

38 больных были в возрасте до 20 лет, 45 — от 21 до 30 лет, 148 — от 31 до 40 лет и 67 — от 41 до 50 лет. У большинства больных была недостаточность венных клапанов в системе большой подкожной вены. У 34 чел. были различные осложнения со стороны кожи голени, из которых наиболее часто встречались варикозные язвы: на правой ноге — у 14, на левой — у 8, на обеих ногах — у 2. Экзема была у 6, дерматит — у 4 чел. У всех 24 больных с трофическими язвами достигнуто полное заживление, исчезли также дерматит и экзема.

Через 1—2 месяца мы проверяли, нет ли незамеченных варикозных узлов, и если обнаруживали, их также подвергали склерозированию. Через 6—12 месяцев больных вызывали на повторный осмотр, вновь выявленные варикозные узлы склерозировали.

При облитерации вен склерозирующими растворами йода у наших больных отмечались следующие побочные явления: горький вкус во рту и запах йода, йодный дерматит (у 2), местно — перивенит и восходящий венит, в исключительных случаях местный некроз, у некоторых больных появился дерматит, который исчез через 3 суток после лечения. У 3 больных вследствие попадания под кожу йодистого раствора образовались некрозы кожи. После назначения мази, содержащей апилак, альбумид и метилтиоурацил, они быстро зарубцевались. Боль по ходу уплотненных и тромбированных подкожных вен быстро стихала после применения физиотерапевтического лечения.

УДК 616.16—007.64

### Доц. А. З. Гимранова, Д. Н. Еникеева (Уфа). Синдром Рандю — Ослера

Синдром Рандю — Ослера характеризуется множественными врожденными телеангиэктазиями. Приводим наше наблюдение.

Г., 6 лет, поступил 24/III 1969 г. по поводу опухолевидных (мешковидных) образований в области локтевых и коленных суставов.

Болен около 4 лет, лечился амбулаторно. В течение последнего года состояние здоровья ребенка ухудшилось: он похудел, побледнели кожные покровы, появились подкожные кровоизлияния.

Родился третьим по счету, с весом 3800 г. Вскармливался грудью до года. Рост и развивался в раннем возрасте нормально. Матери 45 лет, в детстве болела экссу-

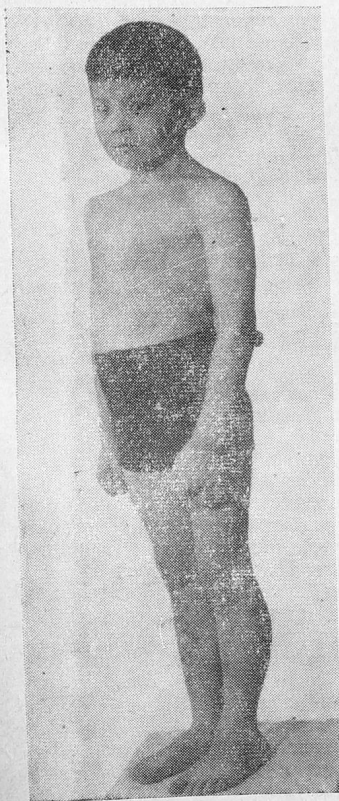


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

дательным диатезом. Отцу 43 года, страдает системной красной волчанкой. У 8-летнего брата ревматизм, частые носовые кровотечения.

При поступлении состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Телосложение правильное. На коже всего тела и на лице подкожные кровоизлияния разных размеров ( $2 \times 2$ ;  $2 \times 3$  см). На разгибателях локтевых и коленных суставов кожные мешки (опухолевидные образования) размерами  $2,5 \times 2,6$ ;  $3 \times 3$  см (рис. 1, 2, 3). В этих образованиях возникают кровотечения. Периодически телеангиэктазии уменьшаются, мешковидные образования запусевают. Лимфоузлы всех групп увеличены до размера горошины, подвижные, множественные. Дыхание везикулярное. Границы сердца в норме. Тоны приглушены. Аритмия. На верхушке сердца нежный систолический шум с малой зоной проведения, слегка усиливающийся после перемены положения. Пульс 78—80, удовлетворительного наполнения и напряжения. Миндалины значительно гипертрофированы, особенно правая, на ней телеангиэктазии размерами  $0,3—0,4 \times 0,5$  см, на слизистой щек единичные телеангиэктазии величиной  $0,1 \times 0,2$ ;  $0,3 \times 0,3$  см, язык чистый. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. Сухожильные рефлексы в норме, патологических нет. Температура в пределах субфебрильной.

За время пребывания в больнице ребенок получал витамины, рутин, хлористый кальций, кордиамин в каплях, препараты железа, инъекции витамина В<sub>12</sub> (10 раз), УВЧ миндалин (10 раз), преднизолон по 20 мг в снижающейся дозировке, хлористый калий, эпсилонаминокапроновую кислоту и переливание крови при кровотечениях. В результате лечения состояние больного улучшилось, и он был выписан в удовлетворительном состоянии.

Повторно мальчик поступил с теми же явлениями 16/XI 1969 г., пробыв в течение месяца и был выписан с небольшим улучшением.

УДК 616 — 099

#### Н. Н. Титова (Казань). К клинике бытовых острых отравлений неорганическими соединениями ртути

1. П., 24 лет, по совету дерматолога лечился от педикулеза втираниями в кожу серой ртутной мази. В течение 3 дней было использовано 60 г мази, содержащей 18 г ртути. К концу 3-го дня появились боли в эпигастрии, металлический вкус во рту, гиперсаливация, слабость, однократно жидкий стул, головные боли. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: возникла лихорадка до 38°, отечность и кровотоочивость десен, по десневому краю появилась сине-черная гирляндобразная ртутная кайма, язвочки по всей слизистой ротовой полости, гнилостный запах изо рта, опухоль подчелюстных и шейных лимфоузлов. Дальше процесс захватил слизистую зева, глотки, которые приобрели ярко-красный цвет.

Состояние депрессии. Тахикардия (120). В моче белок и 0,7 мг/л ртути. РОЭ 28 мм/час, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и лимфопенией, увеличение содержания  $\alpha_2$ -глобулинов. Суточный диурез 2,5 л.

Начата энергичная терапия 5% унитиолом по 5 мл внутримышечно через 8 часов со снижением дозировки до 5 мл в день в комбинации с внутривенными вливаниями 40% глюкозы и 20% гипосульфита натрия на фоне терапии антибиотиками (пенициллин, стрептомицин) и витаминами (аскорбиновая, никотиновая кислоты, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>), постоянного туалета ротовой полости 3% перекисью водорода, облепиховым маслом дала эффект лишь через 2 недели, но даже спустя месяц в моче обнаруживалась ртуть до 0,02 мг/л.

2. Ф., 18 лет, доставлена в санитарном самолете в коматозном состоянии с диагнозом: ртутная интоксикация, токсический нефрит, анурия, язвенный стоматит, фарингит; заживающая рана после трахеотомии.

Около 3 месяцев периодически применяла мазь от веснушек, содержащую сулему и белую осадочную ртуть. Неделю назад появилась слабость, лихорадка, боли в ротовой полости. Резкое ухудшение наступило вслед за последним применением мази после бани. На коже лица возникла краснота с чувством жжения, усилились боли в ротовой полости, зеве, температура повысилась до 39°, началось одышка; сознание спутанное. В связи с подозрением на дифтерию произведена трахеотомия.

Больная без сознания. Лицо одутловато, кожа гиперемирована, с резко очерченной границей. Слизистая ротовой полости зева, глотки резко гиперемирована, имеются язвочки. Признаков дифтерии не обнаружено. Дыхание 42, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 104, ритмичный. АД 130/50. Тоны сердца приглушены. Печень, селезенка не увеличены. Мочи менее 100 мл за сутки.

РОЭ 50 мм/час, Гем. 8,6 г%, Э. 2 580 000, Л. 9000, ю.—1%, п.—43%, с.—45,5%, л.—6,5%, м.—4%, токсическая зенистость нейтрофилов. Тромбоцитов 129 000, ретикулоцитов 2,5%. Билирубин 0,41 мг%, протромбин 68%, реакция Вельтмана — 9-я пробирка. Остаточный азот крови 150 мг%. Удельный вес мочи 1010, белок 3,3%, в осадке свежие эритроциты 3—5 в п. з. Ртуть в моче — 0,06 мг/л.

Применение унитиола, обменных переливаний крови, вливаний глюкозы, гидрокортизона, витаминов, новокаиновая блокада и гемодиализ не дали эффекта. На 9-й день по поступлении больная скончалась.