

Гистологический диагноз: Дистопия поджелудочной железы в стенку желудка. 27/XI-57 г. выписался в удовлетворительном состоянии; 30/XI 1960 г. все было благополучно.

И. Б., 58 лет, поступила 30/XII 1959 г. с жалобами на периодические боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи, отрыжку, временами рвоту. Всего боляка около 5 лет; ухудшение за последние месяцы.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено.

Рентгеноскопия. Пилорический канал удлиннен и циркулярно сужен. Рельеф слизистой прослеживается до препилорического отдела. Перистальтика в пилорическом отделе не видна. Эвакуация контраста порциями (З. Е. Комарова).

13/I 1960 г. лапаротомия под местной анестезией (Л. М. Проталинская). Желудок несколько увеличен в размерах, стенка его утолщена. Выраженный перигастрит, особенно в антральном отделе. У самого привратника по большой кривизне пальпируется тугоэластической консистенции округлой формы опухоль, размером с крупную вишню, которая нависает над привратником.

Произведена типичная резекция двух третей желудка асептическим электрохирургическим способом.

На препарате стенки желудка несколько утолщены. У самого привратника по большой кривизне на широком основании опухоль 1,5 см в диаметре выступает в просвет желудка, частично закрывает привратник, с четкими ровными краями, тугоэластической консистенции; слизистая над опухолью не изменена.

На разрезе в центре фиброзной ткани располагается киста размером с горошину, имеющая плотную капсулу и содержащая желеподобную, янтарного цвета жидкость.

Гистология: дистопия поджелудочной железы в стенку желудка (23/I 1960 г.— С. Б. Терехова).

Послеоперационное течение гладкое, выписалась 30/I 1960 г.

УДК 616.5

К. Ф. Фомин и В. И. Марачковская (Казань). Опыт применения АСД в комплексном лечении некоторых дерматозов.

Нами изучалась эффективность АСД в комплексном лечении больных истинной экземой (83), диффузной экссудативной стрептодермией (микробная экзема) (26), невродермитом (7), себорейной экземой (3), почесухой (1). Мужчин было 64 и женщин — 56. В возрасте до 15 лет было 15, от 16 до 40 лет — 47, от 41 до 60 лет — 35, от 61 до 70 лет и старше — 23 больных.

Наружное (местное) применение АСД сочеталось с внутривенным введением гипосульфита натрия, хлористого кальция, внутримышечными инъекциями 2% раствора новокаина, тиамин-бромидом, собственной крови, назначением внутрь димедрола, бромидов и др.

В стадии острого воспаления, с явлениями отека, везикулизации и мокнутия лечение начиналось с применения АСД-примочек. Когда преобладало коркообразование и шелушение, назначалось АСД на цинковом масле, пасте и цинковой мази.

АСД обладает выраженными противовоспалительными, кератопластическими, антисептическими свойствами, и поэтому он может с успехом применяться местно сразу после отмены примочек.

Поскольку АСД обладает несравненно более слабыми редуцирующими (рассасывающими) свойствами, целесообразно применение при нем паст и мазей, содержащих серно-дегтярные препараты.

Наилучшей основой для АСД является цинковое масло на рыбьем жире.

С клиническим выздоровлением выписано 67 человек, с значительным улучшением — 47, с улучшением — 6. Отрицательным свойством АСД при наружном его применении является неприятный запах.

УДК 616.056.3

Н. А. Александров (Йошкар-Ола). Тяжелая аллергическая реакция, вызванная витамином В₁.

Б., 1929 г. рождения, поступила 23/X 1963 г. с диагнозом: «Язва двенадцатиперстной кишки, узловатый зоб II ст., выраженный вегетативный невроз».

Больна с 1956 г. В 1960 г. по поводу зоба приняла 40 инъекций витамина В₁. В период лечения никаких реакций не наблюдалось. В 1962 г. вновь было назначено лечение витамином В₁ (амбулаторно) в комплексе с другими лекарственными веществами (бром и глюкоза внутривенно, препараты йода).

После первого же введения 6% раствора витамина В₁ больная почувствовала зуд кожи лица, за ушами, боли внизу живота. Появилась крупнопятнистая сыпь на шее, туловище. Сыпь держалась около часа и исчезла, не оставив следов. Больная прервала дальнейшее лечение, боясь ухудшения состояния.

В мае 1962 г. больной вновь было назначено амбулаторное лечение инъекциями витамина В₁. Через 10 минут после первой инъекции, возвращаясь домой, больная почувствовала сильные боли внизу живота, резкую слабость, головокружение, тошноту, зуд за ушами и по всему телу. Больная упала на улице и была доставлена врачом скорой помощи в ближайшую поликлинику, где был заподозрен хронический аппендицит. Пока больную осматривали, ей стало лучше, и она ушла домой. Больная прервала лечение витамином В₁.

С лета 1963 г. больная стала замечать постоянные боли в подложечной области после приема пищи.

Больная была госпитализирована с диагнозом: «Язва двенадцатиперстной кишки», причем не были выявлены осложнения при ранее проводившемся лечении витамином В₁. Больной были назначены тропацин, витамин В₁, бромистый натрий. Через 2 минуты после внутримышечной инъекции витамина В₁ (1 мл 6% раствора) больная почувствовала зуд в области шеи, ушей, лица и груди, жар по всему телу, слабость, головокружение, резкие боли по всему животу. Появился холодный пот на лбу, бледность. Исчез пульс на лучевой артерии. АД 60/0. Больная не отвечала на вопросы, самопроизвольно отошли моча и кал, была многократная рвота. Был введен адреналин, атропин, камфара и глюкоза. Через несколько минут состояние стало улучшаться, появился пульс. АД 90/30. Больная жаловалась на сильные боли по всему животу. Появились кровянистые выделения из половых органов, которые прекратились на следующий день.

Боли в животе держались несколько часов. В дальнейшем состояние стало удовлетворительным.

Витамин В₁ отменен. Больная выписана в хорошем состоянии на 23-й день стационарного лечения.

УДК 616.056.3

Э. З. Мухаметшин (Набережные Челны). Аллергические реакции на введение антибиотиков.

И. И., 48 лет, поступила в санаторий «Тарловка» 1/XII 1962 г. с диагнозом: «Хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе частичного уплотнения».

С июня по август больной проводилось лечение стрептомицином. После 40-й инъекции появились зуд, гиперемия кожи, интенсивность которых нарастала с каждой последующей инъекцией. После одной из инъекций стрептомицина появились уртикарная сыпь, рвота, отек век, острый конъюнктивит, озноб. Через 8—10 часов эти явления исчезли. Инъекции стрептомицина были прекращены.

Было начато лечение тубазидом и ПАСКом. Поставлены внутрикожные пробы на переносимость тубазид и стрептомицина. Проба на тубазид была слабо выражена, в месте введения стрептомицина возникла резко выраженная реакция — гиперемия 50 × 50 мм, папула 15 × 15 мм. Общих явлений не было.

Вечером 10/I 1963 г. в связи с явлениями катара верхних дыхательных путей (насморк, кашель) дежурной медсестрой в нос больной введено несколько капель раствора пенициллина в сочетании с эфедрином. Через несколько минут появился невыносимый кожный зуд по всему телу, особенно на подошвах, выраженная гиперемия слизистых и кожных покровов, крупная уртикарная сыпь на спине, груди, конечностях, отек век и лица, озноб, температура 37,8°. Больная возбуждена, пульс 100.

Больной дан раствор хлористого кальция, супрастин, сердечные. Через 2 часа отмеченные явления исчезли.

П. З., 33 лет, медицинская сестра туберкулезной больницы, поступила в санаторий 5/I 1963 г. с диагнозом — очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации. Процесс выявлен в 1962 г.

Аллергические заболевания у родственников не отмечались.

В 1956 г. в процессе работы с пенициллином у З. появился конъюнктивит. В 1962 г. после инъекции 0,5 стрептомицина и 0,5 пенициллина внезапно возникла бурная аллергическая реакция — спазм гортани, затрудненное дыхание, повышение температуры до 39°, озноб, чувство онемения слизистой полости рта, отеки век, конъюнктивит, сплошная уртикарная сыпь. Большинство явлений исчезли на 3-й день, а конъюнктивит и отек век — только на 15-й.

В санатории больной было начато лечение тубазидом и ПАСКом, эти препараты больная переносила хорошо.

Поставлена внутрикожная проба со стрептомицином — введено 10 000 ед. стрептомицина в 0,1 мл. Возникла значительная местная реакция — резко выраженная яркая гиперемия 60 × 60 мм. Через 3 часа после постановки пробы общее состояние резко ухудшилось, появился спазм гортани, дыхание стало затрудненным, появились онемение слизистой полости рта, отеки век, конъюнктивит, разлитой кожный зуд. Больной срочно введены димедрол, хлористый кальций и сердечно-сосудистые средства. Спазм гортани и кожный зуд исчезли через 2 часа. Отеки век и конъюнктивит — через 2 дня.