

сустава в той или иной степени помогали различные тепловые процедуры, УКВ, однако, при сильных болях, наиболее обезболивающий эффект давала рентгенотерапия. При сакроилеите ревматической природы хороший эффект получался от комбинации физиопроцедур с салициловыми препаратами и пирамидоном. В запущенных случаях со стойкими изменениями в мягких тканях показано помимо того и грязелечение; последнее указание поддерживается и другими авторами. И, наконец, мы считаем необходимым во всех случаях заканчивать терапию сакроилеита серией мототерапевтических процедур.

Выводы. 1. Сакроилеиты нередко встречаются в практике терапевта. 2. В этиологии сакроилеита, встречающегося в практике терапевта, весьма часто лежит бруцеллезная инфекция. 3. По патогенезу сакроилеиты могут быть разделены на токсикаллергические (периартикулярные) и метастатические (остеоартриты). 4. Распознавание сакроилеита достигается обычными методами исследования и значительно облегчается симптомами Кушелевского. 5. Наиболее благоприятный терапевтический эффект в острых случаях дает рентгенотерапия; в других случаях вполне удовлетворительные результаты дает грязелечение с последующей мототерапией.

Поступила в ред. 14.IV. 1938 г.

Из Ленинградского тубдиспансера № 16 (глав. врач М. В. Гиндин).

Узловатая эритема у детей и туберкулез.

С. М. Моносзон и М. З. Ротенфельд.

В XIX столетии появился ряд работ по вопросу о патогенезе узловатой эритемы. Труссо, Лейхтентрит и др. рассматривают узловатую эритему как самостоятельное, острое, заразное заболевание. В доказательство приводятся случаи семейного заболевания узловатой эритемой, а также сезонность этого заболевания. Другие авторы, не считая узловатую эритему самостоятельным заболеванием, сводят картину узловатой эритемы к роли одного из симптомов какого-либо основного заболевания. Оливье и Макензи, учитывая, что при узловатой эритеме наблюдаются явления артралгии, связывают появление узловатой эритемы с ревматизмом. На малярийную этиологию узловатой эритемы указывали: Лаверан, Смирнов, Чирейкин и Фасс. Коллис, Гесс и др. связывают появление узловатой эритемы с внедрением в организм стрептококкового возбудителя.

Впервые на туберкулезную этиологию узловатой эритемы обратил внимание Уфельман в 1872 г. Вслед за ним — Понсе, Полляк, Гамбургер, Эренберг, Вальгрен тоже высказались за тесную связь узловатой эритемы с туберкулезом. В своих работах они приводили убедительный и большой материал. Вальгрен указывает, что только в 2% случаев нельзя было отметить связи узловатой эритемы с туберкулезом.

Авторы работ, появившихся у нас в последние годы, Голомб, Крикент, Островская, Левинсон, Цуккерман и Гуссейнбеков, тоже высказываются за туберкулезную этиологию узловой эритемы.

Нами было обследовано 85 детей, перенесших узловатую эритему. Из них 13 человек лежало в детском отделении Тубинститута. Надо сказать, что ни в одной из групп детей, которые мы обследуем профилактически в порядке раннего выявления туберкулеза, мы не встречали такого большого процента больных туберкулезом, как в группе детей, перенесших узловатую эритему. На нашем материале в 2 случаях узловой эритемы в промывных водах желудка были найдены палочки Коха: один раз бактериоскопически и другой раз бактериологически.

Для примера остановимся на следующем случае: С-ва, 8 лет, внесемейный контакт. До появления узловой эритемы считалась здоровой. Направлена в туберкулезный институт с повышенной температурой, на ногах узлы эритемы и папуло-некротические туберкулиды, палочки Коха в мокроте отсутствуют. В посеве желудочного сока культура ВК.

Среди сторонников теории туберкулезной этиологии узловой эритемы нет единодушия в характеристике механизма возникновения этого заболевания. Гамбургер относит узловатую эритему к группе туберкулидов, Могензен считает, что узловатая эритема вызывается ультравирусом туберкулезного происхождения. По Ядассону и Молчанову узловатая эритема провоцирует туберкулез, подобно кори. По Ландузи, Руссо, Уманскому и Поркесу узловатая эритема наступает в результате бациллемии. Вальгрэн связывает появление узловой эритемы с гиперэргией, которая наступает или при первичном заражении туберкулезом или при обострении туберкулезного процесса. В 56% Вальгрэн связывает появление узловой эритемы с первичным заражением.

Из обследованных нами 85 детей было: девочек 54, мальчиков 31; в 6 случаях мы наблюдали повторные высыпания узлов эритемы.

По возрасту больные распределялись следующим образом; до 3 л.—2, 3—6 л.—18, 6—9 л.—26, 9—12 л.—21, 12—15 л.—18 больных.

Преобладает старший дошкольный и первый школьный возраст. Большинство случаев узловой эритемы на нашем материале падает на февраль, март (до 60%).

Мы наблюдали несколько случаев, где высыпание узловой эритемы можно связать с первичным заражением туберкулезом. Дети эти были под нашим наблюдением до заболевания узловой эритемой. Биологические пробы у них были отрицательные. Клинически и рентгенологически в легких без изменений. После появления узловой эритемы биологические пробы становились положительными и в области гилусов отмечалась инфильтрация. В некоторых случаях был установлен и источник заражения туберкулезом.

Людмила Р., 1 г. 9 мес., посещает ясли. В июле 1936 г. реакция Манту 1/1000—отрицательная. 15/XII 1936 г. у ребенка появляется узловатая эритема и реакция Манту становится резко положительной. Рентгенологически—перигиллярная инфильтрация слева.

В таких случаях узловатая эритема, обычно, и была первым проявлением туберкулеза. В других случаях мы могли отметить связь между обострением туберкулеза и появлением узловой эритемы

Б-а, 10 лет, находилась под нашим наблюдением с 1928 г. с диагнозом: туберкулез мезентериальных желез. Реакция Пирке — положительная. В легких клинически без изменений. Рентгенологически — единичные плотные бронхо-пульмональные железы в корнях легких. У матери ребенка костный туберкулез. В 1933 г. девочка была помещена в детское отделение Туберкулезного института по поводу ухудшения ее состояния. Реакции Пирке и Манту различными разведениями были отрицательны. Через день после выписки у девочки появилась узловатая эритема и вспыхнули реакции Пирке и Манту.

В ряде случаев мы наблюдали повторные высыпания узловатой эритемы.

Производя биологическую пробу после узловатой эритемы, можно иногда вызвать повторное высыпание узлов эритемы. Повторная узловатая эритема наблюдается иногда после действия некоторых раздражителей. У девочки С-ой, 8 лет, повторная узловатая эритема появилась после того, как она погрелась на солнце. В других случаях узловатая эритема появилась у инфицированных туберкулезом детей после кори, скарлатины, коклюша, ангины и т. д.

Из обследованных нами детей узлы эритемы появились у троих после кори, у двоих после скарлатины и у одного после коклюша.

Шнорр описывает 10 случаев тяжелого легочного туберкулеза, в течение которого повторно появлялась узловатая эритема при лечении бромидами, санокризином или искусственным пневмотораксом.

Нам кажется правильным взгляд Мейергоффера, что при туберкулезе в определенные периоды бывает повышенная чувствительность организма, на почве которой разные, и в том числе неспецифические, раздражители могут вызвать появление узловатой эритемы. В пользу этого говорит следующий случай.

Ч-я, 5 лет, в марте 1936 г. перенесла корь. Через 3 недели — узловатая эритема. Реакция Пирке — резко положительная. Рентгенологически: перигляндкулярная инфильтрация области левого гилуса. В июне отмечаются незначительные остатки инфильтрации у корня легкого с наличием нескольких плотных бронхо-пульмональных желез. В декабре того же 1936 г., через 2 дня после противоскарлатинозной прививки, на груди в области рукоятки появилась плотная опухоль с грецкий орех, болезненная при пальпации. В марте 1937 г. на шее слева появился пакет неспянных болезненных лимфатических желез. В апреле на груди на месте опухоли — свищ. Диагноз: туберкулез левого грудино-ключичного сочленения. Таким образом налицо случай гематогенного туберкулеза, в течение которого (после неспецифического фактора — кори) отмечалась узловатая эритема.

Ни в одном из 85 случаев узловатой эритемы, которые мы наблюдали, мы не могли установить связь ни с ревматизмом, ни с малярией.

Узловатая эритема обычно появляется после лихорадочного периода (от 7 до 13 дней). Почти во всех случаях мы имели жалобы на боли в нижних конечностях, которые прекращались вместе с исчезновением узловатой эритемы. Течение узловатой эритемы, по нашим наблюдениям, не соответствовало тяжести туберкулезных изменений в легких. Мы даже могли в ряде случаев отметить обратную зависимость. При незначительном высыпании, быстро исчезавшем, наблюдались иногда тяжелые туберкулезные изменения, в то время как при обильном высыпании узлов эритемы и длительном течении туберкулезные явления были незначительны.

Ребенок А-н, 7 лет, узловатая эритема держалась 1 день, на следующий день чуть заметны на ногах следы узлов. Через неделю у ребенка *spina ventosa*

основной фаланги IV пальца левой кисти, а в легких картина активного бронхоаденита.

Биологические пробы у обследованных нами детей с узловой эритемой были положительны в 96,9%, причем реакции обычно были довольно резкие. В некоторых случаях отрицательные биологические пробы вначале быстро переходили в положительные.

Больная Т. и, 11 лет, заболела 28/XII. 8/1 на ногах появились узлы эритемы. 8/1 реакция Пирке была отрицательная. Рентгенологически: перигляндюлярная инфильтрация области левого корня легких. 10/1 произведена проба Манту 1/1000. Температура поднялась к вечеру в тот же день до 39,5°, сильная головная боль, рвота 4 раза в течение дня и очень резкая местная реакция на месте укола — инфильтрат с лимфангоитом со значительным набуханием подмышечных желез соответствующей стороны. Повторное рентгеновское исследование через несколько дней (когда снизилась температура) неожиданно показало уменьшение перифокальных явлений со стороны бронхо-пульмональных желез слева.

Контакт с достоверностью нами был установлен в 33% случаев. Установление контакта в ряде случаев сопряжено с большими трудностями, и часто только настойчивые поиски источника инфекции могут привести к положительным результатам.

Для примера остановимся на истории болезни Леонида Т. На учет туберкулезного диспансера была направлена сестра Леонида, 3 лет, у которой была обнаружена перигляндюлярная инфильтрация левого корня. При обследовании остальных членов семьи выяснилось, что родители здоровы, а Леонид страдает активным бронхоаденитом. Реакция Пирке — положительная. Температура до 37,5°. Рентгенологически — увеличенные железы в гилусах. Через 1 год Леонид переносит эпидемический паротит, ангину и узловатую эритему, которая в течение нескольких дней проходит. Рентгенологически — картина прежняя. Возможность контакта с туберкулезным больным родители категорически отрицают.

Через 1 м-ц у ребенка повторное высыпание узловой эритемы. Рентгенологически это совпадает с появлением свежей крупной паратрахеальной железы справа и перигляндюлярной инфильтрацией. Одновременно выясняется, что сосед по квартире, который часто играл с детьми, болен тяжелым язвенным туберкулезом гор-тани, от которого вскоре и погиб.

Этот случай интересен еще тем, что, с одной стороны, был найден источник туберкулезного заражения, приведший к явлениям суперинфекции, с другой стороны, — имелись неспецифические агенты, как ангина, свинка, которые в свою очередь, вызывая ослабление организма, могли способствовать обострению туберкулеза.

Учитывая данные, обнаруженные нами в легких у детей с узловой эритемой, мы можем всех обследованных разбить на следующие группы: без всяких изменений — 7, неактивный бронхоаденит (сюда вошли дети с законченным комплексом, плотные или обызвествленные железы, интерлобарные шварты и т. д.) — 16; активный бронхоаденит: инфильтративный — 36, туморозные железы — 2, перигляндюлярная и перигляндюлярная инфильтрация — 19; туберкулез легких — 5, и в одном случае была обнаружена бронхоэктазия.

Таким образом, из 85 человек, перенесших узловатую эритему, у 62 человек были обнаружены активные туберкулезные изменения. Кроме того у 14 человек, т. е. в 16,47%, имелись и внелегочные изменения; туберкулезный перитонит, спондилит, эксудативный плеврит, туберкулиды, фликтены *spina ventosa* и лимфаденит, что указывает на связь узловой эритемы с гематогенным туберкулезом.

Реакция оседания эритроцитов у большинства обследованных де

тей неизменно оказывалась повышенной, обычно 30—45 делений через 1 час (по Панченкову).

При клиническом анализе крови у многих детей был обнаружен высокий лимфоцитоз (в некоторых случаях до 50%) и нередко имелся сдвиг влево и эозинофилия (до 18%).

Значительный процент положительной иммунобиологической реакции, на нашем материале 96,9%, ставит вопрос об обязательном обследовании на туберкулез каждого ребенка, перенесшего узловатую эритему. Это тем более необходимо, что узловатая эритема нередко бывает первым проявлением туберкулезного процесса. Примером может служить следующий случай:

В-а, 13 лет, была направлена дерматологом в декабре 1935 г. по поводу узловатой эритемы. Девочка больной себя не считала. Туберкулез в семье отрицается. В диспансере у нее был обнаружен в легких большой распространенный двусторонний хронический гематогенно-диссеминированный туберкулезный процесс. Установлено, что у больной был тесный контакт с бациллярной подругой, жившей в том же доме.

До 1937 г. число детей, направляемых в Туберкулезный диспансер с узловатой эритемой, было небольшое, но когда мы связались с педиатрами нашего района и дерматологами и фиксировали их внимание на связь узловатой эритемы с туберкулезом, число таких детей, зарегистрированных в диспансере по поводу узловатой эритемы, значительно возросло: в 1933 г.—9, 1934 г.—10, 1935 г.—11, 1936 г.—11, 1937 г.—44 чел.

Выводы: 1. Литературный и наш собственный материал дают основание считать установленным наличие генетической связи между узловатой эритемой и туберкулезом.

2. Узловатая эритема является выражением гиперергии и наблюдается как при первичном заражении туберкулезом, так и при обострениях туберкулезного процесса.

3. Наличие определенного процента (на нашем материале 16,47%) поражения легких с обнаружением одновременно внелегочных метастазов у детей с узловатой эритемой дает основание поставить вопрос, не является ли последняя одним из проявлений гематогенного туберкулеза.

4. Наличие узловатой эритемы и ее течение не могут служить критерием для суждения о тяжести основного туберкулезного процесса и о его прогнозе.

5. Детей, перенесших узловатую эритему, следует обязательно диспансеризировать, для чего необходим тесный контакт педиатров, школьных врачей и дерматологов с туберкулезным диспансером.

Поступила в ред. 21.IV. 1938 г.