

1. Озол Э. А. Корригированные ортогональные отведения электрокардиограммы в анализе биоэлектрической активности сердца. Автореф. докт. дисс., Казань, 1972.—2. Середа Г. Е. Электрокардиографические критерии гипертрофии желудочков при пороках сердца у детей. Автореф. канд. дисс., М., 1973.—3. Мумджиев Н. Х. (Болгария). Сравнительная оценка на обичайната и ортогоналната електрокардиографски системи при деца-здрави и камерно обременяване. Автореф. на дис. труд за присъждане на научно степен «кандидат медицинските науки». Пловдив, 1975.—4. Shakibi J. G., Siassi B., Agyapug J., Paydar M. J. *Electrocardiol.*, 1976, 9, 1.

Поступила 16 декабря 1980 г.

УДК 616—002.77

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО РЕВМАТИЗМА

В. А. Николаева, Л. Ф. Балтина, Л. В. Анисимова, А. Г. Ямилова

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. Проанализированы истории болезни 360 больных ревматизмом. Описаны варианты клинического течения первичного и возвратного ревматизма. Ввиду большой частоты латентного и олигосимптомного ревматизма обращено внимание на трудности диагностики первичного ревматизма, протекающего по кардиальному типу, что часто является причиной его поздней диагностики.

Ключевые слова: ревматизм, суставной синдром, латентное течение.

1 таблица. Библиография: 7 названий.

За последние десятилетия ревматизм, как и многие другие болезни, заметно изменил свое лицо. Клиницисты единодушно отмечают увеличение процента латентных форм его. Первично-латентный ревматизм нередко просматривается, и больные оказываются под наблюдением врача в периоде сформированного порока сердца, осложненного недостаточностью кровообращения [3]. Однако гораздо чаще, как указывает Р. Г. Межебовский (1965), ревматический процесс принимает латентное течение после перенесенного острого или подострого процесса — так называемый «вторично-латентный ревматизм» [3].

Диагностика латентного ревматизма чрезвычайно трудна, а иногда и невозможна [1, 5]. Критерии достоверной диагностики ревматизма Джонса — Киселя — Нестерова при латентном его течении неприемлемы. Были попытки разработать специальные критерии для его диагностики в условиях поликлиники и диспансерного наблюдения [5].

В целях изучения клиники современного ревматизма и выяснения частоты латентного и олигосимптомного течения его мы проанализировали материалы обследования 360 больных ревматизмом и пороками сердца (женщин — 257, или 71,4%; мужчин — 103, или 28,6%), находившихся на лечении в клинике за последние 3 года. При оценке степени активности ревматизма пользовались его общепринятой классификацией и дополнениями о вариантах течения [4]. Согласно этим дополнениям мы рассматривали латентное течение ревматизма как вариант манифестированности процесса и учитывали как степень активности процесса, обозначая ее знаком 0—I. При этом полностью скрытое (практически асимптомное) течение в случае беспричинной, немотивированной недостаточности кровообращения у молодых лиц определяли как подвариант 0—IA, а относительно скрытое (олигосимптомное течение при отсутствии клинических проявлений по отдельным биохимическим показателям (слабо положительные пробы) — как подвариант 0—IB. В остальных случаях различали три общеизвестные степени активности клинически манифестированного ревматизма.

Мы пытались определить тип течения ревматизма в зависимости от реакции на лечение. С учетом данного критерия выделяли три варианта течения: первый — гиперреактивный, быстро купируемый, когда признаки активности процесса сохранялись не более 4 нед; второй — обычной длительности или эуреактивный, продолжительность от 4 до 6 нед; третий — гипореактивный, когда признаки активности ревматизма сохранялись дольше 6 нед. В последнем случае речь шла о затяжном ревматизме [4].

Из 360 больных ревматизмом в активной фазе 27 (7,5%) были в возрасте до 20 лет, 208 (57,8%) — от 21 до 40 лет, 96 (26,7%) — от 41 до 50 лет, 27 (7,5%) —

от 51 до 60 лет и 2 (0,5%) — старше 60 лет, т. е. возраст преобладающей части больных (92%) — до 50 лет.

Первичный ревматизм выявлен только у 20 человек. Из 340 пациентов с рецидивирующим ревматизмом возвратный ревмокардит на фоне кардиосклероза был у 7, остальные 333 страдали клапанными пороками сердца, причем преобладал митральный порок (78,7%); митрально-аортальный и митрально-аортально-трикуспидальный порок диагностирован соответственно у 17,1% и у 3,3%; изолированное поражение аортальных клапанов (сочетанный аортальный порок) констатирован у 3 больных (0,9%). Средний возраст больных с первой атакой ревматизма составил 23,6 лет, больных с возвратным ревмокардитом — 34,6 года. Половина больных ревматизмом страдала недостаточностью кровообращения II, IIБ и III степени, однако застойный характер недостаточности с большими полостными отеками отмечался лишь у единичных больных. 14 больных перенесли в прошлом операции на сердце (12 — митральную комиссуротомию и 2 — протезирование митрального клапана).

Связь ревматизма с хроническим тонзиллитом или наличием частых ангин в анамнезе установлена у 207 больных (57,5%); треть из них подверглась в прошлом тонзиллэктомии.

Настоящая ревматическая атака только у 151 больного (41,9%) сопровождалась лихорадкой, причем у 108 из них повышение температуры соответствовало невысокому субфебрилитету (не более 37,5°) и чаще всего было непродолжительным (1—2 дня). Лишь у 42 больных (11,7%) лихорадка была более значительной, и то редко выше 38°. Температура поднималась только у отдельных больных (главным образом при первичном ревматизме).

Среди клинических проявлений превалировала кардиальная симптоматика. На одышку жаловались 75% больных, на боли в сердце — 71%, на сердцебиение — 53%, на перебои в работе сердца — 20%. Это в целом коррелировало с соответствующими данными физического и лабораторно-инструментального обследования и свидетельствовало о наличии ревмокардита у большинства больных. Преобладал умеренный и слабо выраженный ревмокардит; панкардит и коронарит нами не обнаружены.

Суставной синдром в виде типичного ревматического полиартрита выявлен у 30 пациентов (8,3%). Значительно чаще наблюдалось поражение суставов в виде полиартралгий, которые, однако, были отражены в диагнозе лишь у части страдающих ими. У больных первичным ревматизмом суставной синдром встречался чаще и был выражен ярче. Так, из 20 больных первичным ревматизмом 18 жаловались на боли в суставах, причем у 10 из них был типичный полиартрит.

Из других проявлений активного ревматического процесса можно отметить хорею — у 3(0,8%) больных, тромбозы — у 11 (3%), узловатую эритему — у 2 (0,5%).

Обращает на себя внимание большая частота мерцательной аритмии у больных возвратным ревматизмом — 29%, тогда как неполная атриовентрикулярная блокада первой степени (считавшаяся прежде весьма специфическим признаком ревматического миокардита) была определена только в 6,6%. Вторая степень блокады ни разу не была выявлена.

Клинически очерченные рецидивы болезни в прошлом отмечены у 279 больных возвратным ревматизмом (82,1%). У 61 больного (17,9%) указаний на перенесенный в прошлом ревматизм не было, и диагноз поставлен на основании обнаружения клапанного порока сердца при случайном осмотре (в поликлинике, военкомате, женской консультации или в стационаре, куда больные госпитализировались по поводу других заболеваний).

Представлялось интересным ретроспективно, по анамнезу, выяснить, в каком возрасте впервые был установлен диагноз у больных ревматизмом. Оказалось, что средний возраст больных возвратным ревматизмом к началу выявления болезни составил 21 год, а больных первичным ревматизмом — 23,6 лет. Особо большой разницы здесь нет, если при этом учесть малочисленность второй группы больных. Однако приведенные данные свидетельствуют, что диагностика ревматизма во многих случаях была запоздалой.

Для оценки активности ревматизма нами были использованы общепринятые лабораторные показатели: количество лейкоцитов, СОЭ, СРБ, ДФА-реакция, содержание фибриногена и других белковых фракций крови. По степени активности ревматического процесса мы смогли выделить 5 групп больных (см. табл.) с учетом подразделения больных латентным ревматизмом на две подгруппы: 0—IA (абсолютная латенция); 0—IB (относительная латенция, олигосимптомное течение).

У половины больных была I степень активности ревматического процесса, у 33% — активность, соответствующая латентному течению, и только у 18% больных

Данные об активности ревматического процесса у обследованных больных

| Оценка активности в баллах | Первичный ревматизм | | Возвратный ревматизм | | Всего | |
|---------------------------------------|---------------------|-----|----------------------|------|---------------|------|
| | число больных | % | число больных | % | число больных | % |
| 0—1А (0,25 балла) | — | — | 22 | 6,5 | 22 | 6,1 |
| 0—1Б (0,5 балла) | — | — | 97 | 28,5 | 97 | 26,9 |
| I (1 балл) | 2 | 10 | 175 | 51,5 | 177 | 49,2 |
| II (2 балла) | 14 | 70 | 44 | 12,9 | 58 | 16,1 |
| III (3 балла) | 4 | 20 | 2 | 0,6 | 6 | 1,7 |
| Средняя активность в баллах | 2,1 | — | 0,95 | — | 1,0 | — |
| Всего больных | 20 | 100 | 340 | 100 | 360 | 100 |

(при возвратном ревмокардите — у 13,6%) наблюдалась выраженная активность ревматизма, при этом в группе больных с первичным ревматизмом чаще регистрировалась II и III степень активности процесса, а латентного процесса не было выявлено ни разу, что еще раз подтверждает трудность диагностики первичного ревматизма при латентном его течении. Обращает на себя внимание особенно высокая частота латентного течения у больных возвратным ревмокардитом (34,5%) при практическом исчезновении активности III степени.

Лечение больных в стационаре проводили дифференцированно, с учетом активности ревматического процесса и клинических проявлений, в соответствии с современными принципами терапии ревматизма. Варианты течения ревматизма в зависимости от реакции на лечение мы смогли определить у 325 больных. Abortивный, или гиперреактивный, вариант течения оказался самым частым (207 больных — 63,7%); у 89 больных (27,4%) была активная фаза процесса обычной длительности (зуреактивный вариант) и у 29 (8,9%) отмечен гипореактивный вариант, или затяжное течение приступа. У 11 больных этой группы (3,4% всех больных), главным образом по данным анамнеза и постстационарного наблюдения в поликлинике, можно было думать о полициклическом, или непрерывно рецидивирующем, течении ревматизма.

Результаты проведенного нами исследования подтверждают справедливость представления о том, что при активном ревматизме у взрослых теперь почти полностью отсутствуют тяжелые катастрофические формы кардита; обострения ревматизма чаще протекают в «чистой» висцеральной форме, без поражения кожи и суставов, имеют стертую клиническую симптоматику, особенно при возвратных его формах; велика частота латентного и олигосимптомного течения ревматизма, и это, естественно, создает трудности в распознавании ревматизма на раннем этапе болезни. Правда, среди больных первичным ревматизмом явно преобладали лица с ярко манифестированным течением процесса и значительно более высокой активностью ревматического процесса.

На позднее распознавание ревматизма из-за его латентного течения указывает средний возраст больных ко времени выявления у них заболевания. Он составлял 21,3 года, хотя принято считать ревматизм детским заболеванием и относить его начало к 5—15 годам [2, 6, 7].

Характерной особенностью современного ревматизма является довольно быстрое купирование активной фазы. Преобладает abortивный (быстро купируемый) вариант течения ревматизма, а также вариант обычной продолжительности активной фазы. Эти данные могут, очевидно, свидетельствовать в общем об относительно высокой эффективности активной терапии ревматизма в стационаре, в частности и в отношении сроков достижения клинического эффекта. Только у 9% больных признаки активности ревматизма сохранялись дольше 6 нед, т. е. наблюдалось затяжное течение ревматической атаки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С. Клинические лекции. М., Медицина, 1961. — 2. Кисель А. А. Ревматизм у детей. М. — Л., 1940. — 3. Кушелевский Б. П. *Вопр. ревмат.*, 1964, 4. — 4. Лещинский Л. А. Там же, 1978, 3. — 5. Межебовский Р. Г. В сб.: Латентный ревматизм. Оренбург, 1965. — 6. Urbanek T. *Studia epidemiologica rheumatologica*, 1976, 11. — 7. Wagenhäuser F. *Therapiewoche*, 1976, 26, 48.

Поступила 27 июня 1979 г.