

При выписке больных незначительное повышение восстановленного и незначительное понижение окисленного глутатиона в венозной крови мы можем расценивать как далеко неполное возвращение к норме.

Таким образом при клиническом окончании заболевания брюшным тифом нарушенные окислительно-восстановительные процессы в организме брюшнотифозного больного остаются еще далекими от нормы.

Подводя итоги полученным нами данным, мы можем сделать следующие выводы:

1. При брюшном тифе во всех стадиях его окислительно-восстановительные процессы в организме резко нарушены.

2. В *st. incrementi* умеренно уменьшается восстановленный глутатион и повышается содержание окисленного глутатиона в венозной крови.

3. В *st. aсme* отмечается резкое уменьшение количества восстановленного и резкое повышение окисленного глутатиона.

4. В *st. decrementi* отмечается незначительное понижение окисленного и незначительное повышение восстановленного глутатиона.

5. В случаях осложненных и токсических форм брюшного тифа наблюдается резкое уменьшение восстановленной и резкое повышение окисленной формы глутатиона.

6. В периоде клинической реконвалесценции имеется тенденция к понижению окисленного и к повышению восстановленного глутатиона.

Литература. 1. Смирнов О. Л., Клинич. медиц., № 4, 1935.—2. Стоцик Н. Л., Терапев. арх., вып. 1, т. XIV, 1936.—3. Волин М. А. и Кролюницкая Т. Е., Терапев. арх., вып. 1, т. XIV, 1936.—4. Проф. Малкин З. И., Каз. мед. журн., № 8—9, 1932.—5. Проф. Малкин З. И., Макарова, Зарбева, Каз. мед. журн., № 8—9, 1935.—6. Сегень Е. Б., Каз. мед. журн., № 2, 1936.—7. Гейман Г. Я., Куток Р. М., Морозов Е. И., Физиолог. журн., вып. 4, т. XIV, 1935.—8. Морозов В. Д., Успехи современной биологии, т. 1, вып. 1—2.—9. Кухтин Н. К., Клин. мед., № 5, 1934.—10. Васюточкин В. М. и Глинка К. А., Врач. газ., № 22, 1929.—11. Гербет В. В., Врач. газ., № 2, 1932.—12. Розенберг Н. К., Врач. газ., № 3, 1931.—13. Гиллярв и Степанова, Терапев. архив, т. XIII, вып. 1, 1935.—14. Замайский Л. Н., Труды Астрах. гос. мед. ин-та, 1935.—15. Замайский Л. Н. и Реппин, Труды Астрах. мед. ин-та, 1935.—16. Рубинштейн Д. А., Введение в физио-химическую биологию.—17. Ганнгаузер, Руководство по обмену веществ.—18. Проф. Скворцов В. И., Ацидоз и алкалоз в медицине, 1928.—19. Эмунд Блюм, Успехи современной биологии, том III, вып. 3, 1934.—20. Габбе, Klin. Woch., № 45, 1929.—21. Ицксон И. А., Врачебн. дело, № 12, 1935.

Из Кожно-венерологической клиники Казанского государственного медицинского ин-та (директор проф. И. Н. Олесов).

Ультрафиолетовая эритемотерапия рожистого воспаления.

Г. И. Козьмодемьянский.

Заболевание рожей было известно в глубокой древности. Еще Гиппократ ставил заболевание рожей в связь с погодой и выделял травматическую и идиопатическую формы. Ввиду наличия сильного жжения данное заболевание в народе получило название „огня Аполлона“.

До открытия возбудителя для лечения рожи применялся большой арсенал всевозможных народных, знахарских средств, порой прямо варварских, часть из них употребляется и в настоящее время.

Лишь в 1882 г., когда Fehleisen открыл возбудителя рожи—стрептококка, названного им *streptococcus erysipelatosus*, и окончательно установил инфекционную природу данного заболевания, ряд ученых начинает энергично работать над вопросом патогенеза и терапии рожистого воспаления.

В настоящее время известно, что рожа передается как непосредственным путем при контакте от человека к человеку, так и посредством всевозможных предметов. Страх перед заразительностью рожи сильно увеличен, т. к. случаи заражения при контакте от рожистого больного в практике наблюдаются чрезвычайно редко. Для передачи рожистого воспаления необходимы особые условия, способствующие развитию заболевания. Однако, при наличии больных с язвами, ранами, с нарушением целостности эпидермиса, роженц, новорожденных—рожистого больного рекомендуется изолировать.

Обычно среди женщин рожа встречается несколько чаще, чем у мужчин.

Заболевание больше наблюдается у лиц, профессия которых связана с частой травматизацией кожи: прислуга, домашние хозяйки, слесаря, гучера и др. (Минакова (20). По данным кожно-венерологической клиники Казанского ун-та за 10 лет (1889—1898 гг.) на 6561 амбул. больного было рожистых 44 чел. (0,7%), из них 25 женщин и 19 мужчин. По профессии среди женщин 10 чел. занимались домашним хозяйством, прислуга—8 чел. За 1935 г. на 4044 амбулаторных больных клиники—рожистых больных было 16 (0,4%)—2 мужч. и 14 женщин; из них большинство домашние хозяйки. В пожилом и раннем детском возрасте рожа дает тяжелое течение и приводит нередко к развитию осложнений и смерти, в особенности у новорожденных. Перейдем к вопросу терапии рожи.

Для лечения рожи предложено много средств, которые грубо можно разбить на две группы—местного и общего действия.

Местные средства (механические, химические, термические и др.) были направлены на то, чтобы создать неблагоприятные условия для развития возбудителя, который, обычно, локализуется в коже, и, таким образом, старались оборвать, приостановить дальнейшее распространение рожистого воспаления. Средства, обладающие общим действием, направлены к поднятию защитных сил организма для более успешной борьбы с заболеванием. К ним относятся: 1) неспецифическая, раздражающая терапия—инъекции молока, гемо- и аутогемотерапия и другие, 2) специфическая терапия—применение серо-вакцинотерапии, лечение антивирусом по методу Безредка и др.

Несмотря на бесчисленное множество всевозможных средств, предложенных для лечения рожистого воспаления, до настоящего времени мы не имеем еще верного, надежного средства, которое действовало бы abortивно, предохраняло от дальнейшего распространения, развития осложнений, рецидивов и вело бы к быстрому излечению.

Григорьев пишет, что ни одно из многочисленных местных средств не обладает специфическим действием, методы общего действия на организм не получали общего признания, и возможно правы те, которые при лечении рожи ограничиваются соблюдением общих правил терапии инфекционных больных, а местно назначают симптоматические средства.

За последние годы все более и более начинают уделять внимание лечению рожи различными физиотерапевтическими средствами, в особенности ультрафиолетовыми лучами.

Еще в 1889 г. Хеглер упоминает о применении при роже у. ф. лучей. Затем появляются заграничные первые работы о лечении рожи у. ф. лучами (Carr, Vesker). В русской литературе в 1924 г. впервые описывается случай Сухарева и в 1925 г. случай Минакова, леченные у. ф. лучами, и в дальнейшем, начиная с 1928 г., все чаще и чаще появляются работы по применению при роже у. ф. лучей. Начиная с 1927 г., московская больница имени Боткина широко проводит лечение рожи у. ф. лучами. Вначале для лечения применялись малые, дробные дозы. Vesker считает наиболее эффективной полуэритемную дозу. Работы на большом материале показали, что такие дробные дозы создают привыкание и затягивают лечение, поэтому в дальнейшем перешли к применению массивных, суперэритемных доз, которые, вызывая хорошую реакцию—фотоэритему, действуют abortивно. Было подмечено, что без хорошей эритемы не получается и результатов. Гутвик проводил лечение рожи у. ф. лучами и применял колоссальные дозы от 15 до 40 эритемных доз. Большинство авторов, применявших ультрафиолетовую терапию при роже, ограничивалось применением от 2 до 5 эритемных доз, получало хорошо выраженную эритему (ожог 1-й степени) и терапевтический эффект. Ряд авторов предостерегает от применения больших доз для избежания передозировки и развития побочных явлений, обострений, ожогов (Горев и др.). В настоящее время большинство авторов действительной дозой считает эритемную, и метод лечения получил название *эритемотерапии*. Метод этот проверен на большом клиническом материале (Аникин, Минаков, Горев, Басов и др.), которые находят его высокую эффективность по скорости действия, экономичности, простоте и удобству применения в сравнении с другими способами лечения. Было подмечено, что чем раньше от начала заболевания применяется эритемотерапия, тем быстрее abortируется рожестое воспаление. Отдельные неудачи многие приписывают недостаточной интенсивности облучений и недооценке ряда важных факторов: возраст, форма б-ни, локализация, запущенность б-ни, индивидуальная чувствительность кожи, одновременное применение медикаментов и др. Одновременное местное применение йода, ихтиола, синьки, раствора марганцовокислого калия, с облучением ультрафиолетовыми лучами, как показали клинические наблюдения, ослабляют действие, значительно затрудняют проникновение ультрафиолетовых лучей в кожу, затуманивают клиническую картину, затягивают лечение, что может привести к развитию осложнений. Еще 50 лет тому назад отец современной фототерапии Finzen своим блестящим экспериментом на собственной руке наглядно доказал, что тушь совершенно задерживает, а мази, вазелин значительно ослабляют проникновение в кожу ультрафиолетовых лучей.

В настоящее время еще окончательно не решен вопрос, зависит ли терапевтический эффект непосредственно от фотоэритемы, являющейся для нас до сих пор главным индикатором определения дозировки и суждения об активности действия у. ф. лучей, или же, как считают другие, фотоэритема является только побочным фактором. В самое последнее время экспериментальными работами Эллингера, Ричардсона и др. установлено, что при действии у. ф. лучей происходит образование гистаминоподобных веществ из гистидина, который всегда находится в коже. Гистаминоподобные вещества вызывают расширение просвета капилляров кожи, что ведет к образованию фотоэритемы. Они доказали, что действие на капилляры гистаминоподобных веществ происходит при посредстве вегетативной нервной системы и щитовидной железы. Гольта экспериментально получил химический гистамин путем облучения гистидина ультрафиолетовыми лучами. В отношении механизма действия у. ф. эритемотерапия в настоящее время нет единства мнений. Щербак, Нильсен стоят за вегетативную рефлекторную теорию, по которой свет, раздражая рецепторы кожи, действует на организм рефлекторным путем, через посредство вегетативной нервной системы. Звоницкий и другие считают, что при эритемотерапии происходит образование гистаминоподобных веществ, активно действующих на весь организм, и ее преимущество перед другими методами лечения в том, что действие ее продолжается все время, пока держится фотоэритема, и что продукты белкового распада в ответ на раздражение у. ф. лучей не поступают извне, а вырабатываются самим организмом. Звоницкий получает уртикарную реакцию кожи от впрыскивания сыворотки субъектов, облученных у. ф. лучами и находит, что эта реакция сильнее бывает выражена от массивных эритем (уртикарная проба). Залкиндсон пытается дать объяснение механизма действия у. ф. эритемотерапии теорией Сперанского и отмечает, что терапевтический эффект можно получить облучением у. ф. лучами с любого участка поверхности тела. Он предполагает, что под влиянием эритемо-

терапии происходит поверхностный, временный блок, который он называет „физикальный блок“, наподобие новоканнового блока по Вишневскому, который ведет к нарушению старых и к созданию новых внутринервных комбинаций, создает более нормальные физиологические реакции и рефлексы.

Существуют и другие гипотезы для объяснения механизма действия у. ф. эритемотерапии, но все они не дают нам удовлетворительного объяснения, и пока приходится соглашаться с мнением известного фототерапевта Hausman'a, который считает, что причина действия света не ясна и все приводимые доказательства нас не удовлетворяют.

Наш материал. Из всех существующих в настоящее время способов лечения рожистого воспаления мы старались выбрать наиболее эффективный, который обладал бы абортивным действием, был прост, удобен и неболезнен при применении, предохранял от дальнейшего распространения, не давал осложнений и побочных явлений.

Мы остановились на применении ультрафиолетовой терапии. Всего под нашим наблюдением было 25 чел. с эритематозной формой рожистого воспаления, из них 15 женщин, 10 мужчин, в возрасте от 9 до 45 лет. Локализация болезни: на лице 19, на волосистой части головы—2, на локте—2, на бедрах и ягодицах 2 случая; с острой формой—22, с подострой—1 и 2 случая с хронически-рецидивирующей формой.

К первой группе относится 10 б-ных, у которых рожистое воспаление развилось во время проведения курса лечения концентрированным светом Finzen'a—у 9 больных с вульгарной волчанкой и у одного больного с красной волчанкой. Рожистое воспаление, как вторичное осложнение, развившееся на месте воспалительной реакции от применения света Finzen'a, начиналось быстро, отличалось тяжелым течением в сравнении с обычной формой рожа. Как общие, так и местные явления были резко выражены: кожа отекала, ярко-красного цвета; отмечалась напряженность (стянутость), чувство жжения и болезненность от прикосновения, общая слабость, разбитость, потеря аппетита, температура поднималась до 41°. Следует отметить, что чем моложе был возраст, тем наблюдалось более тяжелое течение рожистого воспаления. У мальчика 9 лет общие и местные явления были резко выражены. Отмечалась резкая отечность лица, глаза гноились, больной совершенно не мог смотреть и от сильной боли в глазах он сильно кричал и не мог спать.

Для лечения этой группы больных мы начали применять слабые дозы у. ф. лучей, боясь обострить имеющиеся тяжелые явления рожистого воспаления. Перед облучением мы измеряли биодозу по Dahlfeld'y и начинали лечение с применения $\frac{1}{2}$ эритемных доз. Облучению у. ф. лучами подвергался не только болезненный очаг, но и полоса здоровой кожи кругом по периферии 4—5 см шириной (пограничное облучение). После первых же облучений мы убедились, что такая доза была мала, т. к. не вызывала выраженной реакции—эритемы и не могла оказать заметного действия на течение рожистого процесса. В дальнейшем мы стали повышать дозировку и облучения начинали при более тяжелых формах с 1 эрит. дозы, а при более легких—с $1\frac{1}{2}$ эритем. дозы и получали хорошо выраженную эритему. Обычно больные отмечали, что после первого облучения к вечеру наступало небольшое обострение: усиливалось напряжение, болезненность, жжение кожи, а на другой день утром температура снижалась, общее самочувствие улучшалось. Далее мы делали еще 2—3 облучения, прибавляя ежедневно по $\frac{1}{2}$ эрит. дозы.

Обычно через 3—4 дня после 3—4 облучений температура спадала до нормы, исчезали наружные признаки рожистого воспаления, оставляя на своих местах пигментацию. Обычно мы после 3—4 облучений делали перерыв 3 дня и с профилактической целью давали еще 3—4 облучения.

В одном случае мы начинали облучение с 3, а в другом с $2\frac{1}{2}$ эрит. доз и в обоих случаях получили резко выраженную эритему и некоторое обострение рожистого процесса, поэтому в дальнейшем мы от такой дозировки отказались.

Мы наблюдали, что рожистое воспаление, развившееся на месте воспалительной реакции от применения света Finseu'a у волчаночных больных, оказывает значительное влияние на клиническую картину основного заболевания. У всех 9 больных с вульгарной волчанкой, у которых после обратного развития рожистого воспаления наступило значительное улучшение течения волчаночного процесса,—красота бледнела, отек и инфильтрация уменьшались и часть волчаночных узелков подвергалась обратному развитию.

У больного с красной волчанкой на лице рожистый процесс, развившись на месте воспалительной реакции от света Finseu'a, четыре раза в год рецидивировал, что привело к гипертрофии и утолщению кожи лица.

При проведении эритемотерапии у данной группы требуется сугубая осторожность, т. к. применяя малую дозировку, мы не получаем выраженной фотоэритемы и не имеем хорошего терапевтического эффекта; а с другой стороны, большими дозами (передозировкой) мы можем вызывать бурную реакцию и обострить, ухудшить течение рожистого процесса. Поэтому, при проведении у. ф. эритемотерапии у этой группы больных необходимо соблюдать строгую индивидуализацию дозировки в каждом отдельном случае.

Далее нами проведено наблюдение над второй группой из 4 больных с острой эритематозной формой рожи на лице и 1 больным с подострой формой на волосистой части головы. При этой группе больных мы применяли ту же методику облучения, что и у первой группы больных. Начинали мы с $1-1\frac{1}{2}$ эрит. доз, делали 3—4 облучения, затем назначали перерыв 3 дня и снова давали еще 3—4 облучения. Облучали мы как болезненный очаг, так и пограничные участки по периферии—здоровую кожу. После проведения первых же облучений мы заметили, что реакция—эритема—была слабо выражена, температура спадала постепенно, процесс медленно регрессировал. В 1 случае мы имели после 4 облучений дальнейшее распространение рожистого процесса по периферии.

При проведении у. ф. эритемотерапии у этой группы больных мы убедились, что применяемая нами дозировка мала, не было хорошо выраженной эритемы, не получалось быстрого терапевтического эффекта, и лечение затягивалось на 5—6 дней. Поэтому, не видя никаких особых преимуществ перед обычной медикаментозной терапией, мы решили отказаться от применения слабой дозировки и перешли в дальнейшем к применению более массивных суперэритемных доз.

У следующей III группы из 10 больных острой формой рожи, с локализацией в 6 сл. на лице, в 2 сл. на локте и в 2 сл. на бедрах, мы начи-

нали облучение с 2—3 эритемных доз. При локализации на лице мы начинали с 2 эритемных доз и при втором облучении давали 4 эритемные дозы, а на конечностях мы начинали с большей дозировки и при первом облучении давали 3 эритемные дозы, а при втором—5 эритемных доз. Больше 5 эритемных доз мы не применяли, т. к. от применяемой нами дозировки получалась хорошая реакция (эритемы), и рожистый процесс быстро развивался обратно. После 1—2 облучений температура спадала до нормы, самочувствие улучшалось и субъективные ощущения—жжение, болезненность исчезали и на месте болезненного очага оставалась лишь пигментация и в дальнейшем наступало шелушение. Для иллюстрации приводим два случая.

Случай 1. Больной, 45 л., врач, рожистое воспаление в области левого локтя, давность болезни 2 дня, температура 38°, общая слабость, разбитость, чувство жжения и болезненность при сгибании. 19/III сделано 1 облучение болезненного очага с захватом полосы здоровой кожи по периферии (пограничное облучение). Дано 3 эритемных дозы. Вечером была реакция (эритема)—чувство жжения и болезненность усилилась. На другой день температура спала до 37°, субъективные ощущения и самочувствие улучшилось. 21/III. При осмотре все клинические явления рожистого воспаления исчезли, температура нормальна, самочувствие хорошее. На месте болезненного очага имелась лишь пигментация кожи с коричневатым оттенком от фотоэритемы. 21/III было сделано с профилактической целью для избежания рецидива вторичное облучение—5 эритемных доз.

Случай 2. Больной, 40 л., врач, 11/IV явился с эритематозной острой формой рожи лица с поражением обеих щек, носа и верхней губы. Первый раз заболел в декабре 1935 г., потом в январе был рецидив, и в настоящее время рецидив в третий раз на одном и том же месте. Больной отмечает, что 7/IV у него появился после простуды герпес носа, затем 10/IV после бритья почувствовал в области носовое сильное жжение и на другой день, 11/IV, у него утром развились явления рожистого явления на лице. Чувство стянутости, жжение и болезненности кожи при прикосновении, температура повышена, слабость, разбитость. 11/IV ему было сделано 1 облучение болезненного очага с захватом по периферии здоровой кожи—2½ эритемных дозы. На следующий день температура 36,1°, самочувствие улучшилось, неприятные субъективные ощущения исчезли. 13/IV клинически здоров, температура—норма, на месте болезненного очага имелась лишь некоторая пигментация кожи коричневатого оттенка, по периферии на месте пограничного облучения имелось покраснение от фотоэритемы. 13/IV сделано с профилактической целью второе облучение в 2½ эритемных дозы.

Применяемую нами дозировку у данной группы больных от 2 до 5 эритемных доз мы считаем вполне достаточной для получения выраженной фотоэритемы, что действовало abortивно на рожистый процесс, и мы были вполне удовлетворены полученными терапевтическими результатами. Больше 5 эритемных доз мы не решались применять, боясь вызвать бурную реакцию (эритему), что могло привести к обострению, ухудшению течения. В литературе описаны случаи развития ожогов и изъязвлений от применения больших доз у. ф. лучей (передозировки).

В отдельных случаях, когда после облучения у. ф. лучами фотоэритема была слабо выражена или совершенно отсутствовала, нами, одновременно с эритемотерапией, применялась и местная медикаментозная терапия: 5% раствор синьки, марганцовокислого калия, ихтиоловая мазь. При такой комбинированной терапии мы не получили хорошего терапевтического эффекта.

На нашем небольшом клиническом материале мы убедились в том, что эритемотерапия, обладая рядом преимуществ, является одним из самых эффективных методов лечения и должна получить широкое практическое применение при лечении рожи.

На основании проведенных нами наблюдений, мы делаем некоторые предварительные *выводы*:

1. Эритемотерапия, примененная в начале заболевания рожей суперэритемными дозами (2—5 эр. доз), обладает abortивным действием.

2. При проведении эритемотерапии необходимо, как правило, подвергать облучению не только болезненный очаг, но и полосу здоровой кожи кругом по периферии (пограничное облучение).

3. Одновременное местное применение ихтиоловой мази ослабляет благоприятное действие у. ф. лучей и затягивает лечение.

4. Эритемотерапия по своей простоте, удобству применения, экономичности и быстрой действенности является одним из самых эффективных методов лечения рожи.

Литература. 1. Марциновский, Мед. обозр., № 5, 1903.—2. Заславский, Врач. газ., № 36, 1909.—3. Лепорский, Врач. газ., № 50, 1915.—4. Каневский, Врач. газ., № 7, 1928.—5. Руссо, Врач. дело, № 18—19, 1929.—6. Барышев, Врач. газ., № 22, 1929.—7. Алисов, Богданов, Морозкина, Врач. газ., № 22, 1929.—8. Либов, Сов. вр. газ., № 13—14, 1934.—9. Петров, Сов. вр. газ., № 18, 1934.—10. Гербст, Шульгина, Сов. вр. газ., № 8, 1935.—11. Масалов, Врач. дело, № 9, 1935.—12. Гурский, Сов. вр. газета, № 24, 1935.—13. Щукарев, Сов. врач. газ., № 2, 1936.—14. Сухарев, Русск. вестн. дерм., № 12, 1924.—15. Веденяпин, Нов. хир. арх., т. XXI, № 4, 1930.—16. Ушаков, Нов. хир. арх., № 72, 1929.—17. Гюттен, Нов. хир. арх., № 48, 1928.—18. Минакова, Цейхер, Физиотерапия, № 3, 1931.—19. Басов, Клинич. медиц., № 21—22, 1930.—20. Минакова и Зотов, Физиотерапия, т. IV, № 2, 1931.—21. Горев, Клинич. медиц., № 7—8, 1932.—22. Ефимов, Вестн. рентг. и радиол., № 4, 1935.—23. Гутник, Каз. мед. журн., № 2, 1936.—24. Бронз, Сов. вестн. вен. и дерм., № 10, 1935.—25. Айзенштейн, Сов. педиатрия, № 1, 1936.—26. Маляревский, Клинич. мед., № 4, 1936.—27. Вяселев и Черняков, Каз. мед. журн., № 3, 1936.—28. Бах, Кварцевая лампа, 1936.—29. Григорьев, Учебник по кожным болезням, 1933.—30. Белахов, Лечение кожно-венерических болезней, под ред. Броннера, 1934.—31. Сухарев, Учебник кожно-венерич. болезней, 1936.—32. Аникин, Белахов, Основы физиотерапии, 1936.

Из Глазной клиники 1-го Ленинградского медицинского института
(директор проф. В. В. Чирковский).

Несколько наблюдений при лечении пигментного перерождения сетчатки гормоном - проланом А.

В. И. Григорьева.

Неясность патогенеза одного из тяжелых по своим последствиям глазных заболеваний—пигментного перерождения сетчатки, и безуспешность его лечения, заставляют научную мысль упорно искать причину этого заболевания и, вместе с ней, терапию его.

Как известно, взгляды на происхождение пигментного перерождения сетчатки различны, и до сих пор последнее рассматривается как врожденное заболевание, в котором в качестве этиологического момента, прежде всего, указывается на наследственность и кровное родство между близкими родственниками (Графе, Лебер и др.). Другие (Казасе) рассматривают это заболевание как проявление врожденного сифилиса, вследствие склероза сетчатки, периваскулита и эндоартериита ее сосудов. Некоторые придают большое значение в этиологии пигментного перерожде-