

больной доставлен в провизорное отделение с диагнозом правосторонней пневмонии.

Больной бледен. Лимфоузлы не увеличены, температура субфебрильная, умеренная одышка. Пульс 92, ритмичный, удовлетворительного напряжения. Границы сердца в норме, тоны ясные. В легких справа, ниже угла лопатки, укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, шум трения плевры. По остальным полям — без изменений.

Рентгеноскопия 30/XII 1964 г. Справа над диафрагмой неомогенное понижение прозрачности легочной ткани. Правый купол диафрагмы в среднедиафрагмальной части плохо дифференцируется. Рисунок корней справа усилен, тяжист. Синусы свободны. Легочные поля слева без изменений. Сердечно-сосудистая тень не изменена.

Применялись антибиотики, сульфаниламиды, сердечные средства, горчичники. Состояние вскоре улучшилось, однако температура оставалась субфебрильной. 7/1 1965 г. появились боли в левой половине грудной клетки, усилились одышка и кашель. Слева под углом лопатки появились хрипы. Рентгенологически 11/1 1965 г. слева над диафрагмой выявлены очаговые затемнения.

На рентгенограмме 19/1 — усиление легочного рисунка с обеих сторон; увеличение левого желудочка сердца, сглаженность талии сердца, понижение амплитуды сердечных сокращений.

20/1 возник тромбоз левого бедра, сопровождавшийся резкими болями, мраморностью кожных покровов, незначительной отеком. Температура повысилась до 38—39°.

В дальнейшем болезнь приняла септический характер. С 13/II 1965 г. появилась резкая боль и отечность правой голени, усилился кашель, боль в груди. Наблюдался профузный пот, ознобы, одышка, тахикардия.

Установлено расширение сердца, значительное приглушение тонов, что расценивалось как симптомы перикардита. В легких — участки притупления сзади с обеих сторон, рассеянные сухие и влажные хрипы. Увеличились шейные, надключичные и подмышечные лимфоузлы. Отек распространился на бедра и туловище.

Рентгенография 25/II. В легких очаговые тени. Сердце увеличено в размерах (перикардит).

Лечение антибиотиками, сердечными средствами, антикоагулянтами, мазевыми повязками не дало эффекта.

4/III 1965 г. диагностирована гангрена пальцев правой стопы. В течение нескольких дней были боли в затылке справа, где пальпировался уплотненный сосуд (тромбоз), боли в животе, в правом плече. Отеки увеличивались. Рентгенологически отмечено еще большее расширение и уплотнение корней легких и усиление бронхосудистого рисунка на всем протяжении, особенно в средних и нижних легочных поясах. Синус слева затемнен. Купол диафрагмы не дифференцируется из-за жидкости в полости плевры. Неоднородное затемнение в нижней доле правого легкого над диафрагмой прежней интенсивности и размера. Тень сердца расширена.

12/III больной умер.

Клинический диагноз: бронхокарцинома (диффузно-инфильтративная форма). Осложнения: метастазы рака в лимфоузлы; множественный мигрирующий тромбоз нижних конечностей и правой верхней; гидрперикард, асцит, анасарка, гангрена пальцев правой стопы.

Патологоанатомический диагноз: основное заболевание — рак главного бронха нижней доли правого легкого. Метастазы рака в обе плевры, надпочечники, перикард и эпикард, в печень, а также в лимфатические узлы: правые и левые надключичные, правые паратрахеальные, бифуркации трахеи, парааортальные брюшной части и вдоль головки поджелудочной железы. Тромбоз нижней полой, подвздошных и бедренных вен. Гангрена пальцев правой стопы. Геморрагические инфаркты в нижних долях легких. Коллапс легких, анасарка, асцит, гидроторакс, гидрперикард.

УДК 616.511.4

## О ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗ ПРИ СИНДРОМЕ СТИВЕНС — ДЖОНСОНА

*Э. А. Коганова, З. Н. Самарина*

Кафедра кожно-венерических болезней (зав. — проф. А. К. Якубсон) и кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. А. Колен) Новосибирского медицинского института

В 1922 г. Стивенс и Джонсон впервые описали 2 случая тяжелого заболевания, протекавшего в виде острого инфекционного процесса с выраженными общими расстройствами (высокая температура, озноб, головная боль и т. д.), поражением кожи и слизистой ротовой полости, глаз, носоглотки и гениталий. Впоследствии это заболевание стали называть синдромом Стивенс — Джонсона.

Еще А. Г. Полотебнов, П. В. Никольский, Г. И. Мещерский и П. О. Григорьев отмечали, что при этом заболевании, помимо поражения кожи и видимых слизистых

оболочек, наблюдаются изменения нервной системы и внутренних органов, в результате чего возможны смертельные исходы.

Аналогичная картина описывается в литературе под различными наименованиями: эрозивный эктодермоз естественных отверстий, генерализованная форма экссудативной эритемы типа Фиссанже — Рандю, дермато-стоматит Бадера. Проппе предлагает все эти формулировки объединить для аналогично протекающих клинических картин и дать им одно название синдрома *pusco-cutaneo-oculagrae*. Это название впервые предложено Фуком в 1876 г.

Различают три вида глазных осложнений болезни Стивенс — Джонсона: обычный катаральный конъюнктивит, гнойный конъюнктивит и псевдопемфигус, заканчивающийся обычно симблефароном, трихиазом и т. д.

Ниже мы приводим истории болезни больных с синдромом Стивенс — Джонсона, протекавших с поражением глаз.

1. Е. поступила 18/XII 1958 г. в тяжелом состоянии. Высыпания локализовались в полости рта, в носу, на коже туловища и конечностей. Слизистая носа гиперемирована, в носовых ходах серозно-гнойные корки. Слизистая зева гиперемирована, покрыта пузырьками с мутным содержимым, местами эрозирована. На коже туловища и конечностей папулезные элементы с экссудатацией, местами с пузырями в центре, наполненными геморрагическим содержимым, с рассеянными эрозиями величиной от просьяного зерна до десятикопеечной монеты, покрытыми гнойным налетом с остатками оболочек. Со стороны внутренних органов патологии не отмечено.

Внутрь давали биомицин и витамины, местно применяли дезинфицирующие мази. После 59-дневного пребывания в клинике больная выписана в удовлетворительном состоянии с пигментацией кожи на месте бывших высыпаний.

18/II 1959 г. у больной вновь поднялась температура до 38,6°, появилась общая слабость, высыпания на коже. 23/II она была госпитализирована. Помимо описанных выше высыпаний, у больной оказались пораженными и глаза. Правый глаз — острота зрения 0,09, слезотечение, светобоязнь, конъюнктивит век гиперемирована, отечна; перикорнеальная инъеция. На роговице соответственно 6 часам, несколько отступая от лимба, — сероватый, овальной формы, величиной от полутора до двух миллиметров инфильтрат с изъязвлением в центре. Роговица отечна. В последующие дни появилось еще несколько таких инфильтратов, процесс протекал вяло, без склонности к более глубокому изъязвлению. На левом глазу — легкая гиперемия конъюнктивы. Помимо общей терапии (биомицин, тетрацилин, салициловый натрий), проводилась местная терапия глаз (атропин, рибофлавин в каплях и левомицетиновая мазь).

В результате лечения к 10/VI 1959 г. острота зрения правого глаза повысилась до 0,6, исчезла перикорнеальная инъеция, цилиарная болезненность. На месте изъязвившихся инфильтратов остались мелкие фасетки с прозрачным, заэпителизированным дном. Улучшение общего состояния больной и регресс высыпаний на коже и слизистых протекали очень медленно. После 53-дневного пребывания в клинике больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

2. Д., 12 лет, заболела 30/X 1961 г. Беспокоили слабость, головная боль. Участковым педиатром был поставлен диагноз ревмокардита, по поводу которого она и лечилась до ноября. В начале ноября на коже лица, спины, груди, конечностей появилась красноватая сыпь. На 3-й день образовались пузыри, наполненные мутным содержимым. Вскоре появился отек и покраснение век, пузыри на конъюнктиве. Общее состояние ребенка было тяжелым. Были нарушены глотание и мочеиспускание.

22/XI 1961 г. девочка была госпитализирована. Проводилась терапия антибиотиками, кортизоном, глаза промывали раствором марганцевокислого калия. 1/1 1962 г. девочка была выписана в удовлетворительном состоянии и направлена к окулисту.

Правый глаз — острота зрения 0,2, не корригируется. Слезотечение, светобоязнь. Со стороны нижнего века заворот, трихиаз. На конъюнктиве обоих век белесоватые, сухие рубцы. Рубцевание особенно выражено у ресничного края. Движения глаза в полном объеме. Умеренно выраженная перикорнеальная инъеция.

Соответственно 12 часам, отступая от лимба на 1 мм, — округлый, сероватый инфильтрат с изъязвлением в центре, занимающий поверхностные и средние слои роговицы. Роговица не чувствительна. Глубже лежащие отделы не изменены. Глазное дно в норме.

Такие же изменения на левом глазу.

Местно назначен атропин, альбуцид, рибофлавин в каплях, гидрокортизоновая мазь; внутрь — глюконат кальция, рыбий жир, поливитамины.

Заворот левого нижнего века был исправлен оперативным путем.

Острота зрения поднялась до 0,8. Восстановилась чувствительность роговицы. На месте бывших инфильтратов на роговице остались ограниченные помутнения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А. Сов. мед., 1959, 10. — 2. Кричевский А. М. с сотр. Вестн. венерологии и дерматологии, 1954, 4. — 3. Пашков Б. Стоматология, 1959, 2. — 4. Суворов В. А. Сов. мед., 1960, 12. — 5. Цепенюк Л. М. Вестн. офт., 1962, 4.