

прощупывается болезненное подвижное опухолевидное образование без резких границ снизу и немного ограниченное сверху. Отмечаются сильные боли в точках Мак-Бурнея, Кюммеля и Лянца. Симптомы Блюмберга—Щеткина справа резко положительные, симптомы Ровзинга и Пастернацкого отрицательны. На передней брюшной стенке в илеоцекальной области — косой рубец длиной 10 см после перенесенной несколько месяцев назад аппендэктомии по поводу гнойного аппендицита. Внутренние половые органы не изменены. Стул был, газы отходят. Кровь и моча без особенностей.

Дооперационный диагноз: перекручивание большого сальника (?).

2/X 1967 г. под местным обезболиванием 0,5% раствором новокаина правым паракетальным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В ране предлежали большой сальник и петли тонкого кишечника. Сальник рыхло спаян с париетальной брюшиной. После отделения его от брюшной стенки и выведения в рану обнаружено, что конец большого сальника, частично резецированный во время предыдущей операции, отечен, уплотнен, имеет темный сине-багровый цвет, местами с точечными кровоизлияниями. На конце его найден участок с замурованным в нем узлом шелковой лигатуры. Произведена резекция сальника в пределах здоровой ткани, культи перевязана кетгутom. В брюшную полость введены пенициллин (500 тыс. ед.) и стрептомицин (500 тыс. ед.). Операционная рана зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны произошло первичным натяжением. Пациентка выписана на 12-й день. В настоящее время она здорова, продолжает работать.

2. Ф., 1928 года рождения, поступил в больницу 7/1 1963 г. с жалобами на схваткообразные боли в правой половине живота, иррадирующие вверх по всей правой половине грудной клетки и вниз по внутренней поверхности правого бедра. Заболел 3 дня назад. Вначале были небольшие боли в правой половине живота, а потом боли усиливались с каждым днем. На 3-й день Ф. внезапно почувствовал сильнейшие боли в правой половине живота. Появилась рвота. В больницу доставлен службой скорой помощи.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, бледен, лицо осунувшееся, зрачки расширены. Язык сухой, обложен белым налетом. Зев чист. Пульс 80 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД 100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание.

Живот немного вздут. Печень и селезенка не пальпируются. Боли по всей правой половине живота. Симптомы Блюмберга—Щеткина и Пастернацкого справа положительные, отмечается незначительная боль в точке Мак-Бурнея. При пальпации правой половины живота в глубине прощупывается резко болезненное малоподвижное опухолевидное образование без резких границ, величиной с куриное яйцо. При исследовании через прямую кишку прощупать его не удалось. Мочеполовая система без видимой патологии. Анализ крови: Л. $11,6 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 25 мм/час. Дооперационный диагноз: инвагинация петли тонкой кишки в слепую (?). Острый гнойный аппендицит (?).

7/1 1963 г. под местным обезболиванием 0,5% раствором новокаина (120 мл) правым паракетальным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В ране предлежали петли тонкого кишечника. Слепая кишка вместе с аппендиксом выведена в рану. Аппендикс небольших размеров, голубого цвета, без патологических изменений. Брыжейка его и слепая кишка без видимой патологии. Извлечен в рану большой сальник. Конец его оказался резко утолщенным, отечным, темно-багрового цвета, местами черного, с кровоподтеками и тромбозом кровеносных сосудов. Размер измененного участка равен площади ладони взрослого человека. На расстоянии 10—12 см выше конца сальника обнаружена белесая, окружающая нижний участок сальника бороздка типа странгуляционной борозды, резко ограничивающая воспаленную часть сальника от нормальной. Возможно, было перекручивание нижней части большого сальника, но в момент выведения его в операционную рану произошло раскручивание. Произведена резекция воспаленной части сальника в пределах нормальной ткани. Культи перевязана кетгутom. Операционная рана зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны шло первичным натяжением. Швы сняты на 8-й день. Ф. выписан 17/1 1963 г. по выздоровлении. При выяснении отдаленных исходов операции установлено, что он выполняет работу, требующую большого физического напряжения, и чувствует себя хорошо.

Гистологическое исследование резецированного участка сальника выявило отек, лейкоцитарную инфильтрацию, местами лимфоцитарно-лейкоцитарные стазы, кровоизлияние, тромбоз сосудов и участки омертвения. Причиной воспаления большого сальника (оментита) в данном случае был тромбоз кровеносных сосудов.

УДК 616.5—002.828

Доц. Р. К. Мустаев, З. С. Захарова, П. А. Бражников, А. М. Жукова (Чебоксары).
Лечение больных дерматомикозами гризеофульвином-форте

Мы изучили эффективность лечения гризеофульвином-форте больных некоторыми грибовыми заболеваниями волосистой части головы: микроспорией (1256 чел.), поверхностной трихофитией (53), хронической трихофитией (26). У всех больных диаг-

ноз подтвержден микроскопически, культурально и методом люминесцентной диагностики.

Дети в возрасте до 3 лет получали 0,125 г гризеофульвина 2 раза в день, от 4 до 6 лет — по 0,250 г 2 раза в день, от 7 до 15 лет — по 0,250 г 3 раза в день и взрослые — по 0,250 г 4 раза в день. В течение первых трех недель больные принимали гризеофульвин-форте ежедневно, затем через день до исчезновения грибов в волосах при микроскопическом их исследовании. Одновременно больным назначали рыбий жир и витаминизированную пищу. Волосы сбривали до начала лечения и в процессе его не реже 2 раз в 7—10 дней, местно проводили йодо-мазевую терапию, а при трихофитии и распространенной микроспории волосистой части головы применяли отстойку эпидермиса по методу А. М. Ариевича.

У больных трихофитией и единичными очагами микроспории лечение длилось 5 недель, при распространенных формах микроспории и запущенной трихофитии — до 7 недель.

У всех больных поверхностной трихофитией грибы исчезали в среднем через 15 дней после начала лечения, полное исчезновение клинических проявлений болезни отмечено на 22—26-й день. У больных микроспорией обломки волос в очагах поражения сохранялись в среднем 16 дней, шелушение — 21 день, грибы исчезали в среднем через 28—30 дней после начала лечения, клинические признаки микроспории становились незаметными на 32-й день.

Большинство больных хорошо переносило лечение. У части пациентов наблюдались осложнения: аллергические высыпания типа крапивницы, головные боли, слабость и недомогание, диспептические явления. Изменения со стороны крови в виде эозинофилии и лейкопении носили временный характер. Рецидивов заболевания не было.

УДК 615.217.24—02:616.441—008.61—099—056.3

И. И. Шихсаидов (Свердловск). Аллергическая реакция на внутривенное введение обзидана у больных с токсическим зобом

М., 27 лет, поступила в клинику 6/1 1976 г. с диагнозом: диффузный токсический зоб III степени.

При поступлении жаловалась на общую слабость, раздражительность, плаксивость, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, дрожание рук, похудание, снижение трудоспособности. Заболела 6 месяцев назад. Лечение получала амбулаторно: нерегулярно принимала мерказолил (общая доза 600 мг), витамины, настойку валерианы. В 1972 г. перенесла правосторонний аднексит, в 1973 г. — нефропексию справа по поводу нефроптоза. Кортикостероидами не лечилась, аллергических реакций на лекарственные средства в прошлом не отмечает, однократная гемотранфузия прошла, по данным анамнеза, без реакции.

Состояние средней тяжести, упитанность понижена, масса тела 49 кг, рост 164 см. Кожные покровы повышенной влажности, чистые, дермографизм красный, разлитой, стойкий. Умеренный двусторонний экзофтальм, положительные глазные симптомы Грефе, Дельримпля, Мебиуса, выражен тремор пальцев рук. В легких дыхание везикулярное, в сердце — функциональный систолический шум на верхушке, пульс 122 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/50 мм рт. ст.

Контуры передней области шеи сглажены, при пальпации определяется диффузное увеличение щитовидной железы: правая доля размером 8×6 см, левая 6×5 см, перешеек не дифференцируется. Железа мягкоэластичной консистенции, подвижная при глотании, регионарные лимфоузлы не прощупываются.

Анализ крови: Эр. $4,21 \cdot 10^6$ в 1 мкл, гем. 134 г/л, цв. показатель 0,9, Л. — $4 \cdot 10^3$ в 1 мкл, э. — 2%, п. — 2%, с. — 56%, лимф. — 33%, мон. — 7%; СОЭ 14 мм в час. Поглощение ^{131}I через 4 часа — 44,2%, через 24 часа — 56,3%, через 48 часов — 52,4%. Основной обмен + 32%. Холестерин 4,0 ммоль/л, билирубин 6,8 ммоль/л, остаточный азот 19,3 ммоль/л. Общий белок 69,4 г/л, альбумины 50,4 г/л, глобулины 19 г/л, АГ 2,6. Гликемическая кривая 6,05—7,7—7,2 ммоль/л. Электролиты: $\text{K}_{\text{пл}}^+$ — 4,0, $\text{K}_{\text{эр}}^+$ — 80,0, $\text{Na}_{\text{пл}}^+$ — 130,0, $\text{Na}_{\text{эр}}^+$ — 15,0, $\text{Cl}_{\text{пл}}^-$ — 108,0,

$\text{Ca}_{\text{пл}}^{++}$ — 2,5, $\text{P}_{\text{пл}}^-$ — 1,1 (ммоль/л). Анализ мочи не выявил изменений.

На ЭКГ определяется синусовая тахикардия (частота сердечных сокращений 116), снижение функциональной способности миокарда; данные баллистокardiографии — II степень по Брауну.

С целью предоперационной подготовки назначена комплексная тиреостатическая терапия: 40 мг мерказолила в сутки, пилюли Шерешевского, настойка валерианы, триоксазин, витамины группы В, 40% раствор глюкозы (20,0) с аскорбиновой кислотой (100 мг), обзидан (пропранололгидрохлорид) перорально в суточной дозе 80 мг. На этом фоне в связи с ухудшением общего состояния (усиление тахикардии, беспокростства, потливости) больной на 4-е сутки от начала лечения под контролем кинетокардиографии введен внутривенно капельно обзидан в общей дозе 4 мг за 8 мин. (со скоростью вливания 0,5 мг/мин. с 5% раствором глюкозы. При этом частота сердечных сокращений снизилась со 134 до 92 в мин., АД осталось без изменений. На ки-