

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 мкмоль/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 баллистокардиографии — 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, беспокоества, 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-

неокардиограмме выявлено удлинение фазы изометрического сокращения левого желудочка сердца с 0,028 до 0,042 сек., правого — с 0,032 до 0,036 сек., периода изгнания левого желудочка с 0,226 до 0,264 сек., правого — с 0,234 до 0,279 сек.; другие показатели существенно не изменились.

Через 10 мин. после окончания вливания обзидана у больной внезапно появилась одышка, жар во всем теле, ломота в мелких суставах, рвота. В области спины, на внутренних поверхностях бедра и предплечий появились неравномерной формы высыпания, местами сливающиеся друг с другом, сопровождающиеся зудом. Сразу же внутривенно введено 30 мг преднизолона, 1% димедрол (2 мл), 10% раствор хлористого кальция (10 мл), 2,4% эуфиллин (10 мл), дан увлажненный кислород. Через полчаса после этого все местные и общие проявления аллергической реакции прошли бесследно.

В последующем успешно проводилась подготовка больной к операции, однако она отказалась от нее по семейным обстоятельствам и была выписана на амбулаторное лечение.

Данное наблюдение свидетельствует, что наряду с другими осложнениями при внутривенном введении обзидана могут возникнуть аллергические реакции. Мы столкнулись с такой реакцией в одном из 22 наблюдений, где обзидан был применен внутривенно. Представляет интерес отсутствие у больной аллергических проявлений на применение обзидана внутрь.

УДК 612.1+612.2+612.3+612.37+612.41+612.44+612.46+612.7+612.824]:577.17.049

И. А. Рязанов (Казань). Содержание некоторых микроэлементов в органах людей, проживавших в эндемичных по зубу местностях

Мы провели химический анализ различных органов, взятых у погибших от интеркуррентных заболеваний людей, которые проживали в местностях, сильно эндемичных по зубу — микроочагах Арского и Сабинского районов ТАССР, и слабо эндемичных — в г. Казани и Верхне-Услонском районе. Данные об эндемичности выбранных очагов почерпнуты из материалов комплексных научных экспедиций по изучению заболеваемости населения ТАССР эндемическим зубом, проводившихся с 1963 г. Анализу подвергались щитовидные, поджелудочные железы, скелетные мышцы, селезенка, почки, печень, легкие, сердце, мозг, кости. Всего исследовано 110 проб, взятых из трупов 11 мужчин в возрасте от 25 лет до 51 года (5 человек — из слабо эндемичных по зубу местностей и 6 — из сильно эндемичных). В исследуемых пробах определяли содержание стронция, железа, марганца, молибдена, ванадия и никеля.

Наиболее бедной микроэлементами оказалась ткань мозга. Наибольшее содержание стронция отмечается в костях, железа и марганца — в селезенке, легких, поджелудочной железе, молибдена — в щитовидной железе и легких, ванадия — в легких и поджелудочной железе.

Результаты сопоставительного анализа свидетельствуют, что у людей, проживавших в течение длительного времени в сильно эндемичных по зубу местностях, щитовидные железы, селезенка, почки и печень содержат больше марганца и меньше молибдена, чем у лиц, проживавших в слабоэндемичной местности ($P < 0,05$). Для других микроэлементов (стронция, железа, ванадия, никеля) статистически достоверного различия не обнаружено, несмотря на то, что почти во всех органах людей, живших в районах сильной зубной эндемии, повышено среднее содержание железа и в некоторых органах (щитовидная железа, поджелудочная железа, скелетная мышца, почки, легкие) понижено содержание никеля.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616+591.2]:616,36—002.95—036.2—018(470.51)

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПАТОМОРФОЛОГИИ НЕКОТОРЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ В УДМУРТИИ

В. Я. Глумов, Т. П. Евтеева, В. А. Глумова, Т. Г. Гордина, Л. Н. Самонова

Кафедры патанатомии (зав. — проф. А. В. Пермяков) и биологии (зав. — доц. В. А. Глумова) Ижевского медицинского института

Реферат. Гельминтозы печени человека имеют значительное распространение в Удмуртии; удельный вес эхинококкоза среди причин смерти равен 0,38%. Частота данных инвазий у людей находится в прямой зависимости от наличия их у сельскохозяйственных животных. Пораженность сельскохозяйственных животных фасциолезом