

веденных ранее клинико-экспериментальных исследованиях мы установили, что применяемый некоторыми хирургами в качестве растворителя полигликолин в силу своей осмотической активности у больных с перитонитом усиливает и без того высокую экссудацию, что приводит к парадоксальной реакции — усилению спайкообразовательного процесса [5].

У 12 больных была выполнена послеоперационная лапароскопия. Во время операции в брюшную стенку устанавливали «гильзу» для лапароскопа, которая позволяла многократно осматривать брюшную полость, осуществлять разведение спаек, контролировать течение воспалительного процесса.

После хирургического лечения больные находились в стационаре от 7 до 57 дней (в среднем 20 сут).

Послеоперационная летальность при острой спаечной кишечной непроходимости составила 10,3% (умерли 8 больных). Один больной умер через 2 сут от начала развития непроходимости, 2 — через 4, один — через 6. Причиной смерти у 3 больных явился перитонит, у 2 — сердечно-сосудистая недостаточность, у одного — пневмония, у одного — сепсис и еще у одного — печеночно-почечная недостаточность.

Таким образом, проведенный нами анализ дает основание предполагать, что дальнейшая перспектива решения проблемы острой спаечной кишечной непроходимости за-

ключается в повышении медицинской грамотности населения, дальнейшем улучшении и совершенствовании диагностики заболевания на всех этапах оказания медицинской помощи, повышении тактического и технического мастерства хирургов, комплексной профилактике спаечной болезни, разработке этиологических и патогенетических методов коррекции моторики желудочно-кишечного тракта у больных с синдромом острой кишечной непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. М., Рой В. П., Мартынович Л. Д. // Вестн. хир. — 1980. — № 10. — С. 102—105.
2. Напалков П. Н. // Вестн. хир. — 1977. — № 1. — С. 38—43.
3. Попова Т. С., Утешев Н. С., Токин А. Н. и др. // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 64—68.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. Савельева В. С. — М., Медицина, 1986.
5. Салихов И. А. // Некоторые патогенетические механизмы перитонита в организме с неизменной и измененной иммунобиологической реактивностью. — Автореф. докт. дисс. — Казань, 1968.
6. Ситковский Н. В., Топузов В. С. // Клин. хир. — 1976. — № 3. — С. 5—10.
7. Nelson I. W., Ellis H. // Br. J. Clin. Pract. — 1984. — Vol. 38. — P. 249—251.
8. Weibel M. A., Majno G. // Am. J. Surg. — 1973. — Vol. 126. — P. 345—353.

Поступила 03.12.87.

УДК 616.12—002.77—007—07

ДИАГНОСТИКА ВОЗВРАТНОГО РЕВМОКАРДИТА И ЕГО ГРАДАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Н. В. Старкова

Кафедра терапии № 2 (зав. — докт. мед. наук И. А. Латфуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Целью работы являлась разработка критериев диагностики возвратного ревмокардита и его вариантов, различающихся по степени тяжести. Для решения этого вопроса был использован комплекс клинических, лабораторных, инструментальных данных, а также результаты патологоанатомического исследования. При обследовании больных были использованы критерии ВОЗ с определением титра стрептококковых антигенов. Помимо рутинных методов лабораторного исследования оценивали состояние иммунной системы организма: реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), титр противострептококковых антигенов, показатели завершённого и незавершённого фагоцитоза, активность кислой фосфатазы сыворотки крови. В мазках из носоглотки определяли тип и группу стрептококка. Регистровали ЭКГ и Эхо-КГ. С помощью ме-

ханокardiографии по Н. Н. Савицкому изучали состояние центральной гемодинамики. Для определения размеров сердца применяли метод рентгенокардиометрии [2]. Основные и дополнительные признаки возвратного ревмокардита и его варианты выделяли с использованием одних и тех же симптомов. Полученный материал обработан с помощью метода диагностического отбора признаков [1] с последующим применением метода синдромной диагностики.

Под наблюдением находились 184 пациента с возвратным ревмокардитом, ревматическими пороками сердца (в состав групп не вошли больные с Н III, с длительным течением заболевания). Контрольную группу составили 20 больных ревматическими пороками в неактивной фазе.

Наиболее информативными признаками в дифференцировке ревмокардита по степени

тяжести являлись изменения аускультативных данных, размеров сердца, ЭКГ-показателей при наличии доказательства предшествующей стрептококковой инфекции. Для диагностики легкого ревмокардита большое значение имеют иммунологические исследования, так как общепринятые лабораторные показатели малоинформативны. Ввиду высокой специфичности шум трения перикарда отнесен к основным признакам тяжелого ревмокардита. Большое значение имеют и показатели ЭКГ и Эхо-КГ.

Не менее важной задачей представлялось разграничение вариантов ревмокардита по степени тяжести. Наличие одинаковых симптомов при тяжелом, среднетяжелом и легком ревмокардите, различающихся лишь количественно, вполне объяснимо, потому, что рассматривается одно и то же заболевание.

По результатам исследований к основным признакам тяжелого ревмокардита отнесены следующие: а) изменение размеров сердца в начале рецидива с индексом Мура, соответствующим III степени его увеличения по И. Х. Рабкину [2]; б) ярко выраженное изменение аускультативных данных в начале рецидива; в) шум трения перикарда; г) изменение лабораторно-биохимических показателей, соответствующих III степени активности ревматического процесса; д) недостаточность кровообращения II-A и II-B степени в сочетании с лабораторными признаками активности ревматического процесса и доказательством предшествующей стрептококковой инфекции; е) динамика показателей ЭКГ, ФКГ, гемодинамики.

Основными признаками среднетяжелого ревмокардита определены следующие симптомы: а) динамическое увеличение размеров сердца, соответствующее в начале рецидива увеличению индекса Мура II степени; б) умеренно выраженное изменение аускультативных данных в начале рецидива; в) усиление или возникновение недостаточности кровообращения, соответствующее II-A степени; г) сочетание недостаточности с изменением лабораторно-биохимических и иммунологических показателей, соответствующих II степени активности, с доказательством предшествующей стрептококковой инфекции; д) динамика показателей ЭКГ, ФКГ, гемодинамики.

Для легкого ревмокардита были характерны такие основные признаки, как: а) не резко выраженное изменение аускультативных данных; б) возникновение или усиление недостаточности кровообращения I и II-A степени; в) изменение иммунологических показателей в 98% случаев; изменение лабораторно-биохимических показателей, соответствующих I степени активности; г) динамика показателей ЭКГ, ФКГ, гемодинамики.

К основным признакам возвратного рев-

мокардита без разграничения вариантов были отнесены такие признаки, у которых общая диагностическая ценность [1] составляла 100% или близкую к ним величину при всех вариантах ревмокардита. Признаки с низкой диагностической информативностью расценены как дополнительные — это ревматический анамнез, боли в области сердца, повышение температуры, утомляемость, слабость, тахикардия, лабильность пульса, ослабление I тона, одышка, сердцебиение. Для диагностики возвратного ревмокардита и его вариантов необходимо наличие всех основных признаков или 3 основных и 3 дополнительных.

В части случаев были проведены клинико-морфологические сопоставления у 34 умерших больных с различными вариантами ревмокардита. Анализировали секционный материал 7 больных с тяжелым ревмокардитом, 15 — со среднетяжелым и 12 — в неактивной фазе заболевания. У больных с тяжелым ревмокардитом имелась большая выраженность процессов дезорганизации соединительной ткани и компонентов неспецифического воспаления с обнаружением ашофф-талалаевских гранул в стадии гранулематоза. Склеротические, дистрофические изменения сердечной мышцы были выражены слабо. У больных со среднетяжелым ревмокардитом процессы дезорганизации соединительной ткани и элементы неспецифических экссудативно-пролиферативных реакций были выражены в меньшей степени. Склеротические изменения сердечной мышцы имелись в 100% случаев. Отчетливо выявлялись процессы гиалиноза, фиброзные и дистрофические изменения. Таким образом, данные патологоанатомического и гистологического исследований у умерших больных с тяжелым и среднетяжелым ревмокардитом существенно различались. У умерших больных в неактивной фазе ревматического процесса с застойной недостаточностью кровообращения в 83% случаев преобладали склеротические изменения сердечной мышцы. Свежие ашофф-талалаевские гранулемы не обнаружены. Соответствие между клиническими и патологоанатомическими данными было выявлено в 92% случаев.

Выраженность иммунологических показателей при тяжелом, среднетяжелом, легком ревмокардите также была различной. Наиболее значительная сенсibilизация организма, по данным РТМЛ, имелась при среднетяжелом ревмокардите, в меньшей степени — при тяжелом, в наименьшей — при легком. Кроме того, и динамика РТМЛ при этих вариантах ревмокардита была неодинаковой. Она отчетливо характеризовала течение ревматического процесса, диагностировала его активность у больных с легким ревмокардитом, при латентном течении заболевания констатировала наступление иммунологической ремиссии. РТМЛ может

быть применена в дифференциальной диагностике ревмокардита с заболеваниями сердца ревматической этиологии. С увеличением возраста больных РТМЛ и коэффициент завершенности подавляются и нормализуются в молодом возрасте.

Различие клинических проявлений, лабораторных показателей, морфологической картины у больных с тяжелым, среднетя-

желым, легким ревмокардитом дает теоретическое обоснование для выделения этих вариантов ревмокардита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пихлак Э. Г. // Вопр. ревмат. — 1982. — № 2. — С. 3—9.
2. Рабкин И. Х., Ожесанова Г. Н. // Рентгенокардиометрия. — Ташкент, 1975.

Получила 02.11.87

УДК 616.72—002.77—085.838

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДИМЕКСИДА

Р. И. Трофимова, А. Е. Данилова

Кафедра фтизиатрии (зав. проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Славянский курорт (председатель Славянского территориального Совета — М. И. Толстов)

В курортном лечении ревматоидного артрита в настоящее время стали шире использовать электрофорез димексидом у больных со II степенью активности и распространенным поражением суставов. В то же время активная пелоидотерапия этой «утяжеленной» группы больных требует осторожности и проводится не в полном объеме, а по митигированным схемам. Диметилсульфоксид (ДМСО, димексид) является одним из наиболее перспективных лекарственных средств при наружном его применении, особенно способом электрофореза [1, 3]. Имеются данные об успешном использовании аппликаций ДМСО при высокой активности ревматоидного артрита [1, 3].

С целью оптимизации лечения представляет интерес изучение эффективности комплексного лечения пелоидами и электрофорезом ДМСО у больных ревматическим артритом.

Под наблюдением находилось 75 больных в возрасте от 19 до 55 лет с ревматоидным артритом II степени активности согласно критериям Американской ревматологической ассоциации. Течение болезни было прогрессирующим, характеризовалось множественным поражением суставов и длилось от 2 до 10 лет. Сероположительная форма была выявлена у 61 (81,3%) больного. По рентгенологическим данным I стадия (без костных эрозий) была обнаружена у 17, II (эрозивная) — у 47, III (эрозивная с наличием вторичных подвывихов и анкилозов в суставах) — у 11.

С целью статистической оценки результатов показатели суставного синдрома, в частности количество воспаленных суставов, утреннюю скованность, суставной индекс, функциональный индекс, выражали в баллах.

Степень воздействия лечебного комплекса на реактивность больных с распростра-

ненным ревматоидным артритом оценивали по данным иммунологического исследования: по содержанию Т- и В-лимфоцитов в крови в реакции розеткообразования (Е-РОК) и ЕАС-РОК, уровню иммуноглобулинов (Ig) М, G, А по Манчини, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом осаждения 2,5% полиэтиленгликолем с последующим фотокolorиметрованием. Характер блокады Т-лимфоцитов определяли по разнице содержания Т-РОК до и после инкубации с левамизолом [4].

В комплекс лечения включали комбинацию грязевых аппликаций на «неактивные» суставы по типу «перчаток», «трусов», «чулок» (39—40° С, 20 мин) в сочетании с электрофорезом 10% анальгина на 50% димексиде на группу суставов с выраженными экссудативными явлениями. Димексид биполярен, поэтому полярность определяется анальгином. Использовали поперечный метод наложения электродов. Плотность тока — 0,05—0,2 мА/см², продолжительность — 10—20 мин, курс — 10—12 процедур на два сустава.

Для усиления общего воздействия пелоидов на иммунную систему дополнительно назначали рапные ванны (30—40 г/л, 36° С, 20 мин). Все больные были разделены на 3 группы (по 25 человек). 1-я группа получала аппликации грязи и ванны, 2-я — то же и электрофорез анальгина, 3-я — то же и электрофорез анальгина на димексиде.

При поступлении все больные жаловались на боли в суставах в покое и при движении, тугоподвижность суставов, утреннюю скованность, общую слабость, что свидетельствовало о выраженном воспалительном изменении в суставах и нарушении их функции (см. табл.). При иммунологическом исследовании было выявлено снижение содержания Т-лимфоцитов, которое после инкубации Т-лимфоцитов с левамизо-