

В 5 случаях была выявлена незначительная билирубинемия (до 1,9 мг%, реакция прямая) с умеренным нарушением функциональных проб печени. У всех больных была диспротеинемия с уменьшением альбуминово-глобулинового индекса до 1,2—1,0. При исследовании мочи, суточное количество которой при поступлении больных в почечный центр составляло 15—160 мл, выявлено снижение удельного веса ее до 1006 (у некоторых больных), умеренная альбуминурия; в осадке лейкоциты, эритроциты и небольшая цилиндрурия. Концентрация азотистых шлаков в моче была резко снижена.

С момента поступления больных проводили комплексную терапию. Назначали жирно-углеводную диету с небольшим количеством белка, с исключением солей калия и натрия, большие дозы 20% или 40% глюкозы с инсулином внутривенно с витаминами С и группы В. По показаниям применяли сердечно-сосудистые средства, антибиотики, камполон или антианемин. Для повышения анаболизма вводили нерабол и тестостеронпропионат. У 3 больных в комплекс лечения включали стероидные гормоны. У 6 больных под влиянием вышеописанной терапии функция почек восстановилась и заболевание перешло в полиурическую стадию.

10 другим больным в комплекс лечения включили вено-венозный гемодиализ аппаратом «искусственная почка» НИИЭХАИИ, проводившийся от 1 до 5 раз и позволивший значительно снизить азотемию, нормализовать солевой состав плазмы и улучшить состояние больных до восстановления функции почек. Продолжительность периода олигоанурии была от 2 до 12 дней.

Менинго-энцефалитический синдром значительно ухудшает прогноз при ГЛСП даже в тех случаях, когда своевременное применение гемодиализа позволяет снять уремическую интоксикацию, нормализовать водно-солевой баланс и кислотно-щелочное равновесие и таким образом способствует восстановлению функции почек.

У 3 больных терапия была неэффективной, заболевание окончилось смертью, причиной которой явился менинго-энцефалитический синдром, осложнивший течение геморрагической лихорадки, что подтвердилось данными аутопсий.

Из 13 выздоровевших 5 были обследованы через 6 месяцев после выписки. У 3 никаких патологических изменений клинически и лабораторно выявлено не было. Клиренс мочевины, клубочковая фильтрация по эндогенному креатинину и канальцевая реабсорбция, сниженные к моменту выписки из стационара, полностью восстановились. У 2 больных отмечалось некоторое снижение парциальных функций почек.

Следует отметить, что у больных ГЛПС с менинго-энцефалитическим синдромом восстановление функции почек идет медленнее; это свидетельствует о более глубоких поражениях почек при данной форме заболевания.

УДК 616.281

### В. В. Федотов (Куйбышев-обл.). О применении гидрокарбоната натрия при некоторых формах вестибулярной дисфункции

В последние годы при кохлео-вестибулярных расстройствах вводят внутривенно гидрокарбонат натрия.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных, которым мы вводили 7% раствор гидрокарбоната натрия (срок наблюдения — от 1 до 10 месяцев). У 14 пациентов была болезнь Меньера, у 4 — вестибулопатия и у 2 — кохлео-вестибулярный синдром. У 3 из этих больных ранее были резецированы барабанная струна и барабанное сплетение. Однако через 6 месяцев — 2,5 года у них наступил рецидив заболевания. У 11 человек, страдающих болезнью Меньера, было одностороннее поражение, у 3 — двустороннее.

Каждому больному внутривенно капельно ежедневно вводили по 125 мл 7% раствора гидрокарбоната натрия. Во время приступа дозу увеличивали до 250 мл. Курс лечения включал 15 вливаний.

Положительное влияние лечения отмечено у 15 пациентов. Исчезали приступы головокружения, уменьшалась интенсивность шума в ушах, улучшалось общее состояние. У этих больных отмечено увеличение  $\text{CO}_2$ ,  $\text{pCO}_2$ , щелочного резерва, содержания натрия. Моча приобретала щелочные свойства. У 5 пациентов продолжались приступы головокружения, но протекали они значительно короче по времени, чем до лечения, и не сопровождались рвотой. Биохимические показатели крови и мочи колебались в пределах нормы.

Предварительные результаты лечения внутривенными вливаниями 7% раствора гидрокарбоната натрия показывают, что этот метод заслуживает внимания.

УДК 616—002.77

Кандидаты мед. наук В. М. Зайцев и О. Ф. Крюкова, главный терапевт Минздрава МАССР Н. Н. Антонова (Саранск). Организация борьбы с ревматизмом в Мордовской АССР

Благодаря проводимым мероприятиям по борьбе с ревматизмом за последние годы в лечебных учреждениях Мордовии несколько улучшились качественные показатели ревматологической службы. Заболеваемость на 1000 населения составила: в 1966 г. — 5,3, в 1967 г. — 7,0, в 1968 г. — 8, в 1969 г. — 7,9, что следует связать с улуч-

шением качества диагностики в последние годы. В городах, где работают врачи-ревматологи, ревматизм регистрируется чаще. Летальность по ревматизму в стационарах республики к 1969 г. по сравнению с 1960 г. снизилась на 4,9%. Охват диспансеризацией больных ревматизмом в городской местности возрос в 1969 г. до 90%, в сельской — до 92,8%.

Охват бициллино-медикаментозной профилактикой больных ревматизмом в городской местности в 1969 г. был равен 92%, в сельской — 64%.

В результате сезонной бициллино-медикаментозной профилактики среди детского населения наблюдается значительное снижение частоты рецидивов заболевания: с 18,6% в 1965 г. до 6,6% в 1969 г. Одновременно отмечено снижение обострений хронического тонзиллита у детей, больных хроническими формами ревматизма и получивших два полных курса сезонной бициллино-медикаментозной профилактики: с 23,1% в 1965 г. до 7,4% в 1969 г.

По данным Рузаевского городского ревматологического кабинета, у лиц, получивших в 1965 г. два полных курса лечения бициллином с аспирином (методика Института ревматизма АМН СССР), рецидивов ревматизма не было. В группе больных, получивших противорецидивное лечение одними салицилатами, число рецидивов составило 3%. Среди больных, не принимавших противорецидивное лечение, рецидивы составили 25%.

Сравнивая бициллино-аспириновую противорецидивную терапию больных ревматизмом с профилактическим лечением тетрациклином в комбинации с аспирином (при непереносимости бициллина), мы не могли отметить существенной разницы (данные Саранского городского ревматологического кабинета).

УДК 616.151.5

#### В. М. Данилов (Ленинград). О некоторых возрастных особенностях свертывания крови

Настоящая работа обобщает результаты сочетанного исследования 6 показателей системы свертывания крови и тромбоэластографии (ТЭГ). Протромбиновый показатель изучали по методу Боровской, время рекальцификации плазмы — по методу Бернергофа и Рока в модификации В. П. Балуда, содержание фибриногена в плазме — по Р. А. Рутберг, фибринолитическую активность — по Р. А. Рутберг и Б. А. Кузину, толерантность к гепарину — по модификации В. П. Балуда.

Всего произведено 307 исследований крови у здоровых людей различных возрастных групп: 20, 45—54 и 55—65 лет.

Выявленные нами возрастные особенности показателей, составивших коагулограмму, и данные тромбоэластограммы рассматривались как нормативные. Все они приведены в таблице.

#### Показатели коагулограммы и тромбоэластограммы в различном возрасте

Показатели	20 лет	45—54 года	55—56 лет
	M±m	M±m	M±m
ТЭГ			
<i>r</i> . . . . .	25,5 ± 2,12	14,89 ± 1,47	14,47 ± 1,62
<i>k</i> . . . . .	11,5 ± 0,91	9,0 ± 0,82	8,47 ± 1,11
<i>ma</i> . . . . .	46,0 ± 1,26	50,36 ± 1,03	52,76 ± 1,24
<i>t</i> . . . . .	46,5 ± 1,61	53,00 ± 2,01	57,58 ± 1,56
<i>s</i> . . . . .	57,5 ± 2,85	62,00 ± 1,88	66,05 ± 1,98
<i>T</i> . . . . .	83,0 ± 3,37	77,94 ± 2,55	80,50 ± 2,92
<i>α</i> . . . . .	21,8 ± 0,95	28,10 ± 1,83	31,35 ± 1,80
<i>ε</i> . . . . .	85,7 ± 4,12	103,90 ± 4,15	111,10 ± 8,65
<i>V</i> . . . . .	64,1 ± 3,18	86,73 ± 7,13	99,35 ± 6,17
<i>Cl</i> . . . . .	1,3 ± 0,11	2,1 ± 0,24	2,48 ± 0,203
Коагулограмма			
Протромбин, % . . . . .	73,7 ± 1,48	86,63 ± 1,36	78,70 ± 1,75
Свертываемость крови, сек. . . . .	280,0 ± 5,6	392,70 ± 15,6	341,50 ± 12,4
Время рекальцификации плазмы, сек. . . . .	56,6 ± 1,0	74,85 ± 5,6	75,23 ± 10,45
Фибриноген, мг% . . . . .	232,3 ± 7,25	301,00 ± 18,3	355,50 ± 34,82
Фибринолитическая активность, % . . . . .	7,4 ± 8,3	12,28 ± 0,51	11,50 ± 0,6
Толерантность к гепарину, сек. . . . .	353,0 ± 1,27	418,62 ± 28,7	435,20 ± 49,1