

ментативных и обменных процессах, о его антигистаминной и антихолинэргической роли [1, 20, 25].

Работ по применению гистидина при ревматизме в доступной нам литературе мы не встретили.

У больных, получавших и гистидин, быстрее наступало клиническое улучшение — уменьшались и проходили боли в суставах, улучшалось общее самочувствие, что, возможно, следует объяснить влиянием гистидина на гипофизарную систему, его способностью усиливать действие глюкокортикоидов.

Хотя к моменту выписки больных из клиники не у всех наблюдается нормализация показателей сосудистой проницаемости, но был замечен выраженный сдвиг в сторону нормализации этих показателей у больных, получавших гистидин. Эти положительные результаты мы склонны связать с антигистаминным действием гистидина. Результаты наших наблюдений созвучны с данными Е. П. Степанян и Г. Е. Перчиковой (1956), которые находили в крови больных в активную фазу ревматизма параллельное повышение содержания гистамина и гиалуронидазы.

Какого-либо побочного действия от гистидина мы не наблюдали. Больные переносят препарат хорошо.

Подытоживая результаты исследований, можно сказать, что для более полного выявления и оценки тех нарушений, которые происходят при ревматизме в мукополисахаридном комплексе, в показателях сосудистой проницаемости, желательное одновременное применение нескольких тестов.

Благоприятные результаты, оказываемые гистидином на клиническое течение ревматизма и на показатели сосудистой проницаемости, позволяют рекомендовать его для лечения больных ревматизмом в комплексе с другими противоревматическими средствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балаховский С. Д. Врач. дело, 1948, 6. — 2. Балахонова Н. Г. В кн.: Уч. труды Горьковского мед. ин-та, 1965, 2. — 3. Визир А. Д. Врач. дело, 1964, 7. — 4. Глухенький Г. Г. Врач. дело, 1946, 6. — 5. Гот А. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1962, 1. — 6. Демин Е. В., Сигидин Я. А. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения ревматизма (под ред. А. И. Нестерова). М., 1956. — 7. Залесский Г. Д. Ревматизм и проницаемость капилляров. Новосибирск, 1949. — 8. Залесский Г. Д., Казначеев В. П. В кн.: Симпоз. по соед. тк. Медгиз, М., 1960. — 9. Ларский Э. Г. Лаб. дело, 1957, 4. — 10. Логинов А. В., Сытинский И. А., Волынская С. Л. Вестн. дерматол. и венерол., 1963, 11. — 11. Малая Л. Т. В кн.: Ревматизм и борьба с ним. Киев, 1958. — 12. Матешвили Г. И., Багашвили С. Л., Андреева С. И. Тр. ин-та клин. и эксп. кардиол. АН Груз. ССР, 1963, 8. — 13. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. Медицина, М., 1966. — 14. Платонова-Петровская А. Ф., Рудый Р. В. Клин. мед., 1953, 11. — 15. Сигал А. Е. Врач. дело, 1956, 3. — 16. Сигидин Я. А. Проницаемость капилляров при ревматизме и инфекционном неспецифическом полиартрите по данным метода радиоактивной индикации. Автореф. канд. дисс., М., 1960. — 17. Смирнова Л. Г. ЖМЭИ, 1951, 10. — 18. Степанян Е. П., Перчикова Е. Г. Тер. арх., 1956, 5. — 19. Чазов Е. И. Тер. арх., 1956, 5. — 20. Aron E., Herschberg A. D. Schw. Med. Wochn., 1946, 76, 71—74. — 21. Duran-Raynals F. Ann. Inst. Pasteur, 1936, 57, 597. — 22. Fellinger K., Schmid J. Wien klin. Wschr., 1954, 11, 183—189. — 23. Rose B. Am. J. Med., 1947, 3, 545—559. — 24. Rose B. Ann. Rev. Med., 1951, 2, 155—178. — 25. Streja E. Obstet. si Ginecol., 1958, 6, 511—516. — 26. Rose B., Pare J. A. P., Pump K., Stanford R. L. Canad. Med. Ass. J., 1950, 62, 6—9.

УДК 616.12 — 002.77 — 612.18

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСЦЕРОКУТАННО-ВАЗОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ ПРИ РЕВМОКАРДИТАХ

*Н. П. Медведев и З. З. Алимов*

*Кафедры госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) и общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Распознавание активности ревмокардитов, особенно латентной формы, ввиду отсутствия специфической диагностики представляет значительные трудности. В результате этого больных со скрытым ревматическим процессом часто оперируют без предварительного антиревматического лечения. Поэтому своевременное распознавание латент-

ной формы ревмокардита имеет большое практическое значение в хирургии приобретенных пороков сердца.

А. И. Нестеров в 1932 г. предложил использовать для определения резистентности капилляров кожи при диагностике ревматического процесса сконструированный им прибор с ртутным манометром, который в дальнейшем получил распространение в различных модификациях. Резистентность капилляров определяется путем создания шприцем внутри чашечки, прикладываемой к коже, отрицательного давления (230—240 мм рт. ст.). Проба продолжается в течение 2 мин. Результат читают через 1—3 мин. Наиболее удобными местами для исследования считаются: передняя поверхность предплечья ближе к локтевому сгибу и пространство под ключицей вблизи грудины. Стойкость капилляров кожи оценивается по количеству и величине точечных кровоизлияний (петехий), образующихся в зоне действия вакуума. А. И. Нестеров различает 3 степени реакции: нормальную, когда количество кровоизлияний колеблется в пределах от 10 до 15; патологическую средней тяжести — от 20 до 30 петехий и патологическую — петехий так много, что их трудно сосчитать.

При обследовании больных с приобретенными и врожденными пороками сердца мы, помимо обычных приемов, использовали баночную пробу, которая, в отличие от пробы Нестерова, основывается на определении состояния тонуса сосудов в кожно-мышечной зоне сердца. Баночную пробу проводили в комплексе с пробой универсальным вакуумаппаратом (УВА). Методика пробы достаточно проста. На исследуемый участок кожи ставят банку. Для контроля ставят также банку на симметричный участок другой, здоровой стороны. При помощи вакуум-насоса одновременно создают по вакууметру установленное для данной области разрежение. Банки держат 5—10 мин. Результат определяют во время пробы, через 40—60 мин. после снятия банок и на следующий день. Интенсивность гиперемии, образующейся во время пробы, и окраски развивающейся после нее гематомы зависит от состояния тонуса, проницаемости стенки сосудов и степени развития коллатералей кожи [1]. Пробу проводили при температуре помещения в пределах 22—26°, в горизонтальном положении больного, после бритья волос и 30-минутного пребывания с обнаженной областью. Для удобства и более точного объективного анализа полученных результатов кожу исследуемых участков метили чернилами. Исследование производили одновременно в симметричных участках грудной клетки на различных уровнях в следующем порядке: под наружным краем ключицы, над III и VII ребрами по среднеключичной линии. Наиболее выраженные рефлекторные изменения тонуса сосудов кожи при заболеваниях сердца наблюдаются под наружным краем левой ключицы (зона гиперальгезии Г. И. Захарьина, 1885) и ниже до верхнего края IV ребра. Указанный участок грудной клетки соответствует зонам иннервации С<sub>4</sub>, D<sub>3-5</sub> сегментов спинного мозга [5] и D<sub>1-3</sub> симпатических узлов [3, 4]. У больных со стенозом митрального отверстия и активной формой ревмокардита баночную пробу проводили в динамике, т. е. до и после лечения ревматического процесса, а у оперированных ее повторяли через 10—40 дней после операции. Необходимость такого исследования обуславливается тем, что изменчивость местных вегетативных реакций стоит в связи с динамикой патологического процесса. Величина абсолютного давления для получения удовлетворительно выраженной реакции на коже грудной клетки у здоровых людей (12 чел.) составляет 365—420 мм рт. ст. (0,48—0,55 атм.), а у больных с митральным стенозом — 420—460 мм рт. ст. (0,55—0,62 атм.).

На основании анализа результатов баночной пробы у больных с заболеваниями сердца удалось выделить следующие степени окраски кожи после пробы: обычная, бледно-розовая, розовая, красная, темно-красная. Первые две степени реакции наблюдаются при спазме и сужении сосудов, третья — при нормальном тонусе, четвертая — при умеренном расширении сосудов, пятая — при выраженном расширении, атонии сосудов и повышении проницаемости капилляров. При пятой степени реакции гематома темно-красного цвета с фиолетовым оттенком. Выраженная атоническая реакция получается даже при уменьшенном в два раза абсолютном давлении и при сокращении времени пробы до 2—3 мин. Гематома, образовавшаяся при расширении сосудов кожи, рассасывается на 6—10-е сутки, а при атонии — на 12—16-й день.

Обследовано 67 больных с приобретенными и врожденными заболеваниями сердца. Из них с недостаточностью митрального клапана и митральным стенозом было 39, с инфарктом миокарда — 13, со стенокардией — 8, с септическим эндомиокардитом — 2, с врожденными пороками сердца — 5 (незаращение артериального протока, общий артериальный ствол, стеноз аортальных клапанов, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло). Из 39 больных с недостаточностью митрального клапана и митральным стенозом острый ревмокардит наблюдался у 8, подострый — у 12, латентный — у 6. Мужчин было 31, женщин — 36. Больные были в возрасте от 8 до 65 лет.

Диагноз ставили на основании клинического, рентгено-лабораторного, ЭКГ и ФКГ, биохимического, иммунологического исследований и данных зондирования сердца у больных с врожденными пороками сердца. В комплекс тестов для определения активности ревматического процесса входили баночная проба Вальдмана, формоловая проба, исследование общего белка, протромбина, фибриногена, реакция Таката — Ара, проба на сialовые кислоты, реакция Вельтмана, реакция на С-реактивный белок, определение титра АСЛ-О и др. Латентно текущие формы ревмокардита были распознаны на осно-

вания развития явно выраженного ревматического процесса в послеоперационном периоде или на вскрытии.

Из числа обследованных оперированы 22 больных (проф. Н. П. Медведев): по поводу митрального стеноза — 19 (комиссуротомия по Дюбо), тетрады Фалло — 1 (операция А. А. Вишневого), общего артериального ствола — 1 (пробная торакотомия), незаращения артериального протока — 1.

Нам удалось выявить фазное изменение тонуса сосудов в кожно-мышечной зоне сердца. В зависимости от характера патологического процесса, силы и продолжительности болевого раздражения наблюдается четыре вида реакции. При ревмокардитах (острый, подострый, латентный, возвратный) образующаяся при баночной пробе гематома в кожно-мышечной зоне сердца значительно интенсивнее, чем справа ( $d < s$ ), и держится дольше. При инфаркте миокарда и стенокардии, сопровождающихся сильными болями, наоборот, гиперемия или, реже, гематома слева бывает выражена слабее, чем справа ( $d > s$ ). У ряда больных со сверхсильными и продолжительными приступами инфаркта миокарда (2) и стенокардии (1) отмечается резко выраженное расширение, атония сосудов. У больных с кальцинозом в области атриовентрикулярного отверстия (6 чел.), который определялся во время операции, с ревмокардитом после антиревматического лечения и у выздоравливающих после операции наблюдается нерезко выраженная асимметрия в окраске гематом, но слева она слабее, чем справа.

Положительные результаты баночной пробы у больных данной группы следует объяснить рефлекторным сужением сосудов кожи, которое, подобно физиологическому, происходит вследствие слабого раздражения отложившимися солями, образующимся рубцом и др. изменениями нервных окончаний эндо- и миокарда. При гладком течении послеоперационного периода у больных с митральным стенозом асимметрия в окраске гематом ( $d < s$ ), наблюдающаяся в ближайшие сроки после операции, исчезает обычно, в зависимости от возраста и реактивности организма, на 15—30-е сутки, а при возвратном ревмокардите — по излечении процесса.

Баночная проба дала положительные результаты у 16 больных с острым и подострым ревмокардитом, у 6 с латентным, у 2 с септическим эндомиокардитом, у 13 с инфарктом миокарда, у 8 со стенокардией. Отрицательные результаты исследования ( $d = s$ ) получены у 7 больных с недостаточностью митрального клапана и митральным стенозом без активного ревматического процесса, у 2 с обострением сердечно-сосудистой и суставной формы ревматизма, у 1 истощенного больного с хроническим рецидивирующим ревмокардитом, недостаточностью митрального и аортального клапанов, нарушением кровообращения III ст. и у 5 с врожденными пороками сердца. При обострении сердечно-сосудистой и суставной форм ревматизма из-за повышения проницаемости капилляров образуются очень хорошо выраженные гематомы (темно-красного цвета) в исследуемых участках кожи, что и сглаживает реакцию. Поэтому у больных данной группы следует уменьшить величину разрежения внутри банок для грудной клетки до 460—545 мм рт. ст. (0,62—0,72 атм.).

Таким образом, баночная проба помогла у преобладающего большинства больных с ревмокардитом распознать наличие активного процесса и следить в динамике за эффективностью антиревматического лечения в предоперационном периоде. Наряду с другими методами она может быть использована для обследования больных с заболеваниями сердца, особенно при решении вопроса об оперативном лечении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов З. З. Клин. мед., 1962, 9; Там же, 1964, 10. — 2. Нестеров А. И. Клин. мед., 1932, 17—18. — 3. Росин Я. А. Физиология вегетативной нервной системы. Наука, М., 1965. — 4. Сепп Е. К., Цукер М. Б., Шмидт Е. В. Нервные болезни. Медгиз, М., 1954. — 5. Филимонов И. П. Руководство к практическим занятиям в клинике нервных болезней. Медгиз, М., 1956.

УДК 616.002.77 — 616 — 07

## О «ФАКТОРЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ» ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Г. С. Войцехович

Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

При ревматизме существует взаимосвязь между патологическим состоянием проницаемости кровеносных капилляров и нарушением обменных процессов в основном веществе соединительной ткани.

Исследования Дюран-Рейнальса, Мак-Клина, Г. Д. Залесского и В. П. Казначеева показали, что проницаемость соединительной ткани резко повышается под действием