

В 1956 г. переносимая на 20 дней беременность закончилась внутриутробной гибелью плода. Данная беременность протекала нормально. Учитывая печальный исход предыдущих родов, а также подозрение на частичное предлежание последа, женщина была задержана в стационаре до предполагаемого срока родов, то есть 12—15/X-57 г. Однако в предполагаемый срок роды не наступили. Тогда, спустя 17 дней, начата стимуляция синестролом по схеме, которая проводилась на протяжении 5 дней, с промежутками по 100 часов, но эффекта не было. Результат рентгенограммы с указанием на наличие ядер окостенения подтвердил диагноз повторной переносимой беременности.

17/XI-57 г. (спустя месяц от предполагаемого срока родов) во время обхода врачом констатирована угроза гибели плода: тоны сердца стали глухие, аритмия, тахикардия. Сама женщина отмечала плохое шевеление плода. Срочно, в этот же день, произведено кесарское сечение. При вскрытии матки без труда был извлечен плод в легкой асфиксии, сплошь покрытый меконием, вес плода — 3 кг. Обращали на себя внимание отсутствие первородной смазки, сморщенная кожа, околоплодных вод не было. Плацента больше обычной величины с множественными участками обызвествления. Послеродовый период осложнился тромбофлебитом обеих нижних конечностей, пневмонией, плевритом. Длительное время больная находилась в тяжелом состоянии.

В результате своевременной диагностики переносимой беременности, оперативного вмешательства, правильного лечения в послеродовом периоде родильница выписана с живым хорошо развивающимся ребенком.

В настоящее время, по данным женской и детской консультаций, мать и ребенок чувствуют себя вполне удовлетворительно.

Поступила 11 июня 1960 г.

ЛОЖНАЯ ДИЗУРИЯ У ДЕВОЧЕК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ¹

Доц. А. Ф. Златман и канд. мед. наук Б. Ф. Златман

Акушерско-гинекологическая клиника № 2 (зав. — доц. Т. Я. Калиниченко) Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад. А. А. Богомольца и урологический кабинет городской больницы Шевченковского района г. Киева (главврач — Н. И. Бигунова)

Акт мочеиспускания у девочек в допубертатном и пубертатном периодах может при совершенно здоровых мочевыводящих путях сопровождаться жжением, болями и затруднением. Это наблюдается иногда при некоторых заболеваниях наружных половых органов, главным образом слизистой оболочки преддверия влагалища.

Такие расстройства акта мочеиспускания Б. Ф. Златман (1949) назвал дизурией неврологического происхождения, а Р. Петер (1958) — псевдодизурией. Поскольку таких больных девочек иногда ошибочно лечат от несуществовавшего у них цистита, — надо полагать, что не все врачи знакомы с данным заболеванием.

С ложной дизурией у девочек встречаются гинекологи, урологи и педиатры, хотя она требует исключительно гинекологического лечения.

Следует иметь в виду, что заболевания наружных половых органов, вызывающие ложную дизурию, могут осложниться воспалением мочевого пузыря. В таких случаях ложная дизурия сочетается с истинной. Само собою понятно, что для их ликвидации надо одновременно лечить оба заболевания, ибо ликвидация одного только цистита не избавит больную от дизурии.

Мы наблюдали и лечили ложную дизурию у 67 девочек. Они были в возрасте от 5 до 14 лет.

Семеро уже менструировали: одна в возрасте 12 лет, две — 13 лет и 4 девочки в возрасте 14 лет.

¹ Доложено 12/III-60 г. на объединенной конференции урологов Киевской областной больницы, области и поликлиник Киева.

43 девочки жаловались на жжение во время мочеиспускания, причем у 11 из них жжение продолжалось некоторое время и после акта мочеиспускания. 19 девочек жаловались на боли во время мочеиспускания. У 5 девочек наблюдалось затрудненное и болезненное мочеиспускание.

28 девочек локализовали свои ощущения в области мочевого пузыря, 29—в области мочеиспускательного канала и 10—в области наружных гениталий.

Моча при ложной дизурии всегда нормальна. Однако в тех случаях, когда заболевания наружных половых органов сопровождаются гнойными выделениями, последние, попадая в мочу во время мочеиспускания, имитируют пиурию.

Мы собирали мочу для исследования катетером. У всех 67 девочек она была нормальной. Анализы мочи, произведенные до обращения к нам (моча собиралась самими больными), в 31 случае показывали ложную пиурию.

У всех девочек мы определяли степень загрязнения патогенной флорой кожи промежности, наружных половых органов и верхней трети внутренней поверхности бедер. Загрязнение колибациллярной флорой в большей или меньшей степени мы отмечали у всех. У 21 девочки кишечная палочка сочеталась со стафилококком, а у 12—со стрептококком.

Причиной ложной дизурии у 42 девочек был вульвит, из них у 3, помимо вульвита, имелся и кольпит.

Гонореи и трихомонадной инвазии у этих девочек не было.

При лечении вульвита у девочек мы хорошие результаты получили от местного применения пенициллина со стрептомицином в равных частях в виде раствора или жидкой мази.

Оливообразный кусочек стерильной ваты величиной со сливу, в середине перехваченный ниткой, хорошо пропитанный раствором антибиотиков, мы на ночь укладывали между разведенными половыми губами, выполняя все преддверие влагалища.

При одновременном кольпите мы этот же раствор антибиотиков закапывали во влагалище. Вата удалялась утром. В течение дня мать дважды производила тщательный туалет девочке, для чего применялись стерильный материал и нейтральное мыло.

При легких формах вульвита мы те же антибиотики применяли в виде жидкой мази, которую накладывали утром и вечером тонким слоем после тщательного туалета.

При таком лечении в течение 4—5 дней слизистая оболочка преддверия влагалища приходила в нормальное состояние и прекращались дизурические явления.

У 3 девочек ложная дизурия развилась в результате усиленной секреции. Слизистая оболочка преддверия влагалища была слегка гиперемирована. Уретрита не было. При осмотре влагалища уретроскопом мы кольпита также не находили. Цитологическая картина выделений, если не считать немногочисленных лейкоцитов, соответствовала I степени чистоты. Бактериологически патогенная флора не обнаружена в выделениях. Морэн и др. такое состояние называют лейкореей девочек. По его данным, лейкорея девочек составляет две трети случаев усиленной секреции. Лейкорея бывает вирусного или аллергического происхождения, наблюдается при гормональной перестройке детского организма, при скоплении смегмы, мастурбации или наличии постороннего тела во влагалище и т. д.

Наши 3 девочки жаловались на жжение только во время мочеиспускания, причем ни у одной из них не было на то урологических оснований. Вне акта мочеиспускания не было никаких неприятных ощущений.

Всех трех девочек мы лечили смазываниями слизистой оболочки преддверия влагалища 5% водным раствором метиленовой синьки и приемами внутрь витаминов В₁ и С. По истечении 7—10 дней наступало полное излечение.

Тот факт, что после ликвидации вульвита или лейкореи прекращались и дизурические явления,—лучшее доказательство наличия причинной зависимости между ними.

У семи девочек причиной ложной дизурии была передняя синехия малых губ — *Synechia nympharum infantum*. В результате кори, скарлатины и воспаления наружных гениталий малые губы у этих девочек в переднем отделе срослись своими свободными краями и частично прилегающими частями внутренних поверхностей, образуя завесу переди наружного отверстия мочеиспускательного канала. Во время мочеиспускания струя мочи, напирая на эту завесу, вызывала боль, которая продолжалась в течение всего акта мочеиспускания. У двух девочек с застарелой синехией малых губ мочеиспускание было не только болезненным, но и затрудненным.

Лечение заключалось в разъединении слипшихся малых губ. У пяти девочек это легко удавалось тупым путем — пальцами рук, а двух девочек с застарелыми синехиями, где, по-видимому, уже успела развиться соединительная ткань, пришлось направить в стационар для хирургического лечения. У всех 7 девочек после лечения восстановилось нормальное мочеиспускание.

При задней синехии малых губ мы ложной дизурии не наблюдали.

У семи девочек ложная дизурия была обусловлена ушибом вульвы, полученным при падении. Девочки жаловались на болезненное мочеиспускание. Слизистая оболочка преддверия влагалища у всех была в большей или меньшей степени отечная с большими или меньшими кровоизлияниями. У четырех девочек слизистая оболочка местами кровоточила, наружное отверстие мочеиспускательного канала ни у одной не было повреждено.

Покой, примочки из 1% уксусного алюминия или свинцовой воды ликвидировали в течение короткого времени последствия травмы вульвы, а заодно и ложную дизурию.

У одной девочки 12 лет ложная дизурия развилась вследствие хронического раздражения вульвы, вызванного мастурбацией. Эта девочка жаловалась на болезненное мочеиспускание и запоры. При осмотре мы нашли гиперемированную, чрезмерно влажную слизистую оболочку преддверия влагалища, повышено чувствительную, местами с очажками мацерации; на малых губах видны были закупоренные сальные железы с уплотненным содержимым. Наружное отверстие мочеиспускательного канала не было изменено. В мочевом пузыре отклонений от нормы не найдено. В кале были обнаружены яйца глист.

Мы решили, что в данном случае глисты и запоры являются причиной мастурбации, а хроническое раздражение вульвы, вызванное мастурбацией, обусловило ложную дизурию. И действительно, по устранении перечисленных причин девочка перестала мастурбировать, наружные гениталии постепенно стали принимать нормальный вид, стала уменьшаться чувствительность слизистой оболочки преддверия влагалища, и восстановилось нормальное мочеиспускание.

У четырех девочек причиной ложной дизурии было большое скопление смегмы в складках крайней плоти клитора и между половыми губами.

Установления надлежащего гигиенического режима достаточно было для того, чтобы в течение короткого времени исчезли явления на вульве и чтобы дизурия полностью прекратилась.

У трех девочек — одной 13 лет и двух 14 лет — мы наблюдали ложную дизурию в результате гематокольпоса, развившегося вследствие

атрезии девственной плевы. Все они жаловались на затрудненное и болезненное мочеиспускание. После разреза девственной плевы и опорожнения содержимого влагалища восстановилось нормальное мочеиспускание. Дизурия не рецидивировала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Златман Б. Ф. Киевское урологическое общество, 1949, X.— 2. Komogowska A., Liniecka J. *Pediatr. polska*, 1958, 10.— 3. Morin P., Sersiron D., Plantureux G. *Gynéc. et obst.*, 1957, v. 56, 5.— 4. Peter R. *Gynéc. pratique*, 1957, 6; 1958, 4.— 5. Sersiron D. *Compt. rend. Soc. gynécol.*, 1958, 5.

Поступила 10 мая 1960 г.

К КЛИНИКЕ И ПАТОГЕНЕЗУ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА) У ДЕТЕЙ

Асс. М. В. Николаева

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Ю. В. Макаров) Казанского медицинского института на базе 2-й детской клинической больницы Казани
(главврач — Л. Ф. Оловянникова)

Многие авторы отмечают в последние полтора десятилетия увеличение числа больных болезнью Шенлейн-Геноха среди детей (Э. М. Каплан, К. П. Сарылова, И. В. Лавров, Н. И. Богомолов, В. К. Тотченко и В. Д. Куров и др.).

Э. М. Каплан, анализируя 156 случаев «геморрагического диатеза» у детей, отмечает, что большинство из наблюдавшихся ею больных (82) было с болезнью Шенлейн-Геноха, а остальные имели геморрагический симптомокомплекс в связи с различными другими заболеваниями.

Заболевание это описывается в литературе под самыми различными названиями, так как патогенез его еще не достаточно изучен. Наиболее принятым является название по имени авторов, впервые описавших различные клинические проявления этого страдания,—болезнь Шенлейн-Геноха. Исходя из понимания патогенеза данного заболевания, предложены другие названия. Так, Шульцем предложено название «атромбопеническая пурпура», однако оно не получило широкого распространения, так как указывает лишь на один симптом — отсутствие тромбоцитов.

Довольно часто описывалось это заболевание под названием «капилляротоксикоз» (Е. Франк и др.), но в последние годы и этот термин подвергнут справедливой критике, так как исследования многих авторов (П. Н. Васильев, К. К. Полякова, А. В. Русаков, Е. К. Березовская, В. Л. Бялик и др.) показали, что патологический процесс при этом заболевании локализуется не только в капиллярах, но и в мелких артериях и венах. Исходя из этого, предлагают именовать это страдание геморрагическим васкулитом.

Еще С. П. Боткин указал, что в клинике, особенно в гистологических изменениях, имеется много общего между болезнью Шенлейн-Геноха, ревматизмом и узелковым периадеритом.

Клиника болезни Шенлейн-Геноха во многом напоминает сывороточную болезнь, а изменения в сосудах при ней сходны с наблюдаемыми при гиперэргических реакциях. Это позволило Е. Гланцман назвать болезнь анафилактоидной пурпурой. А. А. Кисель и другие выдвигали точку зрения о вирусной природе заболевания. А. Н. Крюков, И. А. Кассирский, В. А. Насонова и другие считают, что болезнь Шенлейн-Геноха является неспецифическим синдромом при воздействии различных токсических, инфекционных, лекарственных веществ в виде гиперэргической сосудистой реакции организма. Е. А. Кост, Е. Франк и др. полагают, что болезнь Шенлейн-Геноха возникает в результате кишечной интоксикации, сопровождающейся образованием гистамина и гистаминоподобных веществ.

М. Н. Poindexter связывает возникновение заболевания с генерализованной сенсibilизацией эндотелия капилляров в результате инфекции.

Так или иначе, под действием специфического или неспецифического возбудителя изменяется нервно-гуморальная регуляция сосудов, в результате чего наступает состояние вазодистонии, вазодистрофии. Эти изменения связаны с изменением межклеточных коллоидов. Таким образом, вначале наблюдаются токсико-аллергические изменения со стороны сосудов, а затем присоединяются воспалительные явления.