

6. С-ов Вася, 9 лет. В течение 5 лет страдает туберкулезом подмышечных желез и ребер со свищами в левой подмышечной области. Рентгеноскопия грудной клетки: „спайки костальной плевры, справа—обызвествленный тяж“. Температура нормальная. РОЭ—44—12 мм. Мы применяли 10% антивирус Мазура на свищи в виде компрессов в течение 7 месяцев со значительным улучшением. Окончательно ранки закрылись только через год. Мальчик поступил учиться в школу.

7. Он-ин Борис, 13 лет, заболел в апреле 1935 года опухолью в области грудины величиной с куриное яйцо, которая самопроизвольно вскрылась с образованием свища. Нами диагностирован туберкулез грудины и начаты перевязки со 100% антивирусом Мазур; после очищения ранки от гноя применялась повязка с 20% антивирусной мазью. Рентгеноскопия грудной клетки „норма“. РОЭ—24—14 мм по Панченкову. Лечение антивирусом продолжалось 30 месяцев. Ранка зажила нежным рубчиком. Рецидива в течение полутора лет нет.

*Литература:* 1. Проф. Лепский, Лекции о тбк детского возраста, 1923.— 2. Медовиков, Тбк в детском возрасте, 1926.— 3. Ранке, Первичный аффект, 1928.— 4. Мазур, Борьба с тбк., № 4—5, 1932—5. Конторович и Глаголева, Борьба с тбк., № 4—5, 1932.— 6. Мазур и Кутуева, Каз. мед. ж. № 9, 1934.— 7. Мазур и Подлевская, там же.— 8. Мазур и Ашина, Проблемы тбк, № 9, 1935.— 9. Колью и Черепнин, там же.— 10. Костицкий и Штейн, там же.— 11. Мазур и Жакова, Проблемы тбк, № 5, 1936.— 12. Бременер, там же.— 13. Вылегжанин, Проблемы тбк, № 12, 1936.— 14. Адамюк и Пастернак, Каз. мед. ж. № 10, 1937.— 15. Вейс, там же.— 16. Шулуток, Каз. мед. ж. № 11, 1937.

Из клиники детских болезней Ижгосмединститута (директор проф. Э. Б. Фурман.)

## Об узловой эритеме.

М. Л. Державец.

Вопрос об этиологии и патогенезе узловой эритемы до настоящего времени остается еще невыясненным и спорным. Для многих авторов специфичность узловой эритемы считается сомнительной, и ее точное место в какой бы-то ни было классификации не определено. Иохман относит ее к инфекционным болезням; в учебнике „Болезни детей раннего возраста“, под редакцией Г. Н. Сперанского, о ней говорится в главе о кожных болезнях. Маслов в учебнике „Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний“—описывает узловатую эритему в отделе „туберкулез у детей“.

Школа Киселя, Лейхтентрит, Гейм, Фюрбрингер, Валтер, Ганюшина рассматривает узловатую эритему как инфекционное заболевание *Sui generis*. В пользу инфекционной теории, по мнению ее сторонников, говорит: эпидемичность, сезонность, наличие инкубационного и инвазионного периода, стадия высыпания и наблюдающийся в большинстве случаев иммунитет.

Многие авторы, в том числе Комби, Нобекур, Крюн, считают, что узловатая эритема может быть вызвана различными причинами; Кох указывает на травмы, Кундратиц, Боганович—на предшествующие гриппозные инфекции. Гесс, Берман и Валькер видели ее после хронических интоксикаций (сифилис, малярия).

Американские авторы (Коллис; Гесс и Берманн) придают большое значение стрептококковым инфекциям.

Ревматическая теория узловой эритемы, выдвинутая впервые Макензи, имеет мало сторонников. Отсутствие типичных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, суставов, локализация болей и т. д. не подтверждают ревматической природы заболевания.

В настоящее время большинство педиатров придерживается того взгляда, что узловая эритема стоит в несомненной связи с туберкулезом. Пионерами идеи об этиологической связи узловой эритемы с туберкулезом были Уффельман и Поллак (1872 г.), Понс (1905 г.), Ландузи (1907 г.); Гильдебранд впервые привел бактериологическое основание, устанавливающее связь узловой эритемы с туберкулезом. Он установил бациллемию в период высыпания. Бациллемия была обнаружена путем прививки крови двум кроликам—животные погибли от туберкулеза. В 1908 г. Гукеро вызвал реактивацию старых кожных явлений путем подкожной инъекции туберкулина. В 1913 г. Ландузи, Ледерих и Рише утверждали, что узловая эритема есть проявление туберкулезной септицемии. У эритематозных больных БК искали не только в узлах, но в крови путем гемокультуры на экспериментальных животных, искали БК также в содержимом желудка натошак, добытом после промывания. Вальгрэн в 1931 г. опубликовал работу, по которой из 37 больных у 10 в содержимом желудка были обнаружены БК. В 1933 году Сеиз, Шевалье, Костиль в своем сообщении о наличии вирулентных БК в кожных поражениях и в крови у больного с узловой эритемой указали, что прививка животным крови больного, у которого была обнаружена бациллемия, быстро вызывала туберкулез у животных. Наоборот, прививка кусочков кожи вызывала заражение медленно, слабо. Из этого можно сделать заключение, что инфильтраты эритемы включают в себя редкие вирулентные бациллы. Коллис, Цибильс, Аквир при повторных перевивках эритематозных узлов морским свинкам получали туберкулезные изменения во внутренних органах с наличием в них коховских палочек.

Правда, имеется и ряд других исследований, при которых был получен отрицательный результат. В нескольких случаях мы производили прививку крови из эритематозного узла морским свинкам, но никаких изменений со стороны внутренних органов этих животных найти не удалось.

Однако последнее не обесценивает первого. В пользу туберкулезной этиологии узловой эритемы говорят не только биологические, но и гематологические данные. Впервые Поллак в 1910 г. обратил внимание на большой процент положительных туберкулиновых проб у больных с узловой эритемой. По литературным данным у больных с узловой эритемой приблизительно в двух процентах случаев реакция Пирке бывает отрицательной. Реакция бывает, как правило, резкая, бурная, с значительным инфильтратом, иногда с везикулой в центре.

Рентгенологические данные исследования всякого больного с узловой эритемой также дают возможность подтвердить туберкулезную этиологию узловой эритемы. Шведские авторы во главе с Вальгреном утверждают, что у детей с узловой эритемой перигилярная инфильтрация встречается как правило. Дальнейшие наблюдения за эритематозными больными, у которых спустя некоторое время после исчезновения симптомов болезни начинается туберкулезный менингит, серозный плеврит, или туберкулезный процесс в легких, также указывают на связь заболевания с туберкулезной инфекцией.

Наш материал охватывает 15 случаев, прошедших через клинику детских болезней Ижмединститута, и 12 случаев, находившихся под наблюдением директора клиники проф. Э. Б. Фурман на протяжении нескольких лет, в возрасте от 1 мес. до 14 лет. Возрастное распределение больных: новорожден.—1, 1—6 л.—2, 5—7 л.—13, 7—10 л.—6, 10—14 л.—5, всего—27.

Из них мальчиков 10, девочек 17; превалирование девочек отмечается и по данным других авторов. Чаще больные с узловой эритемой встречались в зимние и весенние месяцы, что также соответствует литературным данным.

Контакт с туберкулезными больными установлен у 25% наших больных. Реакция Пирке в период узловой эритемы была во всех случаях очень бурной. Наблюдались большие папулы; у некоторых в центре папулы образовалась везикула. В 5 случаях довольно ясно были выражены полоски лимфангоита. Почти у всех отмечались корки с тенденцией к некрозу. При клиническом исследовании легких в 12 случаях отмечен симптом Кораньи на V остистом отростке, признаки Де ля Кампа и Д'Эспина резко выражены.

Рентгенологически в период заболевания обследованы 10 больных. В 7 случаях обнаружено увеличение бронхопульмональных желез. У 3 больных отмечен широкий, „сочный“ корень легких. В двух случаях массивная инфильтрация. Со стороны сердца у наших больных не отмечено никаких изменений. В анамнезе в 14 случаях отмечается корь, в 6 случаях—воспаление легких, в 7 случаях—коклюш и грипп. Большинство больных, таким образом, перенесло болезни, способствующие активированию туберкулеза. У всех наших больных преимущественная локализация узлов на разгибательных поверхностях голеней и предплечья расположены симметрично. Только в одном случае как локализация узлов, так и все течение болезни протекали своеобразно. Приводим описание этого случая.

К. Е., 9 лет, поступила в клинику 11/III 1937 г. на 22-й день заболевания, в чрезвычайно тяжелом состоянии. В течение 3 недель у девочки дома были обильные узлы на передней поверхности голеней. Температура колебалась в пределах 38—39°. При поступлении в клинику темп. 38,3°, на обеих голенях и на предплечьях, на сгибательных и разгибательных поверхностях рассеяны симметрично—плотные, резко-инфильтрованные узлы, величиной с трехкопеечную монету. Резкая болезненность и отечность в области правого лугезапястного сустава и обоих голеностопных. Нижние конечности отечны. Границы сердца нормальны. Отмечается глухость тонов. Хорошо выражен симптом Керани на

6-м остистом отростке. Признаки Де ля Кампа и Д'Эспина резко выражены. Большое количество сухих хрипов. Реакция Пирке резко положительная. На 7-й день пребывания в клинике температура снизилась до 36,5°. Общее состояние улучшилось. Старые узлы начали рассасываться.

Через два дня температура вновь повысилась до 38,5°. На сгибательных и разгибательных поверхностях бедер и предплечий появились свежие узлы. На месте старых узлов резкое раздражение кожи. Рентгеноскопия, произведенная на 3-й день пребывания ребенка в клинике, дает „сочный“ корень легких справа; уплотненные — железы как справа, так и слева, температура держится на высоких цифрах пять дней; узлы начали рассасываться. Общее состояние улучшилось, температура снизилась до 36,5° и больше не повышалась.

5/IV девочка в хорошем состоянии выписалась с направлением в тубдиспансер, откуда направлена в тубсанаторию. При повторном исследовании рентгеном в легких чисто. Брат этой девочки, двух с половиной лет, незадолго до ее заболевания перенес типичную форму узловой эритемы.

Случаи заболевания в одной семье двух детей описываются многими авторами. Фурман наблюдал аналогичный случай.

При дальнейших наблюдениях наших больных отмечается, что у детей, заболевших обычной эритемой, спустя некоторое время после исчезновения симптомов болезни, начинается то или другое проявление туберкулезной инфекции. В пяти случаях (4 мальчика и 1 девочка) смерть наступила через некоторый промежуток времени от туберкулезного менингита. Двое заболели экссудативным плевритом. В двух случаях имели место инфильтраты, исходящие из корня легких, и в одном случае остеомиелит. 5 чел. практически здоровы. Судьба остальных детей неизвестна. Не приходится наблюдать случаев узловой эритемы у лиц, которые перенесли в прошлом туберкулезную инфекцию.

*Выводы:* 1. Туберкулезная этиология узловой эритемы еще не бесспорна.

2. Большой процент положительных туберкулиновых проб, развитие в дальнейшем милиарного туберкулеза, туберкулезного менингита, плеврита, спондилита заставляет думать о тесной связи этого заболевания с туберкулезом.

3. Прогноз самой эритемы благоприятный, но он становится сомнительным в связи с частными вспышками остро протекающего туберкулеза у этих больных.

4. В виду типичности течения и локализации узлов на определенных поверхностях (разгибательных) нужно думать, что в патогенезе узловой эритемы играет роль какой-либо токсин или вирус, действующий на центральную нервную систему.

5. Для перенесших узловатую эритему необходим санаторный режим и ряд оздоровительных мероприятий.

Поступила в ред. 25. X. 1937 г.

Адрес: г. Ижевск, Советская ул., д. № 9, кв. 49.