

предотвращено. Беременность закончилась родами младенца весом 2 900 г длиной 49 см.

Следует отметить, что у данной больной после второго выкидыша беременность не наступала в течение 10 лет вследствие двухсторонней непроходимости труб, и только после упорного лечения больная забеременела.

Из 161 женщин, выписанных с сохранившейся беременностью, срочные роды наступили у 150, преждевременные роды живыми младенцами — у 9 при сроках беременности: у 4 — 30—31 недель, у 4 — 33—34 недели, у одной 35 недель; вес рожденных младенцев — от 2 200 до 2 450 г. У двух больных произошел выкидыш.

При лечении начинающегося выкидыша из 47 женщин удалось сохранить беременность у 32, а у 15 женщин беременность не сохранилась.

Из 32 женщин у 23 роды были срочные, живыми детьми; у одной — преждевременные роды, вес плода 2 200, и у 8 женщин произошел поздний выкидыш при сроках от 14 до 26 недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. С. и Дерчинский Г. Д. *Акуш. и гинек.* 1937, 8.—
2. Гамбашидзе С. К. *Материалы к физиологии интероцепторов половой сферы.* Грузмедгиз, Тбилиси, 1951.—
3. Гармашева Н. Л. *Значение рефлексов с рецепторов матки в физиологии и патологии женского организма.* Под ред. Гармашевой, 1952.—
4. Гармашева Н. Л. *О нервных и гормональных трофических воздействиях на матку.* Труды АМН СССР, 1955.—
5. Лотис В. М. *Новости медицины,* 1950, 16.—
6. Лотис В. М. *Бюлл. эксп. биол. и мед.* 1949, т. XXVII, 6, стр. 421—424.—
7. Лотис В. М. *Акуш. и гинек.* 1949, 6, стр. 15—19.—
8. Сыроватко Ф. А. и Кекчеев К. Х. *Акуш., и гинек.* 1939, 5.

Поступила 27 мая 1958 г.

СЕБОРРОЙНАЯ ЭКЗЕМА КАК СКВАМОЗНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ¹

Орд. Р. Х. Шамсутдинова

Из кафедры кожных и венерических болезней (зав.— проф. Н. Н. Яснитский) Казанского медицинского института и Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Хотя в практической деятельности и нередко встречаются больные с себорройной экземой, однако этиология и патогенез этого заболевания до настоящего времени продолжают оставаться недостаточно выясненными.

Под нашим наблюдением было 76 больных себорройной экземой, находившихся на стационарном лечении с 1951 г. по 1955 г. Мужчин было 16, женщин — 60.

При тщательном опросе из 76 больных только 19 указывают на определенные причины, с которыми, по их мнению, было связано развитие себорройной экземы.

Четверо из этих 19 больных развитие процесса связывают с простудным фактором; другие 4 больных обратили внимание на посещение бани как на возможную причину развития болезненного процесса; двое больных утверждают, что процесс развился в результате применения при мытье головы керосина и средства для выведения клопов, примененных ими с целью устранения резкого зуда на волосистой части головы и подозрений на попадание туда насекомых. Остальные больные указывают на травму в самых различных ее формах; осколочное ране-

¹ Доложено на заседании Казанского общества дерматологов и венерологов в 1956 г.

ние, расчески, ожог после перманентной завивки, прокол мочки уха (для продевания серег) и т. д. У большинства же больных (у 57 из 76) каких-либо указаний на причину возникновения болезненного процесса получить не удалось.

Из 76 наших больных у 55 процесс развивался постепенно и в дальнейшем принял хронический рецидивирующий характер. Распространение процесса по кожным покровам, а также появление рецидивов наши больные связывают с посещением бани или с травмой.

Лишь у 21 больного заболевание началось в виде острого воспалительного процесса.

Таким образом, приведенные данные дают основание полагать, что механизм развития себорройной экземы, а может быть, и причины, ее вызывающие, зависят от различных по своей природе факторов внешней среды, вызывающих изменения в тканях не только на месте своего приложения, но и на отдаленных участках кожного покрова и сказывающихся на изменениях реактивности организма.

При этих условиях так называемая сапрофитная и патогенная кокковая флора, имеющаяся всегда у всех людей в большом количестве на кожных покровах, проявляет свои патогенные свойства, вызывая за пределами основного очага новые очаги болезненного процесса.

У 35 больных заболевание началось с появления красноты, чувства жжения и зуда за одной или обеими ушными раковинами. Затем появились мокнутие, отечность и в глубине складки — трещины (ретроаурикулярная стрептодермия). Через короткое время процесс распространился на волосистую часть головы, где отмечались легкая отечность и гиперемия, а на этом фоне — обильное мелкопластинчатое шелушение.

20 больных указали местом первоначальной локализации заболевания волосистую часть головы, где появились изолированные небольших размеров очаги с розово-красной гиперемией, ограниченной инфильтрацией и компактным наслоением роговых масс. Затем процесс распространился на ушные раковины, шею, частично на лицо с образованием очагов с фестонированными контурами, инфильтрированных с мелкопластинчатым, отрубевидным шелушением и с образованием выраженного мокнутия и трещин за ушными раковинами (стрептодермия).

Сходные же очаги различных размеров наблюдались на передней поверхности туловища и на спине в межлопаточной области.

У 4 больных заболевание началось с очагового отрубевидного шелушения на коже лица без резких воспалительных явлений, распространяющегося постепенно на кожу шеи и груди, где располагаются несколько резко ограниченных очагов поражения, имеющих типичную для себорройной экземы клиническую картину. В крупных естественных складках кожа воспалена, отечна, с многочисленными трещинами.

У 4 больных болезненный процесс начался с появления на коже вокруг грудных сосков небольших трещин, гиперемии и незначительного мокнутия. Спустя некоторое время, очаги гиперемии с резкими фестонированными контурами и мокнутием — под грудными железами, а на туловище — многочисленные очаги шелушащейся сыпи.

13 больных местом первоначальной локализации заболевания указали кожу бедер, естественных крупных складок или иные участки.

Таким образом, почти в 50% у наших больных процесс первоначально локализовался на коже за ушными раковинами, в области локализации рагадиформной стрептодермии. В 35% у наблюдаемых нами больных заболевание началось с волосистой части головы, где так же часто наблюдались различные формы стрептодермического процесса.

Себорройной экземе, возникшей первоначально на волосистой части головы и на лице, у наших больных предшествовали хроническое по течению шелушение и умеренная гиперемия.

Этот гиперкератоз клинически сходен со своеобразной формой поверхностной стрептодермии — питириазис.

Сабуро в чешуйках при этом поражении обнаруживал стрептококки и очень давно рассматривал его как стрептококковое заболевание.

Наши наблюдения над больными, страдающими себорройной экземой, показали, что у них почти всегда где-либо в глубине складок, например, за ушными раковинами, под грудными железами, имеются хронические стрептококковые очаги, часто в виде трещин на фоне мокнутия и легкой гиперемии, которые, по-видимому, и служат исходными очагами для развития всего процесса.

У 12 больных мы наблюдали сочетание себорройной экземы с различными формами пиодермии стрептококкового типа.

Сочетание себорройной экземы с различными формами пиодермитов нельзя рассматривать как простое совпадение этих заболеваний по времени, ибо при таком симптомокомплексе можно видеть лучшую заживляемость при применении бактерицидных средств.

Характерной чертой для себорройной экземы является способ распространения по кожным покровам от места первоначальной локализации. Обычно процесс начинается с волосистой части головы и затем распространяется сверху вниз: вслед за волосистой частью головы поражение появляется на лбу, в складке за ушной раковиной, на шее; далее оно спускается по средней линии на туловище спереди и сзади в область грудины и в межлопаточную область; поражаются конечности и крупные естественные складки.

Остаивает на себе внимание тот факт, что в этих областях наиболее часто локализируются различные формы пиодермитов, а именно стрептодермические процессы.

Далее, в клиническом симптомокомплексе себорройной экземы мы не находили признаков, настолько типичных для экзематозного процесса, что дало бы возможность включить ее в группу экзем.

Вместе с тем, мы должны отметить, что у 4 больных из 76 наблюдали сопутствующую реактивную экзематизацию в окружности очагов себорройной экземы.

Таким образом, все указанные особенности описанных наблюдений, как-то: клиническая картина, течение, характер распространения по кожным покровам, говорят об отличиях так называемой себорройной экземы от обычных неинфекционных дерматозов и приближают ее к стрептококковым пиодермическим процессам.

Стрептококковая природа себорройных экзем была доказана рядом авторов (Сабуро, Фельдман, Минскер; Н. Н. Яснитский) — в результате нахождения стрептококков на очагах болезненного процесса.

Из всего вышеизложенного вытекает один несомненный вывод о том, что себорройную экзему следует отнести к группе стрептококковых пиодермитов.

Нам кажется, наиболее правильным бы назвать этот дерматоз сквамозной стрептодермией — как это было предложено проф. Н. Н. Яснитским.

Приведенные клинические наблюдения в полной мере аналогичны данным проф. Н. Н. Яснитского в его работе «Этиопатогенез себорройных экзем», хотя исследования проводились в разные периоды времени и в различных учреждениях.

Лечение бывших под нашим наблюдением больных себорройной экземой заключалось в назначении антибиотиков или сульфаниламидных препаратов, аутогемотерапии; местная симптоматическая терапия состояла в назначении втираний салицилово-серно-дегтярной мази (салициловой кислоты 1—5%, серы 5—15%, дегтя 10—20%), салицилово-нафталановой мази (салициловой кислоты 1—5%, нафталан 3—20%), в

смазывании очагов болезненного процесса 5—20% спирто-эфирным раствором дегтя, в наложении повязок с пенициллиновой мазью. Местная терапия видоизменялась в соответствии с состоянием и течением болезни. Как правило, излечение наступало сравнительно быстро, рецидивы наблюдались редко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фельдман и Минскер. Сов. вест. венер. и дермат., 1935, 7.— 2. Фельдман. IV Всесоюзный съезд по борьбе с венерическ. и кожн. бол., 1940.— 3. Ясницкий Н. Н. Сб. тр. Казанской клин. кожн. и венер. бол., Казань, 1948.

Поступила 18 апреля 1958 г.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОРЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА КОНЬЮНКТИВЫ ВЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ТРАХОМЫ

Врач Д. И. Ширинская-Сабитова

Из кафедр гистологии (зав.— проф. А. Н. Миславский) Казанского медицинского института и глазных болезней (зав.— проф. А. Н. Круглов) Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Мы сочли необходимым изучить состояние нервнорецепторного аппарата конъюнктивы при различных стадиях трахомы, полагая, что это будет содействовать более глубокому пониманию патогенеза и клинического течения трахомы.

Исследования проводились на материале, взятом с конъюнктивы переходной складки у 116 больных трахомой в различных стадиях (I ст. 16 чел., II ст. 26 чел., III ст. 60 чел. и IV ст. 14 чел.). Для изучения морфологии нервного аппарата конъюнктивы в норме мы пользовались материалом от 8 трупов людей, погибших от случайных травм.

Материал обрабатывался по способу Бильшовского — Гросс в модификации Лаврентьева.

В нормальной конъюнктиве век наблюдалось большое количество нервных волокон. Непосредственно под эпителием мягкотные нервные волокна образуют вместе с безмякотными мелкопетлистое сплетение, лежащее параллельно поверхности конъюнктивы. В глубоких слоях конъюнктивы располагается сплетение крупнопетлистое. Оба сплетения связаны между собой большим числом анастомозов.

Часть мягкотных нервных волокон, выходящих из мелкопетлистого сплетения, направляется к эпителию, теряет мякоть и свободно заканчивается между клетками. Другая часть мягкотных нервных волокон делится на более мелкие веточки и образует под эпителием различного рода чувствительные нервные окончания. Последние весьма сходны с концевыми аппаратами, описанными А. С. Догелем в конъюнктиве и сосудистом поясе роговой оболочки под названием «концевых клубочков». Сюда относятся неинкапсулированные и инкапсулированные клубочки, отличающиеся необычным полиморфизмом. Помимо клубочковых форм окончаний, встречались концевые аппараты в виде кустиков, петель и крючков.

При трахоме I стадии исследования были проведены в части случаев при клинически слабо выраженной инфильтрации; в других же — при резко выраженной воспалительной инфильтрации конъюнктивы.

В первом случае большинство нервных волокон субэпителиального сплетения сохраняли свою непрерывность и гладкие контуры; деструктивных изменений не наблюдалось. Но наряду с ними встречались единичные волокна значительно толще и грубее нормальных.

Во втором случае обнаружены нервные волокна с явлениями раздражения: неравномерное утолщение, огрубение, набухлость нервного волокна и повышенная аргентофилия. Чувствительные окончания типа клубочков также выглядели несколько грубее по сравнению с нормальными (рис. 1).

При трахоме II стадии, легкой и средней тяжести, изменения нервных элементов конъюнктивы не достигали резких степеней, а в большей части отмечались явления раздражения, выражающиеся в огрубении, набухлости нервных волокон, варикозов по их ходу и аргентофилии.

В случаях с резко выраженной воспалительной инфильтрацией, множеством сосочковых разражений и студенистым перерождением наблюдались более глубокие изменения нервных элементов, вплоть до зернистого распада отдельных нервных волокон.