

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО ПОЛИАРТРИТА (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА-МАРИ-ШТРЮМПЕЛЯ)

И. А. ПЕТУХОВ, Н. М. ЯНЧУР

Из кафедры факультетской хирургии (заведующий — профессор Н. М. Янчур) Витебского медицинского института

В настоящее время показания с лечебной целью стероидов чрезвычайно широкие, в том числе и для лечения анкилозирующего полиартрита. В связи с этим, в литературе появляются сообщения о побочном действии, а также описаны различной тяжести осложнения, вплоть до летальных исходов, которые наблюдаются при лечении стероидными гормонами.

В нашей клинике находилось на стационарном лечении 56 больных анкилозирующим полиартритом (болезнь Бехтерева-Мари-Штрюмпеля). Мужчин было 47, женщин 9. Возраст: от 20 до 62 лет. Длительность заболевания — от 2 до 18 лет.

Теоретически применение стероидов при анкилозирующем полиартрите вполне оправдано, так как они оказывают влияние на обмен кальция и в результате этого кальциевый баланс в организме становится отрицательным. Мы назначаем стероиды или внутрь (кортизон, преднизон, преднизолон), или внутримышечно (АКТГ), а также, иногда, к этому добавляем, по показаниям, пара- или интраартикулярное введение гидрокортизона. В таких случаях, в шприц набирается 1 мл взвеси гидрокортизона, которая содержит 25 мг препарата и добавляется 5—10 мл 0,1—1-% раствора новокаина. Затем эта смесь при соблюдении строгой асептики вводится в параартикулярные ткани или в полость сустава. По показаниям такие инъекции повторяются с промежутками в 2—3 дня. Следует отметить, что интраартикулярное введение гидрокортизона мы пока не можем рекомендовать ввиду малого личного опыта.

Каковы же показания к лечению анкилозирующего полиартрита гормональными препаратами? Мы считаем, что стероидная терапия показана в ранних стадиях заболевания, до появления анкилозов в суставах, а также в случаях прогрессирующего течения заболевания не поддающихся лечению другими способами. Мы полагаем, что стероидная терапия в сочетании с паратиреоидэктомией и последующим санаторно-курортным лечением способна у больных с ранними стадиями заболевания остановить прогрессирование патологического процесса. К сожалению, ранние стадии анкилозирующего полиартрита встречаются редко, что связано с трудностями ранней диагностики этого заболевания. Из 56 больных только у 3 была I-я стадия болезни.

Стероидная терапия показана также при лечении иритов и иридоциклитов, которые как осложнения анкилозирующего полиартрита встречаются в 8—10 проц. случаев и очень хорошо поддаются местному и общему лечению стероидами.

У остальных больных анкилозирующим полиартритом показания к применению стероидов относительные, симптоматические — для облегчения болей и уменьшения чувства скованности с целью предупреждения тугоподвижности и анкилозирования суставов. Хотя ликвидировать боли, уменьшить и предупредить грубые деформации можно и без стероидов комплексным применением паратиреоидэктомии, производных пирозолонового ряда, салицилатов, анальгетиков и физиотерапевтических

средств, однако, мы больным во II стадии широко назначаем стероиды, особенно в период предоперационной подготовки. Применение стероидов условно показано также и в тех случаях, когда больной отказывается от паратиреоидэктомии и ему проводится интенсивная физиотерапия. У всех этих больных период применения стероидной терапии должен быть кратким. Мы назначаем по 25 мг кортизона 1—2 раза в сутки, доводя суммарную дозу до 700—1000 мг, или по 25—40 ед. АКГГ в сутки, доводя суммарную дозу до 500—800 ед. на курс.

У больных с запущенными стадиями болезни мы применяли стероиды также в виде кратковременного курса для предоперационной подготовки, приблизительно в такой же дозировке. Длительное лечение стероидами мы не применяли, хотя в литературе (Дж. Х. Глин) имеются указания, что длительное применение стероидных гормонов показано у тех больных, где анальгетики, физиотерапия и рентгенотерапия не дают результатов и больные превращаются в тяжелых инвалидов. Дозировка стероидов, в таких случаях, по Глину устанавливается индивидуально, а поддерживающая доза принимается ими в течение многих месяцев и лет с периодическими промежутками.

Противопоказаниями к стероидной терапии анкилозирующего полиартрита являются сопутствующие заболевания, а также некоторые заболевания перенесенные в прошлом. Стероиды не должны назначаться тем больным, которые страдают или в прошлом страдали язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, так как это ведет к резкому обострению язвенной болезни и создает опасность тяжелого гастродуоденального кровотечения или перфорации язвы. У многих больных, даже не страдавших язвенной болезнью, под влиянием стероидной терапии резко повышается желудочная секреция, а у 5—7% больных, лечившихся стероидами, по данным Мортон и Фринда возникает пептическая язва 12-перстной кишки, которая во многих случаях протекает бессимптомно, но дает большое количество перфораций (27,7 проц.) и кровотечений (33,8 проц.). Наибольшая угроза появления язвы возникает при сочетании стероидной терапии с производными пирозолонового ряда или салицилатами, так как эти препараты, применяемые даже без стероидов, оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки и вызывают образование геморрагий, поверхностных эрозий и язв. При этом опасность возникновения язвы возрастает с увеличением длительности лечения и дозировки. Из стероидных гормонов особой склонностью вызывать пептические язвы обладают преднизон и преднизолон. Учитывая это и имея в виду то обстоятельство, что язвенная болезнь, по литературным данным, у больных анкилозирующим полиартритом встречается гораздо чаще, чем среди остального населения, по-видимому, следует воздержаться от назначения преднизона и его производных больным анкилозирующим полиартритом.

Гипертония также является противопоказанием к применению стероидной терапии. У некоторых наших больных имело место повышение кровяного давления, возникшее в ходе лечения, что заставило нас прекратить лечение стероидами.

Понижение свертываемости крови и склонность к геморрагиям должны расцениваться как противопоказания, ибо в литературе имеются данные, когда при стероидной терапии у больных появляются спонтанные экхимозы, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, моноррагии и т. д.

Примером этого осложнения может служить следующее наше наблюдение.

М., 52 лет, поступил в факультетскую хирургическую клинику 10 ноября 1961 г. по поводу запущенной болезни Бехтерева, в состоянии резкого обострения. Самостоятельно передвигаться не может. Проведено лечение (бутадион, 675 ед. АКТГ, антибиотики, паранефральная блокада). Состояние больного улучшилось. Произведена паратиреоидэктомия справа. После операции больной получал кортизон, бутадион, физиотерапевтические процедуры. Появились боли в животе, неустойчивый стул, а затем понос с примесью крови. Бутадион и кортизон отменены. Через несколько дней понос прекратился. Ввиду того, что у больного были сильные боли и припухлость в области лучезапястных и голеностопных суставов, а также высокая РОЭ, снова назначены бутадион и кортизон. Через три дня у больного опять появились боли в животе, частый жидкий стул с примесью крови, а затем в испражнениях почти чистая кровь и гематурия. При урологическом исследовании источник гематурии не установлен. При рентгеноскопии желудка патологии не выявлено. При ректороманоскопии отмечена резко выраженная, диффузная гиперемия и разрыхление слизистой оболочки прямой кишки и дистального отдела сигмовидной. Исследование кала на дизентерийную группу дало отрицательный результат. После отмены кортизона и бутадиона исчезли боли в животе, понос, кровь в кале и гематурия. Кишечное кровотечение и гематурия наступили у нашего больного после приема 925 мг кортизона и 675 ед. АКТГ. Следует отметить, что больной начиная с 1956 г. ежегодно периодически принимает кортизон и АКТГ. В 1958 г. во время лечения кортизоном он также отмечал боли в животе и частый жидкий стул.

Поэтому перед назначением стероидов следует всегда узнать лечился ли больной стероидами и не было ли у него осложнений в ходе лечения.

Неустойчивая психика или психоневрологические заболевания в прошлом являются противопоказанием к стероидной терапии. Осложнения при стероидной терапии наблюдаются очень часто. Они чрезвычайно разнообразны. Наименее опасна, но зато наиболее часто встречается, склонность больных к полноте. Это осложнение зависит от того, что при лечении стероидами нарушается водно-хлоридный баланс организма, повышается содержание хлоридов в сыворотке крови и задержка воды в организме. Это ведет к полноте. Лицо у больных округляется и они начинают быстро прибавлять в весе. Но могут наблюдаться и тяжелые осложнения (кровотечения, пептическая язва, атрофия коры надпочечников и др.) вплоть до летальных исходов. Частота и тяжесть осложнений зависят от длительности применения стероидов и от их дозировки: чем больше однократные и суточные дозы и чем продолжительнее курс лечения, тем чаще и тяжелее могут быть осложнения. Дж. Х. Глин считает, что 75 мг кортизона в сутки является критическим уровнем, выше которого частота осложнений резко возрастает. Мы не применяем доз выше 50 мг кортизона в сутки. Однако, несмотря на то, что нами применялись сравнительно небольшие, как суточные (25—50 мг кортизона, 25—40 ед. АКТГ), так и курсовые дозы (700—1000 мг кортизона, 500—800 ед. АКТГ) у некоторых больных наблюдались осложнения, связанные с применением стероидов.

Стероидная терапия анкилозирующего полиартрита является эффективным средством и она при соответствующих показаниях должна широко применяться для терапии этого заболевания. Однако, прежде чем назначить терапию стероидами должен быть собран тщательный анамнез с обращением особого внимания на выяснение таких вопросов: лечился ли больной раньше стероидами, как он их переносил, не болел ли он раньше психическими заболеваниями и т. д. Кроме того, должно быть произведено детальное и всестороннее клиническое обследование больного с тем, чтобы выяснить не страдает ли больной заболеваниями, являющимися противопоказанием к стероидной терапии. В ходе лечения должно осуществляться тщательное, динамическое наблюдение за больным (контроль за кровяным давлением, исследование хлоридов крови и др.). Лечение стероидными гормонами должно проводиться под контролем экскреции стероидов мочой.