

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

РОЖИСТЫЕ ПРОЦЕССЫ В СВЕТЕ УЧЕНИЯ ОБ АЛЛЕРГИИ

Проф. А. И. ЕРМОЛЕНКО

Из госпитальной хирургической клиники (зав. — проф. А. В. Смирнов)
Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Об инфекционной природе рожистого воспаления известно с 1882 года. Предположение о специфичности выявленного Феллейзенем стрептококка в последующем не подтвердилось, и была доказана неспецифичность гнойной инфекции, вызывающей рожистый процесс.

По данным П. Н. Напалкова (1932), в большинстве посевов микрофлоры при роже выявлен факультативно-анаэробный стрептококк.

А. В. Гуляев и К. П. Маркузе обнаружили, что при флегмонозной роже в гное доминирует стрептококк лишь в одной трети случаев, чаще же выявляется смешанная флора. Лебедев исследовал у 5 рожистых больных соскоб чешуек кожи и получил в одном случае рост стрептококка, в 4 случаях — пышный рост золотистого стафилококка.

За последние 20 лет вопросам этиологии, патогенеза и профилактики рожистого воспаления ни теоретиками, ни практическими врачами не уделялось должного внимания, должного потому, что рожистое воспаление — заболевание сравнительно частое, сопровождается большим процентом рецидивов и в итоге обуславливает большую потерю рабочих дней. Так, только в госпитальной хирургической клинике Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института с 1950 по 1956 год включительно лечилось 633 рожистых больных с общей потерей около 12000 рабочих дней.

По вопросам патогенеза рожистого воспаления высказывались различного рода соображения. Указывалось (Г. И. Коварский, 1932) на учащение рожистых заболеваний в периоды особой распространенности гриппа, который как бы провоцирует распространение рожи. Отмечалось также значение моментов, нарушающих функцию кожных покровов, как-то: расширение вен нижних конечностей, острый нефрит с отеками голеней, кахексия, особенно у больных инфекционными заболеваниями.

Большой практический интерес представляет вопрос о рецидивах рожистых процессов.

А. В. Гуляев и К. П. Маркузе отмечают ту особенность, что рецидивы у рожистых больных возникают или через несколько дней после стихания процесса, или через длительные промежутки времени.

Наиболее часто рецидивы возникают в течение первого года после заболевания, с течением же времени склонность к рецидивам уменьшается.

Частоту рецидивов они устанавливают равной 18,2%.

Причины рецидивов они видят в скрытой инфекции. По их мнению, об этом свидетельствует и характерное падение кривой частоты рецидивов, в зависимости от давности первичного заболевания рожей.

При сравнительно большой распространенности заболевания отсутствие определенных сведений об его патогенезе способствовало возникновению все новых и новых лечебных методик, из которых ни одна не носила характера патогенетической терапии, если не считать попыток серо- и вакцинотерапии. Из множества методов наиболее эффективным до появления антибиотиков было применение кварцевых облучений, введенных Маниковым (1925), Минаковой (1928), Басовым (1928—1930) и обоснованных Горевым в 1932 году. Кварцевые облучения при рожистых воспалениях с тех пор стали широко применяться в лечебных учреждениях, а после введения в лечебную практику сульфаниламидов и пенициллина быстро сформировался, так сказать, стандартный метод терапии при роже: эритемные дозы УФ-облучений на участок поражения, стрептоцид внутрь по 2—4 г в день или инъекции пенициллина по 100 тысяч единиц два раза в день в течение 2—3 дней (до падения температуры). При таком лечении рожистое воспаление ликвидировалось в 1—3 дня, открылась возможность лечения больных на дому, чем широко воспользовались поликлиники, медпункты, амбулатории. Однако, и при таком лечении рецидивы продолжают оставаться в прежней частоте.

В госпитальной хирургической клинике Ленинградского санитарно-гигиенического мединститута тщательному изучению подверглись 200 больных рожей. Эти больные поступали из разных районов Ленинграда и являются преимущественно работниками различных предприятий. Какой-либо заметной разницы в частоте заболевания работников определенных предприятий установить не удалось.

Больные были различного возраста (от 15 до 86 лет). Количество больных женщин (148) почти втрое превышает число мужчин (52). Можно отметить, что статистики прежних авторов так же говорят о большей поражаемости женщин этим заболеванием.

Повторная заболеваемость рожей у женщин количественно превалирует над первичной или равна ей, а у мужчин наоборот — первичная заболеваемость рожей наблюдается в 6—7 раз чаще вторичной.

Из 86 больных, страдающих повторной рожей, 60 человек имели от 2 до 20 и свыше рецидивов. Это свидетельствует о частоте серьезных нарушений в организме больных, страдающих повторной рожей.

Рецидивы чаще наблюдались в возрасте от 40 до 60 лет. Рецидивы особенно часты в течение первых 6 месяцев после первичного заболевания, и частота их резко снижается по истечении первых двух лет после первичного заболевания.

Есть заметная разница между лицами обоего пола в частоте поражаемости в различных возрастах: женщины почти одинаково часто болеют в разных возрастах от 21 до 60 лет. Мужчины чаще болеют в возрасте 21—30 лет, а после 50 лет — лишь в единичных случаях.

В первый день заболевания было госпитализировано из 200 больных всего лишь 25, или 12,5%. Это число резко увеличивается на

второй и третий день заболевания и резко снижается в последующие дни. 60 человек до поступления в больницу ничем не лечились; почти столько же пользовались домашними средствами, остальные пользовались медицинской помощью.

Среди домашних средств лечения фигурируют эпизодические приемы таблеток стрептоцида или пирамидона, смазывание больного участка камфарным маслом, камфарным спиртом, иногда керосином, борным вазелином. Изредка применялось натирание больного участка мелом с последующей перевязкой красной материей. Больные, лечившиеся стрептоцидом, пользовались этим препаратом по указанию врача.

Выявление частоты поражения различных областей тела рожистым процессом показало, что около 30% всех случаев падает на поражение лица и почти в половине всех случаев поражаются голени, причем правая и левая страдают одинаково часто.

Углубленное изучение анамнеза у рожистых больных позволило установить ряд моментов патогенетического порядка. В качестве примеров заслуживают внимания следующие истории болезни:

1. М. А. Ш-ва, 67 лет (история болезни № 22 648), поступила в клинику 26/XII-54 г. с диагнозом: рожа лица. Последние 5 дней лечилась в поликлинике по поводу острого катара верхних дыхательных путей с субфебрильной температурой. Сегодня температура поднялась до 39,8°, и в поликлинике распознали рожу. Из анамнеза выяснено, что месячные у больной закончились 20 лет назад, но в первой половине декабря появились значительные маточные кровотечения.

В этом случае заболевание рожей связано с нарушенным общим состоянием вследствие маточных кровотечений и заболевания острым катаром верхних дыхательных путей, что может быть связано с аллергизацией организма.

2. А. В. Ш-ва, 23 лет (история болезни № 18 861), поступила в клинику 26/X-54 г. с диагнозом: рецидивирующая рожа лица. Впервые заболела рожей лица в 16-летнем возрасте, в 1947 г. Лечилась в больнице. Через год заболевание повторилось, лечилась тоже в больнице. Спустя 6 месяцев — снова рецидив (1949 г.); на этот раз заболела в больнице, где находилась по поводу укуса змеи. Новый рецидив наступил через 2 месяца. В 1950 и 1951 гг. было 10 рецидивов. Почти при каждом рецидиве лечилась в поликлинике, а потом была госпитализирована из-за нагноения туберкулезно увеличенных лимфоузлов шеи. В 1952 и 1953 гг. болела рожей трижды, лечилась амбулаторно кварцевыми облучениями. С января по октябрь 1954 г. болела рожей 8 раз. В последний, 9-й раз, рецидив наступил 22/X — без видимых причин. Все рецидивы протекали с высокой температурой, головной болью и тошнотой, в большинстве случаев была буллезная форма рожи. В анамнезе — часто болела гриппом, многократно имела больничные листы. При поступлении в клинику: температура — 38,2°, глазные щели почти не выражены из-за отека век, кожа левой половины лица, левого уха, носа, части правой щеки — резко гиперемирована, на отдельных участках — пузыри с мутным содержимым. При пальпации кожа лица отека, плотная, слева на шее на уровне угла нижней челюсти и в подчелюстной области определяется по одному увеличенному лимфоузлу, оба плотные, слегка болезненные. Справа на шее, на том же уровне, имеется два втянутых рубца.

В этом случае рецидивирование рожистого воспаления можно объяснить периодическими обострениями туберкулезного лимфаденита у больной, то есть в этом случае так же можно говорить об аллергическом феномене. Слоновость кожи лица свидетельствует о резких трофических изменениях тканей как следствии рожистого процесса.

Роль провоцирующего фактора могут играть и отрицательные психические переживания, примером чего может служить следующее наблюдение:

3. Г. К. М-на, 25 лет, инженер-сметчик, поступила в клинику 26/IX-55 г. (история болезни № 15 892), с рецидивом рожи левой голени. С юношеских лет ежегодно болев ангиной не менее двух раз, склонна к простудным заболеваниям. В 1950 г. перенесла крупозную пневмонию, протекавшую тяжело. Впервые заболела рожей левой голени осенью 1951 г. Лечилась в больнице инъекциями пенициллина, приемами внутрь стрептоцида и кварцевыми облучениями голени. В последующем рецидивы возникали через 1,5—3 месяца, каждый раз с температурой до 40° С. Лечение всегда проводила в больнице. Последний, 15-й рецидив появился накануне,

то есть 25/IX. Больная — вполне культурный человек — предвидела возникновение рецидива, „так как в этот день имела крупные неприятности по службе“. Все предыдущие рецидивы так же возникали после неприятных переживаний по разным поводам: отложили срок очередного отпуска, увеличили задание по службе и т. д. При осмотре больной конечности — типичная картина буллезной рожи левой голени, протекающей с высокой температурой и выраженной реакцией со стороны регионарных лимфоузлов.

Роль психического фактора в патогенезе упорного рецидивирования рожистого процесса у этой больной клинически вполне очевидна.

Анализ анамнестических сведений, собранных у наших больных, позволяет в одних случаях говорить об аллергических механизмах возникновения рожистого заболевания и его рецидивов, в других — об особенностях в состоянии высшей нервной деятельности, в виде отрицательных психических переживаний, в ряде же случаев отмечается превалирование явлений повышенной вегетативной реактивности. Хотя каждый из трех названных моментов по своему существу неразрывно связан в наших представлениях с центральной нервной системой, однако эти моменты следует учитывать отдельно, так как это выгодно в практическом отношении, а именно — в отношении профилактики рецидивов рожи. На фоне перечисленных моментов в патогенезе рожистого воспаления следует рассматривать и роль инфекции, а при рецидивирующей роже — латентной инфекции на участке поражения, которая служит хроническим очагом раздражения и сенсibilизации.

Таким образом, патогенез рожистого воспаления можно представить себе в виде следующей формулы, применимой в качестве рабочей гипотезы: инфекция (острая или латентная) — экзо- или эндофактор — аллергическая реакция организма — стойкие расстройства кожной трофики — латентная инфекция.

Отсюда вытекают принципы построения методики лечения и профилактики рожи.

За последние 3 года в нашей клинике принято следующее лечение при роже. Больному сразу же назначаются антиаллергические средства, в частности хороший эффект получен от димедрола — по 0,03 X 3 раза в день в течение 7—10 дней. В зависимости от данных анамнеза и неврологического обследования больного, назначаются бромистые препараты и комбинации из антиаллергических средств. Для местного лечения применяется 5% водный раствор карболовой кислоты с добавлением глицерина в количестве 10%. Этим раствором смазывается пораженный участок 3—4 раза в день. Никакие повязки не применяются. К концу шелушения кожи переходят на смазывание кожи пораженного участка ртутно-В₁-витаминной мазью на сале в течение 10—15 дней. Эта мазь с успехом может быть заменена „Бархатным кремом“ (парфюмерная фабрика № 3). В случаях рецидивной рожи общее и местное лечение следует продлить в домашних условиях с интервалами в 2—4 недели, в зависимости от состояния больного. Улучшение питания кожи мазевой обработкой способствует и борьбе с трофическими последствиями на бывшем участке воспаления, что является весьма действенным в профилактике рецидивов рожи.

Повторных поступлений больных в клинику из числа применявших такого рода профилактическую терапию в домашних условиях — не было.

ВЫВОДЫ:

1. Современные сведения о патогенезе рожистого воспаления позволяют рассматривать его как заболевание инфекционно-аллергической природы.

2. Антиаллергическая терапия при рожистом воспалении в сочетании с местным применением водного раствора карболовой кислоты, оказывающей антисептическое и раздражающее воздействие, весьма эффективна в смысле купирования процесса.

3. Профилактика рецидивов рожи требует периодического проведения антиаллергической терапии и мероприятий по улучшению питания кожи на бывшем участке рожистого воспаления в первые 3 месяца после выписки больного из стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алисов П. А. и Морозкин Н. И. Р. клиника, т. IX, № 48, стр. 544.
2. Гамм А. В. В. совр. мед., 1928, № 4, стр. 248.
3. Гуляев А. В. и Маркузе К. П. Сов. хир., т. III, вып. 3.
4. Каневская С. С. Врачебная газ., 1928, № 7, стр. 515.
5. Коварский Г. И. Сов. хир., т. III, вып. 6.
6. Напалков П. Н. Вестн. хир., 30, 87—89, 197—212; Протокол заседания хирург. об-ва Пирогова 18/VI 1932; Вестн. хир., 90—91, 165, 1933.
7. Некрасов С. А. Клин. ж. Сарат. ун-та, 1928, т. V, № 5, стр. 543.
8. Рудницкий Н. Л. Сов. врач. газета, 1933, 5—6, стр. 158.

Поступила 12 июля 1957 г.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕФРИТОВ И НЕФРОСКЛЕРОЗОВ

Проф. Л. И. ВИЛЕНСКИЙ

(Рига)

Для сравнительной оценки критериев дифференциального диагноза хронических нефритов и нефросклерозов нами изучены истории болезни 111 больных, из них 60 больных с гипертонической формой хронического нефрита, 40 — с доброкачественным нефросклерозом и 11 — со злокачественным артериолосклерозом почек.

Хронический гломерулонефрит с достаточной функцией почек имеет общие симптомы с доброкачественным нефросклерозом: гипертония, гипертрофия сердца и гематурия свойственны обоим болезненным состояниям.

Однако, при нефросклерозе выступают на первый план экстраренальные артериолосклеротические явления со стороны сердца и мозга. При нефросклерозе сильнее выражены гипертрофия и дилатация сердца, явления сердечной недостаточности развиваются быстрее, чаще появляются приступы сердечной астмы, легко переходящей в отек легких, наблюдается коронарная недостаточность. Могут появляться периодические спазмы сосудов мозга и периферических сосудов конечностей, больные жалуются на чувство ползания мурашек, иногда появляется перемежающаяся хромота. Фольгард называл эту стадию красной гипертонией. Артериальное давление гораздо выше при нефросклерозе, чем при хроническом нефрите.

„Первичный артериолосклероз почек тем вероятнее, чем выше кровяное давление при нормальной функции почек“ (Розенберг).

В противоположность нефросклерозу, при хроническом нефрите не наблюдаются столь выраженная гипертрофия сердца, сердечная и коронарная недостаточность.

При изучении ренальных симптомов при нефросклерозе определяется уробилин (С. С. Зимницкий, Г. Ф. Ланг), между тем как при хроническом нефрите с достаточной функцией почек он отсутствует. Альбуминурия, гематурия при доброкачественном нефросклерозе определяются в очень небольших размерах. По С. С. Зимницкому, альбуминурия может совершенно отсутствовать или же она достигает лишь 0,5—1,0—1,5‰. В осадке могут встречаться отдельные гиалино-