новосибирск, 1959. — 2. Анин Ю. Л. Лаб. дело. 1964, 1. — 3. Бабаева Е. К., Зелова Г. Я. Врач. дело. 1963, 5. — 4. Бала Ю. М., Гладких В. Г. В кн. «Медленный сепсис и ревматизм». Воронеж, 1956. — 5. Ветельман Р. А. Врач. дело. 1963, 12. — 6. Гордон Ю. Н. Клини. мед. 1964, 3. — 7. Кажияшвили Д. С. ЭКГ и БКГ-изменения у престарелых лиц. Сообщения АН Грузинской ССР. 1960, 25, 3. — 8. Крылов Л. Б. Груд. хир. 1963, 3. — 9. Лемперт Г. Л. Основы электрокардиологии. Медгиз, М., 1963. — 10. Фельдман С. Б. Клини. мед. 1960, 12. — 11. Фогельсон Л. И. Клини. электрокардиография. Медгиз, М., 1957. — 12. Черногубов В. А. В сб. «Новости медицины», вып. 20 (пороки сердца). Изд-во АМН СССР, 1950. — 13. Janton O., Glover R., O'Neil T. Circulation, 1953, 8, 3. — 14. Köhler H. Die Mitralstenose und ihre Operative Behandlung. G. Fischer. Verlag, Iena, 1957. — 15. Loogen F., Panayotopoulos S. N. Dtschr. Med. Wschr. 1963, 1. — 16. Мурешан П. Сов. здрав. 1964, 2. — 17. Nelson S., Lancaster H. Med. J. Australia. 1959, 1, 6. — 18. Пархон К. И. Возрастная биология, Бухарест, 1959. — 19. Vernant P. В кн. «Основы геронтологии» пер. с фр. Медгиз, М., 1960. — 20. Weng Hsin-Chiu, Chung Huel-Zan a. oth. Clin. Med. J. 1957, 75, 8.

Поступила 29 октября 1964 г.

УДК 616.36—002—036.92

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

С. Я. Порсева

Кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. И. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При лечении детей, больных эпидемическим гепатитом, мы проводили строгий и длительный постельный режим. В диете предусматривалось исключение жира в первые дни, ограничение его в последующие и преобладание легкоусвояемых углеводов.