

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СОВРЕМЕННОЙ СКАРЛАТИНЕ

Р. К. Галеева

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Д. К. Баширова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Целью работы являлось изучение характера окислительно-восстановительных процессов при современном течении скарлатины. Недоокисленные продукты обмена мы определяли по величине ваката кислорода. Одновременно исследовали вakat кислорода (VO_2) крови (по методу В. Романа), мочи (по микрометоду Б. М. Брина) и вычисляли клиренс недоокисленных продуктов (по VO_2). У всех больных изучали клубочковую фильтрацию и канальцевую реабсорбцию по эндогенному креатинину.

Под наблюдением находилось 129 детей школьного возраста (от 7 до 15 лет), больных скарлатиной (без клинических проявлений почечной патологии), в том числе 58 (45%) с легкой формой и 71 (55%) со среднетяжелой. Контрольную группу составили 39 практически здоровых детей того же возраста.

Лечебный комплекс включал введение пенициллина в течение 5—7 дней, десенсибилизирующую терапию, поливитамины, полноценную диету.

Легкая форма скарлатины сопровождалась невысокой лихорадкой (37,1—38,5°) продолжительностью до 5 дней, преимущественно катаральной ангиной (81%), необильной сыпью (69%), исчезающей к 5—6-му дню болезни, однократной рвотой, среднетяжелая форма — лихорадкой в пределах 38,1—39° продолжительностью свыше 6 дней, чаще гнойно-некротической ангиной (62%), яркой, обильной сыпью (60,6%), исчезающей после 6-го дня болезни, и, как правило, двукратной рвотой. У трети пациентов на 2—3-й день болезни отмечалось незначительное увеличение печени без изменения ее консистенции, но в отдельных случаях она была слегка чувствительна при пальпации.

У больных в остром периоде скарлатины довольно часто наблюдается умеренно ускоренная РОЭ (у 88%), нейтрофилез со сдвигом влево (у 83,2%). Эозинофилия была у 50,4% больных, чаще с 3—4-го дня болезни.

Второй период скарлатины характеризовался обратным развитием острых явлений, возникновением в 67,4% типичного необильного пластинчатого шелушения, наличием осложнений, из которых наиболее частым было «скарлатинозное сердце» (39,5%). Из аллергических проявлений отмечались синовиты (4,7%), ложный рецидив скарлатины (0,8%). Септические осложнения наблюдались в виде вторичного негнойного лимфаденита тонзиллярных лимфоузлов (6,2%), катарального (0,8%) и гнойного (1,6%) отита, афтозного стоматита (1,6%), катарального ринита (1,6%), вторичной ангины (2,3%). Отчетливой разницы в частоте осложнений у больных легкой и среднетяжелой формами скарлатины не отмечено. Перечисленные осложнения характеризовались легкостью и кратковременностью течения.

Биохимические исследования мы проводили на 2—6-й (острый период), 10—12-й (ранняя реконвалесценция) и 18—21-й дни болезни (поздняя реконвалесценция).

Результаты показали, что при легкой форме скарлатины во все периоды болезни уровень недоокисленных продуктов обмена в крови у больных обеих возрастных групп остается в пределах нормы. При среднетяжелом течении заболевания наблюдались выраженные изменения в показателях ваката кислорода крови. Так, в остром периоде болезни на высоте интоксикации величина ваката кислорода крови у больных 7—10 лет достигала 241,84 мг% (на 27% выше нормы), а у больных 11—15 лет — 232,84 мг% (на 22,5% выше нормы, $P < 0,001$). В периоде ранней реконвалесценции наблюдалось некоторое снижение ваката кислорода крови, однако величина его превышала норму. В периоде поздней реконвалесценции у детей 11—15 лет вakat кислорода крови находился в пределах нормы, а у детей 7—10 лет он оставался повышенным на 17,9% против нормы ($P < 0,001$).

Одновременное исследование ваката кислорода крови и мочи с вычислением клиренса было проведено у 117 больных, разделенных на 3 группы (см. табл.). В 1-ю гр. включены больные, у которых вakat кислорода крови был выше 300 мг% и клиренс значительно ниже нормы, во 2-ю — больные с вакатом кислорода от 200 до 300 мг% и клиренсом в пределах нормы или чуть ниже ее. Ввиду более интенсивного выведения недоокисленных продуктов почками степень накопления их в крови у больных этой группы была значительно ниже, чем в 1-й, однако выше нормального значения. 3-ю гр. составили больные с вакатом кислорода ниже 200 мг% и клиренсом выше нормы. Благодаря усиленному выведению недоокисленных продуктов обмена содержание их в крови у больных этой группы не превышает нормы.

Форма болезни	1-я группа — VO_2 более 300 мг %			2-я группа — VO_2 200—300 мг %			3-я группа — VO_2 ниже 200 мг %		
	число боль- ных	VO_2	кли- ренс по VO_2	число боль- ных	VO_2	кли- ренс по VO_2	число боль- ных	по VO_2	кли- ренс по VO_2

7—10 лет

Легкая	2	318,5	3,08	11	223,5	5,6	24	156,2	7,73
Среднетяжелая	9	347,9	3,45	22	239,4	5,46	12	161,8	8,6

11—15 лет

Легкая	—	—	—	8	226,8	4,19	10	166,3	6,82
Среднетяжелая	2	337,0	3,57	10	250,8	4,67	7	177,4	6,68

Как видно из данной таблицы, в 1 и 2-й группах у большинства больных (67,2%) было среднетяжелое течение болезни, тогда как в 3-й гр. преобладали больные с легкой формой (64,2%).

Итак, скарлатина на современном этапе сохраняет свои основные клинические черты, характеризуется благоприятным клиническим течением, легкостью и недлительностью проявления осложнений. Несмотря на преобладание легких форм заболевания без клинически выраженных симптомов интоксикации, имеет место повышенное образование недоокисленных продуктов обмена в организме. Уровень недоокисленных продуктов обмена в крови и деятельность почек по очищению от них четко коррелируют с тяжестью течения скарлатины. Лечение больных среднетяжелой формой скарлатины целесообразнее проводить в условиях стационара.

Поступила 24 сентября 1973 г.

УДК 616.127—005.8:616.12—008.318

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Канд. мед. наук А. М. Бродская

Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

После введения в практику непрерывной регистрации электрокардиограммы и мониторингового наблюдения за деятельностью сердца в остром периоде инфаркта миокарда было установлено, что нарушения ритма возникают у большинства больных. Летальность при инфарктах, осложненных аритмиями, в 1,5—2 раза выше. Однако, если раньше констатация аритмии вообще расценивалась как плохой прогностический признак, наблюдения привели к переоценке старых представлений и прогностических перспектив, связанных не столько с самим фактом, сколько с характером нарушений ритма в остром периоде инфаркта миокарда.

Мы располагаем опытом 2-летней работы палаты интенсивного наблюдения в условиях терапевтической клиники. Под наблюдением находилось 170 больных с крупноочаговым инфарктом миокарда (возраст — от 35 до 82 лет). Из них умерло 50. Распределение аритмий (помимо синусовой тахи- и брадикардии) у выписавшихся и умерших представлено на рисунке. Наиболее часто встречалась экстрасистолия, преимущественно желудочковая, затем — фибрилляция желудочков, блокада ножек пучка Гиса, пароксизмальная тахикардия, мерцание предсердий и полная А—V блокада. Экстрасистолия одинаково часто встречалась как у выздоровевших, так и у умерших. Другие нарушения ритма в группе больных с летальным исходом встречались в 3—4 раза чаще, чем у выписавшихся. Отмечались сложные сочетанные нарушения ритма (2—3 и более видов аритмий) у одного и того же больного, что прогностически всегда неблагоприятно. В группе боль-

Экстрасистолия



Фибрилляция
желудочков



Блокада ножек
пучка Гиса



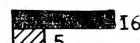
Пароксизмальная
тахикардия



Мерцание
предсердий



Полная а-в
блокада



— умершие ▨ — выписавшиеся

Аритмии у выписавшихся и умерших.