

в данном цехе в более раннем возрасте (до 20 лет), наблюдалось понижение менструальной функции: уменьшается количество менструальных дней до 1—2 и удлиняются интервалы (в двух случаях — до 35—45 дней). Из 7 работниц, поступивших в цех до 20 лет (то есть в периоде полового созревания) и имеющих стаж от 5 до 10 лет, менструальная функция уменьшилась у 5.

4. *Детородная функция.* Из 59 работниц жили половой жизнью 43, не имела беременности одна 32-летняя женщина со стажем работы 9 лет, замужем 13 лет. Остальные 42 работницы за время работы в цехе имели 102 беременности, закончившиеся в 50 случаях родами и в 52 — абортами. Аборты в трех случаях — самопроизвольные и в 49 — искусственные (по собственному желанию или по медицинским показаниям).

Анализу подвергнуты 34 истории родов работниц, наблюдавшихся в 5 женской консультации и родивших в роддомах № 2 и № 4 Казани, среди них первородящих и повторнородящих по 17 чел.

В первой половине беременности отмечены сильная тошнота и рвота у 18 беременных. Динамика АД во время беременности определялась у 25 рожениц, из них пониженное у всех до беременности АД у 19 повысилось, у 6 осталось без изменения. Три из последних, из-за ухудшения общего состояния при гипотонии, подверглись лечению с выдачей больничного листа до декретного отпуска.

Однако, несмотря на низкое АД у большинства обследованных беременных, у 7 из них к концу беременности и в родах возникли поздние токсикозы: нефропатия — у 5, преэклампсия — у одной, эклампсия — у одной. Эта цифра у обследуемых работниц выше обычной частоты токсикозов. Она, возможно, связана с условиями производства, и необходимо дальнейшее изучение.

Каких-нибудь осложнений в течении и исходах родов и послеродового периода, которые можно было поставить в связь с условиями производства, мы не обнаружили.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бубличенко И. Л. Акуш. и гинек., 1931, 1. — 2. Козлова Т. А. Гиг. и сан., 1957, 4. — 3. Сосновик И. Я. Методика организации и проведения предварительных и периодических осмотров. Информ. бюлл., 2, Медгиз, 1956. — 4. Памянов Р. А., Кожевникова З. И., Миропольская И. Л., Михайлова И. П., Фадеева А. И. Там же. — 5. Розенбаум И. Ф. Гиг. и сан., 1945, 1—2. — 6. Щетинина Н. С. Гиг. и сан., 1945, 6.

Поступила 25 января 1960 г.

### К ВОПРОСУ О ПИЛОРОСПАЗМЕ И ПИЛОРОСТЕНОЗЕ У ДЕТЕЙ

*С. Н. Якубова и В. Х. Тимербулатова*

Из кафедры факультетской педиатрии (зав.—проф. К. А. Святкина) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Пилоростеноз и пилороспазм у детей раннего возраста — весьма опасные для их жизни заболевания. Несвоевременная диагностика может привести к резкому истощению ребенка, присоединению других заболеваний, иногда с летальным исходом.

Мнения об этиологии этих двух заболеваний до сих пор разноречивы. Многие относят пилоростеноз к врожденным порокам развития. Такого взгляда придерживаются Т. П. Краснобаев, Н. И. Ланговой, С. И. Федьинский, М. А. Скворцов,

С. Д. Терновский, считающие, что условием для развития пилоростеноза и пилороспазма является врожденная гипертрофия мышечного слоя привратника.

По мнению Г. Н. Сперанского, кроме уродств, нет чистых случаев пилоростеноза, как нет и пилороспазма без стенозирующей гипертрофии. М. С. Маслов предполагает, что пилороспазм и пилоростеноз сочетаются друг с другом, представляя лишь крайние формы, и что существуют переходные формы, где нервные и анатомические слабые комбинируются в разных отношениях. В то же время он указывает, что первичным моментом является пилороспазм, а рабочая гипертрофия присоединяется лишь вторично.

Допускается существование и чистого пилороспазма нервного характера, зависящего от причин, лежащих вне привратника (Н. И. Ланговой, М. С. Маслов, С. Д. Терновский).

По данным А. Ф. Смышляевой, у всех детей со спазмом привратника отмечается невропатическая наследственность, а при стенозе имеется комбинация невропатической конституции и врожденной стенозирующей гипертрофии.

Клиническая картина при пилоростенозе и пилороспазме часто бывает сходной, поэтому диагностика указанных состояний вызывает значительные затруднения.

Врач должен своевременно разобраться в клинической симптоматологии, выяснить степень анатомического пилоростеноза или нервного спазма, и, в зависимости от этого, предпринять правильное лечение.

Целью нашей работы являлось обобщить наблюдения за детьми, поступившими по поводу пилоростеноза и пилороспазма в детские терапевтическое и хирургическое отделения Республиканской клинической больницы за период с 1946 г. по октябрь 1958 г.

Всего за это время лечились 55 детей, у 28 был пилоростеноз, у 25 — пилороспазм, у 2 установлена рвота алиментарного характера.

В возрасте до 1 месяца поступило 14 детей, до двух месяцев — 23, от двух до трех месяцев — 12, 4 были старше трех месяцев.

Основным симптомом заболевания, заставившим родителей обратиться к врачу, была рвота.

У всех 28 детей с пилоростенозом наблюдалась рвота фонтаном, при пилороспазме рвота фонтаном была у 20 детей. Она наступала сразу после кормления или спустя некоторое время, обычно большими количествами.

У всех 17 детей с пилороспазмом с первых дней жизни наблюдалось срыгивание, на 2—3 неделе появлялась рвота, у 3 — рвота появилась сразу.

Помимо рвоты, одним из наиболее частых симптомов у детей с пилоростенозом была видимая перистальтика, при пилороспазме данный признак был обнаружен лишь у двух детей. Примерно с такой же частотой у первой группы детей наблюдались запоры.

В связи с описанными симптомами у большинства наступило истощение: у 23 детей имелись симптомы гипотрофии II степени, 15 детей поступили в состоянии атрофии. У части из них имелись сопутствующие заболевания: у 2 — выраженные симптомы рахита, 2 страдали диспепсией, 4 — пневмонией.

На основании анамнестических данных и клинической симптоматики не всегда удавалось установить преобладание стеноза или спазма. В связи с этим в ряде случаев приходилось прибегать к весьма ценному методу исследования — рентгеноскопии желудка. Из 28 детей с пилоростенозом 25 обследовались рентгенологически. Эвакуация бариевой взвеси у 13 детей происходила замедленно, полностью желудок освободился от контрастной массы лишь через 24 часа, а у 5 детей эвакуация не наступила совершенно и через 24 часа. В связи с проявлениями пилороспазма рентгеноскопия проводилась у 12 детей, из них у 3 эвакуация бариевой взвеси наступила через 15—25 мин, у 3 эвакуация была значительно замедлена, и у 1 первичная эвакуация наступила лишь через 24 часа.

Лишь клиническое обследование, а в ряде случаев — последующее

клиническое наблюдение за течением заболевания давали возможность правильно диагностировать его и проводить соответствующее лечение.

У всех детей проводилось сначала консервативное лечение, и только при явных симптомах преобладания стеноза в картине заболевания, с отсутствием нарастания весовой кривой, больной переводился в детское хирургическое отделение.

Из медикаментозных средств применялись: атропин подкожно или внутрь, 1% раствор лимоннокислого натрия внутрь, витамин В<sub>1</sub> внутримышечно (позже применяли витамины В<sub>12</sub> и В<sub>6</sub>). Одновременно проводилась стимулирующая терапия в виде трансфузий крови, плазмы, введения нормальной сыворотки.

В последние годы широко назначали массаж и гимнастику.

Особенно большое значение уделялось индивидуальному уходу за ребенком. Вскармливание проводилось дозированно грудью или сцеженным грудным молоком.

Часть детей перед кормлением получала 10% манную кашу, что иногда способствовало удержанию молока в желудке.

Из 29 детей, находившихся в детском отделении, у 21 наступило выздоровление: прекратилась рвота, дети хорошо прибывали в весе. 6 детей переведены в хирургическое отделение, 2 были выписаны без улучшения, по настоянию родителей, отказавшихся от оперативного вмешательства.

В ряде случаев, несмотря на характерные анамнестические данные (рвота фонтаном на 2—3 неделе жизни, запоры), а также данные клинического и рентгенологического исследований, дававших повод заподозрить пилоростеноз, консервативная терапия приводила к благоприятному исходу.

В детском хирургическом отделении до оперативного лечения проводилась кратковременно как бы подготовительная консервативная терапия: атропин внутрь, переливание крови, в последнее время — гидролизин. Одному ребенку проведена поясничная блокада. Оперативному вмешательству подвергнуты 18 детей, консервативно лечились 6. После операции рвота и срыгивания прекращались, дети прибывали в весе. Из 18 оперированных выздоровели 14, четверо умерли от присоединившейся в послеоперационном периоде бронхопневмонии. Все они в клинику поступили в состоянии крайнего истощения (атрофия).

Из числа детей, бывших на консервативном лечении, с улучшением выписались 5, без улучшения — один ребенок.

#### ВЫВОДЫ:

1. При упорной рвоте в первые недели жизни необходима госпитализация ребенка в стационар. Только клиническое обследование и наблюдение за течением заболевания обеспечивают правильную диагностику и выбор метода лечения.

2. Клиническая картина заболевания и результаты лечения позволяют высказаться за патогенетическую связь этих двух состояний. В зависимости от степени врожденной гипертрофии мускулатуры привратника, в одних случаях преобладают явления спазма, в других — стеноза, обусловленного спастическими сокращениями значительно гипертрофированной пилорической части желудка.

3. При преобладании в клинике явлений пилороспазма своевременное энергичное консервативное лечение приводит к выздоровлению ребенка.

4. В отдельных случаях, при нерезко выраженном истощении, несмотря на кажущееся преобладание в клинике картины стеноза, необходимо сначала применить консервативную терапию, при обязательной госпитализации ребенка. Показаниями для оперативного

вмешательства являются случаи с выраженной клинической картиной пилоростеноза, с прогрессирующим истощением детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мирошникова К. И. Педиатрия, 1956, 5. — 2. Рябинкин А. Н. Педиатрия, 1947, 5. — 3. Смышляева А. Ф. Педиатрия, 1944, 6. — 4. Терновский С. Д. Диагностика некоторых хирургических заболеваний детского возраста. Медгиз, 1948. — 5. Он же. Хирургия детского возраста, Медгиз, 1953. — 6. Он же и Розанова Н. А. Педиатрия, 1957, 4.

Поступила 12 февраля 1959 г.

## О ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ<sup>1</sup>

*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)

Эксфолиативной, или эксфолилирующей, эритродермией принято называть дерматозы различной природы, характеризующиеся следующими клиническими особенностями: длительностью течения, генерализованной яркой краснотой кожных покровов, сопровождающейся обильным шелушением, или отрубевидного характера, или принимающим вид мелких и крупных различной формы пластинок.

Указанные клинические особенности не представляют собою чего-то постоянного, неизменного в своей интенсивности. Напротив, клинический симптомокомплекс может варьировать в широких границах, что дало повод французским авторам рассматривать эритродермию, как заболевание, занимающее какое-то промежуточное место между эритемами и эритемато-сквамозными дерматозами.

Этиология и патогенез эксфолиативных эритродермий до настоящего времени не вполне выяснены. Существуют предположения, что возникновение их в одних случаях связано с повышенной чувствительностью к различным внешним и внутренним раздражающим факторам (охлаждение тела, медикаментозная интоксикация), в других — с туберкулезной интоксикацией, заболеванием крови (красный отрубевидный лишай Гебра) и с нарушением функции желудочно-кишечного тракта (эритродермия Лейнера у детей).

Настоящее сообщение касается 8 больных только с псориатической эритродермией, находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологической клинике Казанского мединститута за период с 1946 по 1955 гг.

2 больных поступили с выраженной эритродермией. У 6 больных эритродермия развилась в процессе лечения в клинике, причем у четверых из них была экссудативная форма чешуйчатого лишая, у одного — диффузная диссеминированная и у одного — обычная форма. У четверых (из этих 6) больных чешуйчатый лишай был в стадии эволюции и у двух — в стадии стабилизации. Таким образом, создается впечатление, что эритродермия развивается чаще у больных, страдающих экссудативной формой чешуйчатого лишая, а также в эволюционной стадии.

В возрасте от 25 до 40 лет было 5 больных, от 40 и старше — 3 (мужчин — 5, женщин — 3).

Один из двух больных как на возможную причину развития эритродермии указывает на посещение бани, другой утверждает, что процесс развился в результате применения нерациональной раздражающей терапии предшествовавшего псориатического процесса.

<sup>1</sup> Доложено на заседании общества дерматологов и венерологов ТАССР.