

чеполовых свищах и у 4 при прямокишечно-влагалищных. Из 68 женщин с мочеполовыми свищами у 30 операция фистулографии произведена с применением плацентарной ткани, по методу проф. Буйко, у 38 свищи оперированы обычным способом.

Полный успех после операции наблюдался у 70 (83,4%), эффекта не было у 7 (8,3%); у 7 (8,3%) свищевое отверстие значительно уменьшилось, больные частично получили возможность задерживать мочу, самостоятельно мочиться.

Высокий процент полного излечения объясняется тем, что, начиная с 1950 г., мы при лечении пузырно-влагалищных свищей стали применять плацентарный трансплантат. Наблюдения показали, что сочетание обычного метода зашивания свищей путем расщепления тканей с методом свободной пересадки плацентарной ткани на дефект мочевого пузыря предотвращает в известном числе случаев неудачи оперативного лечения.

На 30 операций фистулографии с применением плацентарного трансплантата наступило полное заживление свища у 27 (90,0%), на 38 операций без плацентарного трансплантата полное излечение наступило у 27 (71,0%).

За период с 1946 по 1948 гг. летальный исход после операции отмечен в двух случаях (уросепсис). Кроме того, 2 больные погибли, не подвергаясь оперативному лечению (рак шейки матки — IV стадия).

С 1951 г. в гинекологической клинике Казанского ГИДУВа для профилактики послеоперационных мочеточниково-влагалищных свищей во время операции расширенной экстирпации матки мочеточники стали окутываться свежими околоплодными оболочками последа. Наблюдения показали, что подобная профилактика снизила количество мочеточниково-влагалищных свищей с 6,4 до 2,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйко П. М. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин. Киев, 1948.— 2. Малиновский М. С. Сб. работ по акуш. и гинек., посвящ. проф. В. С. Груздеву, Петроград, 1917—1923 гг.— 3. Сидоров Н. Е. и Капелюшник Н. Л. Акуш. и гинек., 1956, 4.— 4. Сидоров Н. Е. и Уразаев А. З. Сов. мед., 1957, 3.— 5. Чигарин А. П. Тр. Казанского мед. ин-та, вып. I—II, 1939.— 6. Уразаев А. З. Каз. мед. журнал, 1958, 2.

Поступила 2 июля 1957 г.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕЗАДЕНИТЫ У ДЕТЕЙ

Н. А. Гафарова

Из детского отделения Республиканской клинической больницы
(зав.— проф. Е. Н. Коровая) Министерства здравоохранения ТАССР

В детском отделении Республиканской клинической больницы за период с 1954 по 1957 гг. лечились 476 больных с туберкулезным поражением различных органов. 5,2% из них (25) страдали туберкулезным мезаденитом.

Учитывая, что многие случаи заболевания в начальном периоде развития патологического процесса остаются нераспознанными, мы считаем, что эта цифра дает лишь приблизительное представление о распространении туберкулеза мезентериальных желез в детском возрасте.

По данным И. Н. Осипова и А. С. Соболевой, эта цифра составляет 1,88%. Большой процент поражения удастся выявить на секционном материале. Так, по данным Л. М. Яновской, туберкулезный мезаденит был обнаружен в 16,5%; по данным Черняк, Оносовского, Волчок, Певзнер, Ивановой и других — от 16,6 до 65% случаев.

Мезадениты в детском возрасте протекают с разнообразными симптомами. Ребенок постоянно жалуется на боли в животе, главным образом в средних отделах, соответствующих месту прикрепления корня брыжейки, то есть тому месту, где располагаются мезентериальные железы.

Локализация болей была следующей: в зоне максимальной болезненности по Мэк-Федэну у 3, в области «линии максимальной болезненности» (мезентериальный симптом Штернберга) — у 18, в левой подвздошной области — у 3, в эпигастральной — у 1.

У 3 больных отмечались одновременно симптомы Штернберга и Пастернацкого, у двух — симптом Штернберга и боли в эпигастральной области.

Из 25 больных у 19 боли в животе периодически то затихали, то усиливались и в течение многих лет не прекращались.

У пяти боли носили характер приступа аппендицита, сопровождались рвотой и расстройством кишечника.

Из 25 больных у пяти боли сопровождались тошнотой и у трех — тошнотой и рвотой. Ни в одном случае боли не были связаны с приемом пищи.

Характерно для мезаденитов нарушение функции кишечника, которое выражается в том, что у больного нормальный стул периодически сменяется то запором, то поносом. Из 25 больных нарушение функции кишечника наблюдалось у 11, причем у 4 расстройство кишечника выражалось в виде поносов и у 7 — в виде запоров.

По данным А. И. Юркиной, поносы возникали, главным образом, у больных с первичным комплексом или бронхаденитом в фазе уплотнения или кальцинации. Мы тоже наблюдали такую связь. Из 4 больных, где расстройство кишечника выражалось в виде поносов, у троих был бронхаденит в фазе уплотнения. При туберкулезных мезаденитах, когда процесс развивается дальше, удается прощупать увеличенные и патологически измененные мезентериальные железы.

По данным А. И. Юркиной, в 33% имелись доступные для пальпации мезентериальные железы, по данным Уэлс, — в 11,2%.

Из 25 больных, лечившихся в нашей клинике, у двух удалось прощупать увеличенные болезненные мезентериальные железы, расположенные в области пупка с обеих сторон позвоночника.

У всех наших больных наблюдались признаки хронической туберкулезной интоксикации, которые у многих развились до появления специальных симптомов мезаденита (землистый оттенок кожных покровов, множественный общий наружный лимфаденит, вялость, легкая раздражительность, отставание в весе, иногда в росте, понижение аппетита, плохой сон).

Из 25 больных у 14 наблюдалась длительная субфебрильная температура (от 1 до 3 месяцев), у 9 больных была нормальная температура в период всего пребывания в стационаре, и у двух отмечалось чередование фебрильной температуры с нормальной или с субфебрильной в течение 3—4 недель. У 5 больных наблюдалось уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов, у 6 — относительный нейтрофилез с ядерным сдвигом, у 16 — лимфоцитоз, у 11 — ускорение РОЭ. РОЭ длительно оставалась ускоренной у 4 больных. У 19 количество лейкоцитов оставалось в пределах нормы.

Для туберкулезного мезаденита характерно латентное течение, когда незначительные болезненные симптомы не фиксируют на себе внимание и теряются на фоне активного легочного процесса.

И. Н. Осипов указывает на существование непосредственной генетической связи патологического процесса в мезентериальных железах

с железистым компонентом первичного комплекса в легких. Он отмечает, что начало формирования патологического процесса в мезентериальных лимфатических узлах совпадает с фазой обратной эволюции железистого компонента первичного комплекса в легких. Вполне сформировавшаяся клиническая картина туберкулезного мезаденита и дальнейшая ее эволюция через 1—3 года в большинстве случаев совпадают с периодом затихшего туберкулезного процесса в лимфатических узлах корня легкого. Наши наблюдения согласуются с данным положением. У одного больного был незакончившийся первичный инфильтрат прикорневого типа, у четырех — опухолевидные адениты в области корня легких или паратрахеальных желез; причем у одного из них — с перифокальной реакцией; у 13 был затихший туберкулезный процесс (обызвестленные лимфатические узлы, фиброзные изменения на месте бывших инфильтратов); у 7 рентгеновская картина была нормальной.

У детей с туберкулезным мезаденитом отмечается высокая чувствительность к туберкулину. Так, у 10 мы имели резко положительную реакцию Пирке, у 3 — положительную, у 4 — при отрицательной реакции Пирке положительную реакцию Манту в разведении 1:1000. У 7 больных туберкулиновые пробы были отрицательны. Резко положительная реакция Пирке наблюдалась при активных формах туберкулезного мезаденита.

По литературным данным, при туберкулезном мезадените в большинстве случаев в анамнезе есть указание на наличие контакта с туберкулезным больным (Юркина, Костич-Жоксич Смилия). Нам удалось выявить контакт с туберкулезным больным только у 2.

Возрастной состав больных туберкулезным мезаденитом, прошедших через нашу клинику, свидетельствует о более частом поражении в школьном возрасте. Так, в возрасте от 7 до 12 лет было 18 чел., и от 12 до 16 лет — 7 чел.

Дифференциальный диагноз мезаденитов на высоте заболевания не представляет трудностей.

В начале заболевания, когда вся симптоматология сводится к жалобам на боли в животе и небольшому напряжению брюшных мышц, дифференциальная диагностика далеко не проста. 6 больных были направлены с диагнозом «туберкулезный мезаденит?», на консультацию (без диагноза) — 8, с диагнозом «глистная инвазия — аскаридоз» — 3, «острый ревматизм» — 2, «язвенная болезнь» — 1, «цистит» — 1, «холецистит» — 1, «тромбопения» — 1, «малярия?» — 2.

Из наших больных у 6 были обнаружены яйца аскарид. Противоглистное лечение не привело к исчезновению болей, температура длительное время оставалась субфебрильной, в легких имелись явления бронхаденита.

Рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта патологических отклонений не выявило.

Для туберкулезных мезаденитов характерно длительное течение процесса (1—3 года и более). Давность заболевания у наших больных до поступления в стационар колебалась от 1 месяца до 6 лет. Продолжительность болезни до 6 лет наблюдалась у 3 больных; 4 года — у 4; 3 года — у 2; от 1 года до 2 лет — у 6, от 3 до 5 месяцев — у 5, и 1 месяц — у 5.

Не редко латентное течение туберкулезных мезаденитов, когда незначительные болезненные симптомы не привлекают к себе внимания и теряются на фоне активного легочного процесса.

У 10 больных наблюдалось легкое течение с быстро проходящими, малыми симптомами болезни; у 12 — длительное и волнообразное течение с периодическими обострениями, ранним проявлением хрониче-

ской туберкулезной интоксикации, длительной субфебрильной температурой и нарушенным общим состоянием. Такое течение мы наблюдали у больных с первичным комплексом или бронхаденитом в фазе уплотнения. У 3 больных было тяжелое течение мезаденита, сопровождавшееся перитонитом, резким нарушением питания. Заболевание у них имело четырех-шестилетнюю давность, в анамнезе был контакт с туберкулезными больными.

Процесс не ограничивался поражением мезентериальных желез, одновременно были проявления костно-суставного туберкулеза, амилоидоз селезенки. На туберкулин эти больные реагировали отрицательно.

Исход туберкулезного мезаденита у наших больных был благоприятным. Из осложнений только у 2 больных был выпотной перитонит. Летальных исходов не было.

Нами проводилось комбинированное лечение антибиотиками и химиопрепаратами (стрептомицин, фтивазид, ПАСК) в течение 2—3 месяцев; давались также препараты Са, рыбий жир, витамины В₁, С. Назначалась полноценная, но механически щадящая диета.

В результате лечения быстро уменьшалась интоксикация и улучшалось общее состояние, а затем наступало постепенное затихание процесса. Средняя длительность пребывания наших больных в стационаре — от 1,5 до 3 месяцев.

Основанием к диагностике специфического характера поражения мезентериальных желез послужили, кроме общих симптомов (боль в животе, рвота, понос или запор, повышение температуры), и другие характерные отличительные признаки: медленное и латентное течение процесса (1—3 года и более), длительность и постоянство болевых ощущений в области пупка, симптомы хронической туберкулезной интоксикации, высокая чувствительность к туберкулину, сочетание с другими формами лимфогенного туберкулеза, изменения со стороны крови и отсутствие быстрого эффекта от лечения.

ВЫВОДЫ

1. Имеется тесная связь первичного туберкулеза с поражением лимфатических узлов брыжейки.

2. Туберкулезный мезаденит у детей встречается не редко и требует внимания педиатров к данному заболеванию, протекающему с разнообразными симптомами. Разнообразие симптомов служит причиной диагностических ошибок.

3. Наиболее характерными и постоянными симптомами являются болезненность при глубокой пальпации живота в области пупка, периодические боли в животе, расстройства стула, тошнота и рвота. Достаточно постоянным и встречающимся в значительном большинстве случаев является мезентериальный симптом Штернберга.

4. При ранних формах туберкулезного мезаденита лимфатические узлы не всегда пальпируются. Величина и количество пораженных лимфатических узлов является показателем тяжести туберкулезного мезаденита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вильберс. Современные проблемы туберкулеза (сб. переводов иностранной периодической литературы), 1957, 1 (37).— 2. Костич-Жоксич Смилия. Там же, 1956, 3 (39).— 3. Ледер—Бауэр. Там же, 1954, 5 (29).— 4. Манучарян Д. А. Туберкулез кишечника, 1955.— 5. Он же. Проблемы туберкулеза. 1948, 2.— 6. Облогина Е. Я. и Однолеткова Е. Ф. Там же, 1951, 6.— 7. Осипов И. Н. и Соболева А. С. Там же, 1948, 3.— 8. Телков Н. А. Там же, 1950.

4.—9. Уэлс. Современные проблемы туберкулеза (сб. переводов, обзоров и рефератов иностранной периодической литературы), 1955, 5 (35).—10. Хаскелевич М. Г. Проблемы туберкулеза, 1940, 6.—11. Юркина А. И. Там же, 1950, 1.—12. Яновская Л. М. Приложение, к журналу «Проблемы туберкулеза», 1956, 6.

Поступила 11 октября 1958 г.

ТИМОЛОВО-ВЕРОНАЛОВАЯ ПРОБА ПРИ СКАРЛАТИНЕ, ДИФТЕРИИ И ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

Асс. Н. М. Пестрикова

Из кафедры инфекционных болезней (зав.—доц. Н. В. Чернов) Ленинградского медицинского института имени акад. И. П. Павлова и больницы имени Боткина (главврач—М. М. Фигурина)

Наша работа имеет целью с помощью тимолово-вероналовой пробы проследить динамику функционального состояния печени при трех инфекционных заболеваниях — скарлатине, дифтерии и инфекционном мононуклеозе.

Нами использовалась методика Маклагана, измененная для фотометра Венсаном и Сегоназаком. Результаты исследований выражаются без всяких пересчетов в виде величин «Е» (коэффициент экстинкции по красной шкале барабана в фотометре).

Нормальные величины пробы 10—30, по Венсану и Сегоназаку, по В. Г. Смагину — 7—29, выявленные нами на 15 здоровых детей в возрасте от 3 до 12 лет 9—26 в отсчете фотометра.

Наши наблюдения охватывают 250 больных, из них — 100 со скарлатиной, 100 с дифтерией и 50 — с инфекционным мононуклеозом.

Из обследованных нами скарлатинозных больных в возрасте от 3 до 5 лет было 42, от 6 до 8 лет — 43, от 9 до 14 — 11, и старше 15 — 4.

У 73 была легкая форма скарлатины, у 27 — средней тяжести.

Среди больных легкой формой скарлатины у 8 наблюдались осложнения: легкие лимфадениты, отиты и у одного — нефрит. При средне-тяжелой форме осложнения были у 9 (лимфадениты, отиты, вторичные ангины).

Наши больные находились на курсовом лечении пенициллином (в течение 5—6 дней получали пенициллин по 100 тыс. 2 раза в день — внутримышечно).

Скарлатинозные больные находились в больнице 12—17 дней, за это время они обследовались по 3—4 раза каждый. Для характеристики динамики тимоловой пробы при скарлатине приводим следующую таблицу:

Таблица 1

Колебания тимоловой пробы при скарлатине
(средние цифры)

День болезни	От 3 до 5 лет		6—8 лет		9—14 лет		Старше 15 лет	
	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести
До 5	17	27	18	25	16	23	12	—
6—15	30	45	27	43	26	38	24	—
16—21	35	49	31	45	28	39	27	—
Катамнез	26	32	24	30	20	28	—	—