

и назначения хлористого калия по 4,0 в сутки эти симптомы полностью исчезли в течение трех суток.

Под нашим наблюдением находился 21 больной (12 мужчин и 9 женщин), у которых отеки развились вследствие острого (5 больных) и хронического (16) нефрита. Только одному из них был назначен хлортиазид, а всем другим — гидрофлуометиазид, по 2—3 таблетки в день. Препарат давался на фоне обычного лечения данного заболевания, но без дополнительного назначения других диуретиков. Все больные поступили в тяжелом состоянии (у 8 — выраженный асцит, а 9 имели азотемию).

Литературные данные о результатах использования новых сульфонамидных диуретиков при поражении почек немногочисленны (F. Reub; I. David; R. Wolfrohm, H. Lignerat, P. Nataf).

10 наблюдаемых нами больных до назначения гидрофлуометиазида в течение 10—20—33 дней, а двое даже на протяжении 45 и 54 дней, принимали диуретин, зуфиллин, ортосифен, меркузал и диамокс. Однако ни у одного из больных не наступило полное исчезновение отеков или асцита. Только назначение гидрофлуометиазида привело к быстрой их ликвидации у 9 больных.

Полученные нами результаты свидетельствуют о весьма благоприятном действии гидрофлуометиазида при отечной форме нефрита. Так, у 20 больных удалось добиться полной ликвидации асцита и отеков в течение относительно короткого приема препарата: от 7 до 25 дней. Суточный диурез увеличивался в сравнении с исходным в 4—6 раз у 8 и в 2—3 раза у 13 больных. И только у одного не удалось добиться полной ликвидации отеков и асцита, хотя диурез в период приема гидрофлуометиазида увеличился в два раза в сравнении с исходным. После же отмены препарата он вновь уменьшился. Все другие методы лечения оказались также безрезультатными.

Суточный диурез под влиянием гидрофлуометиазида был равен 1,5—3 л у 7 и 1—1,4 л у 14 больных.

Максимальный эффект наступал обычно на 2—3-й день, но в некоторых случаях — на 4—5-й и даже на 7-й день от начала приема препарата. Как и в предыдущих двух группах, у ряда больных нефритом отмечалось повышенное отделение мочи и после отмены гидрофлуометиазида.

Эти и изложенные ранее факты позволяют рекомендовать непрерывный прием сульфонамидных диуретиков в течение 7—10 дней, а в некоторых случаях даже до 20 дней (подход при этом должен быть индивидуальным).

Вопрос о влиянии сульфонамидных диуретиков на уровень остаточного азота крови, видимо, нельзя считать окончательно решенным. Полученные нами данные скорее позволяют высказаться в пользу их назначения в случаях с умеренной азотемией. Так, у 11 больных уровень остаточного азота крови до и после назначения гидрофлуометиазида оставался нормальным. У 5 больных под влиянием этого препарата он уменьшился: с 53 до 30 мг%, с 60 до 40 мг%, с 65 до 45 мг%, с 80 до 50 мг% и со 125 мг% до 20 мг%. Но у четырех он повысился: с 30 до 58 мг%, с 65 до 80 мг%, с 90 до 125 мг% (больной умер), со 150 до 240 мг%.

Нам кажется, что у больных с тяжелыми формами нефрита (выраженные отеки и асцит) при наличии умеренного повышения остаточного азота крови не следует отказываться от назначения сульфонамидных диуретиков группы хлортиазида, но при условии ежедневного капельного введения (внутривенно и подкожно) 1—3 л 5% раствора глюкозы или физиологического раствора.

Наконец, нельзя не отметить и положительного влияния гидрофлуометиазида на снижение АД у некоторых больных нефритом, что было нами отмечено у пяти больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. David I. La semaine des hopitaux. 1961, 6.— 2. Lelievre A. Les diurétiques non mercuriels récents. Le concours medical. 1961, 9.— 3. Richterich. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 1958, 88.— 4. Reubi F. Bull. Schweiz. Akad. med. Wiss. 1959, 15.— 5. Wolfrohm R., Lignerat H., Nataf P. La semaine des hopitaux juin. 1961.— 6. Danilin et Kim Vien. Revue medico-chirurgicale. 1961.

Поступила 29 января 1964 г.

## ЭРИТРОДЕРМИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТА ОСАРСОЛОМ

Асс. А. И. Бизяев

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. Г. Г. Кондратьев)  
Казанского медицинского института

В настоящее время для лечения трихомонадного кольпита широко применяется осарсол, причем нередко без учета противопоказаний, что приводит к нежелательным последствиям. Так, мы наблюдали больную, у которой при лечении трихомонадного кольпита осарсом развилась эритродермия.

У больной X., 25 лет, за 40 дней до поступления в клинику был диагностирован трихомонадный кольпит, по поводу чего ей ежедневно в течение 29 дней вдували в вагину по 0,3 осарсола. В результате у больной развился дерматит в области гениталий и паховых складок (гиперемия, отек и зуд). Применение препарата было прекращено, но процесс быстро распространялся и в течение 2 суток поражение кожи приняло универсальный характер. Поражена была и слизистая оболочка полости рта. В тяжелом состоянии на самолете больная была доставлена в клинику.

Жалобы на резкую слабость, тошноту, иногда рвоту, сильный зуд кожи.

Пульс слабого наполнения, от 80 до 110. АД 80/60 мм. Температура колебалась в пределах 37,2° утром — 39,2° вечером. Кожа лица, шеи, туловища и конечностей красная, с синюшным оттенком, отека, крупнопластинчатое шелушение. Местами, особенно в области крупных складок кожи, мокнутие и корки желтовато-бурого цвета. Воспаление наиболее резко выражено на лице, груди и верхних конечностях. Слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ резко отечны, гиперемированы, во многих местах эрозированы.

Э. — 7 130 000, Гем. — 85%, Л. — 14 000, э. — 3%, п. — 2%, с. — 55%, л. — 36%, м. — 4%, РОЭ — 26 мм/час.

В моче следы белка, в осадке 20—25 лейкоцитов в поле зрения, местами лейкоциты в виде скоплений.

Терапия. Пенициллин внутримышечно по 50 тыс. ед. через 3 часа (всего 4 млн. ед.), 30% раствор гипосульфита натрия по 10 мл ежедневно (всего 12), внутрь — димедрол по 0,05 три раза в день, капли Зеленина и микстура Лашкевича. Обильное питье, орошение полости рта раствором фурацилина 1:5000. Спринцевания влажной салфеткой раствором марганцевокислого калия 1:6000. На участки мокнутия — примочки из 2% раствора борной кислоты, на все другие области — цинковое масло.

Через 20 дней наступило клиническое выздоровление.

Поступила 15 августа 1963 г.

## ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АПИЗАРТРОНОМ

Доц. М. С. Ляшенко

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Ф. Е. Петербургский)  
Киевского ГИДУВа

Из литературы известно применение пчелиного яда в народной медицине для лечения разных болезней еще со времен глубокой древности.

Применение пчелиного яда в акушерско-гинекологической практике недостаточно изучено, поэтому опыт лечения гинекологических воспалительных заболеваний этим средством заслуживает внимания.

Апизартрон — очищенный, стандартизированный пчелиный яд, выпускаемый фармацевтической промышленностью ГДР для парентерального введения. В оригинальной упаковке содержатся два флакона сухого апизартрона по 0,1 мг (первой крепости) и 1 мг (второй крепости), а также 2 ампулы по 2 мл растворителя.

При отсутствии противопоказаний перед началом лечения с целью определения чувствительности организма к пчелиному яду вводили внутрикочно в зоны Снегирева — Гада 0,1 мл раствора первой крепости апизартрона. При отсутствии общей реакции на введенный апизартрон в виде повышения температуры, озноба, тошноты, рвоты, головной боли, крапивницы лечение проводили по схеме внутрикочно в зоны Снегирева — Гада и ромб Михаэлиса.

### Схема лечения апизартроном (один курс)

Дни лечения		Дозировка инъекционного раствора I крепости (в мл)	Дозировка сухого пчелиного яда I крепости (в мг)	Дозировка инъекционного раствора II крепости (в мл)	Дозировка сухого пчелиного яда II крепости (в мг)	Число кожных волдырей
I крепости	II крепости					
1	9	0,1	0,005	0,1	0,05	2
2	11	0,2	0,01	0,2	0,1	4
3	13	0,3	0,015	0,3	0,15	6
4	15	0,4	0,02	0,4	0,2	8
5	17	0,5	0,025	0,5	0,25	10
6	19	0,6	0,03	0,6	0,3	
7	21	0,7	0,035	0,7	0,35	
8	23	0,8	0,04	0,8	0,4	
Всего		3,6	0,18	3,6	1,8	