

# ПРИМЕНЕНИЕ СТРОФАНТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ<sup>1</sup>

*Н. П. Кудрявцева, В. И. Качурец, С. Х. Насыбуллина*

Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева) и дифтерийное отделение 1-й инфекционной клинической больницы им. проф. А. Ф. Агафонова (главврач — Д. П. Петров)

Несмотря на то, что за последние годы наблюдается неуклонное снижение заболеваемости дифтерией, количество тяжелых ее форм продолжает оставаться сравнительно высоким.

Одной из основных причин тяжелого течения дифтерии и летальности от нее являются осложнения, связанные с поражением сердечно-сосудистой системы.

Степень поражения сердечно-сосудистой системы при различных формах дифтерии может варьировать от незначительных изменений до таких тяжелых, от которых больные погибают в течение первых 3—6 дней заболевания.

Расстройства кровообращения наблюдаются и при локализованных формах дифтерии, главным образом при позднем введении противодифтерийной сыворотки, но как постоянное явление они встречаются при токсической дифтерии.

По Цышинскому, из 400 умерших от дифтерии около 80% погибли от расстройства кровообращения. По данным Цыбульской, из 74 больных, умерших от токсической дифтерии, 64 умерли от расстройств кровообращения и 10 — от полиневрита.

По нашим наблюдениям, можно сказать, что частота осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы тем больше, чем выше коэффициент тяжести.

Из 269 прошедших через отделение больных токсической дифтерией в 1958—1960 гг. изменения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 205 (76,2%). В 42% они протекали легко, по типу «инфекционного сердца» и закончились выздоровлением; лишь у 24 больных к моменту выписки были слабо выраженные остаточные явления (приглушенность сердечных тонов).

Легкие и среднетяжелые миокардиты наблюдались у 77 больных (28,6%) без летальных исходов.

У 15 больных с токсическими формами III ст. геморрагические миокардиты протекали тяжело по типу диффузных поражений миокарда с поражениями проводниковой системы. Из них умерло 8 больных и выздоровело 7, получавших, кроме обычного лечения, еще и строфантин. У 6 из них наблюдались остаточные явления.

Следует отметить, что вопрос о лечении дифтерийных миокардитов изучен мало.

Е. Х. Ганюшина, Л. Н. Соколова и др. на основании клинических наблюдений и экспериментальных данных пришли к заключению, что такие сердечные средства, как камфора и кофеин, которые ранее широко применялись, вредны при дифтерийных миокардитах, так как оказывают извращенное отрицательное действие и даже ведут к ускорению смертельного исхода. В результате арсенал сердечно-сосудистых средств для лечения дифтерийных миокардитов сузился до применения кордиамина, стрихнина, глюкозы и витаминов.

Однако при остро нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности возникает необходимость применять более активные средства, которые могли бы оказать быстрый эффект. Это побудило нас использовать строфантин, несмотря на то, что в имеющихся руководствах, монографиях и инструкциях его применение при дифтерийных миокардитах не рекомендовано.

Быстрота действия строфантина иногда поражает как медицинских работников, так и родственников больного. При этом улучшение самочувствия нередко идет впереди улавливаемого эффекта со стороны сердца. А. Рюль и К. Гетш находят объяснение этому в свойстве строфантина повышать скорость передачи кислорода из крови в ткани, что, в свою очередь, зависит от его способности воздействовать на мембраны капиллярных стенок, увеличивая их проницаемость к газам, в частности к кислороду и углекислоте. На энергетические же процессы в сердечной мышце строфантин влияет так же, как наперстянка.

Нами применялся раствор строфантина К 0,05% в количестве 0,125—0,25 мг в 40% растворе глюкозы. Внутривенное введение строфантина с глюкозой проводилось медленно в течение 2—3 мин по 1—2 раза в сутки в течение 7—10 дней до уменьшения симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности и улучшения состояния больного.

Строфантин нами применен у 20 больных при тяжелых токсических и геморрагических формах дифтерии III ст., сопровождающихся выраженными явлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности. Все больные выздоровели. Применение строфан-

<sup>1</sup> Доложено на научной конференции Казанского медицинского института 16/1 1961 г.

тина не ухудшало ЭКГ. Ни в одном случае не отмечено нарушений функций проводимости, связанных с применением строфантина.

Пример:

С., 13 лет, находилась в отделении с 1/XI-58 г. по 28/I-59 г. с диагнозом: дифтерия зева, токсическая форма III ст., геморрагическая. Диффузный миокардит с декомпенсацией. Асцит. Перикардит. Плеврит. Генерализованные параличи (паралич мягкого неба, аккомодации, парез мышц шеи, лицевого нерва, нижних конечностей). Нефроз.

Терапия: противодифтерийная сыворотка 200 000 АЕ в 6 приемов, гаммаглобулин по 3 мл 2 раза, 40% раствор глюкозы внутривенно в течение 42 дней, стрихнин и кордиамин подкожно, димедрол, аскорбиновая, никотиновая кислоты, витамин В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>. В период выраженных явлений декомпенсации с 22 по 32 день болезни, когда налицо были выражены все угрожающие жизни симптомы, как-то: стойкий ритм галопа, повторная рвота, боли в животе, печень прощупывалась бугром ниже пупка, не определялось АД, по временам не прощупывался пульс на лучевой артерии, — был применен строфантин К 0,2 мг внутривенно в растворе 40% глюкозы. Положительный эффект оказался разительным, больная стала медленно выходить из состояния декомпенсации. На 90-й день болезни больная была выписана.

В настоящее время девочка находится под наблюдением, чувствует себя хорошо, учится в школе, занимается гимнастикой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ганюшина Е. Х. Тр. 6 Всес. съезда детских врачей. М., 1948.
2. Скворцов М. А. Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста. М., 1946.
3. Соколова Л. Н. Фарм. и токс., 1940, 3—4.
4. Цибульская Е. И. Сов. мед., 1950, 3.
5. Rühl A. Klin. Wschr., 1932, 11.

Поступила 27 января 1961 г.

## О ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЕРЕНЕСЕННОГО УТОПЛЕНИЯ

*Канд. мед. наук М. И. Федоров*

Кафедра психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев) Казанского  
медицинского института

Достижения советских ученых в спасении человека, находящегося в состоянии клинической смерти (В. А. Неговский с сотр.), явились мощным стимулом в выявлении новых возможностей и методов спасения пострадавших от утопления.

А. В. Рождественским был предложен новый метод спасения (описанный З. Л. Стычинским, 1947), широко апробированный на практике и получивший одобрение передовых ученых (В. А. Неговский, 1947).

Этот метод состоит в следующем. Пострадавшего укладывают на носилки лицом вниз и закрепляют в двух точках (кисти вытянутых рук и ниже ягодиц). Носилки устанавливают в виде качалки с опорой на какую-либо перекладину посередине. Искусственное дыхание начинают при положении пострадавшего головой вниз. При этом диафрагма сама вдавливаясь в грудную полость, и возникает выдох, который необходимо усиливать, сдавливая нижнюю часть грудной клетки. Затем пострадавшего переводят в положение ногами вниз. В этом положении диафрагма опускается, и происходит вдох. Для усиления вдоха рекомендуется применить полотенце, пропущенное над спиной пострадавшего (ниже шеи, затем подмышками и дальше — обходя плечевые суставы). Концы полотенца связываются и в этот момент должны подтягиваться шнуром кверху с помощью любого несложного блока, устроенного над передней частью туловища пострадавшего. Число двойных поворотов носилок не должно превышать 10 в минуту, а угол наклона — 40—50°.

В полотнище носилок в области рта и носа лежащего должно быть отверстие для свободного доступа воздуха, дачи кислорода, а также удаления остатков воды и пищи.

Метод А. В. Рождественского обеспечивает удаление воды из верхних дыхательных путей и желудка, непрерывность и продолжительность искусственного дыхания.

Благодаря достижениям медицинской науки случаи оживления людей после утопления перестали быть редчайшей казуистикой. Однако еще нет единого мнения о предельном сроке возможного оживления после утопления. Ясно лишь, что вместе с совершенствованием методов срок этот значительно удлинится. Так, по Е. Маргулису (1905) оживление было возможно лишь в первые две минуты, а на третьей минуте уже сомнительно. По данным А. С. Игнатовского оно допустимо в пределах до 3—5 минут, Н. В. Попова, М. И. Авдеева, Г. Ганзена — до 4—5 минут, К. И. Татиева — до 5—6 минут, Н. В. Ухановой (1959) — 5—10 минут, К. Бюхера (1955) — до