

вздошных артерий, свежие инфаркты почек — по одному наблюдению. Таким образом, эмболические осложнения найдены у 16 больных из 38.

Анамнестические данные в диагностике ревматизма у пожилых играют скромную роль. Основные причины этого — отдаленность первых проявлений ревматизма и склероз сосудов мозга с ослаблением памяти. О. Janton, R. Glover, T. O'Neil наблюдали 20 больных ревматизмом старше 50 лет. Только у 8 из них были указания в анамнезе на ревматизм. Самый категорический отрицательный ответ не исключает наличия ревматизма: из 270 наших больных ревматизм в анамнезе был у 173 (64%). Среди умерших от ревматизма 83 пожилых больных ревматизм в анамнезе был только в 54,2%.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время ревматизм — нередкое заболевание у лиц старше 50 лет.
2. В пожилом возрасте наиболее часто встречается ревматическое поражение митрального клапана. Поражение других клапанов сердца обычно сопутствует митральному пороку.

3. В диагностике ревматизма в пожилом возрасте основываться нужно главным образом на особенностях поражения сердца. Анамнестические данные и внесердечная патология (суставные поражения) имеют гораздо меньшее значение.

4. В диагностике ревматического митрального стеноза у пожилых больных ЭКГ и ФКГ дают более важные сведения, чем рентгенологическое исследование.

В диагностике ревматической недостаточности митрального клапана — соотношение обратное.

5. Текущий ревматический процесс у пожилых больных протекает, как правило, скрыто. До настоящего времени не известно ни одного патогномоничного признака эндомиокардита. Наряду с биохимическими тестами и некоторыми ЭКГ-данными (меняющаяся длительность PQ) известную роль играет стойкость декомпенсации на фоне лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева Т. И. В кн. «Ревматизм и паразитарные заболевания». Новосибирск, 1959. — 2. Анин Ю. Л. Лаб. дело. 1964, 1. — 3. Бабаева Е. К., Зелова Г. Я. Врач. дело. 1963, 5. — 4. Бала Ю. М., Гладких В. Г. В кн. «Медленный сепсис и ревматизм». Воронеж. 1956. — 5. Ветельман Р. А. Врач. дело. 1963, 12. — 6. Гордон Ю. Н. Клини. мед. 1964, 3. — 7. Кажияшвили Д. С. ЭКГ и БКГ-изменения у престарелых лиц. Сообщения АН Грузинской ССР. 1960, 25, 3. — 8. Крылов Л. Б. Груд. хир. 1963, 3. — 9. Лемперт Г. Л. Основы электрокардиологии. Медгиз, М., 1963. — 10. Фельдман С. Б. Клини. мед. 1960, 12. — 11. Фогельсон Л. И. Клини. электрокардиография. Медгиз, М., 1957. — 12. Черногубов В. А. В сб. «Новости медицины», вып. 20 (пороки сердца). Изд-во АМН СССР, 1950. — 13. Janton O., Glover R., O'Neil T. Circulation, 1953, 8, 3. — 14. Köhler H. Die Mitralstenose und ihre Operative Behandlung. G. Fischer. Verlag, Iena, 1957. — 15. Loogen F., Panayotopoulos S. N. Dtschr. Med. Wschr. 1963, 1. — 16. Мурешан П. Сов. здрав. 1964, 2. — 17. Nelson S., Lancaster H. Med. J. Australia. 1959, 1, 6. — 18. Пархон К. И. Возрастная биология, Бухарест, 1959. — 19. Vernant P. В кн. «Основы геронтологии» пер. с фр. Медгиз, М., 1960. — 20. Weng Hsin-Chiu, Chung Huel-Zan a. oth. Clin. Med. J. 1957, 75, 8.

Поступила 29 октября 1964 г.

УДК 616.36—002—036.92

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

С. Я. Порсева

Кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. И. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При лечении детей, больных эпидемическим гепатитом, мы проводили строгий и длительный постельный режим. В диете предусматривалось исключение жира в первые дни, ограничение его в последующие и преобладание легкоусвояемых углеводов.

Давался творог и вареное мясо, максимально вводились жидкости с целью дезинтоксикации. Инъекции инсулина назначались лишь части больным, давалось солевое слабительное в виде 25% раствора сернокислой магнезии (желчегонное действие и разгрузка кишечника), проводилось введение низких концентраций (5—10%) глюкозы, преимущественно перорально. В среднетяжелых случаях болезни вводилась внутривенно плазма, давались липотропные средства, желчегонные и витамины. Аскорбиновую кислоту получали все больные в дозе 300—500 мг в сутки. Отдельные группы больных получали витамин В₆ (пиридоксин) и витамин В₁₂.

Витамин В₆ регулирует преимущественно белковый обмен, выполняя функции кофермента, принимая участие в реакциях переаминирования и декарбоксилирования аминокислот. По мнению М. С. Рысса, дефицит пиридоксина может вести к жировой инфильтрации печени. Пиридоксин оказывает положительное влияние на морфологические изменения, уменьшая дистрофические и некробиотические процессы (И. П. Тюрина), стимулирует кислотообразующую и переваривающую функции желудка. Витамин В₁₂ (цианкобаламин) является мощным липотропным фактором и, по мнению проф. Букина, предохраняет печень от жировой инфильтрации. Наблюдения Л. Н. Игнатьева показали, что под влиянием витамина В₁₂ уровень холестерина в крови больных снижается и одновременно повышается содержание холина и фосфолипидов. Витамин В₁₂ имеет косвенное значение в формировании белка, в частности стимулирует образование метионина участием в синтезе метильных групп.

Для витамина В₁₂ характерно участие в различных биохимических реакциях, нормализующих жировой, белковый и углеводный обмены.

Под нашим наблюдением находилось 85 детей, страдавших эпидемическим гепатитом. Дети находились в одинаковых условиях режима, питания и обследования.

В зависимости от лечения все больные были разделены на 3 группы.

I группа (36 больных) получала инъекции инсулина совместно с 5—10% раствором глюкозы преимущественно перорально в течение 1,5—3 недель.

Больные II группы (27) получали парентерально витамин В₆ (пиридоксин) в течение 10—15 дней в дозе от 10 до 25 мг.

Больные III группы (22 человека) получали витамин В₁₂ в дозе от 30 до 100 γ (8—15 инъекций).

Школьников было 45 (I группа — 19; II — 10; III — 16), 34 дошкольника (I — 16; II — 14; III — 4), от года до 3 лет — 6 человек (I — 1; II — 3; III — 2).

По тяжести клинического проявления болезни распределялись следующим образом. Легкая форма гепатита в I группе была у 16, во II — у 16 и в III — у 6 детей. Среднетяжелая форма в I группе была у 18, во II — у 8 и в III — у 12 детей. Тяжелые формы были в I группе у 2, во II — у 3, в III — у 4 детей.

Отмечено, что применение витаминов группы В, в особенности витамина В₆, благоприятно отразилось на клиническом течении болезни. У больных II группы (получавших В₆), III группы (получавших В₁₂ и не получавших инсулина) не отмечалось нарастания интоксикации и не было диспептических расстройств. У больных II группы по сравнению с I и III группами значительно раньше нормализовалась окраска кожи, склер, слизистых, снижался уровень билирубина в крови, то есть значительно быстрее наступал криз болезни. Так, у 19% больных II группы билирубин нормализовался к 15-му дню болезни и у подавляющего большинства (70%) к 25-му дню, тогда как и в I, и в III группах нормализация пигментного обмена к 15-му дню не наступила ни у одного больного.

Таким образом, самые ранние сроки нормализации пигментного обмена наблюдались у больных, получавших витамин В₆.

К 35-му дню болезни размеры печени и селезенки нормализовались у 58% больных I группы, во II гр. — у 70% и в III — у 40%. Следует отметить, что темпы нормализации пигментного обмена во всех 3 группах значительно опережали обратное развитие процессов в паренхиматозных органах.

О более быстром выздоровлении больных, лечившихся витамином В₆, говорят сроки пребывания их в стационаре. К 30 дню в I группе было выписано 59% больных, во II — 75%, в III — 54,5%. При выписке из стационара у ряда больных имелись остаточные явления — уробилинурия, значительное увеличение печени или селезенки. В I группе с уробилинурией выписалось 5 человек, с увеличенной печенью — 6. Во II группе с уробилинурией — 4, с увеличенной печенью — 1. В III с уробилинурией — 6, с увеличенной печенью — 5, с увеличенной селезенкой — один.

Изменения в сердечно-сосудистой системе типа «инфекционное сердце» отмечалось: в I группе — у 11 человек, во II — у 7, в III — у 9.

Переход острого гепатита в затяжную форму в I группе наблюдался у 3 человек. Длительность их пребывания в стационаре составила 52, 58 и 74 дня. У одного больного гепатит протекал на фоне активной фазы ревматизма, у другого сочетался с выраженной токсической интоксикацией.

Общий белок крови определялся по методу Кьельдаля. Выраженной гипопротемии не отмечено. Во всех трех группах было незначительное снижение общего белка крови в разгаре заболеваний с тенденцией нормализации по выздоровлении. Колебания отдельных белковых фракций сыворотки крови были получены путем электрофореза на фильтровальной бумаге. Для всех трех групп в разгаре заболевания типично снижение

альбуминов у всех больных и нарастание всех фракций глобулинов со значительным и более постоянным увеличением γ -глобулинов.

По выздоровлении наблюдалось обратное соотношение белковых фракций, т. е. нарастание альбуминов, снижение γ -глобулинов. В сыворотке крови больных, лечившихся витамином B_6 и B_{12} , наступало выраженное увеличение фракции β -глобулинов. Увеличение фракции β -глобулинов в данных группах больных, возможно, объясняется тем, что витамины в организме переносятся совместно с данной фракцией. По мнению некоторых авторов, увеличение фракции β -глобулинов при гепатите служит хорошим прогностическим признаком. Если это так, то применение витаминов B_{12} и особенно B_6 благоприятно сказывается на нормализации белков крови. Тимолово-вероналовая проба, применяемая при обследовании больных, получила высокую оценку со стороны отечественных и зарубежных клиницистов как надежный тест при дифференциальной диагностике эпидемического гепатита от обтурационных желтух.

При выписке больных функциональная проба печени оставалась не нормализованной: в I группе — у 7 человек, во II — у 4, в III — у 3.

На основании полученных клинических и лабораторных данных можно включить указанные витамины в состав комплексной терапии эпидемического гепатита.

Инъекции инсулина не являются обязательным средством при лечении каждого случая болезни Боткина. Комплексная терапия болезни Боткина должна применяться с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного больного.

Поступила 16 июля 1963 г.

УДК 616.36—002—036.92

ПРЕДНИЗОНОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Н. П. Васильева, Д. К. Баширова, М. Г. Валеева

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доцент Н. П. Васильева)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В 1952 г. Ривкин описал 4 наблюдения тяжелого сывороточного гепатита с заметным клиническим улучшением в результате лечения АКТГ.

Эванс (1953) провел сравнительные наблюдения над больными острым гепатитом, леченными АКТГ и кортизоном. О положительном действии стероидных гормонов сообщили Колберт (1951), Дучи, Кац (1952), А. Ф. Билибин, И. И. Корнилова (1953), В. А. Выдрин (1962), В. М. Сухарев (1962) и др. Другие более сдержанно высказываются о терапии кортикостероидами (Кюн, Баур, 1960; и др.).

Мы изучали влияние комплексного лечения с применением преднизолонa при болезни Боткина различной тяжести у детей (83) и взрослых (40). Больные были с острой, затяжной и хроническими формами болезни.

У 14 детей гепатит протекал легко, у 50 был средней тяжести и у 19 — тяжелый.

У 5 взрослых заболевание имело легкое течение, у 21 — среднетяжелое и у 14 — тяжелое.

Большая часть больных поступила в клинику на первой неделе болезни и 2—4-й дни желтухи.

В день поступления каждому больному назначались: 5% раствор глюкозы и магния внутрь, витамин B_1 и B_{12} в соответствующих дозах, стол 5 и 5а по Певзнеру и режим покоя. При тяжелом течении вводили инсулин подкожно, плазму внутривенно (детям — по 50 мл, взрослым — 100—150 мл) и глюкозу в капельных клизмах, давали кислород.

44 детям и 14 взрослым в первый же день, помимо этого, был дан и преднизолон, поскольку у них было тяжелое и среднетяжелое течение болезни, из них 7 детей и 3 взрослых находились в прекоматозном состоянии.

39 детей и 26 взрослых начали получать преднизолон после 14—16 дней безуспешно проведенной терапии.

Преднизолон давался в таблетках по 30—40 мг взрослым, по 15—20 мг детям в сутки в четыре приема в убывающей дозе. Общая доза гормона на курс лечения для взрослых составляла 400—450 мг и для детей 200—250 мг.

Наши наблюдения показали, что включение преднизолонa приводит к более быстрому исчезновению явлений общей интоксикации, укорочению желтушного периода. Ускоряется нормализация размеров печени. Она становится безболезненной и мягкой к 8—10 дню от начала лечения гормоном. Особенно заметно такое влияние преднизо-