

Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из детской клиники Гос. инст. для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани
(Директор проф. Е. М. Лепский).

Ревматизм у детей¹⁾.

Ю. В. Макаров.

Хотя ревматизм нельзя отнести к числу заболеваний, часто встречающихся у детей, изучение его проявлений в детском возрасте имеет большое значение и интерес по ряду причин. Клинические наблюдения над детским ревматизмом несомненно могут приблизить нас к разрешению далеко еще не изученной проблемы ревматизма вообще. У детей, как известно, многие патологические процессы протекают в более чистом (если можно так выразиться) виде, поскольку организм их не испытал еще влияния профессии, не подвергался еще влиянию различных вредных токсических воздействий и не пострадал от каких-либо хронических заболеваний, наблюдающихся у взрослых. Не безинтересно и то, что некоторые ревматические заболевания встречаются исключительно или с подавляющей частотой у детей (например, хорев, узелковый ревматизм), тогда как другие (заболевания периферических нервов) у детей почти не наблюдаются. На примере туберкулеза можно убедиться в ценности изучения особенностей проявления заболевания у детей для углубленного его понимания, а также для выяснения течения его у взрослых.

При склонности ревматизма у детей к более генерализованному течению, чем у взрослых, он не так редко бывает источником школьной инвалидности, не говоря уже о том, что может быть причиной смерти. Это диктует необходимость развертывания профилактических противоревматических мероприятий уже в детском возрасте, — тем более, что начало ревматизма у взрослых в немалом числе случаев должно быть отнесено к школьному и юношескому возрасту (Цукерштейн).

Вследствие дефектов статистики (зависящих от несовершенства международной номенклатуры болезней и недостаточной изученности ревматизма) мы не располагаем пока точными данными о его распространенности в отдельных странах, в частности у нас в СССР. Это касается как ревматизма взрослых, так и в особенности детей.

Некоторое представление о распространенности ревматизма (хотя и не вполне точное) можно составить на основании обрабатываемости больных в больничные учреждения. Обработка соответствующего материала по Филатовской детской больнице в Москве за годы 1911—1930 гг. Маркузоной и Левашовой, дала % ревматиков по отношению к общему количеству больных, лежавших в больнице за эти годы, равной 6,30%, при этом у 3,90% был остр. с-р., хорев у 1,00%, поражения сердца у 0,80%.

Более точное представление могло бы дать дополнение сведений больниц данными детских проф. амбулаторий, но поскольку мне известно, таких работ еще не опубликовывалось ни по Казани, ни по другим городам.

Мы обработали материал Детск. клиники ГИДУВ'а за время с 1922 по июнь 1934 г. (за 12½ лет), причем за это время в клинике было 115 больных с различными ревматическими заболеваниями, некоторые из которых лежали в клинике по нескольку раз. Если учесть общее количество больных, пришедших за это время через клинику (от 0 до 15 лет), то процент ревматиков оказывается очень небольшим—0,90%. Приводим таблицы количества случаев по годам и распределения их по возрасту, полу, национальности.

¹⁾ Доклад на IV Научном съезде врачей АТССР в июне 34 г.

Количество случаев по годам.

	Всего 6-ных	Ревматиков
1922 год	1036	6
1923 "	1081	3
1924 "	945	4
1925 "	835	2
1926 "	836	9
1927 "	836	6
1928 "	818	9
1929 "	864	10
1930 "	1579	21
1931 "	1139	13
1932 "	1330	11
1933 "	1271	11
1934 "		
(5½ мес.)	503	10
Всего за 12½ лет		115
		русск.—82, татар —32, чуваш— 1, что составля- ет ок. 0,9%

Распределение случаев по возрасту поступления в клинику и началу заболев.

Возраст.	Поступ. в клинику			Начало заболевания		
	М.	Д.	Всего	М.	Д.	Всего
0—3 л.	0	0	0	0	1	1
3—5 л.	2	2	4	5	3	8
5—7 л.	7	3	10	7	6	13
7—9 л.	10	8	18	13	11	24
9—11 л.	8	12	20	13	8	21
11—13 л.	16	11	27	12	8	20
13—15 л.	19	17	36	13	10	23
Всего	62	53	115	63	46	109

В 6 сл. начало заболев. не установлено.

Распределение по характеру ревматич. заболев.

Остр. сустав. ревмат. и порок сердца	61
Остр. суставн. ревматизм	25
Порок сердца (без суст. поражений в анамнезе)	13
Хорея	8
Хорея и порок сердца	3
Хорея, порок сердца, о. с. р.	2
Узелков. ревматизм и порок сердца	2
Узелков. ревматизм и остр. суст. ревматизм	1

Из приведенных таблиц для нас представляет особый интерес распределение ревматизма по возрастам; обращает на себя внимание отсутствие случаев с ранним

возрастом. Это не особенность нашего материала; данные других авторов говорят также о том, что р. заболевания у маленьких детей, хотя и могут встречаться (Леонтьева), но наблюдаются очень редко. Раухфус, напр., встретил их всего 2 раза на 15.000 Widerhofer 1—7.000; то же отмечают Leichtentritt, а также Пойнтон и Шлезингер, указывающие, что до 5-летнего возраста эти заболевания являются редкими. Конечно, это не случайность как не случайность и то, что некоторые другие заболевания, как напр., крупозная пневмония у детей до 5 мес. или гломеруло-нефрит у маленьких детей, встречаются чрезвычайно редко. Причина лежит, повидимому, в отсутствии какого-то дополнительного фактора, необходимого для развития данного заболевания; этот фактор заключается, нужно думать, в той перестройке организма (Umstimmung), готовности к аллергической реакции, которая происходит с возрастом под влиянием сенсбилизации какими-либо антигенами. В результате этой сенсбилизации организм иначе реагирует на повторное воздействие антигена, чем до того.

Поскольку вопрос о возбудителе ревматизма окончательно еще не решен, не может быть, понятно, дан категорический ответ на вопрос о том, какие микробы при этом заболевании играют сенсбилизующую роль.

В то время как одни авторы (напр. Цукерштейн и др.) стоят на точке зрения существования специфического ревматического вируса, многочисленные другие исследования говорят за то, что различные микробы, напр. стафилококк (некоторые его разновидности), но главным образом, стрептококк (*Strept. viridans*, haemolyticus), а может быть и еще некоторые другие микробы, играют роль в возникновении той сенсбилизации организма, которая в совокупности с некоторыми эндогенными и экзогенными факторами обуславливает картину ревматического заболевания.

В качестве доказательства сенсбилизации стрептококком может быть использовано испытание чувствительности на внутрикожное введение стрептококкового фильтрата. Такие исследования, произведенные Swift'ом, Maу'em и Todd'ом с фильтратом *strept. viridans* показали, что у ревматиков, в противоположность здоровым, реакция получается положительная, при чем % положительных больше у ревматиков в остром периоде, чем у хронических или выздоровевших. Kaiser проделал внутрикожную пробу с токсином стрептококкового штамма у 800 детей в возрасте от 1 нед. до 16 лет, и у 72% детей, болевших ревматизмом или повторными ангинами, получил положительную реакцию, тогда как из тех детей, у которых не было ревматизма в анамнезе, положительно реагировало лишь 20%.

Обнаружение стрептококка (его разновидностей, но чаще *strept. viridans*), в крови и суставной жидкости (Menzer, Reye, Leichtentritt, Kosenow и многие другие америк. авторы) говорит также за частую роль именно этого микроба в развитии ревматического заболевания и позволяет многим авторам рассматривать ревматизм, как особый вид стрептококкоза. Из русских педиатров в этом смысле высказывается проф. Молчанов; он приводит ряд своих наблюдений в доказательство того, что скарлатина, при которой „стрептококк играет выдающуюся роль“, может быть „последним моментом, который завершает аллергическую перестройку организма“, „является последним звеном в цепи, которая приводит больного к появлению ревматического синдрома“.

При той большой роли, которую микроорганизм играет в этиологии ревматизма, он не имеет, однако, решающего значения для развития клинической картины ревматического заболевания. Для этого необходимо соответствующее состояние макроорганизма в смысле готовности его к аллергической ревматической реакции, что связано с целым рядом других факторов. В этом хорошо можно убедиться на случаях множественного воспаления суставов у новорожденных, рожденных матерями с острым полиартритом (случаи Strümpel'a и Seifart'a, Richdorff'a и Griffith'a).

Имевшийся у этих детей полиартрит протекал не так, как у их матерей, а как гнойный множественный артрит, вызванный в случае Griffith'a зеленым стрептококком, который был выкультивирован также и из крови матери. Таким образом у несенсбилизированного организма заболевание течет как сепсис, а отсюда следует, что не микро, а макроорганизм определяет форму заболевания. Лишь с возрастом, по мере того как ребенок приобретает больше возможностей к сенсбилизации, в организме развивается та готовность к аллергической реакции, которая при наличии других факторов может дать ревматическое заболевание. Из приведенной таблицы мы видим как увеличивается с возрастом частота случаев

в нашем материале. Согласно существующим сейчас взглядам, антиген, вызывающий сенсibilизацию, образуется из бактерий и бактериальных протеинов. Входными воротами инфекции являются носоглотка, глоточный миндалик, фолликулы основания языка, зубы и проч.; в них же может локализоваться хронический инфекционный фокус. Следует отметить, однако, что при молочных зубах, как указывает Leichtenritt, никогда не бывает скрытых гранул (они вскрываются в полость рта), которым у взрослых придают большое значение; в школьном возрасте они встречаются. Заболевания кливовидной кости и лобных пазух не встречаются в раннем возрасте. Наоборот, хронический воспалительный процесс в решетчатой кости, котор. наблюдается и у маленьких детей после гриппозного насморка, может играть ту же сенсibilизирующую роль, что и всякий другой хронический инфекционный фокус. Нельзя игнорировать также значения банальных инфекций дыхательных путей, которые могут на себя взять роль хронического воспалительного очага, ведущего к сенсibilизации. Цукерштейн и Гасуль не могли отметить на своем материале преобладающей роли миндалик (ангины) и зубов для ревматическ. заболеваний и отмечают большее значение в этом отношении поражения верхних дыхательных путей. В нашем материале (впрочем, специального внимания на этот момент при собирании анамнеза не обращалось) рецидивирующие ангины отмечены в 12 случаях. У 5 больных была ангина за 7—10 дней до заболевания остр. суставным ревматизмом.

Поскольку в патогенезе ревматизма принадлежит доминирующая роль не микроорганизму, а макроорганизму, в котором под влиянием микроорганизма происходит *Umstimmung* и развивается готовность к особенной — ревматической — реакции, наряду с известными внешними этиологическими моментами главную роль играет конституциональный фактор (Чернорудский). Значение наследственности для ревматизма признается почти всеми, но особенно убедительны цифры Dargès и Lawgensa, полученные на основании обследования 150 семейств ревматиков: среди кровных родственников ревматиков было 17,4% ревматических заболеваний, в родственной группе ревматиков и их непородственных родственников — 34,5%, тогда как среди населения вообще авторы считают этот процент равным 5. Интересно то, что у отдельных членов одной и той же семьи заболевания острым суставным ревматизмом наблюдались приблизительно в одном и том же возрасте.

Поскольку ревматический процесс развивается в мезенхиме, можно думать, что у лиц, предрасположенных к ревматизму, имеется уваследованная неполноценность мезенхимы и в частности системы капилляров, поскольку они, также как и вся сосудистая система, является производным мезенхимы; Пойнтон и Шлезингер в качестве предрасполагающих условий для ревматического заболевания отмечают общую недостаточность организма, выражающуюся в неустойчивости нервной, пищеварительной и лимфатической систем. Klinge говорит о конституциональной готовности соединительной ткани у ревматиков к гиперэргической реакции. Французские авторы (напр. Lesage) выделяют особую конституцию — артритизм, обуславливающую большую склонность к авафилактическим реакциям, что сказывается в лабильности вегетативной нервной системы, повышенной лабильности вазомоторов и увеличенной проницаемости капилляров; клинически это выражается в склонности к ринитам, конъюнктивитам, бронхитам. Этот конституциональный тип соответствует *status irritabilis* Borchardt'a.

Из внешних факторов, играющих роль в возникновении ревматического заболевания, издавна придавалось большое значение сырости в квартире больных. Имеются объективные данные, подтверждающие значение этого момента, например, обследованием, произведенным Британским мед. о-вом, сырость в квартирах у детей-ревматиков была установлена на 7—8% чаще, чем у контрольных детей. Наряду с этим исследованием комиссия британского исследоват. совета предполагала влияние сырости подтвердить не могла. В случаях Leichtenritt'a сырость в квартирах отмечена лишь у 4 детей из 37. В материале Маркузона неблагоприятные квартирные условия (сырость) имелись у 16% детей-ревматиков. В нашем материале имеются сведения о квартирных условиях в 83 случаях, из которых в 35 из них сырость в квартире отмечена, в 19 — удовлетворительные, в 26 — указана сырая квартира и в 5 — холодная. Таким образом, вряд ли можно совершенно отрицать значение квартирных условий в ряду факторов, обуславливающих ревматическое заболевание.

Отмечающаяся сезонность в появлении ревм. заболеваний (преобладание их зимой и осенью) должно быть связано с увеличением в это время катарральных

Заболеваний верхних дыхательных путей, с большими возможностями охлаждения и простуды (у 14 наших больных заболеванию предшествовало резкое охлаждение). Роль всех этих моментов при ревматизме сводится, повидимому, к тому, что при наличии соответствующей готовности к ревматической реакции, под влиянием или специфического антигена (например, стрептококк) или неспецифического — в силу параллергии (Mogo) развивается гиперэргическая реакция в виде острого приступа суставного ревматизма. Гиперэргический момент в развитии острого приступа ревматизма был совершенно очевиден в одном нашем случае: 10-тилетнему мальчику, ранее перенесшему ревматизм, была сделана противоскарлатинозная прививка; у него вскоре же наступило шокоподобное состояние, вслед за чем развилась картина острого ревматизма с опуханием суставов и кардитом.

Не имея возможности входить здесь в рассмотрение роли охлаждения и простуды в этиологии ревматизма, необходимо все же указать, что сейчас уже имеется ряд доказательств на аллергическую природу простуды, за то, что охлаждение может играть роль фактора, вызывающего гиперэргическую реакцию. Так, Klinge и Vaibel получали у сенсibilизированных кроликов при охлаждении суставов анафилактический артрит.

Из 4 клинических форм, в которых проявляется ревматизм у детей, наиболее частой является острый суставной ревматизм (о. с. р.). Он в подавляющем большинстве случаев развивается внезапно, остро; так, из 52 случаев, в которых больные поступили с первичным заболеванием, в 41 было острое начало и лишь в 5 — постепенное (о 6 нет указаний в ист. бол.). В виду общеизвестности мы не будем останавливаться на подробном описании картины болезни, а ограничимся лишь указанием некоторых особенностей у детей и важных, по нашему мнению, моментов. Кроме обычных жалоб на боли при движениях конечностей, их опухание, у детей можно иногда встретиться с жалобами на сильные боли в животе; так было у 3 наших больных, у которых такие боли продержались 3—4 дня. Leichtentritt тоже встречался с такими жалобами у детей-ревматиков и объясняет их тонзиллитом, при котором у детей нередко наблюдаются боли в животе из-за набухания лимфатической ткани аппендикса. Для некоторых случаев действительно возможно такое объяснение, но для 2 наших случаев оно не применимо, так как тонзиллит не было. Учитывая частоту и малосимптомность перикардитов у детей при ревматизме (см. дальше), не исключается возможность объяснения этих болей у некоторых ревматиков перикардиальными изменениями; однако не исключается возможность такого же происхождения этих болей, что и при *rigida Schönllein-Heinosch'a*, в основе которой лежит анафилактический момент. В отношении локализации суставных поражений наш материал подтверждает наибольшую частоту поражения коленных и голеностопных суставов, далее по частоте были лучезапястные, локтевые, плечевые и, наконец, мелкие суставы конечностей, позвоночник; поражение локтевого сочленения наблюдалось нами 2 раза. Покраснение кожи над пораженным суставом у детей наблюдается не так часто, иной раз и деформация контуров сустава не бывает выражена при наличии резких болей при малейших движениях в нем.

Для остр. суставного ревматизма, как известно, характерна легучесть суставных поражений. Изменения в отдельных суставах не держится подолгу, дней 3—8, иногда всего лишь несколько часов; постепенно уменьшается отечность сустава, уменьшается и проходит болезненность и восстанавливается функция.

Эта быстротечность артритов при о. с. р., с полным исчезновением через некоторое время всех болезненных явлений, делает их очень сходными с артритами при сывороточной болезни (описанной Pirquet и Schick'ом).

Вопрос этот был разработан Weintraud'ом, который еще в 1913 г. высказал взгляд на о. с. р. как аллергическое заболевание. Экспериментальным подтверждением этой теории явились опыты Friedberger'a, который вызвал артрит у сенсibilизированных кроликов путем введения им в сустав лошадиной сывотки. В связи с открытием феномена Артюса и феномена Schwartzman'sa-Sanarelei, на основе которых возникло учение о гиперэргической реакции (Rosenfeld, и уч. чие состоит в сочетании анафилаксии, и гипотеза Weintraud'a получила подкрепление и подтверждение (Klinge и др.).

Наряду с артритом, анафилактическую работу которого можно считать установленной, мы встречаемся иногда в клинике о. с. р. у детей и с некоторыми другими симптомами, характерными для анафилактической реакции. Сюда можно отнести повышенное количество эозинофилов в крови примерно у 25% больных.

в остром периоде; в этих случаях было 7-14% эозинофилов, а у одного б-го даже 28% (1). Эозинофилию у острых ревматиков встречал и Гофман. Что касается общего количества лейкоцитов, то в части случаев оно было понижено в 27%, у других было умеренный лейкоцитоз.

Исследования Малкина обнаружили понижение комплемента при о. с. р., что также характерно для общей анафилаксии.

У трех наших больных имелась резко выраженная острая эмфизема легких, что проявлялось приподнятой грудной клеткой, опущением и ограничением подвижности нижнего края легких, уменьшением сердечной тупости. Явления эти исчезли через несколько (6—8) дней. Этот симптом, отмеченный проф. Е. М. Лейским, представляет большой интерес, т. к. он легко объясняется анафилактическим состоянием организма и является еще одним, новым, доказательством аллергического понимания о. с. р. Из других явлений со стороны легких по Cathall'a и Oliverу встречаются плевропневмонии ревматической этиологии, особенно подчеркивает это Veil. По Пойтону и Шлезингеру бронхопневмония у острых ревматиков характеризуется быстрым течением и обычно отсутствием флоры. Длительность заболевания при первич. о. с. р. по нашему материалу 12—23 дня, редко доходит до месяца. Почти никогда, однако, этим не заканчивается ревматическое заболевание у детей даже в наиболее благоприятно протекающих случаях, не говоря уже о тех, где развивается непрерывно рецидивирующий эндокардит.

Склонность ревматич. полиартритов к рецидивам общеизвестна, она вытекает из аллергической сущности этого заболевания. Из 89 наших ревматиков, лежавших с-суставными явлениями, 37 были с повторным заболеванием их; из них 6 лежало в клинике по 3—6 раз с рецидивом о.с.р. По данным Вильсона и Ноксфорда из 500 детей ревматиков, прослеженных в течение 10 лет, рецидивы были у 83%; они чаще наблюдаются в первые 4 года с начала заболевания (лишь в 15% после 4-х лет от 1-го приступа). При рецидивах суставные явления протекали с той же легучестью и быстротечностью, что и при первой атаке и, проходя, не оставляли после себя никаких местных изменений. При имеющейся склонности к рецидивам, никогда, однако, не наблюдается перехода ревматич. артрита у детей в хроническую форму с деформациями.

Наш материал, хотя в нем имеются случаи с длительностью наблюдения в 4—6 лет, конечно, не может представить исчерпывающих доказательств этому, нужны более длительные наблюдения, что хорошо осуществимо при диспансеризации в Д.П.А.

Проф. Кисель также считает, что ревматизм не дает хронических заболеваний суставов, что гораздо яснее, по его словам, видно на детском материале. Те 5 случаев хронических артритов, которые наблюдались в нашей клинике, с самого начала протекали как хронические. Подробнее останавливаться на них сейчас мы не имеем возможности.

Мы видели, что явления со стороны суставов, несмотря на их склонность к рецидивам, при о.с.р. скоропроходящи и носят доброкачественный характер, не вызывая стойких изменений. И если педиатр всегда с осторожностью выскажется в прогнозе ревматического заболевания, то это обуславливается не неуверенностью в исходе суставных явлений, но опасением за сердце больного, заболевание которого может привести школьника к инвалидности и смерти. В настоящее время, благодаря главным образом работе Талалаева, является общеизвестным, что в центре органопатологии о.с.р. стоит сердце. Это логично вытекает из того, что в основе ревматизма лежит особое гиперэргическое состояние (состояние повышенной чувствительности) мезэнхимы, производным которой является и сердечно-сосудистая система.

Если еще нельзя считать общепринятым взгляд на узелки Ashoff-Талалаева, как на проявление гиперэргической реакции, то во всяком случае за это имеются весьма веские данные, добытые, главным образом Klinge, который получал аналогичные изменения у животных при впрыскивании им после сенсбилизации лошадиной сыворотки. За последнее время обширная работа в этом направлении с положительным результатом сделана Альперном (Харьков). Siegmund'u и Fugfeld'u удалось вызвать у животных типичный эндокардит с узелками при заражении их стрептококком после предварительной сенсбилизации в вену убитыми стрептококками.

Детское сердце поражается при ревматизме чаще и в большей степени, чем у взрослых. В этом нет разногласий в литературе. Если для взрослых цифры ча-

стоты клинически выраженного кардита колеблются по различным авторам от 31,2% (Rohlg) до 72% (Singer), то в отношении детей указываются более высокие цифры: по Ibrahim'у 60—80%, по Feer'у даже 80—90%.

В материале Маркузона поражение сердца при о.ср. было установлено у мальчиков в 52%, у девочек в 62%, а при хорее соответственно 19 и 10%. Левинтова указывает частоту сердечных поражений у детей в своих случаях в 75%.

Уже в начале заболевания о.ср. (при первом приступе) обычно наблюдаются некоторые патологические явления со стороны сердца, хотя большой выраженности они обыкновенно не имеют; часто встречается приглушение 1-го тона, лабильность пульса, редкие аритмии. В одних случаях все эти явления постепенно проходят, в других же наоборот—они усиливаются, появляется сначала нечистота 1-го тона, постепенно выходящая в более отчетливый систолический шумок. Нередко при этом можно обнаружить, что т-ра, снизившаяся с высоких цифр, длительное время остается субфебрильной. Более отчетливые явления на сердце мы обнаруживали у тех детей, которые поступали в клинику с рецидивом о.ср. Очевидно, эндокардит развивается, главным образом, в периоды между приступами суставных проявлений.

Ревматический эндокардит у детей, как и у взрослых, может иметь доброкачественное течение, дать стойкий порок без явлений декомпенсации. Нужно сказать, что декомпенсация у детей, поскольку их сердце находится в более благоприятных условиях (отсутствии отравления ядами, большая регенеративная способность) развивается не с такой легкостью, как у взрослых, но раз развившись, труднее устранивается и в дальнейшем легко наступает вновь. Вегнер говорит, что „сердечные заболевания у детей текут более радикально, в общем дело идет или совсем хорошо, или совсем плохо, среднее—как исклечение“.

У детей чаще, чем у взрослых, можно встретить непрерывно-рецидивирующую форму ревматизма (Талалаев), при которой—в результате часто повторяющихся рецидивов—на протяжении нескольких месяцев—одного года развивается тяжелый декомпенсированный порок сердца с летальным исходом. В нашем материале имеется 8 таких случаев.

Бессуставная форма ревматизма, протекающая лишь с поражением сердца, у детей также встречается чаще. В нашем материале было 13 таких случаев. Практически почти все приобретенные пороки сердца у детей следует считать ревматической этиологией, т. к. другие причины развития порока, встречающиеся у взрослых (артериосклероз), у них роли не играют; роль скарлатины, повидимому, очень незначительна; по Зимницкому, сильная травма может быть этиологическим моментом для аортальной недостаточности, но это очень редко наблюдается. Диагностика бессуставных форм ревматического кардита в начальной стадии часто представляет большие трудности; распознавание их может облегчаться наличием *noduli rheumatici*, а также *erythema annulare*, иногда встречающимися при этой форме ревматизма.

Что касается локализации ревматических пороков у детей, то почти всегда, это недостаточность митрального клапана, иногда вместе с митральным стенозом, аортальные поражения встречаются редко (Leichtenritt). У наших больных аортальная недостаточность наблюдалась всего 2 раза (вместо с митральной); стеноз и недостаточность *v. mitralis* в 22 случаях.

Проявлением склонности ревматических заболеваний у детей к генерализованному течению является большая, чем у взрослых, частота перикардитов. Точно указать процент их вряд ли возможно, поскольку клиническая диагностика представляет часто большие трудности и значительная часть их остается нераспознанной (Stolte, Leichtenritt). В литературе указываются цифры от 3,2% (Rolly) до 75% (Вильямс). По Талалаеву, который берет случаи как суставного, так и бессуставного ревматизма, перикардит встречается в 50% (по секциям). При ревматических перикардитах до больших выпотов дело обычно не доходит: образуется серозно-фибринозный выпот, который быстро ведет к образованию спаек, а в некоторых случаях может привести даже к полной облитерации перикарда, что обуславливает тяжелую картину сердечной недостаточности.

При развитии перикардита могут наблюдаться боли в области грудины или живота, иногда шум трения перикарда; симптомов сердечной недостаточности при спайках только между сердцем и перикардом может никаких не быть, они наступают, как указывает Stolte, лишь при наличии сращений с окружающими ор-

ганями—с плеврой, сосудами, средостением, передней грудной стенкой, диафрагмой. Даже при небольших фиксациях сердца могут наступить тяжелые расстройства кровообращения.

В основе перикардита лежат те же гистологические изменения, что и вообще при ревматизме: крупноклеточковая пролиферация со всеми деталями для этих образований в миокарде (Талалаев).

Своеобразным проявлением ревматического заболевания у детей является rheumatismus podosus, при котором в апоневрозах, на выступах суставов, на сухожилиях, в периосте обнаруживаются узелки размером от просыяного зерна до горошины, безболезненные, плотные, подвижные (не спаяны с кожей), спаянные в глубине. Они обычно появляются множественно в разных местах, держатся от нескольких часов до нескольких дней, редко недель; после исчезновения одних, появляются, обычно, новые, которые также быстро рассасываются, не оставляя после себя никакого следа; некоторые авторы отмечают симметричность их локализации. Гистологическое изучение этих узелков (Талалаев) показало, что здесь имеется в первые моменты серозно-фибринозная экссудация, при чем дегенеративно-некробиотические процессы, хотя и выражены, но не резко; это происходит на фоне миксоматозного отека, набухания и фибриноидного превращения; в дальнейшем Талалаев наблюдал развитие обычной картины организационного процесса. В общем эти узелки представляют из себя, по существу, те же гистологические образования, что изменения в миокарде при ревматизме, с той лишь разницей, что более резко выражен экссудативный момент, и меньше пролиферативный и дегенеративно-некробиотический, что обуславливается, повидимому, местными особенностями ткани, в которой они развиваются. Мы не можем расценивать poduli rheumatici иначе, как одно из проявлений аллергической реакции у детей с ревматическим заболеванием; за это говорят и приведенные морфологические данные и клинические наблюдения. Эти узелки обычно наблюдаются в более тяжелых случаях ревматизма, протекающего со слабо выраженными суставными явлениями и тяжелым повреждением сердца.

В своем материале мы имеем 3 случая узелкового ревматизма. В одном из них имелась erythema annulare, что встречал и Leichtentritt. Она характеризуется появлением на коже конечностей, на лице розовых кольцевидных высыпаний размером до 10 коп. монеты, которые держатся в течение нескольких дней, то ослабевая и исчезая, то высыпая вновь. Как erythema annulare, так и erythema exsudativa multiforme, которые мы наблюдали у 5 наших больных, являются ничем иным, как анафилактическими сыпями, встречающимися и при других заболеваниях аллергической природы.

Нам остается остановиться еще на хорее. Она в подавляющем большинстве случаев является заболеванием ревм. этиологии, хотя нельзя, повидимому, отрицать, что хорееподобная картина может развиваться и после некоторых других заболеваний (Coester), т. к. нельзя отрицать, что организм на повреждения различной этиологии может реагировать все же одинаковыми формами (Leichtentritt. Сиптмокомплекс хорей вызывается повреждением субкортикальных ганглий экстрапирамидальной системы. Процесс локализуется или в области corpus striatum, что ведет к устранению торможения таламических центров или в области таламуса, при чем имеющиеся здесь небольшие очажки вызывают его раздражение.

В результате развивается гиперфункция таламических центров, что клинически выражается в беспорядочных, быстрых, субъективно-целесообразных, объективно-нецелесообразных движениях и подергиваниях. Большинство авторов сообщает об отрицательных результатах исследования мозга при chorea minor (Kosser, Rindfleisch, Moser, Талалаев и др.). Однако, совсем недавно (в 1933 г.) Santha описал изменения в сосудах мозга при хорее, аналогичные тем, что наблюдаются при ревматизме в других органах.

За ревматическую этиологию хорей говорят также эксперименты Rosenow'a, которому удалось вызвать хорее у кроликов и крыс (одновременно с патологическими изменениями суставов, сердца и мышц), впрыскивая им культуру стрептококка, выкультивированного от ревматика; стрептококки вводились интрацеребрально, интрадентально и интравенозно.

Большей частью хорей является первым проявлением ревматизма. Из 50 случаев Leichtentritt'a в 41 о.с.р. не предшествовал хорее, у Горницкой хорей, как первичное заболевание, наблюдалось у 65,3% (20 случ. наблюдений), в 34,6%—она присоединилась к суставной форме ревматизма и в 1,1%—к сердеч-

ной форме. Если при первом приступе хореи заболевания сердца бывают редко залито, то при последующем наблюдении таких детей они обнаруживаются, очень часто, по данным Горницкой — в 94,3% (через 1—10 лет). Она же отмечает, что пороки сердца, развивающиеся при хорейческой форме ревм., протекают более благоприятно, с более поздним наступлением суб- и декомпенсации.

При обследовании через 3 года 70% ее больных еще были трудоспособны, через 5 лет — 48,7%, а через 10 лет — осталось только 9% трудоспособных; это снижение процента трудоспособных с годами шло за счет появления и прогрессирования сердечных повреждений. Нейберг отмечает развитие эндокардита у 53% больных хореей; Leichtentritt — у 3%, Маркузон и Левашева — в 19% у мальчиков и 100% у девочек. Как и при других формах ревматизма, при хорее часто наблюдаются рецидивы — по Горницкой в 35,2% случаев, при чем количество их у одного больного доходило до 5, а Leichtentritt наблюдал до 7 рецидивов. Наши случаи хорей слишком малочисленны, чтобы можно было на основании их делать какие-нибудь выводы.

Профилактика ревматизма должна строиться на устранении и ослаблении тех факторов, в результате которых, как мы знаем, возникает ревматическое заболевание. Индивидуальная профилактика, конечно, необходима, но она может дать эффект лишь при условии проведения широких оздоровительных мероприятий, что понятно невозможно в капиталистических странах и к чему открываются широкие возможности при социалистическом строе, у нас в Союзе. Из отдельных мероприятий по профилактике ревматизма у детей следует отметить необходимость правильно проводимого закаливания детей, что способствует уменьшению катаральных заболеваний верхних дыхательных путей, играющих, как мы отмечали, большую роль в заболевании ревматизмом; очень важно оздоровление режима ребенка вообще и особенно в смысле увеличения длительности пребывания на свежем воздухе и рационально проводимой физкультуры; резких охлаждений, особенно после физических упражнений, следует избегать; важно ношение соответствующей погоде одежды.

Большое значение для профилактики имеет правильное питание детей с устранением перекармливания их молоком и сладким, что нередко поддерживает гиперплазию Вальдейерова кольца, со всеми последствиями этого. Поскольку наследственность играет большую роль при ревматизме, дети из ревматических семейств должны быть предметом особенного внимания в отношении только что отмеченных моментов.

Удаление миндалик с целью предупреждения ревматизма не оправдало себя, как показал это Kaiser; он сравнил частоту ревматизма у 20.000 детей с удаленными миндаликами и 28.000 неоперированными; в обеих группах было 10% заболеваний. При наличии в миндалях хронического инфекционного фокуса хирургическое вмешательство может иметь значение в смысле профилактики рецидивов. Однако Jegerman и Wilson в 88 из 185 случаев не предупредили этим рецидивов на протяжении 1—11 лет; в 22 случ. не удалось предупредить развития эндокардита.

Своевременная госпитализация, обеспечивающая больному соответствующий режим, имеет огромное значение как в смысле предупреждения сердечн. заболеваний, так и рецидивов. Больной должен оставаться в б-це не менее $1\frac{1}{2}$ —2 нед. после исчезновения у него болезненных явлений; при наличии сердечного заболевания срок этот, понятно, удлинняется. Но и после выписки из больницы еще длительное время ревматиков нельзя считать вполне выздоровевшими (учитывая частоту кардита); их следовало бы помещать в специальные санатории для ревматиков, с особым режимом, с постепенной нагрузкой, с длительными пребыванием на свежем воздухе; опыт такого санатория в Америке показал весьма благоприятное влияние в смысле профилактики рецидивов; такие санатории намечены сейчас к открытию и у нас. После выписки из больницы дети-ревматики должны длительное время находиться под особым наблюдением ДЦА и школьных врачей. На обязанности последних лежит, кроме того, большая задача пропаганды правильных сведений о ревматизме среди педагогов и родителей, что может сыграть большую роль в его профилактике.

При профотборе ревматики не должны направляться на такие производства, в которых имеются условия для охлаждения, простуды, резкие колебания т-ры.

Американские авторы (Globley и др.), исходя из взгляда на ревматизм, как стрептококков, предложили специфическую его профилактику; они иммунизировали

детей из ревматич. семей вакциной из стрептококков, выкультивированных от ревматиков; то же испытывал с хорошим эффектом *Leichtentritt*, но опыты эти еще не поставлены в столь больших размерах, чтобы можно было сделать из них выводы.

При лечении ревматизма издавна применяется всем известный салициловый натр или другие препараты салициловой кислоты; благоприятный эффект, получаемый от салицилатов, создал им славу специфического средства при ревматизме. Однако в специфическом противоревматическом действии салицилатов сейчас многие сомневаются (Пойнтон и Шлезингер, *Leichtentritt* и друг.) и действие ее объясняют десенсибилизирующим влиянием. Эффект от салицилатов сказывается главным образом в благоприятном влиянии на суставные явления, что же касается сердца, то на поражение его они предупреждающего действия не оказывают. В нескольких случаях о. с. р. мы в клинике применяли, по примеру других авторов, лечение внутримышечными инъекциями серы; мы наблюдали весьма благоприятный эффект в смысле излечения ревматического артрита, что нужно объяснить, повидимому, так же, как и при салицилатах, десенсибилизирующим влиянием. Нельзя не отметить однако, что серные инъекции могут вызвать резкую температурную и очаговую реакцию.

Имеются наблюдения американских авторов над благоприятным эффектом от применения при о.с.р. стрептококковой сыворотки и стрептококковой вакцины (*Mezger* и др.). Последнее направлено на десенсибилизацию организма по отношению к стрептококку.

Хорея, как известно, плохо поддается лечению; мышьяк и его препараты (*Neosalvarsan*), а также уротропин не дают особенного эффекта. Гораздо лучший эффект дает терапия *Nirvanol*'ем, котор., по заявлению *Leichtentritt*'а, имеет в Германии наибольшее распространение. Он дается по 0,2 — 0,45 гр. в день в 3—4 приема; на 7—14 день, обычно в сопровождении высокой температуры, появляется обильная коре-или скарлатиноподобная сыпь, одновременно с чем наступает усиление двигательного беспокойства, ухудшение симптомов хореи. Но вслед за этим состояние больного начинает быстро улучшаться и наступает выздоровление. Та картина, которая развивается у хореика под влиянием *Nirvanol*'я, не вызывает никакого сомнения в том, что мы имеем дело с появлением своеобразного аллергического состояния. Очевидно, под влиянием *Nirvanol*'я происходит перестройка организма, меняются те условия, которые имелись в организме при развитии хореи, в результате чего болезненный процесс идет к выздоровлению.

Первая Всеукраинская конференция рентгенологов, радиологов и онкологов в Харькове 1—5 июля 1934 г.

Р. Я. Гасуль.

Съехавшиеся представители со всего Союза, составившие вместе с харьковскими рентгенологами и онкологами около 300 человек, с первого же дня превратили конференцию во Всесоюзный съезд, по своему объему и значению превосходивший I Всесоюзный съезд онкологов, заседавший три года тому назад в том же Харькове. За эти 3 года вопросы онкологии тесно сплелись с рентгено-и радиологией, без которой немислима борьба с раковыми заболеваниями. 25 докладов были посвящены онкологии.

В течение 5 дней были проработаны следующие стержневые темы: 1) *Рентгенодиагностика рака желудка и кишек*, 2) *Рентгено-и радиотерапия злокачественных новообразований*, 3) *Рентгенотерапия воспалительных заболеваний*, 4) *Локализация инородных тел* и 5) *Рентгенодиагностика туберкулеза легких у детей и взрослых*.

На первую тему о диагностике рака желудка и кишек были заслушаны доклады хирурга (проф. Мельникова), рентгенологов (профф. Шлифф и Хармандаряна), терапевта (проф. Шапиро — Одесса¹⁾ и анатома (проф. Дерман).

1) После харьковских докладчиков обозначение города отсутствует.