

1. Альперн Д. О. Физиол. ж., 1956, 3. — 2. Герасимова Е. Н., Белоус С. Р. Тер. арх., 1958, 12. — 3. Иевлева Л. В., Анохин В. Н., Волохина О. И. Там же, 1965, 3. — 4. Кассирский И. А., Петрова Л. М. Вестн. АМН СССР, 1959, 5. — 5. Коц Я. И. Тер. арх., 1960, 10. — 6. Ляшук П. М. Врач. дело, 1965, 5; Тер. арх., 1965, 5; Пробл. эндокр. и горм., 1966, 1. — 7. Межебовский Р. Г., Гусева О. А. Клин. мед., 1962, 4. — 8. Окулова Е. М. Казанский мед. ж., 1958, 5. — 9. Сибуль И. К., Мюллербек Е. Х., Кеель Э. О. Педиатрия, 1965, 12. — 10. Шкляр Б. С., Волошина И. Я. Клин. мед., 1949, 2. — 11. Bertola G. e. a. International Congress on hormonal Steroids. Milan, 1962, 214. — 12. Fabre J. Hely. med. acta, 1956, 23, 381. — 13. Krick W. Med. Klin., 1960, 17, 738. — 14. Lindner A., Stoklaska E. Wien. klin. Wschr., 1956, 25, 516. — 15. Riemer A. D. Am. J. Cardiol., 1958, 1, 488.

УДК 616—002.77—616—084

СЕЗОННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

Б. П. Шох

1-я клиника старшего детского возраста (консультант — действ. член АМН СССР проф. О. Д. Соколова-Пономарева) Института педиатрии АМН СССР, Москва

В комплексе мероприятий по борьбе с ревматизмом в нашей стране широко применяется метод сезонной бициллино-медикаментозной профилактики, разработанной в Институте ревматизма АМН СССР под руководством А. И. Нестерова.

В настоящем сообщении мы стремились оценить эффективность действия сезонной медикаментозной профилактики на основании тщательного изучения частоты рецидивов ревматизма у детей с учетом давности заболевания и других факторов, обуславливающих возникновение повторных приступов.

В течение 1961—1964 гг. под наблюдением в условиях поликлиники находилось 180 детей, больных ревматизмом, которым курсы сезонной медикаментозной профилактики проводились в сочетании с общеоздоровительными мероприятиями (основная группа). Дети были в возрасте от 5 до 15 лет. Частота острых инфекций носоглотки в анамнезе, наличие очагов хронической инфекции, степень поражения сердца свидетельствовали, что у этих детей весьма возможны рецидивы ревматизма. У 73 детей (40%) был сформированный клапанный порок. Явная склонность к рецидивированию заболевания отмечена у 65 детей (36%), несмотря на проводимые в межприступном периоде профилактические мероприятия до тонзиллэктомии включительно (но без антибактериальной профилактики). К началу бициллино-аспириновой профилактики 50% детей перенесли острый приступ ревматизма в течение ближайшего года, а 76% — в течение ближайших 2 лет.

Для изучения частоты повторных приступов ревматизма у детей, не получавших медикаментозную профилактику, было проанализировано 190 амбулаторных карт и карт диспансерного наблюдения детей, проживающих в районе обслуживания поликлиник (контрольная группа). Дети этой группы были в несколько меньшей степени подвержены опасности рецидивирования атак ревматизма, чем дети, получавшие медикаментозную профилактику. Распределение детей по полу и возрасту в обеих группах было приблизительно одинаковым.

Комплекс общеоздоровительных мероприятий был общим для обеих групп.

При анализе влияния курсов медикаментозной профилактики на снижение частоты рецидивов ревматизма мы учитывали только клинически бесспорные рецидивы, подтвержденные данными лабораторных исследований. Расчет частоты рецидивов проводили не по отношению к общему числу наблюдавшихся детей, а по отношению к общему числу человеко-лет наблюдения каждой группы (А. Хилл, 1958). Иными словами, количество повторных приступов ревматизма в процентах рассчитывали на 100 детей и 1 год наблюдения.

За период наблюдения у 9 детей основной группы было отмечено 10 рецидивов ревматизма. Рецидивы наступали чаще всего в период между курсами профилактики после предшествовавшей ангины или катара верхних дыхательных путей. Рецидив был второй атакой у 5 детей, третьей — у 2, четвертой и пятой — у 1 и пятой — еще у 1 больного. Только 1 ребенок страдал хроническим тонзиллитом, у большинства детей после 1-го приступа была произведена тонзиллэктомия. Давность предшествовавшего приступа у 2 детей не превышала 2 лет, у 4 — 3 лет и еще у 4 — 4 лет. До рецидива заболевания неясные изменения в сердце отмечались у 4 детей, недостаточность митрального клапана — также у 4 и комбинированный митрально-аортальный порок — у 1. У 6 детей повторный приступ наступил зимой, у 3 — весной и у

1 — летом во время пребывания в пионерском лагере. Важно отметить, что во время проведения курсов бициллина в сочетании с аспирином рецидивы ревматизма наблюдались только у 2 детей. Это были дети с комбинированными пороками сердца и большой давностью заболевания ревматизмом при выраженной склонности к рецидивированию.

У детей, получавших курсы сезонной профилактики, повторные приступы ревматизма наблюдались в 2,2 раза реже, чем у детей, оставшихся без подобной профилактики. Эти данные статистически достоверны.

Эффективность профилактики повышалась, если она проводилась регулярно. В связи с грубым нарушением профилактического режима (несвоевременное введение или отказ от инъекций бициллина) повторные приступы ревматизма наступили у 2 детей.

Другой путь повышения эффективности сезонной медикаментозной профилактики — это своевременное начало ее проведения. У детей, получавших сезонную медикаментозную профилактику непосредственно после первой атаки ревматизма, частота повторных приступов заболевания была в 3,2 раза ниже, чем у детей контрольной группы.

Дети, поступившие под наблюдение с уже выраженной склонностью к рецидивированию ревматизма, особенно после 3—4-й атаки, оказывались более резистентными к проводимой активной профилактике. Повторные приступы заболевания наблюдались у них примерно в 2 раза чаще, чем у больных, которым профилактика была назначена после 1-й атаки. И все же тщательное выполнение лечебно-профилактического режима приводило к стабилизации процесса и укреплению здоровья большинства детей с рецидивирующим течением ревматизма.

Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики позволяет достигнуть еще более высоких показателей. Согласно сводной статистике Labesse, частота повторных приступов ревматизма у детей, получавших бензатинпенициллин круглогодично, составляла всего 0,17%.

Следует подчеркнуть, что выпускаемые отечественной промышленностью препараты пенициллина пролонгированного действия (бициллин-1 и бициллин-5) не уступают по качеству аналогичным зарубежным препаратам. По нашим данным, при введении бициллина-1 в дозе 600 000 ЕД и бициллина-5 в дозе 750 000 ЕД терапевтическая концентрация пенициллина в крови (не менее 0,03 ед. в 1 мл) поддерживается в течение 10—14 дней, а в дозах соответственно 1 200 000 ЕД и 1 500 000 ЕД — в течение 3—4 недель. Препараты можно с успехом использовать для проведения длительной профилактики. Как и при назначении других препаратов пенициллина, необходимо строго учитывать индивидуальную чувствительность у детей к этому антибиотику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А. И. Клин. мед., 1958, 5. — 2. Хилл А. Основы медицинской статистики. М., 1958. — 3. Labesse J., Dagonet V., Fidelle J. e. a. Sem. Нбр. Paris, Ann. Pediatr., 1957, 33, 5, 323.

УДК 616.1—616.12—073.97—615.361.37—612.015.31

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМ И КАЛИЕВОЙ ДИЕТОЙ

С. И. Щербатенко и К. Н. Куделина

*II кафедра госпитальной терапии (зав. — доц. С. И. Щербатенко)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

Недостаточность кровообращения при сердечно-сосудистых заболеваниях развивается в результате глубоких нарушений структуры и функций различных органов и систем, в том числе расстройств обмена макроэргических соединений, электролитов, изменений функции коры надпочечников.

В генезе отечного синдрома, по мнению современных авторов, ведущее значение придается нарушениям водно-электролитного обмена.

Нарушения водно-солевого обмена очень сложны и многообразны, и для распознавания их характера уже недостаточно руководствоваться результатами исследований сыворотки крови.

Так, несмотря на «парадоксальную» гипонатриемию сыворотки крови у больных с тяжелыми нарушениями кровообращения, у них наблюдается задержка Na в организме на всех стадиях декомпенсации.