

28. Glahn W. G., Pappenheimer A. M. Amer. J. Path., 1925, v. 1.—  
 29. Hess R. G. Schweiz. Ztschr. allg. Path., 1957, Bd. 20.—30. Hamperl H. Arch. Path. Anat., 1946, Bd. 296.—31. Jackson L. J. Infect. Dis., 1920, v. 26; 1922, v. 30.—32. Křdoušek R. Výskyt inkluzí cytomegalie u pneumocystových pneumonií intersticiálních. Predn. na Purhynové společnosti lékařů v. Olomouci dne 9, IV, 1954.—  
 33. Kuttner A. G., Wang S. H. J. exper. Med., 1934, v. 60.—34. De Lavergne E., Goldenkrantz S., Rauber G., Manciaux M. Sem. Hop. Path. Diol., 1960, 8.—35. Linzenmeier G. Ztschr. Kinderheilk., 1952, Bd. 71.—36. Margileth A. M. Pediatrics, 1955, v. 15.—37. Minder W. H. Schweiz. med. Wschr., 1953, Bd. 83.—  
 38. Oehme J. Munch. med. Wschr., 1961, 3; Kinderärztlich Praxis, 1958, Bd. 26.—  
 39. Ribbert H. Arch. Path. Anath., 1882, Bd. 88, Zbl. allg. Path. Anath., 1904, Bd. 15.—40. Rowe W. P., Hartley J. W., Crambletta. al. Am. J. Hyg., 1958, v. 57.—41. Seifert G. Munch. med. Wschr., 1961, 3.—42. Seifert G., Oehme J. Pathologie und Klinik der Cytomegalie, Leipzig, 1957.—43. Smith M. G. Proc. Soc. exp. Biol., 1956, v. 92; Amer. J. Pathol., 1956, v. 32.—44. Vortel V. Frankf. Ztschr. f. Path., 1956, Bd. 67.—45. Weisse K. Ztschr. Kinderheilk., 1955, Bd. 76.—  
 46. Wyatt J. P. a. oth. Am. clin. Path., 1951, v. 26.

Поступила 12 мая 1962 г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ТЕЧЕНИЕ СКАРЛАТИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ

*А. Р. Шагидуллина*

Кафедра детских инфекций (зав.—проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского медицинского института и кафедра инфекционных болезней (зав.—доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Опубликованы еще только единичные сообщения об отсутствии увеличения заболеваемости скарлатиной в связи с отменой с 1956 г. обязательной госпитализации скарлатинозных больных и лечением их на дому. Течение скарлатины в домашних условиях изоляции изучали О. Е. Мауэрман, Л. А. Берзина, Ф. А. Зисманова, причем легкое течение заболевания отмечали у 93,6% больных.

И. Т. Тищенко и Д. О. Примаков у леченных на дому больных скарлатиной наблюдали легкую форму у 83% и среднетяжелую — у 17%.

О состоянии сердечно-сосудистой системы у больных в условиях лечения на дому сообщает Н. Н. Выдрина.

Мы изучали особенности клинического течения современной скарлатины в условиях домашней изоляции в сравнении с данными инфекционного стационара; выясняли, являлись ли больные, оставленные на дому, источником заражения для других детей, и проверили отдаленные результаты лечения.

Под наблюдением было 852 больных (1958—1960 гг.), из них 452 лечились в домашних условиях и 400 в больнице.

Наблюдение за больными, лечеными на дому, осуществлялось путем личного посещения квартир на 3, 5—6 и 10—12 дни болезни с последующей обработкой амбулаторных карт, заведенных на этих детей в поликлиниках. При осложнениях сроки наблюдения удлинялись до полного выздоровления.

Одновременно изучалась эпидемиологическая обстановка и осматривались все контактные дети в течение 7—10 дней. Для учета отдаленных результатов нами были изучены катamnестические данные через 3 и 6 месяцев у 268 и через год у 202 детей, лечившихся на дому.

Возраст больных, леченных на дому и в больнице, был примерно одинаков. Основную массу составляли дети в возрасте от 3 до 6 лет (53,1% среди больных, леченных на дому, и 60,5% — в стационаре). Детей в возрасте до 2 лет было 23,5% в стационаре и 17,2% — на дому.

Среди леченных на дому легкая форма скарлатины наблюдалась у 93% и среднетяжелая — у 7%.

Среди лечившихся в стационарных условиях легкая форма отмечена у 78,3%, среднетяжелая — у 21% и тяжелая у 3 детей.

Анализ инициальных симптомов скарлатины у больных обеих групп показал, что большинство (62%) леченных как на дому, так и в стационаре имели температуру

37—38°. Среди больных с легкой формой, оставленных для лечения на дому, такая температура наблюдалась у 81,3% и среди лечившихся в стационаре — у 53%.

Лихорадка в пределах 38,1—39° у больных, леченных на дому, была более чем в 2 раза реже, по сравнению с находившимися в стационаре. Температурная реакция выше 40° у леченных дома не встречалась, у госпитализированных отмечена у двух (0,7%).

Мы не могли выявить особой разницы в продолжительности лихорадочного периода в первые дни у больных, леченных дома и в стационаре. Так, на 4-й день температура нормализовалась у 61,7% больных с легкой формой при лечении на дому и у 57,6% — в условиях стационара, при среднетяжелой форме — у 9% при лечении на дому и у 10,1% — в стационаре.

Повышенная температура при легкой форме скарлатины держалась более 7 дней в условиях стационара — в 5 раз чаще, чем у лечившихся дома.

Итак, снижение температуры в остром периоде заболевания (до 4 дня болезни) идет почти равномерно в обеих группах. Повышенная температура в более поздние сроки вызвана, как правило, присоединившимися осложнениями, которые, в свою очередь, зависят от перекрестной инфекции. В условиях домашней изоляции, где величина перекрестной инфекции сведена до минимума, осложнения встречаются редко, отсюда и нормализация температуры наступала быстрее. Более легкое течение скарлатины и менее выраженная температурная реакция у больных, леченных в домашних условиях, объясняются, возможно, тем, что помещались в стационар больные чаще с более тяжелыми формами скарлатины.

Анализ характера скарлатинозных ангины показал, что преобладающей в настоящее время является катаральная. В группе больных с легкой формой, леченных на дому, катаральная ангина отмечена у 94,7% больных, а в условиях стационара — у 72,2%.

Фолликулярная и лакунарная ангины наблюдались при легкой форме среди леченных на дому у 5,3%, а в стационаре — у 25,9%.

Некротическая ангина, которая в сороковых годах нынешнего столетия встречалась в 10—25%, по нашим материалам отмечена у 0,4% больных среднетяжелой скарлатиной при лечении на дому и у 10,2% — в стационаре. Некрозы были поверхностными и быстро исчезали.

Сыпь на коже у больных обеих групп имела классический мелкоточечный характер, располагаясь на розовом фоне кожи с преобладанием в области складок. У 60% больных она была яркой, у 3,2% — скудной и в единичных случаях — милиарной.

Исчезновение сыпи у больных с легкой скарлатиной, леченных на дому, произошло к 5 дню болезни у 73,3% больных, а в стационаре только у 41,6%; при среднетяжелых формах соответственно — у 24,2 и у 21,7%.

Более 6 дней сыпь держалась у 5,9% леченных на дому и у 25,5% — в стационаре.

Клиническое выздоровление у леченных на дому наступало в среднем на 7—8 день при легкой форме, на 9—10 — при среднетяжелой, а в стационаре соответственно — на 10—11 и 11—13 дни.

Известно, что течение второго периода скарлатины определяется характером присоединяющихся осложнений. Гладкое течение скарлатины наблюдалось нами у 87,2% лечившихся в домашних условиях и у 67,3% — в стационаре. Под гладким мы понимали такое течение скарлатины, когда по окончании острого периода отсутствовали клинически улавливаемые изменения в состоянии больных, температура была нормальной или давала однократное повышение не более 37,5° при отсутствии гиперемии зева, чувствительности лимфоузлов и т. д.

Негладкое течение при лечении на дому отмечено у 12,8% больных, в условиях же стационара — у 32,7%, у больных обеих групп, как правило, — при среднетяжелой форме.

Немотивированные подъемы температуры (2—3-дневные субфебрилитеты) у леченных на дому отмечены у 2% больных, а в стационаре — у 16,2%. Выявлено почти полное отсутствие гнойных и септических осложнений у больных обеих групп. Так, отиты отмечены в единичных случаях и преимущественно в виде обострения хронически протекающего гнойного процесса. Мастоидит встретился у 2 больных (0,5%), леченных в стационаре. Несколько чаще наблюдались аллергические осложнения (нефриты, синовиты, аллергические волны), но и последние отличались легким течением.

Скарлатинозное сердце у леченных в домашних условиях выявлено у 2,6% больных, в стационаре — почти в 3 раза чаще.

Среди леченных на дому скарлатинозный нефрит развился у 0,6% детей. Все они имели сопутствующие заболевания (двое — хронический тонзиллит и один — аскаридоз). Особенностью почечных осложнений была малая выраженность нефритических симптомов. Повышение АД, по сравнению с общепринятой возрастной нормой, было незначительным. Видимых отеков не было. Количество белка в моче не превышало 0,099‰. Гематурию можно было доказать только микроскопически. Длительность нефрита равнялась 7—10 дням с полным выздоровлением в последующем.

В стационаре нефрит наблюдался у 1,5% больных, течение его отличалось большей тяжестью.

Небольшой процент осложнений со стороны почек и небольшое количество больных с немотивированными подъемами температуры в группе лечившихся дома объясняются, по-видимому, почти полным исключением возможности скарлатинозной суперинфекции в домашних условиях изоляции. Этим же, вероятно, объясняется небольшое количество вторичных ангин (0,2%) у леченных дома, тогда как в условиях стационара вторичные ангины наблюдались у 3,2% больных.

Лечение в домашних условиях заключалось в соблюдении постельного режима в течение 6—7 дней, витаминотерапии. Антибиотики получали 69,6% больных (преимущественно пенициллин, из них 12,8% парентерально и 56,8% — перорально). Были применены сульфаниламиды у 23,9% больных. Не получали медикаментозного лечения 6,5% больных.

Среди бывших в домашних условиях в контакте со скарлатинозными 606 детей, не болевших скарлатиной, заражение наступило у 5%. В окружении леченных на дому заболевание скарлатиной возникло лишь в 5,5% случаев (25 чел.). Из них вблизи 21 больного возникло по одному заболеванию, вблизи двух — по 2, и лишь один больной послужил источником заражения 4 детей. У 7 заражение произошло в остром периоде (до 7 дня болезни), на более поздних сроках контакта (2—3 недели) заразились 24 ребенка. Заражались преимущественно дети той же семьи и гораздо реже — дети из соседних комнат той же квартиры. Частота контактного заражения явно зависела от размеров жилплощади: при скученности она возрастала.

Из 268 перенесших скарлатину на дому осложнения в периоде отдаленной реконвалесценции наблюдались у 1,8%. У двух детей на 2 месяце выявлен отит (у одного — гнойный, у другого — катаральный). У одного ребенка на 2 месяце реконвалесценции отмечен бронхит и у одного — катаральная ангина.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у одного ребенка (0,3%), перенесшего легкую форму скарлатины, осложнившуюся на 22 день гнойным отитом и на 25 день — полиартритом. Этот больной в дальнейшем госпитализирован в стационар (единственный случай из 452 больных, наблюдавшихся нами на дому). При осмотре через 6 месяцев у него отмечались слабость и быстрая утомляемость, объективно — небольшое расширение границ сердца, глухость тонов, систолический шум на верхушке, изменений со стороны суставов не было (наблюдения продолжают).

Через год после перенесения скарлатины обследовано 202 ребенка. Все вызванные для обследования чувствовали себя хорошо, были жизнерадостными. Изменений со стороны сердечно-сосудистой системы ни у одного не выявлено.

На основании проведенных наблюдений можно сделать следующие выводы:

1. Лечение скарлатины в домашних условиях дает лишь в 5% заражение контактным путем, что не может играть существенной роли в учащении заболеваемости скарлатиной вообще.

2. В то же время скарлатина в домашних условиях протекает легче и дает значительно меньше осложнений, поскольку суперинфекция в домашних условиях имеет место несравненно реже, чем в условиях инфекционных больниц.

3. Изучение катаральных данных выявило благоприятное течение отдаленного периода реконвалесценции у больных скарлатиной, леченных на дому.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н. И. Новые методы госпитализации больных скарлатиной с ускоренными сроками выписки. Канд. дисс., Л., 1955.
2. Выдрин Н. Н. Педиатрия, 1961, 1.
3. Голусова Е. В., Соколовская А. П., Барчук В. Ф., Комарова Г. А. Скарлатина. Киев, 1958.
4. Данилевич М. Г. Учебник детских инфекционных болезней. М., 1949.
5. Мауэрман О. Е., Берзина Л. А. и Зисманова Ф. А. ЖМЭИ, 1959, 9.
6. Окиншевич Е. А. ЖМЭИ, 1960, 6.
7. Сухарева М. Е., Ширвиндт Б. Г. Скарлатина у детей. М., 1960.
8. Тищенко И. Т. и Примак Д. О. ЖМЭИ, 1958, 6.

Поступила 31 марта 1961 г.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

В. П. Киценко

Вторая необъединенная поликлиника Краснодара (главврач — В. П. Киценко)

Имеется уже много сообщений о применении антикоагулянтов как с профилактической, так и с лечебной целью при грудной жабе и инфаркте миокарда в условиях поликлиники (Н. Г. Рабинович, Н. А. Толубеева, Е. Е. Эпштейн, Б. С. Виленский и др.).