

Титр противострептококковых антител при непрерывно текущем процессе был невысоким. У 6 больных, находившихся в крайне тяжелом состоянии, вообще не было отмечено повышения АСЛ-О и АДНК-аз, 3 из них в дальнейшем умерли.

Диагностика вялотекущего ревматизма представляет большие трудности, так как клинические проявления его на первых порах не всегда убедительны, и подчас трудно решить вопрос о начале заболевания.

У 15 наблюдавшихся нами больных было вялое течение ревматизма. У 11 из них отмечена минимальная степень активности болезни, у 4 — умеренная. У всех больных этой группы заболеванию сопутствовала очаговая стрептококковая инфекция, у всех выявлены прогрессирующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У 2 больных была недостаточность митрального клапана, у 3 — сочетанные пороки, у 2 — хорей. И в этой группе у 14 больных обнаружен ПСА, но концентрация его, сравнительно с предыдущими группами, была более низкой — у половины не превышала 1—2 разведений сыворотки. У 4 больных результаты исследования на антиген в начале лечения были отрицательными, но у 3 из них он был обнаружен в дальнейшем (все лечились преднизолоном). Титры АСЛ-О не превышали 500 ед., АДНК-азы — 1:60 ед.

Все больные получали длительную антибактериальную терапию (в комплексе с десенсибилизирующей). К концу лечения титры антител пришли к норме; антиген в сыворотке крови оставался у 9 больных и при выписке.

С латентным ревматизмом было 3 больных, у 1 из них ПСА не был обнаружен, у 1 был установлен в невысоком титре, у одной девочки недостаточность митрального клапана выявлена после перенесенной скарлатины, титр антигена найден у нее в высокой концентрации.

16 больных обследованы в послеприступном периоде болезни через 1—3 месяца после выписки из стационара, 14 — после первой атаки, 2 — после повторных. У 12 из них обнаружен стрептококковый антиген, в том числе у 7 — в разведении сыворотки 1:80 и 1:160. Отмечено, что если антибактериальная терапия не прерывалась после выписки (бициллин), антиген или не обнаруживался, или титр его был в первом разведении сомнительным, невзирая на наличие очаговой стрептококковой инфекции.

С неактивным ревматизмом было 22 больных. У 6 был выявлен стрептококковый антиген, у 4 наблюдалось повышение АСЛ-О при отсутствии антигена в сыворотке крови. У 11 больных этой группы сопутствующей патологией были или фарингит, или хронический тонзиллит, или кариес, но очаги инфекции, как правило, подвергались санации либо были уже санированы.

Результаты наших наблюдений свидетельствуют о высоком иммунологическом неблагополучии при ревматизме у детей. Об этом говорят высокая отягощенность очаговой стрептококковой инфекцией, повышение титра полисахаридного стрептококкового антигена и антител к токсинам и ферментам стрептококка.

Поступила 31 января 1974 г.

УДК 616.13—002—612.014.4

БАРОТЕРАПИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Доц. И. Р. Шагаров, Ф. А. Карзбаев

*Клиника факультетской хирургии (зав. — проф. У. А. Алексеев) Башкирского
медицинского института*

Многие авторы, имеющие опыт лечения больных баропроцедурой, указывают на улучшение коллатерального кровообращения в конечностях при тромбооблитерирующих заболеваниях.

Местная баротерапия проведена нами 305 больным с окклюзионным поражением артерий конечностей, из них 50 — в стационарных условиях. У всех больных до начала баротерапии мы исследовали сердечно-сосудистую и свертывающую системы крови, после чего устанавливали показания для лечения. Первые 2—3 сеанса баротерапии длились по 10 мин. при режиме разрежения в камере до 800—900 мм (693—680 мм рт. ст.), последующие 17 сеансов — по 15—25 мин. на каждую конечность при режиме 1600 мм (до 628 мм рт. ст.). Баропроцедуры проводили на фоне медикаментозного лечения депо-падутином или но-шпы, никотином, никотиновой кислотой, витаминами группы В в инъекциях, фенталамином-гидрохлоридом, пахикарпином и антикоагулянтами непрямого действия.

Проанализированы результаты лечения 102 больных облитерирующим тромбангиитом (1-я группа) и 62 больных облитерирующим атеросклерозом (2-я группа).

В группе больных облитерирующим тромбангиитом было 98 мужчин и 4 женщины (79 чел. в возрасте от 20 до 40 лет и 23 — старше 40 лет). У 22 больных длительность заболевания была меньше года, у 51 — до 5 лет, у 15 — до 10 лет и у 14 — свыше 10 лет. Ослабление пульсации на одной или двух артериях на уровне лодыжек уста-

новлено у 34 больных, отсутствие ее — у 40, поражение артерий на подколленно-бедренном сегменте — у 28. У 44 чел. была компенсированная стадия болезни, у 40 — субкомпенсированная и у 18 — декомпенсированная без трофических нарушений. У больных с компенсированной стадией длительность заболевания не превышала 3 лет. После курса баротерапии у них наступила нормализация показателей инструментального обследования, в частности, увеличилось количество функционирующих капилляров, исчезло их спастическое состояние.

У больных с субкомпенсированной стадией регионарного кровообращения длительность заболевания достигала 5 и более лет. Они жаловались на перемежающуюся хромоту. Пульсация на периферических артериях не определялась на уровне лодыжек и была ослаблена в подколенной области. Кожная температура на стопах и пальцах была снижена на 2—4°; появление постишемической гиперемии замедлено до 1 минуты; количество капилляров с атоническим состоянием уменьшено; показатели реовазографии и осциллографии снижены. После баротерапии у всех этих больных наступило улучшение регионарного кровообращения.

У 18 больных облитерирующим тромбангиотом была выраженная декомпенсация регионарного кровообращения с отсутствием пульсации артерий в подколенно-бедренном сегменте и наличием перемежающейся хромоты. 12 больным проведен полный курс лечения. У 2 из них состояние осталось без изменения и у 4 после 2 процедур баротерапии наступило ухудшение (появление болей и отеков на стопах). Эти больные были госпитализированы для оперативного лечения.

У 96 больных облитерирующим тромбангиотом с положительным эффектом лечения кожная температура повысилась на правой стопе с $28 \pm 0,3$ до $30,1 \pm 0,2^\circ$; на левой стопе с $28,4 \pm 0,3$ до $29,7 \pm 0,3^\circ$ ($P < 0,05$). Время появления постишемической гиперемии сократилось на пальцах правой стопы с $33,0 \pm 2,3$ до $24,7 \pm 2,0$ сек., на левой — с $35,6 \pm 3,3$ до $25,3 \pm 2,3$ сек. ($P < 0,05$). После окончания курса комплексного лечения наступило достоверное увеличение осциллографического индекса на всех сегментах.

На основании анализа данных инструментального обследования можно считать, что баротерапия в комплексе с медикаментами улучшает регионарное кровообращение в конечностях в основном при I—II стадиях облитерирующего тромбангиита. В III стадии, при окклюзии артерий в подколенно-бедренном сегменте, декомпенсации регионарного кровообращения и низких функциональных показателях, баротерапия не всегда оказывает положительное действие.

В группе больных облитерирующим атеросклерозом было 58 мужчин и 4 женщины в возрасте от 41 до 70 лет. У 15 из них длительность заболевания была меньше года, у 25 — до 5 лет, у 13 — до 10 лет и у 9 — свыше 10 лет. У 35 больных пульсация отсутствовала на подколенно-бедренном сегменте и у 27 — на уровне лодыжек. У 10 чел. была компенсированная стадия заболевания, у 19 — субкомпенсированная и у 33 — декомпенсированная без трофических нарушений (наиболее тяжелый контингент больных с генерализованным атеросклерозом). В I—II стадиях у большинства больных капилляры сохраняли нормальную форму, а изменения характеризовались сужением артериального колена и бледно-розовым фоном. В III стадии капилляры начинали деформироваться.

После баротерапии морфология капилляров изменилась незначительно, но наступило повышение кожной температуры: на правой стопе с $28,6 \pm 0,3$ до $29,7 \pm 0,2^\circ$, на левой — с $28,9 \pm 0,2$ до $29,7 \pm 0,2^\circ$ ($P < 0,05$).

Осцилляторный индекс в нижней трети голени справа увеличился с $1,5 \pm 0,2$ до $2,5 \pm 0,7$, слева — с $2,0 \pm 0,3$ до $2,9 \pm 0,4$; в средней трети голени справа — с $4,0 \pm 0,5$ до $5,6 \pm 0,7$, слева — с $4,3 \pm 0,5$ до $5,7 \pm 0,7$; в нижней трети бедра справа с $5,6 \pm 0,7$ до $6,8 \pm 0,9$, слева — с $5,5 \pm 0,7$ до $6,7 \pm 0,8$.

Реографический индекс до лечения был резко снижен на всех уровнях исследования, наблюдалось повышение тонуса сосудов; после лечения полной нормализации этих показателей не произошло. Скорость распространения пульсовой волны замедлялась на 0,1—0,2 сек., но эти изменения статистически недостоверны.

Поступила 5 ноября 1973 г.

УДК 616.432—008.6

НЕКОТОРЫЕ ФЕРМЕНТНЫЕ СИСТЕМЫ ТКАНИ ПЕЧЕНИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО — КУШИНГА

Э. Г. Фексон, А. П. Калинин

Отделение эндокринологии (руководитель — доктор мед. наук А. П. Калинин) отделения клинической хирургии (руководитель — проф. А. М. Сазонов) и биохимическая лаборатория (руководитель — канд. биол. наук Б. Н. Гладышев) Московского областного Ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского

Мы изучали активность некоторых ферментов в ткани печени и в сыворотке крови при болезни Иценко — Кушинга. Обследовано 11 женщин в возрасте 22—49 лет с выраженной картиной заболевания: ожирением с характерным перераспределением под-