

дры в большом количестве в виде детрита. При раздельном исследовании дневной и ночной мочи реакция Грегерсена положительно только в ночной порции. Окончательно диагноз подтвержден постоянным обнаружением гемосидерина в моче при многократном ее исследовании. Больной находился в клинике 44 дня. Получал стол 76, пенициллин, преднизол, нерабол, адонизид, витамины, метгониин, глюкозу внутривенно. Перед выпиской гем. 31 ед., Э. 1 330 000, тромбоциты 80 000, РОЭ 55 мм/час. В крови резко выражен анизо-пойкилоцитоз.

УДК 616.62—617.711—616.72—002

В. М. Андреев (Казань). О лечении синдрома Рейтера гризеофульвином

Как известно, уретро-окуло-синовиальный синдром (синдром Рейтера) складывается из гнойного уретрита, гнойного конъюнктивита и артрита. Вопрос об этиологии этого синдрома до сих пор остается открытым. В последнее время появились сообщения о наличии специфического возбудителя (вирус). Синдром Рейтера, по мнению большинства исследователей, является вариантом течения ревматоидного артрита.

В ряде случаев мы могли убедиться в упорстве течения заболевания при применении обычной в клинике ревматоидной терапии с введением глюкокортикоидов.

В 1968 г. Николау, Неага и Букур сообщили о благоприятном действии гризеофульвина в одном тяжелом случае синдрома Фиссенже — Леруа — Рейтера. Через 3 недели лечения гризеофульвином (ликуденом) по 1,5 в день было достигнуто выраженное улучшение: в последующие 3 недели гризеофульвин применяли по 1,0 в день, и больной выздоровел.

Мы наблюдали благоприятный эффект при применении гризеофульвина у больного с выраженным синдромом Рейтера.

У Н., 48 лет, через неделю после острой респираторной инфекции появился сильнейший гнойный конъюнктивит. Вскоре больному стало беспокоить частое болезненное мочеиспускание, обильные выделения из уретры. В это же время появились боли в левом лучезапястном, плечевых, коленных суставах, припухлость их. При обследовании в дерматовенерологическом диспансере специфическая инфекция не была обнаружена. В течение месяца больной лечился амбулаторно с диагнозом «цистит» и «полиартрит» (пенициллин, бутадиион, облучение кварцем). Затем 1,5 месяца находился в терапевтическом отделении городской больницы, где получал преднизолон (начал с 30 мг в день), реопирин, димедрол, анальгин и др., но безуспешно. Переведен в нашу клинику, где находился с 7 сентября по 22 октября.

При поступлении жаловался на боли в коленных, левом плечевом, правом лучезапястном суставах, скованность по утрам, потливость. Большой с большим трудом поднимается с постели. Правый лучезапястный сустав деформирован, движения в нем резко ограничены. Правый коленный сустав несколько припухший, движения в нем и в левом плечевом суставе вызывают резкую боль. Температура субфебрильная. Со стороны сердца, легких, органов брюшной полости особых изменений нет. На рентгенограммах пораженных суставов патологических изменений костей не обнаружено.

Лечение дексаметазоном, бутадиионом, реопирином не дало эффекта. Наконец, больному назначили гризеофульвин-форте по 0,125 г 4 раза в день. Примерно к концу 3-й недели состояние его несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, стала менее выраженной скованность по утрам, увеличился объем движения в пораженных суставах. С 4-й недели больной получал гризеофульвин-форте по 0,125 г 3 раза в день. Через 2 месяца от начала приема гризеофульвина состояние его стало хорошим. Только при длительной ходьбе отмечает тяжесть в стопах. Суставы без деформации. РОЭ 6 мм/час.

УДК 616.981.551

С. С. Валитов, В. М. Фишелев, О. Н. Магер (Казань). Реанимация при генерализованном столбняке

Специфическая профилактика столбняка путем активной и пассивной иммунизации, как показывает опыт, решена блистательно. Но в целом проблема остается нерешенной, так как эффективной терапии нет, и в каждом случае общего столбняка прогноз остается сомнительным. Лечение по существу начинается только тогда, когда уже произошла фиксация токсина в тканевых структурах и когда ликвидация возбудителя и образуемого им свободного токсина уже не может оборвать цепного процесса развития болезни. Этиологическая терапия здесь не играет существенной роли. Центр тяжести переносится на терапию патогенетическую, в которой важное место отводится неспецифическим реанимационным мероприятиям.

Приводим наше наблюдение.

Г., 43 лет, доставлена 29/IX 1970 г. в 15 час. 15 мин. с диагнозом: столбняк. 18/IX больная упала и получила ушибленную рану затылочной области головы. Никуда не обращалась, продолжала работать. Вынуждена была обратиться к хирургу лишь 23/IX, на 6-е сутки, когда из раны появились гнойно-кровянистые выделения с неприятным запахом. Рана была обработана хирургом. Хирург не считал нужным вводить ПСС, так как 4 месяца назад больной была введена ПСС в связи с переломом ключицы.