

К вопросу об эндокринном патогенезе хронического суставного ревматизма.

(Из доклада в Обществе Врачей при Каз. Университете 27/IV 1922 г.).

С. А. Флерова.

Для физиологического ритма жизни многоклеточного организма и корреляции отдельных его частей необходим не только сосудисто-нервный аппарат, но и то, что имеется даже у лишенных сосудов и нервов одноклеточных организмов.—химические вещества внутренней секреции. Вещества эти действуют на морфогенез, питание и обмен веществ, поддерживают состояние внутренней среды и являются физиологическими раздражителями (гормонами). Вырабатываются они в т. наз. эндокринных железах, каювые железы все работают согласованно между собою, являясь или синергистами, или антагонистами, причем расстройства в их деятельности могут вести к разнообразнейшим заболеваниям организма.

К числу наиболее энергично работающих эндокринных желез человеческого организма относится щитовидная железа, а к числу заболеваний, вызываемых нарушением ее деятельности,—те хронические заболевания суставов, которые известны большею частью под общим названием хронического суставного ревматизма.

Долгое время патогенез этих заболеваний оставался для нас совершенно темным. В публике обыкновенно смотрели на них, как на результат простуды, а врачи не знали, к какой этиологической группе их отнести, и лишь в 1908 году одновременно проф. Вельяминову (Русск. Врач., 1908, 1910 и 1913; Русск. Хир. Арх., 1908) и автору Парижской диссертации Менард'у (Thèse de Paris, 1908) удалось установить непосредственную зависимость по крайней мере некоторых полиартритов типа хронического ревматизма от расстройств в щитовидной железе. Почва для этого была впрочем уже хорошо подготовлена благодаря трудам Кочера, Нертгогеа, Леви и Ротсхильда и Бека. Впоследствии, а именно, в 1913 году, к тем же выводам по данному вопросу пришел Гаген-Торн (Русск. Хир. Арх., 1913), в 1914 году—Шен (Amer. Journ. of. med. sciences, 1914) и др.

В общем итоге наблюдений, устанавливающих связь заболевания щитовидной железы с хроническими заболеваниями суставов, у разных авторов накопилось довольно много, хотя историй болезни мы могли найти в литературе всего 49. При этом к тиреогенным

артритам разные авторы относят различные болезни—*polyarthritis chronica progressiva thyreotoxica* (название, данное проф. Вельяминовым), *rheumatismus chronicus articulorum*, *arthritis deformans* и некоторые олиго и моноартриты, являющиеся, по Менард'у, иногда началом полиартрита; Менард относит сюда же *malum senile* и *spondylose rhizomyélique* Бехтерева и Р. Marie.

Болезни эти, повидимому, могут быть результатом не только гипертиреоза, т.е. повышенной внутрисекреторной функции щитовидной железы, и гипотиреоза, т.е. ослабления этой функции, но,—как указывает Вельяминов,—и дистиреоза, т.е. не количественного, а качественного отклонения ее от нормы.

При лечении тиреогенных артритов обычными способами, как-то салициловыми препаратами, массажем и теплом, часто эффект получается слишком ничтожный, а потому в этих случаях за последнее время начали предпринимать лечение, направленное на щитовидную железу, влияя на нее или непосредственно, или чрез посредство других эндокринных желез, особенно половых. Устранялись, напр., беспорядки в половой сфере, давались экстракты из желез последней, иссекалась часть зуба, назначались тиреоидин и иодотирин и т.д. Этим путем в отдельных случаях достигалось не только исчезание болей и других субъективных явлений, но и полное излечение артритов, до исчезания анкилозов суставов включительно.

В качестве иллюстрации к только что сказанному мы позволим себе сообщить следующий интересный случай, наблюдавшийся нами в Госпитальной Хирургической Клинике:

Больная Н., татарка, 37 лет, обратилась в Клинику с жалобами, главным образом, на жестокие боли и неподвижность в правом локте, начавшиеся 3 мес. тому назад, вскоре после падения с лестницы. Кроме того, больная жаловалась на сильные боли и неподвижность в правом запястном суставе и правых пальцевых суставах, боль и неподвижность в пястнофаланговом суставе левого большого пальца и боль в области правого плечевого сустава. Были у ней также жалобы на бессонницу, сердцебиения и постоянное ощущение холода. С детства у больной существовал зуб, в 5-летнем возрасте Н. перенесла оспу, а в возрасте 18 лет—какое-то серьезное инфекционное заболевание,—повидимому, брюшной тиф. В 1914 году у нее болели ноги. Живет пациентка в местности, где эндемического зоба не наблюдается, происходит от здоровых родителей, менструировать начала на 16-м году, замужняя, беременна не была ни разу.

Status praesens: больная правильного сложения и удовлетворительного питания, кожа и слизистые оболочки бледны, цихика заметных отклонений от нормы не представляет, температура нормальна, пульс все время около 60, в моче белка нет, уд. вес ее 0,015, в осадке небольшое количество уратов. Кожа на лице и шее заметно отечна, fossa jugularis сглажена, имеется диффузный подвижный зоб,

заходящий, повидимому, за грудину, причем правая доля щитовидной железы больше левой, окружность шеи 37 сант. В левом глазу — симптом M ö b i u s ' a , на коже нерезкий дермографизм. Правая рука: в области плечевого сустава, спереди, — резко болезненная точка, движения в этом суставе болезненны; локтевой сустав неподвижен, резко болезнен, предплечье в состоянии контрактуры почти под прямым углом, форма локтевого сустава резко-угловатая, выше локтя, в нижней части sulci bicipitalis interni, — твердый, продолговатый, ограниченный отек, предплечье также резко отечно; запястный сустав неподвижен, болезнен, пальцы вытянуты, неподвижны, сильно отечны, так что пришлось распилить кольцо. Левая рука: в плечевом суставе мягкий хруст; в пястно-фаланговом суставе большого пальца тугоподвижность и болезненность, на предплечье отек. Ноги: мягкий хруст в обоих коленных и голеностопных суставах, голени отечны. Мышцы верхних и нижних конечностей дряблы. Правый m. deltoideus значительно тоньше левого. Окружность плеча и предплечья справа меньше, чем слева. Резкая атрофия мышц той и другой кисти. Гинекологическое исследование: periadnexitis sin., retroflexio et lateropositio uteri sin.

Проф. А. В. Вишневским поставлен диагноз: hypothyrosis et polyarthritis thyreotoxica, и 8/III 1922 под хлороформом произведена эксцизия правой доли щитовидной железы. Послеоперационное течение гладкое. На гистологическом препарате банальный коллоидный зоб. Через 2 дня после операции пульс 80, больная отмечает уменьшение болей в суставах, появились движения в кистевом и пальцевых суставах. Улучшение прогрессировало в течение месяца до 9/IV, причем к этому сроку были обнаружены следующие результаты: пульс все время 80 вместо 60 до операции; сердцебиений пациентка больше не испытывает, не вяблет; бессонница прошла; боли в суставах значительно меньше. Правый запястный и пальцевые суставы допускают уже значительные движения. Появились слабые движения даже и в правом локтевом суставе. Инфильтрат выше него, а также отеки всюду исчезли. Желая ускорить процесс выздоровления, мы начали давать больной thyreoidin Merck'a, сначала по 0,02, а затем по 0,1, трижды в день. Хотя с начала лечения тиреоидином прошло несколько более 2 недель, тем не менее результаты получились значительные: правая кисть почти уже сжимается в кулак, правый запястный сустав стал еще более подвижным, исчез хруст в левом плечевом и обоих коленных, а также голеностопных суставах, и, — что самое главное, — появились уже заметные активные движения в правом локтевом суставе.

Таким образом, у нашей больной имелись в анамнезе заразные болезни, обнаружены ненормальности в половой сфере, констатированы, кроме того, зоб с явлениями гипотиреоза и хронический полиартрит. Принимая во внимание такое нозологическое сочетание и заметные успехи от операции и применения тиреоидина, мы вправе отнести данный полиартрит к полиартритам тиреоидного происхождения.