

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Клиника детских болезней лечебного факультета (заведующая кафедрой доктор медицинских наук — профессор Е. С. Кливанская-Кроль).

А. Т. БОБЫЛЕВА

„К ЭТИОЛОГИИ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ.
КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ
УЗЛОВАТУЮ ЭРИТЕМУ“

Т Е З И С Ы

диссертации на соискание
ученой степени
кандидата медицинских наук

*Защита
состоялась*

*диссертации
24/XII-48г.*

СВЕРДЛОВСК
1948

1. Основной задачей, поставленной нами в данной работе, было путем изучения клинического и катамнестического материала 102 случаев узловой эритемы, подойти к разрешению сложного и спорного вопроса этиологии и патогенеза узловой эритемы.

2. В доступной нам литературе по данному вопросу единого взгляда мы не нашли, несмотря на то, что узловатая эритема, как нозологическая единица была выделена еще в 1789 году.

3. Изучение нашего клинического материала 102 случаев узловой эритемы показало резкий подъем заболеваемости в годы войны, определенную сезонность (в весенне-летний период), на большее поражение девочек (62,7%) и, что наиболее ранним является школьный возраст.

4. Клиническая картина узловой эритемы складывается из предэкзантемного периода, периода высыпания, с излюбленной локализацией высыпания эритематозных узлов на передней поверхности обеих голеней, периода обратного развития, сопровождавшегося в большом проценте случаев обильным шелушением.

5. Периоды предэкзантемный и высыпания протекали, как правило, при высокой температурной реакции, а также при высокой реакции оседания эритроцитов, которая в 75,5% была выше 40 мм в час.

6. Туберкулиновые пробы в 99% случаев были положительными и только в 1% отрицательными. Все туберкулиновые реакции были резко выражены, многие из них имели пышный, экссудативный характер. В некоторых случаях был отмечен переход из отрицательных реакций вначале заболевания в положительные в течение заболевания.

7. Проведенная рентгеноскопия грудной клетки в первые дни высыпания эритематозных узлов, дала указания на наличие

свежего, активного интраторакального туберкулезного процесса в 93,14 %, неактивного интраторакального туберкулезного процесса в 2,94 % и в 3,92 % рентгенологически патологического туберкулезного процесса в грудной клетке обнаружено не было.

8. В 45 % всех случаев узловой эритемы, мы имели наличие контакта с туберкулезными больными.

9. Морфологическая картина при гистологическом исследовании биопсированных эритематозных узлов, напоминает туберкулезные поражения, с ответной гиперергической реакцией со стороны сосудистой системы.

10. Изучение катamnестического материала 88 детей перенесших узловатую эритему, обследованных нами в различные сроки давности от 6-ти месяцев до 5¹/₂ лет, показало во всех случаях наличие туберкулезного процесса в различных фазах развития.

11. Неблагоприятные исходы наблюдались в течение первых 3—4 месяцев после перенесенной узловой эритемы в 4 случаях, то есть в 4,5 %, где летальность наступила от милиаризации туберкулезного процесса, закончившегося туберкулезным менингитом.

12. В течение первого и начале второго года наблюдения в 2 случаях, то есть 2,2 %, мы имели экстраторакальные осложнения туберкулезного процесса. Во всех остальных случаях интраторакальный туберкулезный процесс протекал доброкачественно, довольно медленно, приходя к своему обратному развитию, давая иногда доброкачественно текущие туберкулезные вспышки.

13. У всех повторно обследованных биологические пробы были положительными, различными по своей силе, в зависимости от фазы туберкулезного процесса, от общего состояния и возраста повторно обследуемого.

14. Со стороны внутренних органов, за исключением тех немногих случаев, где ярко выражены интраторакальные осложнения туберкулезного характера, патологических отклонений обнаружено не было.

15. При повторном обследовании в 22,9 % мы имели детей с хорошим физическим развитием, в 25,3 % с удовлетворительным физическим развитием, и в 51,8 % мы имели детей с недостаточным физическим развитием, пониженным питанием, с отпечатком длительно текущего туберкулезного процесса, в виде хронической туберкулезной интоксикации.

16. Установивши рентгенографически наличие туберкулезной интраторакальной инфекции у всех повторно обследованных детей, для более глубокого подтверждения полученных данных, в 41 случае было проведено исследование промывных вод желудка на бациллу Коха бактериоскопическим методом флотации по Потенжеру.

Из 41 случая в 10 случаях нами были получены положительные результаты — бациллы Коха были обнаружены.

17. Из 31 случая, где бактериоскопическим методом исследования промывных вод желудка бациллы Коха обнаружены не были, в 15 случаях проводилось исследование промывных вод желудка на бациллу Коха биологическим методом по Нинни.

18. Из 15 случаев при биологическом методе исследования — в 7 случаях были обнаружены бациллы Коха в мазках, приготовленных из паратрахеальных лимфатических желез, экстирпированных у морских свинок; в 2 случаях при гистологическом исследовании легких убитых морских свинок, были найдены туберкулезные поражения и в 6 случаях данные за параспецифическую реакцию на туберкулезную инфекцию.

19. На основании полученных данных при изучении нашего клинического и катamnестического материала, мы считаем узловатую эритему аллергическим синдромом, ранним спутником активного туберкулезного процесса, прогностически не тяжелым феноменом, так как туберкулезный процесс протекает в основном доброкачественно.

20. Считаем, что все дети, перенесшие узловатую эритему, как высоко чувствительные к туберкулезному вирусу и сравнительно недавно инфицированные, находящиеся в острой стадии туберкулезной аллергии, должны быть своевременно переданы под особое наблюдение туберкулезных диспансеров, для чего необходим тесный контакт педиатров, школьных врачей и дерматологов с туберкулезными диспансерами.
