

Вес при рождении — 5 кг. С 10 лет В. заметил, что стал быстро расти, стали большими руки и ноги. В 15 лет за год вырос на 8 см и прибавил в весе около 9 кг, это было больше, чем во все годы до этого (в остальные годы прибавлял в росте по 5—6—7 см).

Рост больного 2 м, вес 104 кг. Окружность головы 61 см, груди — в покое 103 см, при вдохе 109 см, при выдохе 99 см. Межреберные промежутки и ребра широкие. Мышечная сила правой руки 78 кг, левой — 48 кг, становаая — 190 кг.

Удлинены и несколько расширены кисти и стопы, значительно развиты пяточные бугры и нижняя челюсть. Размах рук 207 см. Длина стопы 33 см. Размер обуви каждый год увеличивался на 1 номер, с 1967 г. больной носит обувь, сделанную на заказ — 50—52 размер.

На томограммах области турецкого седла в прямой проекции на срезах 7,5—8,5 см (от лица) обнаруживается некоторое разрежение костной ткани правой половины спинки турецкого седла. На срезах 8 и 8,5 см — почти полная деструкция правой половины спинки. На боковых томограммах (при положении больного на правом боку) на срезах 6,5—7,5 см отмечается увеличение сагитального и вертикального размеров турецкого седла, нечеткость контура дна турецкого седла. На срезах 6,5 см — раздвоение контура спинки и более четкий контур дна турецкого седла на срезах 7 см. На срезах 7,5 см контуры деталей седла сравнительно четко выражены.

Внутренние органы относительно не увеличены. Нарушения их функций не установлено. АД 140/70; пульс 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При рентгеноскопии органов грудной клетки и на ЭКГ изменений не выявлено.

Наружные половые органы развиты соответственно возрасту. Оволосение в подмышечных впадинах слабое. Растительность на лобке по мужскому типу.

Глазное дно без патологии. Небольшое сужение полей зрения снаружи у обоих глаз и с внутренней стороны правого глаза.

Признаков органического поражения центральной нервной системы не отмечено. Нарушений со стороны психики нет.

Кровь и моча без отклонений от нормы. Содержание в сыворотке крови билирубина, холестерина, калия, кальция, фосфора, хлоридов в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Сахар крови натощак 64 мг%, сахарная кривая без особенностей.

Уровень нейтральных 17-кетостероидов в суточной моче — 18,6 мг/сутки.

Щитовидная железа увеличена — смешанный зоб 2-й степени, но симптомов нарушения ее функции нет.

В диспансере больной получил 2 курса рентгенотерапии: 3200 и 4000 р. За период наблюдения (1 год) рост увеличился на 5 см. Появившиеся легкие кратковременные головные боли и головокружения В. связывает с рентгенотерапией. Продолжает работать.

УДК 615—099

П. П. Евдокимов, Б. И. Койфман (Ульяновск). Смерть от лекарственной болезни

За последние 5 лет прозектурой Ульяновской областной больницы № 1 зарегистрировано 15 случаев смерти от лекарственной болезни. Среди умерших — 4 ребенка и 11 взрослых, из них мужчин — 2, остальные женщины в возрасте от 28 до 65 лет.

3 чел. отравились антибиотиками, 1 — пирамидоном, 1 — дикаином, 1 — сульфамидными препаратами, 2 — новокаином, 1 — анальгином, 7 — кортикостероидами в чистом виде или в сочетании с антибиотиками и другими препаратами, 1 — фтивазидом. Основные заболевания: в 1 случае — хронический тонзиллит, в 1 — рак гортани, в 1 — незаживающая язва прямой кишки, в 1 — полиартрит, в 1 — остаточные явления полиомиелита, в 1 — дизентерия, в 1 — диспепсия, в 1 — болезнь Банти, в 2 — пневмония, в 1 — туберкулез легких. У 5 лиц с кожными проявлениями лекарственной болезни основное заболевание осталось невыясненным.

Приводим описание наиболее ярких и характерных случаев смерти.

1. О., 47 лет, поступил 6/1 1965 г. в оториноларингологическое отделение по поводу запущенного рака гортани с метастазами в лимфоузлы шеи (III и IV степень). 21/1 во время операции (экстирпация гортани) после введения 200 мл 0,5% раствора новокаина (без адреналина) больной почувствовал резкую боль в пояснице, а при разрезе кожи области операционного поля — боль в сердце; появились тахикардия и аритмия. Вскоре наступила смерть. В анамнезе у больного полиартрит, непереносимость к некоторым лекарственным веществам, в частности к стрептомицину. При вскрытии трупа, кроме полнокровия органов, ничего не обнаружено (то же и при гистологическом исследовании).

2. А., 48 лет, находилась на лечении в гематологическом отделении, куда поступила 20/XII 1968 г. с диагнозом: ретикулез. За время лечения получила 1780 мг преднизолона, 4000 мл крови; принимала пенициллин, намицин, элениум, аскорбиновую кислоту, хлористый кальций, гемостимицин, аспирин, циклофосфен, ноксирон, валокордин, кордиамин, липокаин, глюкозу, гипокортизон, аминокровин, витамин В₁₂ и др., всего 33 препарата. На 45-й день после поступления была отмечена иктеричность

кожных покровов, заметное уменьшение печени (до этого она была увеличена). 28/II 1969 г. больная умерла.

На секции: печень 1430 г, мягкой консистенции, пятнистого вида, красно-желтого цвета с поверхности и на разрезе. При гистологическом исследовании обнаружено полное нарушение ее структуры — дискмплексация клеток, крупные участки некроза в центре долек с наличием жировых включений и белковых зернышек. Изменения в печени мы ставим в прямую связь с приемом огромного количества лекарственных веществ, главным образом преднизолона.

3. П., 47 лет, 2/I 1967 г. доставлена в оториноларингологическое отделение службой скорой помощи в состоянии асфиксии. По поводу остаточных явлений перенесенного полиомиелита и полиартрита она в амбулаторных условиях лечилась ионофорезом новокаина. После 5-й процедуры у нее появились боли в горле, а вскоре — затрудненное дыхание, приведшее к асфиксии. Больная была в тяжелом состоянии. Произведена нижняя трахеотомия, но улучшения не наступило, и на следующий день больная умерла. Направлена на секцию с диагнозом: аллергический отек гортани, асфиксия, отек мозга, острый нефрит, остаточные явления полиомиелита.

На секции отмечена резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, обильные кровоизлияния в клетчатку средостения, множественные острые эрозии по ходу желудочно-кишечного тракта, кровь в желудке (1800 мл), в кишечнике; малокровие всех внутренних органов. Отека гортани к моменту вскрытия уже не было. При гистологическом исследовании найден распространенный деструктивно-продуктивный васкулит.

Наступление смерти мы ставим в связь с применением новокаина, в результате чего развились явления распространенного деструктивно-продуктивного васкулита, и на этой почве возникли эрозии в желудке и кишечнике, давшие кровотечение и смерть от него.

4. П., 52 лет, поступила на лечение в инфекционное отделение 19/V 1969 г. в тяжелом состоянии по случаю ангины, возникшей после 5-й внутримышечной инъекции анальгина, назначенного по поводу болей в суставах (полиартрит). В анамнезе — непереносимость к анальгину даже в таблетках. Исследование крови: Э — 3 500 000, Л — 850, п. — 8%, л. — 89%, м. — 3%, РОЭ — 52 мм/час. Больная умерла 23/V.

Направление на вскрытие с диагнозом: агранулоцитоз, гнойно-некротическая ангина, сепсис.

При вскрытии обнаружен гнойно-некротический стоматит, глоссит, тонзиллит, язвенно-некротический эзофагит, язвенный гастрит, сепсис; двусторонняя крупноочаговая пневмония, в правой верхней доле геморрагической инфаркт; белковая и жировая дистрофия миокарда, печени, почек. При гистологическом исследовании — картина плазматизации селезенки, лимфатических узлов, костного мозга, тромбы в сосудах, паренхиматозная дистрофия органов.

5. У А., 50 лет, в мае 1968 г. появились боли в прямой кишке при дефекации. Лечилась в местной больнице, наступило улучшение. В октябре 1969 г. вновь появились такие же боли, по поводу чего она 5/XI поступила в Ульяновский областной онкологический диспансер. Врачи, найдя у больной каллезную язву слизистой прямой кишки, 28/XI произвели иссечение ее и назначили сульфодимезин по 1 г 4 раза в день. В анамнезе были указания на непереносимость больной к лекарственным препаратам, в частности к стрептомицину.

2/XII, на 4-й день после операции, состояние больной крайне тяжелое, она без сознания, наблюдаются легкие подергивания кистей рук. Пульс 100, АД 80/50. Э — 3 650 000, Л — 900, л. — 89%, м. — 11%, тромбоцитов — 182 550, РОЭ — 51 мм/час. Больная скончалась.

Труп направлен в прозектуру с клиническим диагнозом: язва прямой кишки (длительно не заживающая); состояние после операции иссечения язвы; лекарственный агранулоцитоз.

Патологоанатомический диагноз: иммуно-аллергический (медикаментозный) агранулоцитоз (водянистый бледный костный мозг, некротический стоматит, язвенно-некротический глоссит, некротическая ангина, некротический эзофагит); паренхиматозная дистрофия миокарда, печени и почек; двухсторонняя мелкоочаговая пневмония; отек легких; отек мозга и мягких мозговых оболочек; выраженный универсальный атеросклероз, атеросклеротический миокардиосклероз. В данном случае, как и в предыдущем, ближайшей причиной смерти мы считаем сепсис, развившийся на почве агранулоцитоза как ответной реакции сенсibilизированного к лекарственным препаратам организма.

Небольшое число наших наблюдений не позволяет нам прийти к определенным выводам, но нам хотелось бы отметить следующее.

Смерть от лекарственной болезни встречается чаще, чем она фиксируется в прозекторской практике патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

Выявлению лекарственной болезни на секционном столе патологоанатомов может способствовать углубленное изучение истории болезни умершего, тщательное исследование органов при вскрытии с последующим полным гистологическим анализом.