

плоского типа в лечение были включены сульфаниламидные препараты. У одного пациента, получавшего глюкокортикоиды, был выявлен сахарный диабет.

У 5 больных бронхиальной астмой, которым были назначены глюкокортикоиды, увеличение содержания ИРИ в ответ на сахарную нагрузку было слабо выраженным или отсутствовало.

Таким образом, изменения секреции инсулина и толерантности к глюкозе у ряда больных можно объяснить действием соответствующих медикаментов. Однако они были выявлены и у лиц, еще не получавших лечения, поэтому указанные сдвиги можно считать следствием не только медикаментозного лечения, но и хронических заболеваний легких.

УДК 616.511+616.761—002.155

Н. С. Остроносова, В. Н. Саперов, А. В. Головин, В. В. Смердова (Чебоксары). Два случая синдрома Стивенса — Джонсона

Синдром Стивенса — Джонсона представляет собой тяжелую многоформную экссудативную эритему с одновременным поражением слизистых оболочек естественных отверстий. Наряду с изменением кожных покровов и слизистых оболочек поражаются и внутренние органы. Этиология заболевания до конца не выяснена. В последние годы все больше появляется данных за гиперергическую форму лекарственного дерматита. В связи с этим представляют интерес два случая синдрома Стивенса — Джонсона.

М., 59 лет, слесарь, доставлен в больницу 15.03.84 г. с жалобами на пузырьковые высыпания на слизистых губ и вокруг рта, носа, половых органах, зуд по всему телу, головные боли, раздражительность, выраженную общую слабость. Болен с 03.03.84 г., когда после простуды появилась субфебрильная температура, насморк, кашель. К врачу не обращался. Раньше в таких случаях больной чувствовал улучшение от приема аспирина. Потому и в этот раз он принимал аспирин по одной таблетке на ночь. На 3-й день у него возникли зудящая сыпь по всему телу, отек лица, век, губ, половых органов; температура тела поднялась до 39,2°. На 5-й день на губах, вокруг носа и рта высыпали пузырьки.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. На коже лица, шеи, туловища и конечностей множественные полиморфные высыпания папулезного и геморрагического характера. На слизистой рта, губах, вокруг носа, ушей, на шее и половом члене — пузырьковые высыпания различной величины, местами сливающиеся в обширные участки. Симптом П. В. Никольского отрицательный. Лицо, веки и губы отечны.

Анализ крови при поступлении: эр. — $4,9 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 2,4 ммоль/л, цв. показатель — 1,1, л. — $13,7 \cdot 10^9/л$, э. — 7%, п. — 8%, с. — 35%, лимф. — 48%, мон. — 2%; СОЭ — 11 мм/ч; общий белок — 57 г/л.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, отн. пл. — 1,010, белок — 0,033%, л. — 1—2 в поле зрения.

Был диагностирован синдром Стивенса — Джонсона, вызванный приемом аспирина. Проба Уанье и тест Шелли подтвердили наличие сенсибилизации к аспирину.

Больному проведено лечение дезинтоксикационными, антигистаминными, десенсибилизирующими, мочегонными и седативными препаратами. Местно на кожу накладывали фурацилиновую и кортикостероидные мази, на веки — тетрациклиновую и гидрокортизоновую мази. Для полоскания полости рта использовали отвар шалфея и раствор перманганата калия. Состояние больного через 3 нед улучшилось, температура нормализовалась. Кожные покровы очистились через 4 нед, на местах высыпаний остались пигментированные пятна. Больной выписан на 37-й день в хорошем состоянии.

Т., 42 лет, рабочая, находясь в гинекологическом отделении по поводу левостороннего периаднекситы, получала цефатрексил по 0,5 внутримышечно. После второй инъекции у больной появились выраженная общая слабость, зуд по всему телу, озноб. Температура тела повысилась до 38,2°. Вскоре по всему телу распространилась зудящая сыпь, более выраженная в местах кожных складок.

При осмотре состояние больной средней тяжести. На лице, волосистой части головы, шее, в подмышечных областях, на спине и промежности — высыпания в виде папулезных элементов с выраженной синюшностью в центре. Наряду с ними вокруг гениталий, на коже живота и спины — множественные пузырьки величиной до копейчной монеты со светлым содержимым. В легких дыхание жестковатое. АД — 16,0/10,6 кПа. Частота пульса — 96—102 уд. в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в области высыпаний и в правом подребье. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см.

Начата дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и антигистаминная терапия. На 4-й день состояние больной резко ухудшилось, и она была переведена в реанимационное отделение. При поступлении лицо, веки и губы отечны, покрыты эрозиями и кровянистыми местами сливающимися в обширные участки. Симптом П. В. Никольского положительный. Анализ крови: эр. — $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 1,89 ммоль/л, л. — $33,2 \cdot 10^9/л$, э. — 1%, п. — 13%, с. — 81%, лимф. — 2%, мон. — 2%, ретикул. — 1%. Анализ мочи: отн. пл. — 1,017, белок — 0,099 г, л. — 3—4 в поле зрения, эр. — 1—2, эпителий плоский — 7—8.

В связи с возникновением инфекционных осложнений назначены антибиотики. Вводили физраствор, реополиглокин, гемодез, раствор Рингера — Локка и нативную плазму. Суточная доза преднизолона (внутри 30 мг и парентерально) была доведена до 120 мг. В результате лечения состояние больной стало постепенно улучшаться, и на 43-й день от начала заболевания она была выписана в хорошем состоянии.

Описанные случаи представляют интерес как примеры успешного лечения больных с синдромом Стивенса — Джонсона. Анализ причин возникновения синдрома Стивенса — Джонсона показал, что сенсибилизация организма может развиваться как при длительном применении лекарственных препаратов (у больного М.), так и в короткие сроки (у больной Т.). Последний случай свидетельствует о способности цефатрексила быстро вызывать у больных сенсибилизацию к препарату.

удк 618.39—021.3—07

Я. Ю. Малков, А. Ф. Долгушин (Пенза). Диагностическая роль определения С-реактивного белка у беременных в прогнозе невынашивания

Прогноз беременности при невынашивании до сих пор представляет в акушерстве практический интерес. Нам встретились несколько зарубежных сообщений о целесообразности определения С-реактивного белка (С-РБ) в крови беременных для оценки прогноза беременности, а также развития хориоамнионита.

В связи с актуальностью проблемы были обследованы 123 беременные в возрасте 18—35 лет при сроке беременности от 15 до 35 нед, у которых определяли С-РБ в крови при поступлении в стационар и в процессе лечения. Из них первобеременных было 72, повторнобеременных — 51. Причина невынашивания у большинства из них не установлена.

У 18 женщин первая беременность в анамнезе закончилась самопроизвольным выкидышем в сроки от 6 до 28 нед. Из общего числа обследованных у двух в анамнезе было первичное бесплодие 5 и 10 лет, одна перенесла за 3 года до настоящей беременности кесарево сечение. У 22 женщин в прошлом были от 2 до 5 искусственных аборт, у одной из них с осложнением — перфорацией матки. Кроме того, у 8 женщин в анамнезе — эрозия шейки матки с электро- и диатермоэксцизией, у других 3 — двусторонний сальпингофорит, у одной — краснуха.

Всем беременным после лабораторного исследования, включая кольпоцитологию, в стационаре проводили лечение серноокислым магнием, витамином Е, сочетанием эстрогенов с гестагенами, токолитическими препаратами: партусистеном, алуpentом, а также туриналом. 68 беременных получили электроанализезию аппаратом ЛЭНАР в комбинации с медикаментозным лечением.

Из общего числа обследованных у 21 беременной С-РБ оказался положительным, при этом у 2 из них резко положительным (3+). При сроках 28—30 нед у них наступила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, и дети умерли в неонатальном периоде. В связи с отслойкой плаценты было произведено кесарево сечение. У 2 других беременных при поступлении С-РБ был положительным (2+), но в процессе лечения (через 11 дней) стал отрицательным. Эти беременные спустя 2 нед были выписаны с сохраненной беременностью, однако через месяц после выписки они вновь поступили в отделение патологии акушерского стационара с угрозой прерывания беременности, где им повторно было проведено лечение: С-РБ стал отрицательным. В дальнейшем беременность у них пролонгировалась, и роды произошли в срок с рождением живых доношенных детей. Из 2 беременных со слабо положительным С-РБ у одной наступили преждевременные роды с 29 нед мертвым плодом, а второй в связи с преждевременными родами, осложнившимися слабостью родовой деятельности, было произведено кесарево сечение — ребенок оказался жив. У одной беременной, которая поступила вторично с угрозой прерывания беременности, С-РБ оставался слабо положительным (+). После терапии выписана с пролонгированной беременностью, завершившейся срочными родами живым плодом. У оставшихся 14 беременных со слабо положительным С-РБ после терапии беременность пролонгирована до 35—38 нед — они наблюдаются в женской консультации.

Средний койко-день у беременных с положительным С-РБ составил 17,6, тогда как у беременных с отрицательным С-РБ — 13,5.

Из 102 беременных с отрицательным С-РБ лишь у одной произошли преждевременные роды нежизнеспособным плодом в 28 нед. У остальных лечение способствовало пролонгации беременных и рождению доношенных детей. У 3 беременных с отрицательным С-РБ, истмико-цервикальной недостаточностью с привычным невынашиванием в анамнезе, 2 из которых был наложен шов по методу Любимовой при сроках 13—18 нед, удалось добиться пролонгации беременности с рождением живых детей. Повторно в стационар по поводу угрозы прерывания беременности поступили 12 из 102 беременных с отрицательным С-РБ. После лечения они выписаны с сохраненной беременностью.

Таким образом, определение С-РБ является простым и доступным методом прогноза беременности. При положительном С-РБ в крови беременных с невынашиванием следует рекомендовать госпитализацию в стационар, терапию с использованием токолитиков, наблюдение в женской консультации.

удк 618.177—08—039.57

Л. Н. Лопатина, М. И. Сабсай (Устинов). Опыт лечения женского бесплодия в условиях сельской участковой больницы

Мы проанализировали результаты шестилетнего опыта лечения женского бесплодия силами и средствами участковой больницы.

С 1980 по 1985 г. под нашим наблюдением было 36 женщин, страдавших бесплодием: 12 — в возрасте от 20 до 25 лет, 20 — от 25 до 30 и 4 — от 30 до 40.