

К. Б. Самерханова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доктор мед. наук А. Е. Резник) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

Заблевание впервые описано американскими педиатрами Стивенсом и Джонсоном в 1922 г. В известной нам отечественной литературе этот синдром описан только отдельными авторами (А. А. Каламкарян, 1959; В. Е. Суворов, 1960; Г. В. Хорава и Н. М. Курмазя, 1963).

Синдром Стивенс — Джонсона клинически характеризуется бурным началом с высокой температурой, тяжелой интоксикацией и сопровождается поражением органов дыхания и пищеварения. Доминирующими в клинической картине являются одновременные поражения кожи, слизистых глаз, полости рта, носоглотки и половых органов. Многие авторы (В. М. Жданов, А. М. Кричевский, А. К. Шубладзе, Л. Н. Машкиллейсон и др.) рассматривают этот синдром как тяжелую форму буллезной многоформной эритемы со своеобразным течением.

В 1962—1963 гг. мы наблюдали 2 таких больных.

1. Ф., 30 лет, был доставлен из районной больницы на 8-й день болезни. Заболел остро. Температура повысилась до 39°. Появилась отечность и гиперемия кожи лица, отек губ, гиперемия склер и отек век. На коже поясничной области — папулезная сыпь. На следующий день она распространилась на верхние конечности, на грудь и спину. Затем в центре сыпных элементов появились везикулы. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: беспокоило чувство жжения во рту, слюнотечение, боли по ходу пищевода при глотании, боли при мочеиспускании, резь в глазах и слезотечение. Через 4—5 дней сыпь распространилась на все туловище, нижние конечности и половые органы.

При поступлении состояние больного тяжелое. Жалуется на боль и ломоту во всем теле, слабость, обильное гноетечение из обоих глаз, слюнотечение, боль в горле при глотании, болезненность при мочеиспускании. Температура 39,4°. Кожа лица и ушных раковин резко гиперемирована, отечна и покрыта кровянисто-гнойными корочками разной формы и величины. Губы отечны и покрыты кровянисто-гнойными корками. Верхние и нижние веки обоих глаз отечны, с эрозиями; конъюнктив гиперемирована, покрыта гнойным налетом. Сосуды слизистой склер инъецированы. Глазная щель сужена, обильное гноетечение. На слизистой рта, зева, щек, языка — обширные изъязвления, затрудняющие открывание рта и даже глотание слюны. На коже шеи, туловища и конечностей обильная диссеминированная полиморфная сыпь (сине-багровые пятна, папулы, дряблые пузыри размером от чечевицы до гусиного яйца, наполненные серозно-кровянистой жидкостью), обширные эрозированные участки, особенно на спине. Кожа перинальной области и половых органов гиперемирована, с эрозиями и кровянисто-гнойными корочками. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости изменений не отмечено.

Нормоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. РОЭ 41 мм/час.

При проведении внутрикожной биопробы на морских свинках получены пузырьки. Природу вируса, вызвавшего заболевание, определить не удалось. Из содержимого пузырей выделен гемолитический стафилококк, нечувствительный к антибиотикам.

Назначено смазывание кожи 1% раствором бриллиантовой зелени, окситетрациклиновой мазью, полоскание рта 2% раствором соды и слабым раствором марганцевокислого калия, туалет глаз физиологическим раствором, закапывание раствора пенициллина (1:10 000) и 30% раствора альбумида. Внутри больно получал тетрациклин, комплекс витаминов, сердечно-сосудистые и десенсибилизирующие средства. На высоте интоксикации кратковременно вводился преднизолон.

Температура с 12-го до 29-го дня болезни держалась на субфебрильных цифрах. Пораженные участки кожи и слизистых к моменту выписки, на 55-й день болезни, почти полностью очистились и заэпителизовались.

2. В., 15 лет, поступила на 7-й день болезни с диагнозом: тяжелая форма кори. В первые дни болезни отмечала чувство жжения во рту и боль в горле; на 5-й день состояние ухудшилось, температура повысилась до 40°, появились конъюнктивит, светобоязнь и одновременно папулезная сыпь на лице, туловище и конечностях.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,4°. Обильное гноетечение из глаз, светобоязнь, боль в горле при глотании, чувство жжения в области половых губ, боль при мочеиспускании. На лице, туловище и конечностях обильные полиморфные высыпания (папулы, местами пятна темно-багрового цвета, везикулы и пузыри). На коже туловища множество кровянисто-гнойных корочек. Кожа в перинальной области гиперемирована. Веки обоих глаз отечны, глазная щель сужена; конъюнктив гиперемирована с обильным гнойным отделяемым. На конъюнктиве нижнего века правого глаза везикулы. Сосуды слизистой склер инъецированы. Губы отечны, на слизистой щек, мягкого неба, язычка, дужек — мелкие везикулы с мутно-

тым содержимым. Слизистая половых губ отечна, гиперемирована, местами эрозирована.

Умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Проводилась терапия, аналогичная вышеизложенной.

Температура снизилась на 10-й день болезни, кожа очистилась к 29-му дню, а слизистые позднее. Больная выписана в хорошем состоянии на 37-й день болезни.

УДК 616.127—005.8—616.12—008.331.1

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

З. Х. Дегтярева

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. Г. З. Ишмухаметова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

С-реактивный белок получил свое название в связи с его способностью вступать в реакцию с соматическим С-полисахаридом пневмококков и образовывать при этом преципитат. Из основных методов обнаружения С-реактивного белка наиболее простым и удобным в клинических условиях является реакция преципитации с иммунной кроличьей антисывороткой к нему.

Мы изучали частоту и интенсивность реакции на С-реактивный белок параллельно с другими клинико-лабораторными показателями при остром инфаркте миокарда, стенокардии и гипертонической болезни.

Под нашим наблюдением было 37 мужчин и 53 женщины. В возрасте от 30 до 50 лет был 31 больной, от 51 до 70 лет и старше — 59. С острым инфарктом миокарда был 31 больной, с хронической коронарной недостаточностью с приступами стенокардии — 12 (из них в сочетании с гипертонической болезнью — 8), с гипертонической болезнью различных стадий — 47.

При инфаркте миокарда мы находили С-реактивный белок как в остром периоде, начиная с 1—2-го дня, так и позднее, вплоть до 6—8-й недели заболевания. В подостром периоде и в периоде клинического выздоровления реакция была менее выраженной.

Уменьшение содержания С-реактивного белка у 2 больных произошло к концу 2-й недели заболевания, у 12 — к концу первого месяца, у 11 — на 6—8-й неделе заболевания; у 12 к этому времени он не обнаружен.

Сопоставление температурной реакции, лейкоцитоза, РОЭ и реакции на С-реактивный белок показало, что они изменяются не всегда параллельно и одновременно. Так, реакция на С-реактивный белок в первые дни заболевания была положительной во всех случаях инфаркта миокарда, а повышение температуры, ускорение РОЭ и лейкоцитоз были только у 55% больных. Температура и количество лейкоцитов нормализуются раньше, чем исчезает из сыворотки С-реактивный белок. Между показателями РОЭ и количеством С-реактивного белка имеется некоторая закономерность — и тот и другой показатель постепенно идут на убыль, но РОЭ обычно нормализуется раньше, чем исчезает из крови С-реактивный белок.

Среди больных стенокардией реакция на С-реактивный белок оказалась у 8 больных отрицательной, у 4 положительной. При последующем клиническом наблюдении у 3 из них, помимо стенокардии, были диагностированы бронхоэктатическая болезнь и хронический холецистит.

У 11 больных гипертонической болезнью, осложненной сосудистыми кризами, С-реактивный белок был слабоположительным. У двух из них гипертоническая болезнь сочеталась с полиартритом и холециститом. У остальных 36 больных гипертонической болезнью различных стадий С-реактивный белок не найден.

ВЫВОД

Определение С-реактивного белка является высокочувствительным и ценным вспомогательным тестом в диагностике острого инфаркта миокарда, превосходящим по чувствительности РОЭ.