

50%, гамма-глобулинов — 30%; протромбин — 89%, формоловая проба — положительная, уровень мочевины — 6,3 ммоль/л. Посев крови на гемокультуру стерилен. Анализ мочи: отн. пл. — 1,007, белка нет, осадок без патологии.

На основании значительного повышения температуры с ознобами, выраженного увеличения СОЭ, наличия гипохромной анемии, гипергамма-глобулинемии, положительной формоловой пробы был поставлен диагноз бактериального эндокардита искусственного клапана.

Поскольку больной хорошо переносил ранее пенициллин, вызывавший ремиссию, ему был назначен этот антибиотик по 1 млн. ед. 6 раз в сутки. Частое рецидивирование ревмокардита потребовало комбинации пенициллина с индометацином. Для улучшения сократительной функции миокарда и функции печени больной получал оротат калия. Для предотвращения тромбообразования проводили лечение малыми дозами фенилина (по 0,03 г 2 раза в день).

Через 2 нед самочувствие улучшилось: уменьшилась слабость, нормализовалась температура, снизились СОЭ, содержание серомукоида и гамма-глобулинов, увеличился уровень альбуминов и гемоглобина. Однако С-РБ и формоловая проба оставались положительными. Для достижения полного терапевтического эффекта с 1.04.82 был назначен новый антибиотик широкого спектра действия — гентамицин — в достаточной дозе (по 80 мг 3 раза в сутки), который действует положительно на стафилококки, устойчивые к пенициллину, и оказывает бактериостатическое действие на грамотрицательные микроорганизмы, в том числе на протей, кишечную палочку и сальмонеллы. Индометацин также был заменен вольтареном. Состояние больного продолжало улучшаться: исчезли жалобы, температура оставалась стойко нормальной, СОЭ снизилась до нормы (8 мм/ч), нормализовался уровень сиаловых кислот, серомукоида, альбуминов и гамма-глобулинов; исчез С-РБ. Нб — 1,6 ммоль/л. В моче: отн. пл. — 1,007, уровень белка — 660 мг/л, осадок — без патологии. Выписан 16.04.82 г. домой под наблюдение ревматолога. Рекомендованы бициллинопрофилактика и прием антиревматических препаратов. Нам кажется, что такая терапия наиболее адекватна при бактериальном эндокардите, развившемся на искусственных клапанах у больного с ревматическим пороком сердца.

В заключение следует отметить, что инфицирование протезированных клапанов продолжает оставаться и в настоящее время грозным осложнением, но уже небезнадежным, как это было совсем недавно. Интенсивное антибактериальное, противовоспалительное и при необходимости хирургическое лечение часто бывает эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М., Спасокукоцкий А. Ю. Грудн. хир., 1976, 1, 12.—
2. Демин А. А., Демин Ал. А. Бактериальные эндокардиты. М., Медицина, 1978.—
3. Королев Б. А. Кардиология, 1978, 9, 36.—
4. Королев Б. А., Добротин С. С. В кн.: Инфекция в хирургии, Горький, 1973.—
5. Левант А. Д. В кн.: Протез клапана сердца. М., 1971.—
6. Малиновский Н. Н., Константинов Б. А. Повторные операции на сердце. М., Медицина, 1980.—
7. Петровский Б. В. и соавт. Протезирование клапанов сердца. М., Медицина, 1966.—
8. Boyd A. Progr. 56-th annual meeting Amer. Ass. thoracic surgery, Los-Angeles., 1976.—
9. Clarkson P., Barratt-Bayes B. Circul., 1970, 46, 6.—
10. Dismukes W. et al. Ibid., 1973, 48, 2.—
11. Garpein O. et. al. J.A.M.A., 1973, 225, 4.—
12. Kay I., Bernstein S. Circul., 1966, 34, 4, suppl. 3.—
13. Windsor H. Thorax, 1967, 22, 1.

Поступила 19.02.85.

УДК 616.5—004.1—08

ЛЕЧЕНИЕ ДИУЦИФОНОМ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Р. Ш. Абдрахманова, И. Л. Билич, М. М. Мангушева, Л. К. Бомбина, Г. М. Халфиева

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.—доц. И. Г. Салихов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени
С. В. Курашова*

Лечение больных системной склеродермией до сих пор остается в ряду сложных задач клиники внутренних болезней. В данной работе приводятся результаты терапевтической эффективности диуцифона у таких больных на разных сроках наблюдения. Диуцифон (2,4 диоксо-6-метилпиримидинил-5-сульфоамидо)-дифенилсульфон — антилепрозный препарат, синтезированный в Институте органической и физической химии им. А. Е. Арбузова КФАН СССР.

Согласно экспериментальным и клиническим данным, препарат малотоксичен, не вызывает особых изменений во внутренних органах, обладает анаболическим действием. В условиях клиники отмечено его стимулирующее действие на функцию коры надпочечников; диуцифон способствует увеличению количества кортикостероидов (главным образом 11-кортикостероидов), повышению функции лимфоцитов, значительному росту антиглобулирующих клеток и увеличению концентрации РНК в клетках селезенки. Изучение лечебного эффекта диуцифона при острой пневмонии выявило его иммуностимулирующее действие на показатели Т-клеточного иммунитета [1]. Перечисленные свойства препарата побудили нас использовать его в нашей практике при лечении больных системной склеродермией.

Под наблюдением находилось 28 больных (женщин — 26 и мужчин — 2) в возрасте от 20 до 59 лет. Длительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 8—9 лет. У 25 больных был процесс I—II степени активности, у 3 — III.

Диуцифон назначали по 600 мг/сут 5 дней в неделю на протяжении от 3—4 нед до 3—4 мес и более в условиях диспансерного наблюдения. Одновременно больные получали витамины, спазмолитики и другие симптоматические средства, в том числе физиотерапевтические процедуры. Часть больных лечили диуцифоном на фоне преднизолоновой терапии, что, как правило, в последующем давало возможность отменить преднизолон или снизить дозу последнего до минимума. Диуцифон переносился больными хорошо, только в одном случае после 4-недельного приема препарат был отменен из-за развившегося аллергического дерматита. В тех случаях, когда исключалась возможность динамического контроля (отдаленность постоянного места жительства и другие причины), препарат назначали по указанной выше схеме в течение 1,5—2 мес в период пребывания в стационаре. Эти больные в дальнейшем оставались под наблюдением от 2 до 5 лет по месту жительства с контрольными консультациями каждые 2—3 мес и повторными курсами лечения при ухудшении состояния в условиях регоспитализации.

Об эффективности терапии судили по результатам углубленного клинико-лабораторного обследования, включающего определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) при помощи реакции с полиэтиленгликолем; об обмене коллагена — по уровню свободного и пептидносвязанного оксипролина (ОП).

При снижении активности процесса, устанавливаемой по клинико-лабораторным данным, и уменьшению основной клинической синдромологии, результаты лечения оценивали как хорошие, при положительной динамике лишь отдельных клинических проявлений и лабораторных показателей — как удовлетворительные.

Анализ полученных данных показал, что диуцифон обладает анальгетическим действием, уже на 2—3-и сутки его назначения уменьшалась выраженность и продолжительность утренней скованности, снижалась интенсивность болевых ощущений в суставах, постепенно увеличивался объем движений. Одновременно наблюдалась положительная динамика кожного процесса (повышение местной температуры, исчезновение плотного отека, уменьшение индурации и пигментации). У больных с выраженными проявлениями синдрома Рейно улучшалось периферическое кровообращение до восстановления нормальной окраски кожи, что сохранялось при поддерживающей терапии и на отдаленных сроках (6—8—14 мес). У 12 больных исчезли трофические язвы на кончиках пальцев, у 9 улучшилась трофика ногтей. У 3 пациентов с выраженной дисфагией также констатирована положительная динамика, устранены диспепсические проявления. Этому сопутствовало снижение СОЭ и других показателей активности процесса, уменьшение диспротеинемии. В зависимости от активности процесса содержание ЦИК у больных системной склеродермией было значительным (от 640 до 1080 мкг/мл АГГ). В процессе лечения уровень ЦИК снижался, однако полной нормализации не наблюдалось и при повторных исследованиях (см. табл.).

Уровень оксипролина как показатель обмена коллагена претерпевал определенную положительную динамику и был близок к норме, но его полной нормализации также не отмечалось. В то же время отсутствие больших колебаний при повторных исследованиях и ряд других клинико-лабораторных данных свидетельствовали о стабилизации процесса.

Изменения эхокардиографических показателей до лечения выявлены у 23 больных. Они выражались в снижении скорости сокращения и расслабления задней стенки левого желудочка, скорости открытия и раннего диастолического закрытия передней створки митрального клапана. У 14 больных обнаружен выпот в перикарде. При динамическом наблюдении у 15 человек отмечалось улучшение сократительной способности миокарда и у 9 — исчезновение выпота.

Поражение легких было констатировано у всех больных даже при отсутствии

Динамика лабораторных показателей у больных системной склеродермией

Группы обследованных	п	ЦИК, мкг/мл АГГ	ОП общий, ммоль/л	ОП свобод- ный, ммоль/л	ОП белково- связанный, ммоль/л
Всего больных	28	872,0±87,5	16,0±1,07	7,5±0,8	9,5±1,0
		587,0±105,6	12,6±1,3	5,5±0,7	7,0±1,2
с подострым течением .	11	850,0±53,0	17,4±0,8	7,9±1,0	9,5±0,5
		790,0±39,0	14,9±0,4	7,4±0,6	8,5±1,0
хроническим	17	750,0±19,8	13,3±0,6	7,4±0,1	8,5±0,4
		600,0±17,5	11,2±0,3	4,2±0,2	7,1±0,3
с I начальной стадией .	12	640,0±38,0	13,3±0,9	6,2±1,3	7,3±0,9
		470,0±47,6	10,8±0,0	4,9±0,4	6,0±0,2
II генерализованной . . .	16	900,0±86,7	17,6±0,4	7,8±2,2	9,8±1,9
		770,0±20,4	16,1±0,2	7,7±1,0	8,3±0,4
с I (минимальной) ак- тивностью	8	640,0±52,0	13,7±1,5	6,2±2,0	7,1±1,0
		550,0±31,0	11,3±0,9	4,9±1,0	6,0±0,2
II (умеренной)	17	910,0±74,0	14,6±0,8	7,5±2,9	7,1±1,6
		720,0±42,0	11,0±0,3	6,0±1,0	4,8±0,9
III (высокой)	3	1080,0±97,5	21,0±2,2	10,0±1,9	11,6±0,9
		1020,0±19,0	22,1±1,7	10,0±1,1	10,9±0,9
Контроль	40	170,0±85,0	9,5±0,9	3,8±0,5	5,7±0,8

Примечание. В числителе — показатели до лечения, в знаменателе — после него.

признаков легочного синдрома по клинико-рентгенологическим данным. Результаты исследования диффузионной способности легких указывают на выраженные структурные изменения в респираторной системе. Диффузионные нарушения оказались более динамичными у больных с ранней стадией заболевания в условиях длительного лечения, когда преобладают функциональные, еще обратимые расстройства.

Таким образом, наши наблюдения в течение ряда лет за одними и теми же больными системной склеродермией позволяют заключить, что вариант лечения диуцифоном или присоединение его к фоновой терапии оказывает весьма положительный эффект: наблюдается длительная стабилизация процесса в фазе ремиссии, отчетливое замедление прогрессирования заболевания, а в отдельных случаях ослабление до минимума основных проявлений склеродермического процесса (кожных проявлений, синдрома Рейно, суставно-мышечного, висцеральных и др.). Из общего числа больных, находившихся под наблюдением, хороший результат лечения диуцифоном достигнут у 17 больных, удовлетворительный — у 8. Сохранили трудоспособность 11 человек; 5 больных со II группы инвалидности переведены на III и частично вернулись к труду.

Использование адекватной терапии с длительным диспансерным наблюдением позволяет добиться некоторого улучшения состояния больных системной склеродермией, а в ряде случаев дает возможность сохранить трудоспособность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермаков Е. В., Коломеец Н. М., Голощанов Н. М. и др. Тер. арх., 1983, 3.

Поступила 24.02.85.