

Лечение проводилось согласно инструкции Минздрава СССР от 10/IX-55 г. Количество инъекций у отдельных б-ных колебалось от 8 до 16, в среднем — 12; общее количество примененного пчелиного яда было от 9,75 до 27,75 мл, в среднем — 17,75 мл.

Лечение применялось у 24 б-ных (19 женщин и 5 мужчин). Большинство б-ных были старше 40 лет. Показателями действия пчелиного яда были уменьшение силы и количества приступов.

У 19 б-ных наблюдалось улучшение, из них у 8 значительное: приступы совершенно прекратились за 6—10 дней до выписки из клиники; у 5 б-ных эффекта не было.

У 5 больных после введения КФ₁ и КФ₂ имела местная реакция (зуд, незначительная боль, покраснение и инфильтрация на месте инъекции), которая через 1—4 дня исчезла, и дальнейшее применение КФ не сопровождалось реакцией.

Со стороны красной крови у всех б-ных наблюдались колебания в пределах физиологических норм. Со стороны общего количества лейкоцитов никакой закономерности выявить не удавалось.

Таким образом, применение препарата КФ₂ может быть рекомендовано, наряду с другими методами, для лечения бронхиальной астмы.

В. А. Анисимова (Куйбышев-обл.). Об изменении сердечно-сосудистой деятельности и дыхания при болезни Боткина

По тяжести заболевания больные (в большинстве от 16 до 40 лет) распределялись следующим образом: легкое течение — у 13, средней тяжести — у 43, тяжелое — у 7 чел.

Жалоб со стороны сердца не было. У большинства в активном периоде болезни отмечались глухие сердечные тоны. АД в разгар болезни было пониженным у 33 чел., нормальным у 30, максимальное давление в тяжелых случаях снижалось до 80, минимальное до 40. Одновременное снижение максимального и минимального давлений отмечено в 48%, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс сердечной мышцы и сосудов.

В разгар желтушной стадии наиболее типична относительная брадикардия, которая наблюдалась у 55% б-ных, причем степень ее выраженности не зависела от количества билирубина в крови, то есть она отмечалась и в легких случаях болезни.

Наибольшие ЭКГ-изменения получены со стороны зубца Т, чаще всего отмечалось его снижение в нескольких или во всех отведениях, что свидетельствует о диффузно-дистрофических изменениях в сердечной мышце.

Нами проведены наблюдения над особенностями дыхательных движений у 35 б-ных (мужчин — 21, женщин — 14) болезнью Боткина.

Частота дыхания в разгар желтушной стадии колебалась от 10 до 28. Изменение ритма дыхания отмечено в разгар болезни у 26 чел. (беспорядочное дыхание у 20, волнообразное — у 5, Чейн-Стокса — у 1). Беспорядочность и волнообразность дыхания были выражены во время сна и у б-ных, у которых заболевание протекало тяжело с выраженными явлениями интоксикации, резкой желтухой и высокими цифрами содержания билирубина в крови, на ЭКГ и БКГ у них также были найдены большие патологические изменения.

Асимметрия дыхательных движений половин грудной клетки отмечена у 9 чел., из них у 7 — менее выраженная глубина дыхательных движений обнаружена с правой стороны, что связано с увеличением печени. Ступенчатость вдоха и выдоха наблюдалась у 21 чел., чаще она была выражена на фазе выдоха. В соотношениях вдоха и выдоха больших отклонений от нормы нами не отмечено. Во всех случаях определялась синхронность грудного и брюшного дыхания.

К моменту выписки отмечено исчезновение беспорядочного и волнообразного дыхания — у 14, асимметрии дыхательных движений у 5, ступенчатости вдоха и выдоха — у 7 чел. У некоторых б-ных небольшие изменения дыхания остались и в периоде выздоровления.

Баллистокардиографические исследования проводились у 56 больных в желтушный период (в фазе нарастания и спада желтухи) и в периоде выздоровления.

Большое количество патологических БКГ (III и IV степени) наблюдались в разгар желтушной стадии (11 чел.), а в фазу выздоровления количество их уменьшилось (до 2); менее выраженные изменения кривых (II степень) также чаще встречались в активный период болезни (28 чел.), тогда как нормальные БКГ (0 и I степени) чаще отмечались в периоде выздоровления. Изменения систолических и диастолических волн, выражающиеся в их увеличении, зазубренности, расщеплении, углублении или слиянии, наблюдались в разгар болезни у 45 чел., у большинства эти изменения волн исчезли в периоде выздоровления. Наибольшие изменения БКГ-кривых мы наблюдали в разгар желтушной стадии и при наиболее тяжелом течении болезни.

Ведущими факторами нарушения гемодинамических показателей при болезни Боткина, которые определяют формирование патологических БКГ, являются диффузно-дистрофические изменения миокарда и наличие сосудистых расстройств (артериальная и венозная гипотония).