

## С. И. Бродская (Ленинград). Медикаментозная параллергия у медработника.

Г., 22 лет, медсестра, поступила в клинику 6/IV 1959 г. с жалобами на одышку, кашель с мокротой, ознобы, поты, повышение температуры до 39,5°.

С осени 1955 г. больная стала замечать, что после суточного дежурства в детском отделении, где она работала медсестрой и имела контакт с антибиотиками, у нее стал появляться зуд кожи, уртикарная сыпь и отек лица, особенно губ.

В течение 3 дней отдыха после дежурства все эти явления исчезали, но при очередном дежурстве снова возникали.

В конце этого же года у больной появился фурункул верхней губы, в связи с чем ей был назначен биомицин. После приема 200 тыс. ед. биомицина у больной сразу отекло лицо, все тело покрылось зудящей сыпью, повысилась температура. Сыпь оказалась очень стойкой, не уступала обычному лечению, и больная была госпитализирована с диагнозом: «Универсальный дерматит». Была сделана проба на чувствительность к пенициллину. Через 1,5 часа после аппликационной пробы у больной появились рвота, общие отеки, особенно лица, повысилась температура, появилась общая эритема и удушье, боли в суставах.

После применения димедрола, хлористого кальция эти явления исчезли и больная была выписана. Ей было рекомендовано переменить работу.

С 1956 г. больная работает в поликлинике и контакта с антибиотиками не имеет.

Осенью 1956 г. больная перенесла грипп, осложнившийся очаговой пневмонией, в связи с чем лечилась стационарно.

Больная не предупредила дежурного врача об имевшейся у нее непереносимости к антибиотикам, и ей был введен пенициллин внутримышечно. Температура сразу повысилась до 40°, появились боли в суставах, озноб, рвота, крапивница, цианоз, удушье, отеки. Через несколько часов это прошло после внутривенного введения хлористого кальция, дачи кислорода, димедрола.

В течение последующих двух лет состояние оставалось удовлетворительным.

В ноябре 1958 г. у больной возник фурункул на носу, в связи с чем она была госпитализирована. После приема 1,0 норсульфазола развились те же аллергические явления, причем одышка и цианоз были очень интенсивными. В легких выслушивалось много сухих и влажных хрипов.

Несмотря на применение десенсибилизирующих средств, состояние больной не улучшалось, и ей был назначен АКТГ.

После введения 20 ед. АКТГ уменьшилась одышка, почти исчез кашель, который до этого был очень упорным; температура стала нормальной. Вскоре больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

В феврале 1959 г. заболела гриппом и правосторонней очаговой пневмонией. Больная дома приняла 1,0 сульфатизола, после чего ее состояние резко ухудшилось (цианоз, удушье, рвота, высокая температура и боли в суставах). В связи с тяжелым состоянием назначена камфара подкожно. Почти сразу же в месте инъекции камфары появился сперва местный отек, а затем быстро отеки лица и обеих руки, одновременно высыпала обильная зудящая сыпь на обеих верхних конечностях. Эозинофилов в крови 11%, Л.—9400; РОЭ—8 мм/час. Температура 38°. В легких много сухих и влажных хрипов с обеих сторон. Больная получала внутривенно хлористый кальций, принимала димедрол, эфедрин, зуфиллин. Состояние ее постепенно улучшалось.

В конце марта—снова ухудшение. При рентгенокопии грудной клетки (2 апреля) в 1—2-м межреберье слева в легком был обнаружен инфильтрат. Больная госпитализирована с диагнозом: «Эозинофильный инфильтрат левого легкого. Остаточные явления очаговой пневмонии».

Акроцианоз, одышка, остатки уртикарной сыпи на коже рук. Пульс 90. В легких с обеих сторон сухие хрипы и слева в области верхней доли небольшое количество звучных влажных хрипов.

Рентгенокопия 7/IV. Инфильтрат в левом легком прежней величины и интенсивности.

В крови (7/IV) 24% эозинофилов, РОЭ—30 мм/час, Л.—9400.

Больной назначен АКТГ по 10 ед. 4 раза в день, эфедрин, зуфиллин, димедрол. 8/IV в отделении очередная инъекция АКТГ была сделана шприцем, в котором были следы пенициллина. Через 2 минуты после инъекции у больной появился резкий отек лица, особенно губ, генерализованная крапивница, рвота. Температура 39,2°, удушье по типу приступа бронхиальной астмы с резким цианозом. Такое состояние длилось около часа и после введения хлористого кальция внутривенно, димедрола внутримышечно, дачи кислорода все явления уменьшились. В дальнейшем состоянии больной под влиянием лечения АКТГ и антигистаминными препаратами улучшилось, но инфильтрат в легком держался очень упорно и только через 3 недели после возникновения стал убывать постепенно, оставив после себя небольшие фиброзные изменения. Улучшилась гематологическая картина.

Моча все время была без отклонений от нормы.

Таким образом, при явлениях тяжелой непереносимости надо немедленно отметить антибиотик и по возможности все другие лекарства. При развитии анафилактического шока необходима неотложная помощь, адреналин внутривенно, кислород, АКГТ внутривенно капельно, преднизолон, при судорогах — хлорал-гидрат-аминазин.

УДК 616.441—616—002.5

### Н. И. Пушкарёв (Бижбуляк, Баш. АССР). Туберкулез щитовидной железы.

Первое сообщение об изолированном туберкулезе щитовидной железы было сделано Альтерсом в 1847 г. К настоящему времени в русской и зарубежной литературе мы нашли описание еще 132 наблюдений. Из 167 оперированных нами на щитовидной железе больных у одной выявлен изолированный туберкулез, сопровождавшийся гипертиреозом.

А., 49 лет, поступила 11/VII 1962 г. с жалобами на быструю утомляемость, сердцебиения, потливость, раздражительность, выпадение волос. На увеличение щитовидной железы обратила внимание 14 лет назад; признаки гипертиреоза появились в 1958 г.

Выражение лица испуганное. Кожа влажная, подкожная клетчатка развита слабо. Лимфатические узлы не прощупываются. Ясно виден зоб (III ст.), он плотный, мелкобугристый. Пульс 120. Дермографизм красный, стойкий; вытянутые вперед с растопыренными пальцами руки дрожат, симптомы Грефе и Мебиуса положительны. Основной обмен по Риду + 46. В легких изменений нет; сердце увеличено влево, тоны усилены. АД 140/90 мм. Л. — 15 500, э. — 1%, п. — 1%, с. — 25%, л. — 68%, м. — 5%; РОЭ — 22 мм/час. Рентгеноскопия органов грудной полости. Легочные поля прозрачные, корни тжикстые; сердце расширено за счет левого желудочка, пульсация возбужденная.

Диагноз: «Токсический узловатый зоб».

31/VII произведена субтотальная резекция щитовидной железы.

В резецированной железе значительное количество желтоватых узелков. При гистологическом исследовании установлен коллоидный зоб с базедовификацией в сочетании с продуктивным туберкулезом щитовидной железы (патанатом О. Я. Комарь, консультант — проф. В. А. Жухин).

Выписана по выздоровлении.

УДК 616.833.58—009.7

### Е. В. Журавлев (Горький). Положительный эффект от внутривенных вливаний новокаина при остром ишиасе.

115 больным острым ишиасом в амбулаторных условиях проведено лечение внутривенными инъекциями 0,5% раствора новокаина, раствор вводился медленно в течение 2—3 минут в количестве 5—7—10 мл через день или ежедневно. Одновременно больные получали аналгин, пирамидон, бутадиион, соблюдали постельный режим, 13 получали дополнительные физиотерапевтические процедуры или им проводилась внутрикожная аутогемотерапия.

У 110 больных отмечено значительное улучшение или практическое выздоровление. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности этих больных составила 6,76 дня. Лишь у 5 больных такое лечение новокаином было безуспешным.

УДК 616.282.9

### М. С. Плужников и Р. И. Титова (Ленинград). О содержании К и Na в перилимфе.

Измерения содержания электролитов во внутрилабиринтных жидкостях используется как показатель обмена кортиева органа, поскольку он не содержит кровеносных сосудов и получает питание за счет эндолимфы, состав которой находится в динамической связи с составом перилимфы.

Предварительно проводилось исследование К и Na в лабиринтных жидкостях здоровых кошек без раздражения рецепторов внутреннего уха.

Извлеченная оперативным путем перилимфа без промедления исследовалась на пламенном фотометре. Анализу подвергалась лишь та жидкость, которая содержала единичные эритроциты в нескольких полях зрения. Также изучалось содержание К и Na в спинномозговой жидкости и сыворотке крови того же животного.

Как выяснилось, посмертные изменения в содержании К и Na в перилимфе, ликворе и сыворотке крови развиваются уже через 30—60 мин после смерти; имеется тенденция повышения концентрации К и снижения концентрации Na в указанных жидкостях, в особенности в ликворе; уровень К в перилимфе повышается в два раза по сравнению с данными его определения на живом животном. Это важно при сравнительном анализе электролитного состава перилимфы трупа человека с содержанием К и Na в перилимфе больного, получаемой на операционном столе.