

внутримышечно по 800 тыс. ед. в сутки, на курс лечения в подавляющем большинстве случаев — от 10 до 20 миллионов ед., в части случаев — и больше (до 50 млн. ед.).

На основании полученных данных можно сделать вывод об отсутствии терапевтического эффекта от пенициллина. Комбинированное лечение пенициллином и салицилатами лишено каких-либо преимуществ, по сравнению с «чисто» салициловой терапией. Применение одного лишь пенициллина (в случаях с «бессуставным» течением) давало заметно худший результат, чем салициловая терапия.

Сказанное выше об отсутствии положительного эффекта от лечения пенициллином возвратного ревмокардита ни в коей мере не умаляет значения введения пенициллина как профилактического средства в отношении ревмокардита, как мощного метода, действующего на очаговую инфекцию.

Наконец, нельзя не остановиться на вопросе о терапии недостаточности кровообращения при возвратном ревмокардите. Необходимо, прежде всего, подчеркнуть, что терапия, направленная на ликвидацию самого ревматического процесса (салицилаты, пирамидон, гормоны и др.), способствует тем самым и ликвидации или уменьшению явлений недостаточности кровообращения. Естественно, что кроме этого, при выраженной недостаточности кровообращения необходимо специальное назначение сердечно-сосудистых средств, в том числе, при показаниях, строфанта и дигиталиса.

Наш опыт свидетельствует об эффективности в большинстве случаев лечения сердечно-сосудистой недостаточности при возвратном ревмокардите наперстянкой, однако только в сочетании с противоревматической терапией. При этом необходимо отметить отсутствие каких-либо побочных явлений или осложнений; лечение наперстянкой хорошо переносится больными и в ряде случаев дает быстро наступающий эффект.

Поступила 4 октября 1957 г.

ЗНАЧЕНИЕ ТОНЗИЛЛОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИКЕ РЕВМАТИЗМА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИКВИДАЦИИ ТОНЗИЛЛЯРНОГО ОЧАГА

Планирова
Ассистенты М. И. КОГУРОВА и Н. А. КУПРИЯНОВА

Из кафедры оториноларингологии Казанского медицинского института (зав. — проф. Н. Н. Лозанов) и 1-й кафедры терапии (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

После многих лет преимущественно патогенетического изучения природы ревматизма вопросы его этиологии в последние годы вновь стали центром проблемы.

Наряду с наиболее распространенной инфекционно-аллергической теорией ревматизма с бета-гемолитическим стрептококком А группы в качестве инфекционного начала, или нервно-инфекционного варианта этой теории (А. И. Нестеров), все большее внимание привлекают факты, вновь возрождающие теорию специфической вирусной его этиологии.

На первое место в многочисленных исследованиях в этом направлении надо поставить работы Г. Д. Залесского, И. Н. Воробьевой и их сотрудников. Возможность воспроизведения в эксперименте на кролике с помощью выделенного ими вируса ряда морфологических и иммуно-

биологических изменений, свойственных ревматизму, требует самой серьезной оценки. Особенно убедительными кажутся, правда пока еще единичные, факты получения такой экспериментальной модели ревматизма, как митральный стеноз. Интересно, что необходимым условием эксперимента является введение вируса в паратрахеальную клетчатку, или в подслизистую глотки, или в сонную артерию животного. Все другие пути инфицирования остаются безрезультатными.

Независимо от того, что стрептококк в ревматическом процессе отесняется вирусной теорией на роль только способствующего фактора (Г. Д. Залесский), вопрос о тонзиллогенной инфекции и позиции врача по отношению к ней в клинике ревматизма не теряет своей актуальности.

Возможность микробно-вирусных ассоциаций, носительства вируса стрептококком, создания им «почвы» для вируса и т. п. требуют еще дальнейших исследований.

Открытие вирусной природы острых катаров дыхательных путей («адено-фаринго-конъюнктивальные» вирусы Роу, Гиллемана и Уэрнера и др.) значительно расширяют наши горизонты и ставят ряд новых проблем, перекрещивающихся с проблемой ревматизма. Вместе с тем лимфогенные связи миндалин и сердца (В. А. Равич-Щерба, В. К. Белецкий, С. П. Шури и др.), с парагипофизом, гипофизом, сосудистым сплетением основания мозга, онтогенетическое родство их с передней долей мозгового придатка, регулирующего через кору надпочечника состояние коллагенных структур, подтверждают закономерность эмпирически установленной клиникой связи тонзиллярных поражений и ревматизма.

Однако, в вопросах показаний, сроков, оценки результатов вмешательства в отношении тонзиллярного очага у ревматиков, и особенно при выраженных ревматических поражениях сердца, нет единодушия.

В старых исследованиях Кайзера вспышка ревматизма после тонзиллэктомии наблюдалась в 10% всех случаев, что вызвало весьма скептическую оценку тонзиллэктомии в профилактике рецидивов.

Н. А. Куршаков, М. А. Ясиновский и ряд других авторов считают ликвидацию тонзиллярного очага необходимой, хотя это и не гарантирует от рецидивов. К таким же выводам пришли Н. Н. Кремнев, Н. И. Константинова и ряд других.

Введение в широкую практику антибиотиков, возможность оперировать на «пенициллиновом фоне» заставляют пересмотреть правило вмешательства только в «холодном периоде» ревматизма, после ликвидации всех признаков активного процесса.

Чтобы уточнить целесообразность оперативного вмешательства на миндалинах у тяжелых ревматических больных со старым запущенным ревматизмом, сроки его производства и проследить эффективность этого вмешательства в дальнейшем течении болезни и профилактике рецидивов, нашими клиниками были предприняты совместные наблюдения.

С конца 1954 г. по настоящее время были подвергнуты тонзиллэктомии 110 больных-ревматиков. 86 из них страдали преимущественно «сердечной формой» ревматизма с выраженным клапанным пороком, у 37 из них поражение сердца комбинировалось с поражением суставов, 15 имели «тонзиллогенный» миокардит, у 7 из них поражение сердечной мышцы сочеталось с поражением почек.

Кроме того, под наблюдением были 4 больных неспецифическим инфекционным полиартритом, 3 с длительным «субфебрилитетом» и 2—с умеренно выраженным гипертиреозом.

Женщин было 81, мужчин 29. По возрасту наши больные распределялись следующим образом (табл. 1):

Табл. 1

Возраст	До 20 лет	21—30	31—40	Свыше 41	Всего больных
Количество больных	36	45	26	3	110

Большинство составляли больные, страдавшие ревматизмом свыше 5—10 лет (табл. 2).

Табл. 2

Давность заболевания	До 1 года	До 3 лет	До 5 лет	До 10 лет	Свыше 10 лет	Не выяснена
Число больных	13	5	7	30	25	30

При поступлении в терапевтическую клинику у 74 человек была выраженная вспышка ревматизма с лихорадкой, изменением стабильности коллоидов плазмы.

У 60 из них наблюдалось нарушение кровообращения I—II степени, у 11 — III степени. Мерцательная аритмия была у 4. Выраженная суставная реакция наблюдалась у 31 больного.

У всех, параллельно основному страданию, выявлен хронический тонзиллит с разрыхленностью миндалин, гнойным содержимым в лакунах, уплотнением ткани миндалин или, наоборот, расплавлением ее, сращениями с дужками и т. д.

У отдельных больных объективные признаки тонзиллита были минимальными: миндалины атрофичны, лакуны неглубокие, не расширены и только частые ангины и повторные вспышки ревматизма вслед за ангинами в анамнезе заставили пойти на тонзиллэктомию.

У одной из таких больных (Б. К.) миндалины были скрыты за дужками, атрофичны, с точечными лакунами без содержимого. В связи с такой невыраженной картиной тонзиллита больной длительно отказывался в тонзиллэктомию, и только рецидивы болезни после вспышек тонзиллита заставили пойти на операцию, во время которой был обнаружен и вскрыт перитонзиллярный гнойник за правой миндалиной, который трудно раньше было предположить.

В терапевтической клинике больным проводилась противоревматическая терапия (аспирином, пирадионом, бутационом; многие лечились АКТГ, кортизоном с применением пенициллина). Там, где выступали явления недостаточности кровообращения, применялись сердечные средства.

Пенициллин назначался за несколько дней до оперативного вмешательства, а также давался в течение 7—8 дней после него. Введение пенициллина мы считаем необходимым потому, что тонзиллэктомию вызывает в организме те же сдвиги, что и ангины. При выделении хронически воспаленных миндалин в кровь поступает большое количество микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности; кроме того, в глотке образуются большие раневые поверхности, что может привести к более легкому инфицированию организма.

Само оперативное вмешательство производилось под местной новокаиновой анестезией, удалялись обе миндалины одновременно. Все больные операцию перенесли удовлетворительно. Ни у кого, даже при

тяжелых пороках, в момент оперативного вмешательства не наблюдалось каких-либо осложнений. На 7-й день после тонзиллэктомии больные снова переводились в терапевтическую клинику, где подвергались повторному исследованию, и им вновь производилось противоревматическое лечение. Нарастание недостаточности сердца в послеоперационном периоде было лишь у одной больной Х., с возвратным эндокардитом, стенозом левого венозного отверстия, недостаточностью митрального клапана, мерцательной аритмией и нарушением кровообращения II—III степени.

У 4-х больных тонзиллэктомия вызвала вспышки ревматизма, развившиеся в ухудшении общего состояния, небольшом повышении температуры, обострении болей в суставах, ускорении РОЭ. Вспышка в одном случае купировалась под влиянием обычной антиревматической терапии, и в трех случаях была получена ремиссия после применения адренокортикотропного гормона.

У больных, подвергавшихся тонзиллэктомии, динамически изучались картины белой крови, РОЭ, реакция Вельтмана и ЭКГ-данные.

Содержание лейкоцитов у 64 больных перед тонзиллэктомией и после нее оставалось на нормальных цифрах (6 000—7 000); лейкоцитоз после операции достиг у 13 больных 9—10 тысяч; у 18 — количество лейкоцитов оставалось повышенным (9—12 тысяч) за весь период наблюдения; у 15 — лейкоцитоз, будучи вначале повышенным (11—14 тысяч), после тонзиллэктомии снизился до нормы. 53 больным тонзиллэктомия произведена при нормальной РОЭ, которая не изменилась и после операции. У 31 больного РОЭ ускорилась после операции (17—24 мм в час) и снова снизилась до нормы через 7—10 дней; у 14 больных ускоренная РОЭ (30—36 мм в час до операции), после вмешательства снизилась до нормы через 7 дней, и у 12 — РОЭ после тонзиллэктомии осталась, как и была, ускоренной (28—36 мм в час).

Лента коагуляции по Вельтману не изменилась после операции (6—7 пробирки) у 16 больных; удлинилась (до 8—9 пробирки) — у 8; осталась удлиненной в течение месяца, как и была до оперативного вмешательства (8—9 пробирки) у 41 больного. Будучи удлиненной, укоротилась после тонзиллэктомии у 29 больных; укороченная до операции (5—6 пробирки) удлинилась (до 8—9 пробирки) — у 8. Значительно укороченная до операции (4—5 пробирки), пришла к норме после тонзиллэктомии у 8 больных.

Следует отметить, что параллелизма между данными реакции Вельтмана и РОЭ мы не наблюдали.

У 55 больных с измененными ЭКГ-данными (замедление внутрисердечной и внутрижелудочковой проводимости, уплощение зубца Т и снижение сегмента S—Т), как до, так и после операции, то есть за время наблюдения, мы не могли обнаружить в ЭКГ какой-либо динамики. У 27 после операции в ЭКГ исчезли такие сдвиги, как удлинение сегмента PQ, снижение вольтажа зубцов QRS и Т. У одного из них исчезла частичная атриовентрикулярная блокада с интерференцией двух ритмов. У 19 больных ЭКГ оставалась нормальной как до, так и после операции, и у 9 больных в нормальной прежде ЭКГ появились легкие патологические сдвиги, касающиеся, в основном, предсердного зубца Р (уширение предсердного зубца Р) и изменения ST-сегмента (ST-сегмент с дугообразным изгибом выше или ниже изолинии). У одного больного отмечены единичные экстрасистолы.

Отдаленные результаты нам удалось проследить у 84 из 110 больных. Больные вызывались на повторный осмотр через 6 месяцев на протяжении 2—3 лет. Некоторые больные после тонзиллэктомии были под наблюдением в течение 5—7 лет.

Наблюдения показали, что у 54 из них, с упорно протекающей «сердечной» формой ревматизма, тонзиллэктомия в комплексе с противоревматическим лечением привела к стойкому улучшению аккомодации сердца и к стабилизации процесса. В отдельных случаях больные от состояния инвалидности (из-за длительной недостаточности сердца) могли возвратиться к труду. У 23 после тонзиллэктомии удалось добиться ремиссии со значительным улучшением общего состояния, несмотря на тяжесть поражения сердца и упорство течения заболевания до операции.

Лишь у 3 больных с тяжелыми поражениями сердца и латентным течением ревматического эндомиокардита мы не могли отметить никакого положительного сдвига.

Для иллюстрации приводим следующие примеры:

I. Р., 17 лет, находился неоднократно в терапевтической клинике Казанского ГИДУВа по поводу повторного ревматического эндомиокардита с митральным поражением, недостаточностью клапанов аорты и явлением очагового нефрита. Со стороны ЛОР-органов — выраженный хронический тонзиллит с гнойным содержимым в множественных лакунах миндалин. Частыми ангинами болел с 7-летнего возраста. Находился в стационаре терапевтической клиники в 1955 г. 5 месяцев. Тонзиллэктомия произведена в 1955 г., уже после того, как до этого лечился рентгенотерапией миндалин (7 сеансов), давшей очень небольшое улучшение. После операции ангины прекратились, рецидивов ревматизма не было весь период наблюдения, исчезли все явления недостаточности сердца, прибыл в весе за 2 года на 12 кг, физически окреп и возмужал, окончил курсы механизаторов. Летом 1957 г. успешно работал в поле.

II. П. Г., 20 лет, работница кирпичного комбината. Болями в суставах с их припуханием начала страдать с 14-летнего возраста. В 19 лет перенесла ангину, с высокой температурой, после чего вновь обострились боли в суставах, присоединились одышка, сердцебиение, температура повысилась до 39°. В терапевтической клинике в 1955 г. диагностирована вспышка рецидивирующего ревматического эндомиокардита с недостаточностью митрального клапана и стенозом левого венозного отверстия, полиартрит и хронический тонзиллит. После лечения аспирином, АКГ и пенициллином самочувствие улучшилось, температура снизилась до нормы, РОЭ с 59 мм в час снизилась до 15 мм.

В таком состоянии больная переведена в клинику ЛОР для тонзиллэктомии. Операцию перенесла хорошо. С этого времени трудоспособна, ангины не повторялись, со стороны сердца состояние хорошей компенсации. Динамики в ЭКГ не отмечалось.

Наши наблюдения подтверждают, что инфекционный очаг в миндалинах поддерживает активность ревматического процесса и способствует его рецидивам. Тонзиллэктомия, хотя и произведенная уже при структурных изменениях в сердце, позволила ликвидировать имевшийся активный процесс и способствовала сохранению и даже расширению аккомодации сердца, несмотря на выраженность его ревматического поражения, у огромного большинства наших больных.

Это приводит нас к выводу, что оперативное вмешательство на миндалинах является одним из необходимых моментов в комплексном лечении ревматизма и профилактике его рецидивов при тонзиллярной инфекции.

Совершенно иные результаты получены в тех случаях, когда тонзиллэктомия была произведена слишком поздно, то есть при далеко зашедшей недостаточности сердца, связанной с большими необратимыми изменениями мышцы и большой степенью стеноза.

В., 30 лет, в детстве часто страдала ангинами. В 24-летнем возрасте при осмотре выявлен комбинированный митральный порок. Продолжала страдать ангинами, вслед за которыми наблюдались вспышки эндомиокардита. В 27-летнем возрасте больная произведена гальванокаустика миндалин, но через 2 года вновь заболела ангиной с последующей длительной вспышкой эндомиокардита, появлением мерцательной аритмии и резким сужением аккомодации сердца. В июне 1952 г. сделана тонзиллэктомия. С тех пор в течение 5 лет вспышек эндомиокардита не повторялось, но к работе больная вернуться не смогла и является инвалидом II группы.

ВЫВОДЫ:

1. Несмотря на то, что в природе ревматизма остается еще много спорного и неустановленного, несомненно значение при этом страдании инфекционных очагов в организме больного. Особое место в этом смысле, как по частоте, так и по возможной специфической роли, занимают поражения миндалин.

2. Оперативное лечение хронического тонзиллита при ревматизме в большинстве случаев благоприятно отражается на дальнейшем течении болезни и способствует эффективности противорецидивных мероприятий.

3. «Пенициллиновый фон» при тонзиллэктомии уменьшает опасность послеоперационной вспышки ревматизма и делает возможным оперативное вмешательство, не дожидаясь полного затухания ревматического процесса при затяжном течении болезни.

4. Даже при больших анатомических изменениях в сердце (мерцательной аритмии и прогрессирующей недостаточности сердца) после тонзиллэктомии в ряде случаев удается получить стабилизацию аккомодации сердца и улучшение кровообращения.

5. Если операция не проведена до выявления ревматизма, то наиболее целесообразно оперативное вмешательство на ранних его этапах, например, после первых острых вспышек и, в крайнем случае, до образования глубоких патанатомических последствий процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. К. Материалы 18 научной конференции Рязанского мединститута по проблеме «Патогенез ревматизма». Рязань, 1956.
2. Залесский Г. Д. Труды Новосибирского мединститута. «Вопросы ревматизма», т. XXVII.
3. Кубланова П. С. Клиническая медицина, 10 и 29, 1951.
4. Нестеров А. И. Клиническая медицина, 10, 1954.
5. Он же. Тер. арх., 6, 1952.
6. Он же. Клиническая медицина, 5, 1958.
7. Равич-Щерба В. А. Сб. «Ретроградный лимфоток эндоторакальной области». Воронеж, 1940.
8. Трутнев В. К. и Сахаров П. П. Клиническая медицина, 1, 1958.
9. Ясиновский М. А. Врачебное дело, 4, 1955.
10. Он же. Тер. арх., 5, 1955.
11. Hilleman M. R., Werner I. H. Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med., 85, 1954.
12. Hilleman M. R., Werner I. H., Dascomb H. E. a. Butler R. L. Amer. Journ. Public Health., 45, 1955.

Поступила 29 сентября 1958 г.

МАТЕРИАЛЫ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АДРЕНКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА И КОРТИЗОНА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ¹

0,27 *Мацкова*
Канд. мед. наук А. З. ДАВЛЕТКИЛЬДЕЕВА

Из 1-й терапевтической клиники (зав.—проф. Л. М. Рахлин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Применение в терапии ряда неэндокринных внутренних заболеваний гормональных препаратов гипофизарно-надпочечниковой системы является одним из достижений медицины последнего времени.

Круг заболеваний, при которых описывается положительный эффект от АКТГ и кортизона все время расширяется. Так, в 1953 г. появились сообщения о положительных результатах лечения АКТГ хронического нефрита и нефрозов (Торн с сотрудниками — цитировано по Шуберт), в 1954 г. Хейльмейер и ряд других авторов опубликовали материалы о

¹ Доложено на заседании Терапевтического общества 16 ноября 1957 г.