

в совхозе готовили брынзу, причем двое б-х, не имеющих никакого отношения к совхозу, брынзу эту ели незадолго до заболевания. К сожалению, исследовать эту брынзу не удалось. Мне кажется, ветнадзору следовало бы обратить внимание на природу мастита у овец.

Вообще в отношении этиологического момента вопрос решается просто, т. к. раз молоко и молочн. продукты могут содержать возбудит. заболевания, то и заражение наступает легко—кто же из сельских жителей не пьет сырого молока?

В заключение считаю возможным сделать след. выводы:

1. Ундулирующая лихорадка, вызываемая возбудителем септического аборта у скота, имеет распространение и у нас в Союзе.

2. Заболевание это имеет свою характерную клиническую картину, почему в типичных случаях диагноз может быть поставлен клинически.

3. Указанные в литературе как характерные: анэозинофилия и моноцитоз не могут считаться патогномичными для ундулирующей лихорадки.

4. Прогноз не может считаться вполне благоприятным, особенно в отношении старых людей.

5. Необходимо эпидемиологическое изучение заболевания во всех случаях, т. к. наблюдавшаяся нами вспышка дает право предполагать иные, чем обычно считают, пути передачи инфекции.

Литература: 1) Колтовская. Врачебная газета, № 13—14, 1930.— 2) Кроль. Ibid.—3) Пивоваров. Врач. газета, № 2, 1931 г.—4) Будылин и Андреева. Врач. газета, № 7, 1929 г.—5) Беркези. По рефер. в „Клинич. мед.“, № 7, 1931 г.—6) Sjerslew. „F. undulans Bang“. По рефер. „Клинич. мед.“, № 5, 1929.—7) Kolle и Hetsch. „Экспер. бактерия и инф. болезни“, 1908 г.—8) Б. Мед. Энц. т. XI „Инфекционный выкидыш“ и т. XVI „Мальтийск. лихорадка.“

Из Детской клиники Ленинградского Ин-та для усов. врачей (Директор—проф П. С. Медовиков) при б-це им. Раухфуса (Главврач Л. С. Минкович)

К этиологии серозных плевритов у детей. ¹⁾

Ассистента П. С. Модератова.

Вопрос о природе серозных плевритов, как известно, имеет свою историю. Больше 50 лет тому назад рядом авторов (Landouzy, Kelsch, Vaillard и друг.) было высказано положение, в силу которого значение так называемых простудных плевритов бралось под сомнение. Увлечение туберкулезной этиологией, присущей, якобы, каждому серозному плевриту, с этого времени начало распространяться все шире и глубже. Оснований к тому, в связи с громадным распространением туберкулеза, казалось, было достаточно. Несмотря однако на это, единодушного признания туберкулезной этиологии за всеми серозными плевритами до сего времени не последовало. Проф. П. С. Медовиков в своей работе „Иноскопия плевритического выпота“ еще в 1903 году приводит ряд случаев, где в 50% не мог быть доказан туберкулезный возбудитель их. Тот же автор в работе за 1930 г. „Ревматические заболевания у детей“ говорит, что „ревматическая подкладка при серозных

¹⁾ Доложено в О-ве детских врачей в г. Ленинграде 28/V-31 г.

плевритах у детей встречается значительно чаще, чем это принято думать". Приводимый им в этой работе случай Ponthieu с достаточной убедительностью говорит о возможности таких заболеваний. Талалаев, указывая, что плевриты встречаются по Mosler'у в 14,7% всех случаев острого ревматизма, а по Pribram'у — в 3%, в своем материале цифровых указаний не дает „из за трудности решить вопрос об отношении их (старых спаек и сращений) к острому суставному ревматизму, так как в некоторых случаях были данные, указывающие на их неревматическое происхождение“.

Из этого краткого очерка видно, что вопрос о природе серозного плеврита, хотя и мало, но дискусируется и по настоящее время. Поэтому нам казалось небезинтересным обобщить некоторые наблюдения, имевшиеся в наших руках.

Наш материал обнимает 74 случая, прошедшие через клиническое отделение больницы имени Раухфуса с 1926 по 1930 год.

Повозрастное распределение прошедших больных представляется в следующей таблице:

Возраст	Мальчиков	Девочек
0—1	2	—
1—3	5	2
3—5	17	1
5—7	14	2
7—9	7	4
9—12	9	7
12—15	4	—
<hr/>		
Всего	58 или 78,4%	16 или 21,6%

Как видно, наибольшее количество случаев приходится на возраст 3—5 лет и на мальчиков больше, чем на девочек.

Эти данные не противоречат данным других авторов, также указывающих на большую частоту серозных плевритов у лиц мужского пола.

У мальчиков наибольшая частота, по нашим данным, приходится на возраст главным образом дошкольный, тогда как у девочек наибольшие цифры падают на возраст школьный.

У всех детей была произведена реакция Пирке со следующим результатом: реакция Пирке положительной найдена в 49 случаях или в 63,6% и отрицательной в 25 случаях или в 36,4%. Продолжительность пребывания детей в больнице в среднем равняется 32 дням, причем продолжительность пребывания детей с положительной реакцией Пирке равнялась 37 дням, а с отрицательной—28 дням.

Произведенные плевральные пункции с последующим лабораторным исследованием экссудата позволили установить наличие туберкулезных палочек в нем всего лишь в семи случаях из 74 (9,4%), тогда как другие возбудители, чаще всего пневмококк, были находимы в более значительном количестве случаев (31 случай—41,8%). Из форменных элементов, обнаруженных при исследовании в экссудате, в 21 случае преобладали нейтрофилы; редко здесь отмечались лимфоциты, да и то в незначительных количествах. Особо нужно подчеркнуть, что этот 21 случай совпадает с отрицательной реакцией Пирке.

Касаясь температурной кривой и нарастания веса у детей, мы видим, что температура у детей с отрицательной реакцией Пирке в среднем

устанавливалась от 14-го до 21-го дня с момента заболевания ребенка, тогда как у детей с положительной реакцией Пирке это наблюдалось лишь от 27-го до 42-го дня. Нарастание весовой кривой за один и тот же отрезок времени у детей с положительной и отрицательной реакцией Пирке дает значительные колебания, в то время как первые дают прибавку в весе всего лишь в среднем около 1 кг. за тридцать дней, вторые за это время дают увеличение веса около 3 кг.

Небезинтересно также отметить и разницу в сроках начала рассасывания экссудата, отмечаемых клинически уменьшением тупости, прослушиванием дыхательных шумов и т. д.; оказывается, что у детей с положительной реакцией Пирке эти сроки несколько длиннее — с 26-го дня и выше, тогда как при отрицательной реакции Пирке они чаще наблюдаются с 18-го до 20-го дня. Общее самочувствие детей выравнивалось скорее в случаях с отрицательной реакцией Пирке, быстрее налаживался аппетит, скорее проходила вялость, дети раньше начинали интересоваться окружающим, у них скорее проявлялось стремление к движениям, к играм и т. п.

Различное течение серозного плеврита на нашем материале позволяет остановиться на некоторых вопросах, связанных с серозными плевритами у детей. О том, что на серозные плевриты в детском возрасте в настоящее время нет единого взгляда — упоминалось выше. Одни авторы — Hamburger, Engel, Finkelstein, Huber, Nobel, Steinbach, а из русских — Кисель, Оносовский и друг. считают этиологическим моментом серозных плевритов *исключительно* туберкулез. Проф. А. А. Кисель в своей работе „*Может ли серозный плеврит перейти в гнойный*“ (Журнал современной хирургии 1929 г., т. IV, вып. 19) пишет следующее: „серозный плеврит вызывается *исключительно* туберкулезом, никакой другой этиологии для серозного плеврита нельзя предположить“. Heubner, Henoch, а из русских педиатров проф. Медовиков, Маслов и др. с такой категоричностью с заявлениями Hamburger'a, Киселя и друг. не солидаризируются. Проф. Медовиков, приводя указания Неттера о том, что из пяти случаев в 4-х экссудативный плеврит вызывается вторичной инфекцией, чаще всего пневмококком“, заявляет, что „его личные наблюдения над детским материалом полностью подтверждают эти указания. В громадном большинстве случаев возбудителем серозного плеврита был пневмококк“.

Finkelstein и Huber, обосновывая свои данные о том, что этиологическим моментом серозных плевритов у детей от 84 до 96,4% является туберкулез, исходят из сравнения частоты реакции Пирке у так называемых здоровых детей соответствующего возраста с частотой этой реакции у детей больных серозным плевритом. Превалирование реакции Пирке в последнем случае, по их мнению, является доказательством того, что „туберкулезная этиология может получить в этом отношении прочную опору“.

Сопоставляя наши данные с данными о распространении реакции Пирке соответствующих возрастов, мы этого совпадения не получаем. Необходимо здесь отметить, что реакция Пирке в отрицательных случаях ставилась повторно, а в отдельных случаях производилась и реакция Mantoux с тем же отрицательным результатом. Учитывая эти данные, конечно, приходится признать наличие плевритов несомненно нетуберку-

лезной этиологии у лиц с отрицательной реакцией Пирке, что подтверждается и лабораторным исследованием экссудата, о чем сказано выше. Вопрос о том, могут ли иметь место серозные плевриты у детей с положительной реакцией Пирке нетуберкулезной этиологии, разрешается, повидимому, в положительном смысле. По крайней мере на нашем материале их встретилось восемь случаев (16,3%).

Наблюдения Nobel'я и Steinbach'a показывают, что „из 52 детей, прослеженных от 1—19 лет умерло 13, из них 5 чел. или 46% от бугорчатки; из 39 больных, подвергнутых впоследствии точному клиническому и рентгенологическому исследованию, 41,1% оказались совершенно выздоровевшими, у 38,4% замечались только весьма незначительные намеки на перенесенный плеврит, у 10,2% найдены были умеренно тяжелые или тяжелые изменения, зависевшие от прежнего плеврита“. Gram только в 7 из 39 случаев нашел в течение первого года туберкулезные изменения, от которых 2 больных умерло. Остальные 32 при позднейшем проверочном исследовании оказались здоровыми“.

Таким образом, приведенные данные позволяют говорить о том, что, несмотря на большую инфицированность детей туберкулезом, относить все плевриты к одной этой этиологии не представляется возможным: этому противоречат в различное течение плевритов, и последующие наблюдения за детьми, и бактериологические исследования и т. д. Несомненно, есть известный % плевритов нетуберкулезного происхождения.

Что же касается вопроса о перенесенных заболеваниях, то у громадного большинства детей — в анамнезе корь, у многих — воспаление легких, в некоторых случаях повторно наблюдавшееся; коклюш также не редок. Случаи гриппа, установленные врачом, часты. Нужно отметить, что ни корь, ни коклюш не были отмечены до появления плеврита ближе чем за 3—4 недели. Воспаления легких и грипп наблюдались в единичных случаях, недели за две до появления плеврита, в большинстве же своем между этими заболеваниями были длительные промежутки.

В заключение нужно еще отметить, что почти все дети, поступавшие в клинику по поводу серозных плевритов, находились в неблагоприятных санитарно-гигиенических и бытовых условиях: неудовлетворительное питание, скученность, сырость и т. д., каковая обстановка особенно благоприятствует ревматическим заболеваниям и в частности серозным плевритам. Поэтому мы склонны думать, что у детей, возможно даже что и в подавляющем большинстве случаев, в этиологии серозных плевритов повинна не туберкулезная, а ревматическая инфекция (даже у части детей с положительной реакцией Пирке), а морфологическим выразителем ее чаще всего является в этих случаях пневмококк. Сама туберкулезная палочка, как показывают клинические наблюдения, является этиологическим возбудителем у детей значительно реже, чем это имеет место, повидимому, у взрослых.

Литература. 1) Медовиков. Туберкулез в детском возрасте.— 2) Маслов. Учение о ребенке.— 3) Финкельштейн и Гюбер. Научные курсы для усов. врачей, VII, 1927 г.— 4) Талалаев. Острый ревматизм.— 5) Медовиков. Русский врач, № 42, 1904 г.— 6) Медовиков. Вопросы педиатрии, педологии и охраны матлада, № 2—3, 1931 г.— 7) Ослер. Внутренние болезни.— 8) Кисель А. А. Журнал современной хирургии, том IV, вып. 19, 1929 г.