

КОЖНАЯ ГИДРОФИЛЬНАЯ ПРОБА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА¹

Асс. М. Е. Агринский

Кафедра госпитальной терапии (зав. — доц. А. Б. Зборовский, научный руководитель — проф. И. В. Воробьев), кафедра патологической физиологии (зав. — проф. Г. А. Ионкин) и кафедра патологической анатомии (зав. — проф. В. И. Витушинский) Волгоградского медицинского института

Известно, что определение активной фазы в течении ревматизма (особенно при возвратных ревмокардитах) часто встречает большие затруднения. Этот вопрос приобретает исключительно важное значение, так как от его разрешения зависит выбор лечения. С решением этого вопроса связан и успех хирургического лечения митральных стенозов.

За последние годы в этих целях предлагаются определения титров стрептококковых антител (антигалактонидазы, антистрептолизина-О, антистрептокиназы), С-реактивного белка, белков крови с помощью электрофореза, холинэстеразы, мукопротеидов сыворотки крови, дефиниламиновой реакции и др. Однако, по мнению многих авторов, повышенные титры стрептококковых антител и С-реактивный белок обнаруживаются чаще в остром периоде ревматизма с выраженными экссудативными явлениями. При многократных же атаках эти тесты могут давать отрицательные результаты или быть выражены в слабой степени.

Из этих соображений мы и поставили перед собой задачу изучить кожную гидрофильную пробу как возможный показатель активности и остроты течения ревматизма.

До сего времени эта проба использовалась в клинике как тест для выявления скрытых отеков и мало изучалась для определения активности ревматизма².

Мы изучали кожную гидрофильную реакцию у 190 больных ревматизмом, а также у 40 стационарных больных с инфектартиритами и у 22 с другими болезнями. Большая часть больных (138) поступила с активной фазой ревматизма и меньшая (52) — с неактивной. С преимущественно сердечной формой заболевания было 150 человек, с ревматическим полиартритом — 40. У 118 больных наблюдался возвратный эндомиокардит, нередко с затяжным тяжелым или латентным течением.

Кожная гидрофильная проба производилась по методу Мак Клура и Олдрича путем внутрикожного введения 0,2 мл физиологического раствора хлористого натрия. При каждом исследовании проба ставилась на обеих верхних и нижних конечностях, причем одновременно на каждой конечности делалось по два волдыря. Следует отметить, что для выявления активности ревматического процесса гидрофильная проба более показательна на верхних конечностях, тогда как на нижних конечностях на ее выраженность, по-видимому, в большей степени влияет недостаточность кровообращения. Гидрофильная проба производилась многократно для установления ее зависимости от течения болезни. При постановке пробы у 15 здоровых лиц установлено, что волдырь рассасывается в среднем через 60—70 минут. У больных активным ревматизмом резорбция волдыря происходила в среднем за 25—30 минут.

В активной фазе ревматизма гидрофильная проба была ускоренной у 85% исследованных, в неактивной — у 73% она была нормальной или замедленной.

Многие авторы (Ф. Ф. Пнайд, Е. М. Тарев и Н. С. Яблокова, Я. С. Хентов и В. С. Курбатов, Ф. Я. Примак и др.) считают гидрофильную пробу одним из показателей нарушения кровообращения. На нашем материале гидрофильная проба была ускоренной при декомпенсации сердца у 81% исследованных. Мы наблюдали ускоренное рассасывание волдыря у 70% больных ревматизмом при полной достаточности кровообращения, но при активном ревматическом процессе.

Чем острее и тяжелее протекал ревматический процесс, тем более ускоренно происходила резорбция волдыря. После затихания острого периода болезни проба постепенно становилась нормальной. В случаях нового обострения ревматизма проба снова показывала ускорение, причем нередко ускоренное рассасывание волдыря наступало раньше, чем удавалось обнаружить обострение клиническими и лабораторными исследованиями. При затяжных, тяжелых формах возвратного ревмокардита гидрофильная проба была резко ускоренной и мало меняющейся (в пределах 5—15 мин и меньше), что, по нашим наблюдениям, имеет плохое прогностическое значение.

¹ Доложено на научных сессиях Волгоградского медицинского института в 1955—60 гг.

² См. в Казан. мед. ж. за 1962, № 3 — Е. Н. Короваев и Н. Н. Гимадеева «Об использовании пробы гидрофильности тканей при ревматизме у детей». Ред.

В тех случаях, когда волдырь рассасывался ускоренно, часто наблюдалась ускоренная РОЭ (в 74% исследований), лейкоцитоз отмечался реже (только в 47%), повышенная температура — в 41%.

Известно, что лейкоцитоз чаще встречается в первые дни ревматического полиартрита, он менее характерен для ревмокардита, а при рецидивирующих формах эндокардита может наблюдаться лейкопения. Следует также отметить, что если активный ревматический процесс в миокарде при повторных атаках ведет к тяжелой степени недостаточности кровообращения, то РОЭ часто остается в пределах нормы, и нередко отсутствует температурная реакция (Г. Ф. Ланг, Л. А. Лещинский, Е. С. Мясоедов, Т. А. Панкова и др.).

В случаях лейкопении, нормальной РОЭ или нормальной температуры у больных ревматизмом в активной фазе гидрофильная проба, как правило, была ускоренной. С другой стороны, при нормальной гидрофильной пробе в подавляющем большинстве случаев температура тела, количество лейкоцитов и РОЭ были нормальными, что соответствовало неактивной фазе ревматизма.

Нами проведено 50 водных нагрузок по методу Фонио у 20 больных с ревматизмом и у 9 с инфекционным полиартритом. Наши наблюдения соответствуют литературным данным, свидетельствующим о задержке воды в организме в остром периоде ревматизма (М. Г. Богдатьян, Г. Д. Залеский, Н. И. Лепорский, М. Э. Василевский и П. Ф. Кононов, Зикке). Наибольшая задержка воды (прибавка в весе до 500,0) наблюдалась у больных с выраженным воспалительным процессом в суставах в меньшей степени (до 200—250,0) при ревмокардитах. Ускоренная гидрофильная проба при кардиальной форме ревматизма медленнее возвращается к норме, чем при полиартритах, что связано с более длительным течением ревматического поражения сердца.

У больных с инфектартритами задержки воды после водных нагрузок не было отмечено; нередко вес тела даже уменьшался на 300—800,0, а количество выделенной мочи увеличивалось до 1 л. При этом гидрофильная проба чаще показывала у них цифры, близкие к норме, иногда проба была замедлена.

А. Б. Зборовский установил, что у больных в активной фазе ревматизма отмечается пониженное содержание хлоридов в сыворотке крови (250—300 мг% при норме — 400—565 мг%) и малое выделение их с мочой (5—8,0 в сутки при норме — 16,0), что связано, по-видимому, с задержкой хлоридов в тканях.

У больных в остром периоде ревматизма, когда резорбция волдыря была ускоренной, наблюдалось сгущение крови (до 30/70, 35/65 мм показателей гематокрита, вместо нормальных — 55/45 мм). При улучшении общего состояния больных наблюдалась гидремия (показатели гематокрита были 60/40, 70/30 мм), а гидрофильная проба показывала тенденцию к нормализации. У больных с неактивной фазой ревматизма показатели гематокрита и гидрофильной пробы обычно были в пределах нормы.

Для выяснения связи скорости резорбции волдыря с наличием в организме гиперергического воспаления мы провели экспериментальные исследования на 45 кроликах в 6 сериях, из них 10 было контрольных. Сенсибилизация животных производилась: нормальной лошадиной сывороткой по Клинге; сывороткой крови, взятой от больных активным ревматизмом по методу Э. М. Гельштейн, Я. Л. Рапорт и М. Г. Богдатьян; заражением живой кишечной палочкой и гемолитическим инактивированным стрептококком по методу Шварцмана, видоизмененному Н. И. Жуковым-Вережниковым и Г. А. Ионкиным. Гидрофильная проба изучалась до гиперергического воспаления и в течение его, причем при каждом исследовании одновременно производилось 6 волдырей: на коже спины, бедра и живота правой и левой стороны.

В период сенсибилизации кроликов гидрофильная проба чаще была нормальной. После введения разрешающих инъекций антигена проба, как правило, оказывалась ускоренной в тех случаях, когда развивался артрит, выраженный то в большей, то в меньшей степени (в 121 случае из 126). В опытах на животных без артрита волдырь рассасывался чаще нормально (122 раза), реже ускоренно (41) или замедленно (33 из 196 исследований). Указанные изменения показателей гидрофильной пробы наблюдались закономерно во всех сериях опытов, при всех методах сенсибилизации. Различие заключалось лишь в степени ускорения кожной реакции.

В тех опытах, где гиперергический артрит развивался бурно и был выражен в сильной степени, гидрофильная проба оказывалась резко ускоренной (до 10—15 минут, вместе нормальных — на коже спины — 60—70 минут).

Ускорение резорбции волдыря происходило закономерно с одновременным сгущением крови (до 30/70 мм гематокрита, вместо исходных 55/45 мм) в течение первых 4—5 дней после введения разрешающей дозы антигена, то есть в период наиболее выраженного гиперергического воспаления суставов.

Все погибшие подопытные кролики подвергались патологоанатомическому вскрытию и гистологическим исследованиям. При этом были обнаружены кровоизлияния во внутренних органах, воспалительные процессы в суставах, сердце, легких, почках и печени, чем было подтверждено, что у наших экспериментальных животных наблюдалось гиперергическое воспаление суставов и многих внутренних органов.

Сопоставляя результаты клинических наблюдений у больных ревматизмом с экспериментальными данными на кроликах с гиперергическим воспалением, следует сделать вывод, что кожная гидрофильная проба может служить ценным диагностическим методом для распознавания активной фазы ревматизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э. Р. Тер. арх., 1957, 3. — 2. Анохин В. Н. Тер. арх., 1959, 5. — 3. Василевский М. Э., Кононов П. Ф. Врач. дело, 1959, 6. — 4. Воробьева А. И. Тер. арх., 1957, 8. — 5. Зборовский А. Б. Всесиб. конф. терап., Новосибирск, 1959. — 6. Иванов Г. К. Вopr. ревмат. Новосибирск, 1957, т. 27. — 7. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. М., 1957. — 8. Мясоедов Е. С. Сб. тр. Ивановского мед. ин-та, 1958, вып. 16. — 9. Нестеров А. И. Сов. мед., 1960, 1; Тер. арх., 1960, 8. — 10. Панкова Т. А. Тр. Рязанского мед. ин-та, 1958. — 11. Смирнова-Замкова А. И. Клин. мед., 1957, 6. — 12. Токмачев Ю. К. Тер. арх., 1959, 10.

Поступила 16 августа 1961 г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ИСХОДЫ ПОСЛЕ ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЙ И МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ, ВЫПОЛНЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ «АСЕПТИЧЕСКИХ» СЕРОЗНО-МЫШЕЧНЫХ ШВОВ¹

Асп. Н. П. Райкевич

Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета
(зав.— проф. Н. И. Голубев) Саратовского медицинского института

Имеется большое количество способов наложения соустьев на желудочно-кишечном тракте. В частности, описаны так называемые закрытые и асептические способы гастроэнтеростомий и межкишечных соустьев. Казалось бы, широкое применение антибиотиков в клинической практике должно исключать возникновение перитонита в послеоперационном периоде, и образование соустьев по открытому или закрытому способу не существенно. Но известно, что появились антибиотикоустойчивые микроорганизмы, и перитонит после операций на желудочно-кишечном тракте, особенно на толстом кишечнике, а также у раковых больных, продолжает оставаться главной причиной послеоперационной летальности (Н. Н. Петров, 1956; И. Я. Дейнека, 1960). Это подтверждается сообщениями других авторов. Особенно высока летальность от перитонита после операций на толстом кишечнике — от 37% до 74%. Перитониты наблюдаются и после гастроэнтеростомий, особенно у больных при раковых поражениях желудка (К. Л. Березов, 1960). Как сообщает Н. И. Краковский (1960), по больницам РСФСР послеоперационная летальность от гастроэнтеростомий при язве желудка была 7%, а при раке желудка — 13%.

В доступной литературе последнего времени мы не нашли данных о количестве перитонитов после гастроэнтеростомий.

Значительная летальность от перитонита после операции на желудочно-кишечном тракте, в особенности на толстом кишечнике, дает основание считать, что улучшение техники наложения соустьев имеет существенное значение.

В 1944 г. проф. Н. И. Голубевым разработан способ наложения серозно-мышечных швов на обе стенки бокового анастомоза до вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта. Сущность его состоит в следующем. До вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта, то есть до разреза слизистых оболочек, накладываются серозно-мышечные швы не только на заднюю стенку анастомоза, как принято делать всеми, но и на его переднюю стенку. Нить же каждого наложенного шва на переднюю стенку не завязывается, а сдвигается в сторону. Концы этих нитей собираются вместе и, после разреза слизистых оболочек желудка и кишки при гастроэнтеростомии или кишок — при боковых энтеро-энтероанастомозах, быстро натягиваются, и передняя стенка анастомоза закрывается. Каждая из натянутых нитей последовательно завязывается и затем погружается серозными швами (рис. 1 и 2).

По описанной методике с 1944 г. по февраль 1961 г. включительно оперировано 280 больных. В возрасте до 20 лет было 4, от 21 до 40 лет — 79, от 41 до 60 лет — 99, от 61 и старше — 41 человек. Мужчин было 191, женщин — 89.

¹ Доложено на 27 научной сессии СМИ 26 мая 1961 г.