

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 В₆ и В₁₂, 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 В₁₂ и особенно В₆ 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

ПРЕДНИЗОЛОН 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), Дуччи, 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 преднизолона 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 В₁ и В₁₂ 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 преднизолона 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-

дона при раннем назначении его больным с тяжелым и среднетяжелым течением гепатита.

На температуру тела, тошноту, кожный зуд, содержание уробилина в моче преднизолон влияния не оказывает. Уровень билирубина в сыворотке крови в период лечения преднизолоном уменьшается. Особенно эффективен преднизолон у больных в прекома-тозном состоянии. Все 10 больных на 2—3-й день лечения гормоном пришли в сознание, стали активными, у них появился аппетит. Все они выписались из стационара в состоянии клинического выздоровления. Наблюдение за такими больными проводилось в течение 2 лет, и рецидивов у них не было.

65 больным был назначен преднизолон лишь после того, как двухнедельная терапия была малоэффективной. У этих больных стойко держалась желтушность, они оставались вялыми, не сокращалась или даже увеличивалась в размерах печень, была плотной и болезненной. Все эти явления начинали проходить после добавления преднизолона в комплекс лечения. У 3 из них при средней тяжести течения было обострение болезни Боткина. После назначения им повторного курса преднизолона наступило клиническое выздоровление, без каких-либо остаточных явлений.

Все 123 больных наблюдались нами в течение двух лет. За этот период рецидив болезни Боткина наступил у 14 больных. Остальные 116 человек в течение всего наблюдаемого срока чувствовали себя хорошо, не предъявляли никаких жалоб и не имели ни обострений, ни рецидивов.

Мы наблюдали 6 больных с механической желтухой, которым было проведено лечение преднизолоном без малейшего положительного эффекта. Поэтому мы присоединяемся к высказываниям Содена и Олсена, Проболобова о том, что можно использовать преднизолон для дифференциальной диагностики болезни Боткина с механическими желтухами.

ВЫВОДЫ

1. Применение преднизолона при эпидемическом гепатите на фоне других средств комплексного лечения обычно в течение 2—3 суток ведет к заметному улучшению общего состояния больных, уменьшению явлений интоксикаций, желтушности, сокращению печени, а при прекома-тозном состоянии оказывает исключительно благоприятное действие.

2. Частота рецидивов болезни Боткина у больных, получавших и не получавших преднизолон, одинакова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А. Ф., Корнилова И. И. Сов. мед. 1958, 3. — 2. Выдрин В. А. Клин. мед. 1962, 3. — 3. Сухарева В. М. Сов. мед. 1962, 6. — 4. Ducci H., Katz R. Gastroen. 1952, v. 21. — 5. Colbert I. W. a. oth. New Engl. J. Med. 1951, v. 245. — 6. Evans A. S. a. oth. Ann. Intern. Med. 1953, v. 38. — 7. Rifkin H. a. oth. Arch. Int. Med. 1962, v. 89.

Поступила 26 июня 1964 г.

УДК 616,36—002—036.92

КИСЛОРОДНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

А. Е. Резник, П. Н. Федоренко, Д. Ш. Еналеева

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В последние годы появились работы, в которых указывается на развитие при эпидемическом гепатите кислородной недостаточности (В. П. Безуглый, 1960; М. Л. Орман, 1963; З. Я. Абдулхаджаев, 1963). Однако этому вопросу не уделяется должного внимания как при изучении патогенеза, так и при лечении данного заболевания.

С целью уточнить характер и глубину кислородной недостаточности при болезни Боткина мы в своих исследованиях сопоставляли данные прямой оксигеметрии с коэффициентом недоокисления мочи, являющимся суммарным показателем процессов окисления в организме. Нами проведено определение коэффициента недоокисления мочи у 135 больных эпидемическим гепатитом в динамике при всех формах тяжести заболевания.