

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.).

Нами в районе деятельности поликлиники на 9 городских врачебных участках в течение 1960 г. группе больных, страдающих грудной жабой и инфарктом миокарда различной давности, проведено лечение пелентаном в комплексе с другими медикаментозными средствами под контролем протромбинового индекса, а также анализов крови, мочи и ЭКГ. Курс лечения продолжался в среднем 25—30 дней с ведением стационара на дому. Лабораторные анализы проводились также на дому 2 раза в неделю в определенные дни и часы. Исследования протромбинового индекса проводились по методу Квика с модификацией Д. П. Боровской и С. Д. Ровинской.

Всего лечилось 59 больных, женщин — 28, мужчин — 31. Большинство больных было в возрасте от 45 до 64 лет (44), старше 65 лет — 10 и до 45 лет — 5.

Больным со свежим инфарктом миокарда (8) и эмболией сосудов головного мозга на почве ревматического эндокардита (3) назначался пелентан в I—II дни по 0,3 3 раза в день; III, IV дни по 0,3 2 раза в день; V день — по 0,15 2 раза в день и далее до снижения протромбинового индекса до 75—80%, в среднем в течение 3—4 недель в комплексе с другими сердечными средствами (валидол, кардиовален, аскорбиновая кислота и др.). Больным со стенокардией (42) и ранее перенесшим инфаркт миокарда (6) назначали пелентан с профилактической целью по 0,15 2 раза в день в течение также в среднем 3—4 недель в комбинации с другими сердечными средствами и понижающими АД при гипертонии. Больным той и другой группы рекомендовали соблюдение постельного режима и соответствующей диеты.

В зависимости от общего состояния больным со свежим инфарктом миокарда такое лечение в течение года проводили 1—2 раза, больным с грудной жабой — 2—3 курса. Такой курс лечения как с лечебной, так и с профилактической целью проводился строго индивидуально для каждого больного и в среднем занимал 3—4 недели. Из общего числа 93 больных с грудной жабой, зарегистрированных в поликлинике, была взята группа больных в количестве 21 человека с наиболее тяжелыми проявлениями коронарной недостаточности (ежедневные частые приступы напряжения и покоя) с повышенным протромбиновым индексом (свыше 100%) и, следовательно, вероятной возможностью развития коронаротромбоза.

Для ухода за больными в помощь участковому врачу и участковой медсестре прикреплялись и медсестры из бюро Общества Красного Креста.

В результате лечения у 33 отмечено улучшение общего состояния и у 24 эффекта не было. Двое больных умерли: один — от инфаркта миокарда и другой — от гипертонического инсульта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б. С. Журн. невропатол. и психиатрии, 1961, 10. — 2. Кушелевский Б. П. Сб. тр. Свердловской городской клинической больницы, т. II. — 3. Предтеченский В. Е., Боровская В. М., Марголина Л. Т. Руководство по лабораторным методам исследования. Медгиз, М., 1950. — 4. Рабинович Н. Г. Врач. дело, 1961, 4. — 5. Толубеева Н. А. Там же. — 6. Эпштейн Е. Е. Тер. арх., т. 33, вып. 2, 1961.

Поступила 25 октября 1961 г.

## ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ<sup>1</sup>

*В. Я. Шац и Н. А. Токарева*

Центральная поликлиника дорожной клинической больницы станции Омск (нач. — С. Ф. Мельник, научный руководитель — проф. М. Э. Винников)

Благоприятный эффект от применения антикоагулянтов у больных хронической коронарной недостаточностью отмечают в последние годы многие авторы (Б. П. Кушелевский, В. Я. Владимиров, М. С. Вовси, Goschrieff, Waaler, Perlick, Nichol и др.).

Под нашим наблюдением состояли и получали антикоагулянтную терапию 60 больных хронической коронарной недостаточностью. По мнению М. Э. Винникова, только длительная, непрерывная дача антикоагулянтов может решить задачу профилактики инфаркта миокарда у больных с постоянной опасностью коронаротромбоза, так как всякий раз прекращение дачи антикоагулянтов приводит по принципу противорегуляции к повышению свертываемости крови и усилению опасности наступления тромбоза.

Из 60 наших больных 43 перенесли инфаркт миокарда и 17 страдали стенокардией, у 3 была гипертоническая болезнь. Мужчин было 40 и женщин 20. В возрасте 30—49 лет было 8 больных, 50—69 лет — 52.

<sup>1</sup> Доложено на объединенной конференции кафедры госпитальной терапии Омского медицинского института и терапевтического отделения дорожной клинической больницы ст. Омск 22—23/XII 1960 г.