

Эффективность длительного лечения

Результат лечения	Группы больных		
	основная через 5—7 лет	контроль- ная	основная через 8—10 лет
Хороший	32	2	19
Удовлетворительный	40	17	35
Неудовлетворительный	8	6	16
Всего больных	80	25	70

(остеоартроз). У этих больных отмечалась хорошая переносимость препаратов длительного действия (хинолиновых, солей золота).

В группе больных с неудовлетворительным результатом лечения (16 чел.) наблюдалось неуклонное прогрессирование заболевания, у 5 больных произошла трансформация заболевания в суставно-висцеральную форму (поражение почек, органов ретикуло-эндотелиальной системы, серозных оболочек). В ряде случаев у больных процесс принял непрерывно-прогрессирующее течение с усилением признаков активности заболевания, захватом большого числа суставов. Половина больных поступила под наблюдение Института ревматизма с давностью заболевания свыше 5—7 лет, когда уже имелись выраженные пролиферативные изменения в суставах, контрактуры, а при рентгенологическом исследовании отмечались признаки II—III или II стадии. У части больных заболевание с самого начала приобрело характер быстро прогрессирующего, со стойко высокими титрами ревматоидного фактора в крови уже в первые годы болезни. Более половины больных находилось на длительной стероидной терапии, у трети больных обнаружена непереносимость препаратов длительного действия. Следует отметить, что у 6 больных с неудовлетворительными результатами лечения в первые 5—7 лет наблюдения было медленно прогрессирующее течение, и только в последние 2—3 года заболевание стало быстро прогрессировать, у 2 больных это совпало с климатическим периодом.

Проведенные наблюдения показывают важную роль курортной терапии в этапном лечении больных инфекционным неспецифическим полиартритом. Лучшие результаты достигнуты у больных с небольшой давностью болезни (I и I—II стадиями), низкой активностью процесса, что свидетельствует о большом значении раннего выявления больных с начальными признаками болезни и включения их в систему этапного лечения. Относительно высокий процент неблагоприятных результатов лечения обязывает совершенствовать методы лечения на всех этапах.

УДК 616—002.77—615.361

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЗМА ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Н. В. Старкова

*Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. В. Е. Анисимов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова. Научный руководитель — проф. З. И. Малкин*

Гормональные препараты находят широкое применение при лечении ревматизма. Известно, что кортикостеронды, являясь веществами катаболического действия, вызывают угнетение иммунологических реакций. При этом в некоторых случаях возможно снижение общих защитных сил организма. За последние годы при лечении ряда заболеваний нередко одновременно с кортикостероидами применяются анаболические стероиды. Вместе с тем, по заключению Б. Я. Резник и М. С. Дац-Эпштейн, анаболические препараты не могут заменить собой никакие лекарственные средства и являются лишь дополнением к обычной комплексной терапии.

Мы изучали влияние кортикостероидных гормональных препаратов и анаболов на образование антител (титр антистрептолизина-О) и динамику стрептококкового антигена, а также особенности клинической картины при присоединении анаболических препаратов. Всего нами было обследовано 56 человек с активными формами ревматизма:

10 с ревматическим полиартритом, 20 с различными поражениями клапанного аппарата с II-III ст. и 26 со II—III ст. Титр АСЛ-О мы определяли по методу Рэнца и Рэндэл, модифицированному в институте им. Гамалея, стрептококкового антигена — по методике В. И. Иоффе в модификации И. М. Лямперт. Стрептококковый антиген и титр АСЛ-О исследовали в динамике по 4—6 раз у каждого больного.

После пенициллинотерапии титр стрептококкового антигена снижался в 85% ($P < 0,05$).

Аналогичные нашим данные получены и другими авторами. Только в 15% не было выявлено снижения уровня стрептококкового антигена (возможно, в связи с тем, что в этот период больным проводили санацию очаговой инфекции). В последующем наблюдаемые нами больные получали десенсибилизирующие препараты. Под влиянием лечения кортикостероидами дальнейшее понижение концентрации стрептококкового антигена произошло в 63%. В 31,5% кортикостероидная гормональная терапия не дала снижения концентрации стрептококкового антигена, а в 4,5% отмечалось его повышение.

13 чел. после пенициллинотерапии получали одновременно с кортикостероидными гормональными препаратами анаболические гормоны: метилтестостерон, метиландростендиол, неробол. В результате лечения титр антигенного раздражителя отчетливо снизился ($P < 0,02$).

Применение кортикостероидных гормональных препаратов нередко приводит к активации очаговой инфекции. Возможно, этим объясняется недостаточно отчетливое снижение титра стрептококкового антигена. При присоединении к кортикостероидным гормональным препаратам анаболических препаратов снижение концентрации стрептококкового антигена было более выражено. Вероятно, это можно объяснить корригирующим влиянием анаболических препаратов при одновременном применении кортикостероидных гормонов. Снижение титра АСЛ-О после пенициллинотерапии отмечено в 52%, в 48% титр АСЛ-О не изменился. Так как под влиянием пенициллинотерапии уменьшается содержание стрептококкового антигена, понижение в ряде случаев титра АСЛ-О можно объяснить уменьшением стимулирующей роли антигена на продукцию антител.

Под воздействием проведенного после пенициллинотерапии лечения кортикостероидными гормональными препаратами в 84,8% наступило отчетливое снижение титра АСЛ-О, оказавшееся статистически достоверным ($P < 0,001$). В 15,2% титр АСЛ-О остался на прежнем уровне.

12 чел. после пенициллинотерапии получали кортикостероидные гормональные препараты в сочетании с анаболами. При этом снижение титра АСЛ-О наблюдалось намного реже, чем при изолированном применении кортикостероидных гормональных препаратов: в 58,1%; в 41,9% он не изменился. Снижение титра АСЛ-О при применении анаболов и кортикостероидных гормонов было статистически недостоверно ($P = 0,1$).

Мы проследили также, как изменяется титр АСЛ-О в зависимости от величины антигенного раздражителя. Параллельное снижение титра АСЛ-О и стрептококкового антигена зарегистрировано у 30 из 50 обследованных, у 6 (12%) вначале из сыворотки крови исчезал стрептококковый антиген, затем нормализовался титр АСЛ-О. У этих больных мы не отмечали декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности, реактивность организма не была резко пониженной. У 14 больных (28%) обращало на себя внимание несоответствие между величиной титра АСЛ-О и концентрацией стрептококкового антигена (низкий титр АСЛ-О и высокий уровень антигена). Это были больные, находящиеся в состоянии анергии, с декомпенсацией II и III степени.

Нами было также установлено, что при лечении кортикостероидными гормональными препаратами в большинстве случаев снижается содержание γ -глобулиновых фракций. Наши выводы совпадают с данными Х. И. Сейфулла, И. Е. Ковалева, Р. Д. Сейфулла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Резник Б. Я., Дац-Эпштейн М. С. Педиатрия, 1969, 10.— 2. Сейфулла Х. И., Ковалев И. Е., Сейфулла Р. Д. Фармакол. и токсикол. 1967, 5.

УДК 616.24—002—616.24—002.5

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ АКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

Н. А. Зарубина

*Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза
(директор — академик АМН проф. Н. А. Шмелев)*

Хроническая пневмония — полиэтиологическое страдание. По мнению большинства исследователей, среди факторов, предрасполагающих к ее возникновению, на первом месте стоит острая пневмония, на втором — хронический бронхит. Немаловажное значе-