

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.

У 6 больных мы могли установить зависимость развития эритродермии от разного рода раздражений предшествовавшего псориазического процесса. Развитие эритродермического процесса наступало в среднем через 2—3 дня после воздействия раздражителя.

Это дает нам возможность предположить, что механизм развития эритродермии, а может быть и причина, их вызывающая, каким-то образом находятся в зависимости от действия различных по своей природе экзо- и эндогенных факторов, на фоне измененной реактивности организма.

Поскольку сопутствующих заболеваний не было обнаружено, нет основания ставить развитие эритродермии в связь с каким-либо заболеванием внутренних органов. В анамнезе наших больных содержатся указания лишь на перенесенные в прошлом различные инфекционные заболевания, которые могли оказывать влияние на состояние реактивности организма. Так, у 4 больных в анамнезе (10—20 лет тому назад) малярия, у остальных — сыпной и брюшной тифы, менингит и корь в детском возрасте.

Значительная часть больных указывала на бывшую ранее или существующую повышенную нервозность, возбудимость, раздражительность, слезливость по самому ничтожному поводу и целый ряд других симптомов невротического состояния. Отклонение от нормы в функции вегетативной системы определялось и объективно.

У подавляющего большинства больных не обнаружено никаких отклонений от нормы в отношении содержания гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов. У одного больного имелись эритропения, низкое процентное содержание гемоглобина и лимфоцитоз (31%), небольшая эозинофилия. У 3 больных имелись гиперлейкоцитоз и небольшая эозинофилия (6%).

При исследовании мочи ничего патологического не было обнаружено ни у одного больного.

Длительность развития эритродермического процесса — от 7 дней до 3 недель. По окончании развития эритродермии происходило постепенно побледнение гиперемии, уменьшение отека и шелушения, рассасывание инфильтрации.

Обратное развитие эритродермии длилось от 7 до 18 дней. После исчезновения эритродермических явлений отчетливо контурируются высыпные элементы чешуйчатого лишая, которые так же стали подвергаться обратному развитию.

За период пребывания в клинике проводилась следующая терапия: трем больным — инъекции водного раствора икhtiола по методу проф. В. Ф. Бургсдорфа (одному — полный цикл лечения, двум — неполный курс: 5%, 10% и 15%), пенициллинотерапия; двум из них — еще вливания 30% раствора гипосульфита натрия. Четвертому — вливания 30% раствора гипосульфита натрия, пятому — внутрь 2% раствор бромистого натрия и, наконец, шестому больному — пенициллинотерапия, внутрь 1% раствор никотиновой кислоты. Местно — всем больным проводилась симптоматическая терапия.

#### ВЫВОДЫ:

1. Ближайшей причиной возникновения эритродермии у больных псориазом являются разнообразные по характеру, силе и продолжительности действия эндо- и экзогенные раздражения, независимо от места их приложения.

2. Эритродермия чаще возникает при указанных условиях у больных экссудативной формой псориаза.

3. Во избежание развития такого осложнения у больных псориазом

в стадии эволюции и при экссудативной его форме при лечении следует учитывать:

а) нервно-психическое состояние; б) чувствительность к ультрафиолетовым лучам; в) данные изоморфного аффекта; г) состояние сосудисто-кожных реакций; д) результаты постановки общепринятых дермальных тестов.

4. У больных псориазом в стадии эволюции и при экссудативной форме должна соблюдаться величайшая осторожность при назначении симптоматической местной терапии.

Поступила 18 апреля 1958 г.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА ПО МАТЕРИАЛАМ 1-й ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ КАЗАНИ за 1957 г.

*Асс. Д. К. Баширова*

Из кафедры инфекционных болезней (зав.—доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и 1-й инфекционной больницы (главврач—Д. П. Петров)

В нашей стране, по сравнению со странами Европы, Северной Америки и других стран, еще совсем недавно полиомиелит встречался лишь в виде спорадических случаев или мелких очаговых вспышек. В послевоенное время заболеваемость полиомиелитом увеличилась как за рубежом, так и в СССР. В 1955—56 гг. были отмечены первые эпидемические вспышки этой инфекции в большинстве районов нашей страны, в том числе и в Поволжье.

В Казани и районах ТАССР значительная заболеваемость полиомиелитом наблюдалась в 1957 г. В 1 клиническую инфекционную больницу Казани было направлено более 400 больных с подозрением на полиомиелит. Диагноз подтвердился у 196 чел. Среди них с паралитической формой было 177 (90,3%), с апаралитической 19 (9,7%).

Таким образом, основной группой были больные с паралитическим полиомиелитом со следующими клиническими формами: спинальная — у 108 чел. (61%); понтинная — у 43 (24,3%); смешанная (пonto-бульбо-спинальная) — у 24 (13,5%); энцефалитическая — у 2 (1,2%).

Среди больных с апаралитическим полиомиелитом абортивную форму имели 11 чел., менингеальную — 5 и менинго-радикулярную — 3.

В течение года больные поступали неравномерно. До июля поступали единичные больные, в июле и августе их число увеличилось, в сентябре достигло 57 человек. В ноябре поступило 11 человек.

Таким образом, отмечалась определенная, характерная для полиомиелита сезонность, охватывающая период с июля по октябрь. За это время поступило 121 человек (65%).

Поступление больных с апаралитической формой шло довольно равномерно, по два, или по одному человеку ежемесячно, что касается больных со смешанной и понтинной формами, то массовое поступление их было лишь через месяц после возникновения вспышки, давшей вначале преимущественно больных со спинальной формой.

Дети ясельного возраста составили 65% от общего числа больных, грудного возраста — 13%, школьники и дошкольники — 21%, взрослые — 1%.

Возрастной показатель не имел особой разницы по клиническим формам. Лишь менинго-радикулярная форма наблюдалась только среди детей дошкольного возраста.

Так же не удалось выявить особой разницы и по полу: мальчиков было 105, а девочек, включая 2 женщин, — 91.