

Н. Л. АСЛАНЯН, С. Л. ЕОЛЯН, Р. Т. МЕЛИКЯН, Г. О. ИГИТЯН

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ДО, ПОСЛЕ И В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА

Изучены результаты исследования клинических и биохимических данных у больных с первичным ревмокардитом до, после и в отдаленные сроки после лечения (5—7 лет).

Показано, что после лечения улучшается клиническое состояние больных и нормализуются биохимические показатели активности ревматического процесса. В отдаленные сроки после лечения у большинства больных вследствие эффективного лечения и профилактики предупреждаются развитие органических клапанных поражений сердца и рецидивы ревматического процесса.

Изучение динамики некоторых показателей активности ревматического процесса при первичном ревмокардите имеет определенное значение для выяснения характера течения ревматического процесса, эффективности лечения и противоревматической профилактики.

Как известно, для дифференциальной диагностики первичного ревмокардита имеет важное значение как клиническая симптоматология, так и лабораторные данные [1—5].

Целью настоящей работы было изучение динамики клинических и биохимических данных у больных с первичным ревмокардитом до, в конце стационарного лечения (через 1 месяц) и в отдаленные сроки после лечения (5—7 лет).

Степень активности ревматического процесса определялась по классификации А. И. Нестерова [3].

Наш материал охватывает больных, лечившихся в ревматологическом отделении Института кардиологии, у которых после стационарного лечения в поликлинических условиях была проведена противоревматическая профилактика по инструкции Института ревматизма АМН СССР с систематическим наблюдением и обследованием после выписки из стационара в течение более 5 лет.

Под наблюдением находилось 110 больных, из них 43 мужчины, 67 женщин в возрасте от 8 до 40 лет. У 56 была установлена I степень активности ревматического процесса, у 30—II и у 24—III степень.

Клиническая характеристика больных приведена в табл. 1.

Благодаря комплексному противоревматическому лечению в стационаре субъективное и объективное состояние больных улучшилось. В конце лечения больные в основном не предъявляли жалоб. У большин-

Таблица I

Динамика клинических данных у больных с первичным ревмокардитом до и в отдаленные сроки после лечения

Степень активности ревматизма	Срок наблюдения	Число больных	Субъективные данные								Объективные данные				
			одышка		сердцебиение		боли в области сердца		боли в суставах		полиартрит	увеличение левой границы сердца (рентгенологически)	глухие тоны	систолический шум на верхушке	субфибрилитет
			при физ. нагрузке	в покое	при физ. нагрузке	в покое	при физ. нагрузке	в покое	слабые	значительные					
I	до лечения	56	2	—	17	2	37	11	33	10	2	7	13	39	7
	%		3,5	—	30,3	3,5	66,0	19,5	58,9	17,8	3,5	12,5	23,2	69,6	12,5
	через 5—7 лет	56	—	—	—	—	10	—	6	—	—	1	—	2	—
%			—	—	—	—	17,9	—	10,7	—	—	1,8	—	3,8	—
II	до лечения	30	12	4	15	7	21	9	20	8	3	13	21	23	5
	%		40,0	13,3	50,0	23,3	70,0	30,0	66,0	26,6	10,0	43,3	70,0	76,6	16,6
	через 5—7 лет	30	10	—	—	—	7	3	10	—	—	2	—	5	—
%			33,3	—	—	—	23,3	10,0	33,3	—	—	6,6	—	16,6	—
III	до лечения	24	11	3	17	4	13	5	18	6	7	17	16	18	6
	%		45,8	12,5	70,5	16,6	54,1	20,8	75,0	25,0	29,0	70,8	66,6	75,0	25,5
	через 5—7 лет	24	6	3	10	6	10	7	10	—	—	3	14	6	—
%			25,0	12,5	41,6	25,0	41,6	29,1	41,6	—	—	12,5	58,3	25,0	—

ства больных изменялась аускультативная картина сердца, исчезал или ослабевал систолический шум, нормализовались тоны сердца.

В отдаленные сроки после лечения у большинства больных отмечалось затухание ревматического процесса, однако у 7 больных выявлялся рецидивирующий ревмокардит, у 8—органические поражения клапанов сердца. Отмечалась значительная положительная динамика клинических данных, особенно у больных с I и II степенью активности. Однако некоторые больные продолжали жаловаться на боли в области сердца и суставах, слабость, одышку и сердцебиение после физической нагрузки. У 3 больных были увеличены рентгенологические границы сердца, у 14 выслушивались глухие тоны, а у 8—систолический шум на верхушке.

Результаты биохимических исследований были обработаны методами биометрии с определением достоверности разности средних данных до и в отдаленные сроки после лечения.

Таблица 2

Нарушение биохимических показателей до и в отдаленные сроки наблюдения

Степень активности ревматизма	Число больных	Диспротеинемия		Дифениламиноновый показатель		Фибриноген в плазме	
		до	в отд. ср.	до	в отд. ср.	до	в отд. ср.!
I	56 %	47 83,9	2 3,5	45 80,3	3 5,3	47 83,9	2 3,5
II	30 %	27 90,0	3 10,0	26 86,6	4 13,3	25 83,3	3 10,0
III	24 %	24 100,0	2 8,3	24 100,0	1 4,1	24 100,0	2 8,3

Как показывают данные табл. 2 и 3, до лечения выявляется значительное изменение биохимических показателей. Отмечается гипоальбуминемия, α_1 - и α_2 - и у некоторых больных γ -гиперглобулинемия, повышение дифениламинового (ДФА) показателя и увеличение содержания фибриногена в плазме. Как показывают наши наблюдения, биохимические сдвиги закономерно связаны со степенью активности ревматического процесса, т. е. эти показатели более выражены у больных с III степенью активности ревматического процесса. При этом более выражены гипоальбуминемия, α_1 - и α_2 -гиперглобулинемия, повышение ДФА показателя и концентрации фибриногена в плазме крови.

В конце лечения в стационаре отмечалась значительная положительная динамика биохимических показателей: повышалось относительное содержание альбуминовой фракции и нормализовались глобулиновые фракции белков, а также содержание фибриногена в плазме и ДФА показатель.

В отдаленные сроки после лечения у большинства больных биохимические показатели были в пределах нормы, лишь у некоторых больных выявлялись те или иные нарушения. Достоверно увеличивался

Таблица 3

Динамика средних биохимических показателей до и в отдаленные сроки после лечения

Показатели		Степень активности ревматического процесса														
		I					II					III				
		M		разность	t	P	M		разность	t	P	M		разность	t	P
		до	в отд. ср.				до	в отд. ср.				до	в отд. ср.			
Общий белок		8,55	8,32	0,23	1,0	>0,2	8,63	8,43	0,20	1,50	>0,2	8,53	8,40	0,13	0,58	>0,5
Альбумины		52,6	58,3	5,76	1,6	>0,1	50,5	54,2	3,67	2,44	<0,005	48,3	52,7	4,48	2,08	<0,05
Глобулины	α_1	7,25	6,48	0,77	1,4	>0,2	7,42	7,42	0	0,78	>0,5	9,46	8,02	1,44	0,12	>0,5
	α_2	10,4	8,87	1,49	3,44	<0,001	11,6	9,94	1,66	1,95	<0,05	11,9	10,6	1,33	1,32	>0,2
	β	13,11	10,64	2,47	3,47	<0,001	11,54	11,46	0,08	0,07	>0,5	12,98	12,57	0,41	0,52	>0,5
	γ	17,42	15,43	1,99	2,57	<0,01	18,79	14,55	4,24	4,60	<0,001	17,30	15,7	1,59	1,48	>0,2
ДФА показатель		0,209	0,180	0,029	2,0	<0,05	0,222	0,180	0,42	3,01	<0,001	0,262	0,178	0,084	4,96	<0,001
Фибриноген		291,0	245,5	45,5	3,46	<0,001	430,6	264,3	166,3	6,91	<0,001	505,1	248,3	256,8	7,83	<0,001

средний показатель содержания альбумина, понижалось содержание фибриногена и уровень ДФА показателя. Понижение содержания α_1 - и α_2 -глобулиновой фракции белка недостоверно лишь у больных с активностью III степени.

Надо отметить, что у всех 7 больных с рецидивирующим эндокардитом выявлялись значительные изменения биохимических показателей в отдаленные сроки после лечения. Так, у всех этих больных отмечается гиперальбуминемия, α_1 - и α_2 -гиперглобулинемия, повышение содержания фибриногена и ДФА показателя.

Анализируя полученные данные исследования у больных с первичным ревмокардитом, мы пришли к заключению, что при диагностике первичного ревмокардита, кроме данных клинического обследования, важное значение имеет биохимическое исследование крови. Из клинических симптомов заболевания заслуживает особого внимания одышка и сердцебиение, наблюдающиеся в покое или при нагрузке спустя 10—15 дней после перенесенной очаговой инфекции. При этом жалобы на боли в области сердца или в суставах нужно оценивать как симптом активности ревматизма. Для активности ревматического процесса характерны также глухие тоны сердца и систолический шум на верхушке. Из биохимических данных характерны диспротеинемия, α_1 - и α_2 -гиперглобулинемия. Ценные данные дает определение ДФА показателя, а также фибриногена в плазме крови.

На основе полученных нами данных можно заключить, что своевременной организацией противоревматического лечения и профилактики можно в большинстве случаев предупредить развитие органических клапанных поражений сердца и рецидива ревматического процесса.

Выводы

1. При длительном наблюдении (5—7 лет) после выписки из стационара больных с первичным ревмокардитом в условиях поликлиники и при проведении противоревматической профилактики отмечается стойкое улучшение клинического состояния больных с исчезновением одышки и сердцебиения, шума на верхушке.

2. В вышеуказанных условиях у тех же больных при длительном наблюдении отмечается снижение активности ревматического процесса или наступление фазы ремиссии; на что указывает динамика некоторых биохимических показателей, в частности белковых фракций, ДФА показателя и фибриногена.

3. Своевременная организация лечения и профилактики с длительным наблюдением больных в условиях поликлиники является основой предупреждения развития органических клапанных поражений сердца и рецидива ревматического процесса.

Ն. Վ. ԱՍԼԱՆՅԱՆ, Ս. Լ. ՅՈՒՅԱՆ, Ռ. Թ. ՄԵԼԻՔՅԱՆ, Հ. Հ. ԻԳԻԹՅԱՆ

ՌԵՎՄԱՏԻԿ ՊՐՈՑԵՍԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԴԻՆԱՄՄԻԿԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՌԵՎՄՈԿԱՐԴԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտվել է ռեմատոիզմի ակտիվության մի քանի ցուցանիշների դինամիկան առաջնային ռեմոկարդիտով հիվանդների մոտ:

Հսկողության տակ են գտնվել 110 հիվանդ՝ 43 տղամարդ, 67 կին, 8—40 տարիքներում: Ըստ Ա. Ի. Նեստերովի, կլինիկական ցուցանիշներից 56-ի մոտ հայտնաբերվել է ռեմատոիզմի I, 30-ի մոտ II, 24-ի մոտ III աստիճանի ակտիվություն:

Հետազոտությունը տարվել է ստացիոնար բուժումից առաջ, հետո և դիսպանսեր հսկողության հեռակա շրջանում (5—7 տարում):

Ինչպես ցույց է տալիս հետազոտության տվյալների վերլուծությունը բուժման սկզբում հիվանդների ամենաբնորոշ զանգատները եղել են սրտի շրջանի ցավերը, հոդացավերը, թոքությունը, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո առաջացած հետքը և սրտի բարակումները: Օբյեկտիվ և լաբորատորային տվյալներից հիվանդների մեծամասնության մոտ եղել են հետևյալ շեղումները՝ սրտի սահմանների մեծացում, հատկապես դեպի ձախ, տոների խլացում, սրտի զագաթում սիստոլիկ աղմուկ: Արյան նստվածքային ռեակցիան (ՐՈՆ) եղել է չափավոր արագացած, արյան սիճուկում ալբումինների քանակությունը՝ շատացած, գլոբուլինները՝ քչացած: Դիֆենիլամինային ցուցանիշի և ֆիբրինոգենի քանակությունները եղել են բարձրացած:

Արդյունավետ ստացիոնար բուժման և ամբուլատոր պրոցեսներում ռեմատոիզմի դեմ երկարատև կանխարգելիչ միջոցառումների կիրառման հետևանքով հետազոտված հիվանդների մեծամասնության մոտ դիտվել է դրական դինամիկա՝ զանգատների վերացում, լաբորատորային ցուցանիշների նորմալացում, կանխվել է սրտի կափուլային արատի և ռեմատոիզմի ռեցիդիվի առաջացումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Долгополова А. В. Современные проблемы ревматологии. М., 1965, стр. 91.
2. Ундрицов М. И. Материалы докладов Всесоюзной ревматологической конференции. М., 1966, стр. 74.
3. Нестеров А. И. Вопросы ревматизма, 1968, 2, стр. 3.
4. Трахтенберг С. Б. Вопросы ревматизма, 1970, 4, стр. 53.
5. Фролькис А. В., Мартынов А. А. Материалы первого Всесоюзного съезда ревматологов. М., 1971, стр. 214.