

ностические объективные указания на заболевание того или иного внутреннего органа.

3. В динамическом изучении болезненного процесса одним из опорных пунктов может служить и повторная РТ, дающая ускорение при обострении процесса и запоздалое наступление РТ или отсутствие ее на том же участке кожи (сегменте) при улучшении его или при выздоровлении.

4. При оценке РТ следует учитывать общие эндогенные и экзогенные причины, влияющие на состояние всех капилляров кожи, и ставить большее число контрольных реакций в случаях не резко выраженной РТ.

5. Метод травматизации кожных капилляров, объективируя субъективные жалобы больного, при скудных клинических данных может служить ценным фактором в случаях симуляции и аггравации.

6. Простота методики РТ делает ее доступной не только для клиники, но и для амбулаторного обследования.

Из терапевтического отделения Затверецкой больницы (глав. вр. В. Я. Терновский).

Лечение острого ревматизма стрептоцидом.

И. С. Случевский.

Сейчас большинство клиницистов рассматривает ревматизм как результат аллергической реакции макроорганизма на инфекцию; при этом предполагается, что у макроорганизма существует повышенная чувствительность не только к специфическим аллергенам, но и к неспецифическим, так называемым паралергенам. Бактериальным фактором здесь является чаще всего стрептококк. Поскольку стрептоцид дает терапевтический эффект при многих стрептококковых заболеваниях, важно проследить его действие при остром ревматизме. До сих пор в доступной мне литературе я встречал только отрицательное отношение к лечению острого ревматизма стрептоцидом. Между тем стрептоцид при этом заболевании дает очень хороший, хотя правда медленный, постепенный терапевтический эффект, не уступающий, а может быть и превосходящий эффект от салициловых препаратов.

Мною проверено действие стрептоцида на 10 больных с острым ревматизмом. Стрептоцид давался 3 раза в день по 0,6 внутрь: никаких других медикаментов больные не получали. Важно было выяснить не изменяет ли стрептоцид аллергическое состояние больных. Поэтому всем больным при выписке делалась реакция Бухштаба и Ясиновского.

Техника реакции. Натощак область локтевого сустава и сгибательные поверхности плеча и предплечья на протяжении 15 см в обе стороны в течение 5 минут охлаждались эфиром из распылителя. Непосредственно перед охлаждением и спустя 25—30 минут после него бралась кровь из пальца руки, не охлажден-

ной эфиром, и определялось количество лейкоцитов. Эозинофилы, РОЭ и кровяное давление не проверялись, так как, по словам авторов этой пробы, „при практическом выполнении пробы, как в свое время отмечалось и для видалевской пробы, главное внимание должно обращать на развивающуюся лейкопению, а другим компонентам, особенно кровяному давлению, надо при постановке опытов придавать меньшее значение, так как они могут и отсутствовать“.

Из 10 больных 3 заболели впервые, 7 перенесли в прошлом 2—3 атаки. У 5 из поступивших отмечалась ангина, бывшая дней 8—15 перед заболеванием, у трех—грипп, за 7—12 дней перед заболеванием, у двух—простуда: один промок под дождем, и одна промочила ноги. Температура в день поступления была у всех от 38 до 39,5°. Суставы были крайне болезненны, горячи на ощупь, припухшие и покрасневшие. У всех, кроме одной, отмечалось поражение клапанов двустворки; у шести больных отмечалось состояние крайней беспомощности, малейшие движения сопровождались жестокой болью, больные лежали неподвижно на койке.

С первого же дня поступления все больные получали стрептоцид 3 раза по 0,6. На 2-й или на 3-й день наблюдалось уменьшение болей и припухлости суставов, а также улучшение общего самочувствия с некоторым снижением температуры.

Через 10—15 дней температура становилась нормальной, боли, припухлость суставов исчезали совершенно. Только у одного температура сделалась нормальной на 20-й день, к этому же дню исчезли боли и припухлость суставов.

Необходимо отметить, что у двух больных, заболевших первично, остались „скованность“, „неловкость“ в суставах при движении; объективно же никаких видимых изменений в суставах не обнаруживалось.

Больные получали стрептоцид еще в течение 10—12 дней после падения температуры, так как при раннем прекращении дачи его наблюдалась вспышка болезни, правда, в легкой форме.

Реакция Бухштаба и Ясиновского выпала так:

Больные:	Колич. лейкоц до охлаждения	После охлаждения	Разница в %
А-ва	6320	5200	17
К-р	7620	6430	31
К-ва	5120	4330	15
Г-ва	4760	3900	19
Ч-в	6390	4370	31
К-ва	5120	4330	15
К-ва	5950	4100	31
С-н	5880	5110	13
С-ва	6740	5710	15
С-в	7110	5720	19

Привожу выдержки из историй болезни.

1. Б-ной К-р, 18 лет, поступил в отделение 7/II. В детстве скарлатина. Две недели тому назад заболело горло, через 5 дней болезнь прошла; два дня тому назад заболели суставы, появился жар. Питание удовлетворительное, язык влажный, обложенный. Со стороны легких ничего особенного. Правая граница сердца несколько заходит за левую парастернальную линию, на верхушке нежный систолический шум, второй тон на легочной артерии акцентирован, пульс 116, хорошего наполнения, ритмичный. Со стороны органов живота ничего ненормального. Левый лучезапястный, коленные суставы распухли, горячи, крайне болезненны; плечевые, локтевые, голеностопные суставы болезненны, но не припухли. Спал плохо, стула не было. Температура 39,1—39,8°.

8/II. Температура 39—39,4°, появилась припухлость плечевых, локтевых и голеностопных суставов. Состояние почной беспомощности; малейшие движения причиняют боль. Пульс 120, ритмичный, хорошего наполнения. Стул после клизмы, аппетит плохой. Спал хорошо.

9/II. Температура 38,4—39,8°. Болезненность суставов меньше, пульс 116, хорошего наполнения, стул после клизмы, спал хорошо.

10/II. Температура 38,6—39,4°. Припухлость и боль суставов значительно меньше, пульс 112, хорошего наполнения. На верхушке нежный систолический шум, акцент на 2-м тоне легочной артерии. Стул был, сон хороший. Аппетит лучше.

11/II. Температура 38,4—39,5°. Появилась болезненность и припухлость правого тазобедренного сустава. Пульс 112, хорошего наполнения. Стул был, сон хороший.

12/II. Температура 37,9—39,3°. Лучезапястные, локтевые, плечевые, голеностопные, коленные суставы не болят, припухлости нет. Правый тазобедренный сустав припух, крайне болезнен; пульс 108, хорошего наполнения, стул был, аппетит умеренный, моча—норма. 13/II. Температура 37,6—39,2°. 14/II. Температура 37,8—38,8°. Правый тазобедренный сустав немного болезнен. Самочувствие хорошее, стул был. 15/II. Температура 37,1—38,4°.

16/II. Температура 37,3—38,8°. Боли в тазобедренном суставе незначительные, появилась опять припухлость и болезненность правого коленного сустава, пульс 112, хорошего наполнения, стул был.

К 21/II боль и припухлость в коленном суставе исчезли, температура пала до 36,1°, самочувствие все время хорошее.

2. Больная К-ва, 25 лет, поступила 19/II. Температура 38,0—39,6°, лучезапястные, локтевые, голеностопные и коленные суставы крайне болезненны, распухли. Недостаточность двустворки. Год тому назад две недели болела ревматизмом. За 2 дня до настоящего заболевания промочила ноги. Температура постепенно к 21/IV пала, опухоль и болезненность исчезли.

3. Г-ва, 16 лет, поступила 21/III. Температура 38,0—39,5°, суставы локтевые, затем лучезапястные по очереди припухли. Недостаточность двустворки. 17/IV—температура норма, болей, припухлости нет.

4. Ч-в, 26 лет, поступил 1/V. Температура 39,0—39,8°, боль и припухлость голеностопных суставов. Недостаточность двустворки. Постепенно поражались все крупные суставы, 25/V боли и припухлость исчезли, температура нормальная.

5. К-ва, 40 лет, поступила 3/II. Температура 38,5—38,9°. Недостаточность двустворки, распухли коленные суставы, затем голеностопные и лучезапястные, к 17/II температура пала, боли и припухлость исчезли.

6. К-ва, 51 года, поступила 4/II. Недостаточность двустворки, температура 38,1—39°, припухли и болезненны оба коленных и голеностопных сустава, затем лучезапястные, локтевые и плечевые, 20/II—температура норма.

7. С-я, 35 лет, поступил 2/II. Температура 38,1—39,2°, коленные, голеностопные и лучезапястные суставы распухли, болезненны. 12/II температура норма, болей, припухлости нет.

8. С-ва, 45 лет, поступила 2/III. Температура 38—39,9°. Недостаточность двустворки. Коленные и локтевые суставы распухли, болезненны. 12/IV температура норма, опухоли и боли в суставах нет.

9. А-ва, 26 лет, поступила 19/IV, с температурой 37,8—39,4°; недостаточность двустворки, голеностопные, коленный, а затем постепенно другой коленный, лучезапястные, локтевые и плечевые суставы распухли, болезненны, с 4/V—температура норма, болей нет. Жалобы на „неловкость“ в суставах.

10. С-в, 26 лет, поступил 3/1 с температурой 38,0—39,2°. Недостаточность двусторонки. Коленные, плечевые, локтевые и тазобедренные суставы распухли, крайне болезненны. 13/1 температура норма, болей, припухлости нет, жалобы на „скованность“ в пораженных ранее суставах.

После лечения стрептоцидом, как видно из приложенной выше таблицы, биологическая реакция Бухштаба и Ясиновского оставалась у выздоровевших резко положительной; это говорит за то, что стрептоцид не изменяет аллергического статуса у ревматиков.

Если стать на точку зрения аллергической теории ревматизма, если признать наличие повышенной чувствительности макроорганизма к тем или иным раздражителям, приобретенной вследствие частых предшествовавших встреч с этим раздражителем, то надо сказать, что, повидимому, чаще всего стрептококк и его токсины и есть эти раздражители. Этим и объясняется терапевтический эффект стрептоцида при остром ревматизме: уменьшая вирулентность стрептококка, делая его как бы индифферентным для организма, стрептоцид до поры до времени уничтожает и причину повышения чувствительности макроорганизма.

Если стать на эту точку зрения, то стрептоциду надо отдать преимущество перед салициловыми препаратами, так как они не оказывают непосредственного действия на стрептококка. Терапевтический эффект салициловых препаратов зависит от большей их растворимости в жидкостях организма, чем в воде, что ведет к благоприятному для организма гуморально-коллоидному сдвигу. Стрептоцид же, как показали эксперименты, влияет непосредственно на стрептококк в организме. Если это так, то совместное действие стрептоцида и салициловых препаратов должно дать наилучший эффект при лечении острого ревматизма. К проверке этого мы сейчас и приступили в терапевтическом отделении Затверецкой больницы.

Выводы: 1. Стрептоцид дает терапевтический эффект при остром ревматизме.

2. Действие стрептоцида медленное, постепенное.

3. Терапевтический эффект стрептоцида выше эффекта салициловых препаратов, он не дает побочных явлений, свойственных салициловым препаратам (потение, диспептические явления, раздражение почек).