

В процессе первичного введения газа в плевральную полость больные реагируют снижением уровня кислорода крови, у большинства больных не на длительное время: у половины исследованных насыщенность была в пределах 95—92%, у остальных — 80% и ниже, только у двух человек вдвигание не отразилось на оксигеметрических данных.

Непосредственно после первичного наложения пневмоторакса, несмотря на частичный коллапс легкого, оксигенация крови у больных улучшается: у одной трети исследованных кислород крови поднялся на 2%, увеличилось количество больных с нормальным содержанием кислорода.

Оксигеметрические определения во время повторных поддуваний аналогичны данным, полученным во время первичной инсuffляции.

Непосредственные исследования после повторных вдвиганий давали цифры, почти идентичные полученным после первичного.

Последующие наблюдения больных через 10—12, 20—22 и 30 дней после начала лечения пневмотораксом показывали, что уменьшение интоксикации, адаптация организма к новым условиям нормализуют кислородную насыщенность крови; реже, чем до коллапсотерапии, наблюдались случаи со значительным дефицитом кислорода крови.

Торакокаустика с последующим коллапсом легкого не оказала отрицательного действия на содержание кислорода крови.

10 больных, преимущественно с диссеминированными формами туберкулеза легких, лечились пневмоперитонеумом. До вдвигания оксигеметрические показатели у 6 были в пределах нормальных цифр. Во время введения воздуха в брюшную полость (500—600 мл газа) наблюдалось снижение кислорода крови на 2—4%, у четырех это снижение было до 84%. Непосредственно после первичного пневмоперитонеума оксигенация крови вновь восстановилась, содержание кислорода в артериальной крови меньше 92% нами не наблюдалось. В дальнейшем, по мере адаптации к новым условиям, кислород крови почти возвращался к первоначальным цифрам. Только в единичных случаях, так же как и до пневмоперитонеума, были отмечены малые цифры кислородной насыщенности крови.

Л. Я. Вепринцева и Б. П. Богомолов (Астрахань). Два случая кандидомикоза

Кандидомикоз возникает при длительном бесконтрольном и, чаще всего, при комбинированном применении антибиотиков у ослабленных лиц пожилого возраста и детей.

Нами наблюдались следующие случаи кандидомикоза.

1. Б-ная Ш., 61 г., поступила 13/XI-58 г. с диагнозом — хронический лимфаденоз (сублейкемическая форма), сопутствующее заболевание: опоясывающий лишай (гангренизирующая форма). Дома получила 6 млн. ед. пенициллина, назначенного дерматологом.

Состояние тяжелое. Жалобы на слабость, головокружение, потерю в весе, боли в наружных половых органах. Температура — 37,2°. На туловище рассеянные мелкие пузырьковые элементы; в области крестца, правой половой губы — некротические участки. Подмышечные и паховые лимфатические узлы величиной с грецкий орех; плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево; тоны приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на зорте. Пульс — 72, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД — 140/85. Живот мягкий. Печень пальпируется на 5 см ниже реберной дуги, мягкая, слегка болезненная. Симптом Пастернацкого положительный справа. Мочиться самостоятельно не может. Стул со склонностью к запорам.

Анализ мочи: уд. вес — 1007, белка нет, в осадке — эпителиальные клетки — 2—4, лейкоциты 15—25, свежие эритроциты — 0—2 в поле зрения. Оксалаты в небольшом количестве. Дрожжеподобные клетки в большом количестве.

Назначены пенициллин (всего 1 050 000 ед.), стрептомицин (всего 1 000 000 ед.).

При микроскопическом исследовании осадка мочи (от 15/XI-58 г.) были обнаружены большие скопления грам-положительных почкующихся клеток и нитей мицелия, представляющих визуальную чистую культуру дрожжеподобного грибка. Посевами на глюкозный агар и среду Сабуро выделен *Candida albicans*, абсолютно нечувствительный к пенициллину, стрептомицину, биомицину, левомецетину.

Кролик, зараженный внутривенно 1 мл смыва суточной агаровой культуры грибка, пал в начале третьих суток. При посевах из легких, печени, селезенки, кишечного содержимого, осадка мочи выделены типичные *C. albicans*.

Антибиотики отменены.

21/XI-58 г. переведена в кожную клинику, где ей снова были назначены пенициллин и местно — 5% синтомициновая эмульсия.

25/XI-58 г. микробиологическому исследованию подвергнут материал из-под струпа язвы, располагающейся на крестце, со слизистой оболочки рта, из влагалища, а также фекалии и осадок мочи. Всюду обнаружены почкующиеся клетки и мицелий *C. albicans*. В тот же день был отменен пенициллин.

Проведено лечение йодистым калием, хлористым кальцием, димедролом, аскорбиновой кислотой, рибофлавином, местно — раствором риванола. Состояние улучшилось.

10/XII-58 г., то есть через 13 дней после отмены антибиотиков, при посевах крови, осадка мочи, фекалий, содержимого везикул, расположенных на левом предплечье, отделяемого из язвы на крестце и с угла губ *C. albicans* не обнаружены. Единичные колонии грибка выросли при посевах мазков со слизистой рта.

20/XII-58 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

11. Б-ной В., 51 г., поступил в клинику 30/VIII-57 г., с жалобами на постоянную сильную одышку и приступы удушья, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, похудание, резкую слабость и повышенную температуру. Болен с 1943 г., дважды перенес воспаление легких и плеврит. С 15/VIII-57 г. состояние ухудшилось. Повысилась температура до 38°, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, участились приступы удушья.

Состояние тяжелое, положение в постели вынужденное, полусидячее. Цианоз слизистых и акроцианоз. В легких справа спереди, начиная с IV межреберья и под лопаткой укорочение перкуторного звука, на остальном протяжении коробочный звук. В подлопаточной области справа множество мелкопузырчатых хрипов. На остальном протяжении легких дыхание ослаблено. Число дыханий — 32. Границы сердца расширены, тоны приглушены. Пульс — 96, слабого наполнения. АД — 80/60. Печень прощупывается ниже реберной дуги на 3 см, селезенка не прощупывается. Мочеиспускание, стул в норме.

Рентгеноскопия грудной клетки от 2/IX-57 г. — данные за нижнедолевую хроническую интерстициальную пневмонию в стадии обострения и инфильтрации.

Диагноз. Хроническая интерстициальная пневмония. Пневмосклероз. Хронический бронхит. Бронхоэктазия. Эмфизема легких. Легочно-сердечная недостаточность III степени.

Б-ной получал пенициллин (всего 4 800 000 ед.), сердечные, отхаркивающие, кислород, хлористый кальций, отвлекающие процедуры, мочегонные, проводились разгрузочные дни. Состояние оставалось тяжелым. Температура была высокой, появились отеки верхних и нижних конечностей, туловища, половых органов, асцит.

14/X-57 г. в мокроте обнаружены дрожжеподобные грибки. Был заподозрен кандидомикоз легких. Отменен пенициллин. Через 6 дней после этого температура понизилась до нормы.

В мокроте от 27/X-57 г. дрожжеподобные грибки не обнаружены. Общее состояние несколько улучшилось. По настойчивой просьбе больной выписан из клиники.

Приведенные случаи указывают на необходимость систематических исследований на дрожжеподобные грибки экскретов, главным образом, осадков мочи ослабленных больных, длительно лечащихся антибиотиками, с тем, чтобы принять своевременные меры для предупреждения и лечения кандидомикозов.

Канд. мед. наук Я. С. Циммерман (Ижевск). О лечебном действии минеральной воды Ново-Ижевского источника при заболеваниях пищеварительного аппарата

Ново-Ижевский источник был открыт в 1949 г. в районе Ижевска и быстро получил признание. С начала 1958 г. на базе источника открыт санаторий «Металлург».

Вода «Ново-Ижевского источника» содержит ряд активно действующих микроэлементов: бром (17,7 мг/л), йод (1,3 мг/л), литий, стронций, марганец, и обладает небольшой радиоактивностью (1,10 ед. Махе).

Эффективность источника была прослежена у 214 больных, страдающих хроническими заболеваниями печени и желчных путей типа холецистита, холецистогепатита (у 144), хроническими гастритами и гастродуоденитами (у 46), язвенной болезнью в стадии нерезкого обострения (у 24 — при отсутствии кровотечения и сужения привратника).

Минеральная вода назначалась внутрь 3 раза в день по $\frac{3}{4}$ стакана, время ее приема до еды и температура варьировались в зависимости от характера заболевания и кислотности желудочного сока. Курс лечения в стационаре — обычно 3—4 недели, с соблюдением диеты, но медикаментозная терапия у них не применялась.

Диспептические жалобы прекращались обычно уже спустя 7—12 дней от начала лечения. Нормализовался (при микроскопическом исследовании) и состав желчи, получаемой при дуоденальном зондировании: порции «А» — у 32,5%, порции «В» — у 43%, порции «С» — у 31%. Наконец, у 30,5% была отмечена нормализация ранее субфебрильной температуры тела.

Наблюдались нормализация типа желудочной секреции и ускорение элиминации краски нейтральрот слизистой оболочкой желудка к концу курса лечения. Терапевтический эффект был достигнут у 78,5% при хронических холецистогепатитах, у 74% — при гастритах и гастродуоденитах и у 70,8% — при язвенной болезни.

Доц. В. А. Бахтияров и Г. М. Казаков (Свердловск). Патоморфология хронического неспецифического мезентериального лимфаденита у детей

Произведено детальное гистологическое исследование (окраска гематоксин-эозин и по Ван-Гизону) брыжеечных лимфоузлов и червеобразных отростков у 16 детей (7 мальчиков и 9 девочек), страдающих хроническим неспецифическим мезенте-