

случаях оставалась почти без изменений. По предложению акад. В. П. Филатова, к лечению вышеуказанным методом были присоединены органопрепараты церебрин и ретиноль. Акад. В. П. Филатов основывался на том, что раздражающее действие стрихнина на нервную систему является благоприятным моментом, способствующим усвоению данного органопрепарата, как это указал Герке для нейросмона.

В 7 случаях к лечению по Лауберу был прибавлен ретиноль. Дальнейшее повышение зрения наблюдалось у 5 больных, расширение поля зрения у 4-х, повышение адаптации у 2-х. В 2 случаях лечения по Лауберу был прибавлен церебрин. У обоих больных поле зрения расширилось. У одного из них получилось повышение адаптации.

На основании вышеприведенных данных можно сделать вывод, что применение органопрепаратов — ретиноля и церебрина одновременно со стрихнином усиливает его (стрихнина) эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. В а с с е р м а н, Лечение пигментного ретинита по Lauber'y. Вестр. Офт. XI, 6. 1937.
- 2. К а ш у к, Взаимоотношения между общим кровяным давлением, офталмотонусом и давлением в центральной артерии сетчатки. Диссертация. — 3. A l b r i c h и K u k a n, Klin. Mon. f. Augenh. Bd. 100. 1938. — 4. A r r u g a, Kl. M. f. Augenh. 79, 1936. — 5. A s c h e r, Arch. f. Ophth. S. 62, Bd. 139. 1938. — 6. G e h r k e, Münch. med. Woch. № 25. 1929. — 7. L a u b e r, Sitzung von 21 Mai 1935 Ophth. Ges. in Wien Kl. M. f. Augenh. Bd. 95 1935. — 8. L a u b e r, Arch. of Ophth. v. 16, № 4. 1936. — 9. S o b a n s k i, Klinika Oczna, z. 11. 1936.

Одесса, ул. К. Маркса 85, кв. 3. М. Э. Кашук.

С. И. ТАЛЬКОВСКИЙ и А. Б. КОЛЕНЬКО

Клинико-экспериментальные данные к патогенезу и терапии скрофулезных поражений глаз

Из Государственного центрального института офтальмологии им. Гельмгольца (директор — засл. деятель науки академик М. И. Авербах) и клиники глазных болезней 3-го Московского мед. института (зав. кафедрой проф. З. А. Каминская).

В детском возрасте частота скрофулезных поражений глаз по данным крупнейших глазных амбулаторий колеблется между 13 — 18%, по данным же стационара она еще выше.

За последние 3 года в детском отделении Государственного Центрального института офтальмологии им. Гельмгольца среди 538 б-ных насчитывалось 291 скрофулезный (54%).

Трудности и разочарования, которые приходится испытывать в процессе лечения этих больных, хорошо знакомы каждому врачу. В связи с этим не прекращаются поиски более верных и доступных средств, гарантирующих получение стойкого терапевтического эффекта.

Среди всевозможных средств, применяемых в терапии скрофулеза, как известно, особое широкое распространение имеет рыбий жир. Его применяют в виде мазей, инстилляций в конъюнктивальный мешок,

per os, а в последнее время — и в виде внутримышечных инъекций, как per se, так и в смеси с другими лекарственными веществами.

Считаем не лишним поделиться здесь и нашим опытом лечения скрофулезных поражений глаз инъекциями тимола в рыбьем жире, т. к. полученные положительные результаты касались не только органа зрения, но и общего состояния больных, что представляет значительный интерес и для педиатра.

Комбинация тимола в рыбьем жире была впервые предложена в 1923 г. на III Международной конференции по борьбе с проказой.

Морфологическая близость туберкулезной палочки к лепрозной побудила и фтизиатров воспользоваться этой комбинацией при волчанке и тбк поражениях желез. Положительные наблюдения приведены в работе Мирояна.

Как известно, тимол-метил-изоропилфенол получается из эфирных масел *Tymus vulgaris*. Он растворяется в спирте, эфире, хлороформе; легко перегоняется с водяным паром, при обыкновенной температуре улетучивается. Применяется как антисептическое и противоглистное средство. В концентрации 1 : 3000 задерживает размножение стафило-стрептококков; при длительном воздействии убивает тбк палочки. Местное действие слабое: на неповрежденную кожу почти не оказывает влияния; на слизистых при продолжительном действии наблюдается отслаивание эпителия. При всасывании из желудочно-кишечного тракта тимол может дать явления отравления и паралич центральной нервной системы. Наблюдается при внутреннем применении также раздражение почек (альбуминурия, гематурия).

Как противоглистное, тимол находит применение при анкилостомозе, некаторозе, трихоцефалозе, при других гельминтозах он менее действителен. Доза 1,0—2, 0 до 4 раз в день.

Что касается второго компонента — трескового жира, то нужно отметить, что он обладает бактерицидным действием в отношении гноеродных микробов: чистые культуры стафилококка и кишечной палочки, высеянные на рыбий жир, роста не дали и вскоре погибли (Зверев). Различные образцы рыбьего жира обладают неодинаковой бактерицидностью, но даже в непростерилизованном не содержится никаких бактерий (Лер). Кратковременная стерилизация не только не понижает бактерицидности рыбьего жира, но иногда даже повышает его (Савойский).

Активное терапевтическое действие рыбьего жира современные исследователи связывают с богатым содержанием в нем витастеринов. Кроме того, в рыбьем жире содержится до 0,0002—0,0003% иода, некоторое количество фосфора, серы, хлора, брома. Прежним взглядам Шмидеберга и Бухгейма на рыбий жир, как на удобоваримый жир, противопоставляются данные Бира по поводу лечебного влияния малых доз иода, а также данные о заключенном в рыбьем жире антиксерофтальмическом витамине А и антирахитическом витамине Д.

Как показали экспериментальные исследования Левинсона, имеющийся в рыбьем жире провитамин А (каротин), будучи введен в организм, больше всего фиксируется в ретикуло-эндотелиальной системе, в печени, селезенке, легких, надпочечниках, где значительная часть его превращается в витамин А. Действие последнего заключается в регуляции биохимической динамики организма и в повышении его иммунобиологической стойкости.

Ввиду этого, рыбий жир, помимо пищевого значения, приобрел характер ценного и своеобразного лекарственного средства, обладающего научно-установленным специфическим лечебным действием, зависящим от наличия в нем иода и витаминов А и Д, способствующих усвоению организмом кальция и фосфора (статья проф. Российского в „Мед. работнике“, № 32, 1940).

Указанная комбинация применялась нами по следующей прописи: *Tymol 1,0, Aetheris sulf. q. s. ad solut., ol. Jecoris Aselli 9,0.*

Раствор для облегчения всасываемости (инфильтраты все же были нередки) подогревался в течении 5—10 минут на водяной или паровой бане. Термостабильность витаминов А и Д значительна. Дозировка для детей от 0,5 до 1,0, для взрослых — 1,0-2,0. Внутримышечные инъекции производились с промежутками в 3-4 дня. Противопоказаниями служили болезни почек, лихорадочное состояние, большие инфильтраты в местах инъекций.

Для учета последующих биологических сдвигов и реактивных данных производились до и по окончании лечения клинический анализ

крови и РОЭ. Одновременно мы фиксировали внимание на глистной инвазии, которая, влияя на любой патологический процесс, приобретает, как мы думаем, особое значение и в течении скрофулезного процесса.

Под нашим наблюдением было свыше 100 больных. Однако, мы приводим данные только о 68, где мы могли установить более длительные наблюдения. Возраст больных: от 5 до 10 лет — 12 чел., 12 — 20 лет — 42, старшего возраста — 14 чел.

Клинический диагноз в 61 случае был *keratitis scrophulosa*, в 3 случаях лечение было предпринято по поводу туго поддававшейся лечению трахомы с явлениями явно выраженного общего скрофулеза, в 2 — по поводу *kerato-scleritis (episcleritis)*, в 1 — *keratitis tbc* и в 1 случае *uveitis tbc*.

Разумеется, что в стационар попадают б-ные с наиболее тяжелыми скрофулезными поражениями глаз, которым обычно сопутствуют не менее тяжелые общие явления — лимфадениты, дерматиты, общий упадок питания и т. п.

В значительном проценте случаев в результате проводимого лечения мы могли констатировать, параллельно с улучшением состояния глаз, благоприятное влияние его и на общее состояние (уменьшение и иногда исчезновение увеличенных лимфатических желез, прирост в весе, более живая окраска покровов и т. д.) Уже после 2 — 3 инъекций в некоторых случаях наблюдалось улучшение самочувствия больных; они менее жаловались на блефароспазм, светобоязнь и слезотечение — триаду, которая особенно беспокоит скрофулезных больных.

Подытоживая наши наблюдения мы можем заявить, что 1) течение процесса в условиях примененной нами терапии несомненно сокращалось и эффект в таких случаях получался довольно быстро, 2) рецидивы наблюдались со значительно меньшей частотой, 3) больные были избавлены от подчас неприятной необходимости приема внутрь скверного по вкусу и не безразличного для кишечника (особенно в жаркую пору) рыбьего жира, 4) наконец, — экономия препарата.

Кроме частых инфильтратов в местах инъекций (в 2 — 3 дня рассасывающихся от тепла в виде грелок и ванн), никаких иных отрицательных явлений мы не наблюдали; мы не могли также отметить каких-либо значительных реактивных явлений.

Для демонстрации эффективности и стойкости примененного лечения мы приводим следующий случай: девочка с диагнозом трахома III и попутными явлениями выраженного общего скрофулеза много раз на протяжении 2-х лет возвращается с рецидивами в отделение; в последний раз проводится основательная антискрофулезная терапия (тимол в рыбьем жире), что тотчас же благотворно сказывается не только на общем состоянии больной, но влияет решительно и на течение трахоматозного процесса, до сих пор не поддававшегося никаким общим и местным воздействиям (срок наблюдения 8 месяцев).

Для оценки полученных нами результатов особый интерес приобретают сравнительные данные состояния крови до и после инъекций. Анализируя эти данные мы видим: а) в 6 случаях нарастание количества эритроцитов, реже (в 3 сл.) — количество их уменьшилось; б) 11 случаев, где наблюдался более или менее значительно выраженный лейкоцитоз, свидетельствовали о реактивных явлениях в организме, наступающих в результате проведенной терапии; в) в 5 случаях мы констатировали и лейкопению; в 7 случаях мы получили (может быть в связи с предпринятой дегельминтизацией) снижение эозино-

филов. Таким образом, приводимые данные, хотя и лишены какой-либо закономерности, все же в ряде случаев свидетельствуют о положительном эффекте.

Остановимся еще на одном немаловажном моменте, обычно недооцениваемом врачами, но значительно влияющем на течение любого патологического процесса. Произведя в 47 случаях копрологические исследования, мы обнаружили в испражнениях в 25 случаях аскариды (*Ascaris lumbricoides*), в 1 — *Taenia sol.* и в 1 — *Trichocephalus dispar*. Следовательно, в 53% исследованных случаев скрофулезные больные оказались носителями аскарид. Носительство этих гельминтов скрофулезными больными, как нам кажется, кроме общепатологического, приобретает здесь и специальное значение. Несомненным является, как это утверждает Вейнберг, что паразитические черви, кроме механических повреждений, благоприятствуют микробному заражению организма и, кроме того, сами выделяют токсические вещества, которые всасываются организмом хозяина и отравляют его ткани.

Аскаридоз обуславливает и упорные конъюнктивиты. При непосредственном соприкосновении конъюнктивы с аскаридной жидкостью, как это имело случайно место у лаборантов-зоологов, возникают резкие конъюнктивиты с эфлоресценциями в виде фликтен, давая в общем картину, клинически вполне сходную с скрофулезным конъюнктивитом.

Мы можем таким образом фиксировать внимание на следующих фактах: 1) аскариды весьма часто встречаются у скрофулезных больных, 2) аскаридный токсин, отравляя ткани организма и понижая их сопротивляемость, располагает очевидно особой гистотропностью к отдельным тканям. Все эти соображения диктуют необходимость фиксировать на глистной инвазии особое внимание офтальмологов и педиатров, пользующих скрофулезных детей. Изучение скрофулезных больных должно начинаться с копрологических исследований, и дегельминтизация является основной предпосылкой эффективности всякого предпринимаемого против скрофулеза лечения.

Указанная выше комбинация из тимола с рыбьим жиром, предлагаемая нами для терапии общего скрофулеза и скрофулезных поражений глаз, приобретает таким образом, кроме сказанного выше, еще некоторое дополнительное основание в виду глистогонных свойств одного из ее ингредиентов. Кстати сказать, в 2-х из наблюдавшихся нами случаев в результате такой терапии мы констатировали отхождение аскарид у больных, которые присутствия их у себя никогда не подозревали.

Не удовлетворяясь однако лишь клиническими констатациями, мы сочли необходимым проверить полученные результаты и в эксперименте. Исходя из общепризнанного положения, что скрофулез является ярким примером аллергического заболевания, мы задались целью проверить десенсибилизирующее влияние инъекций тимола в рыбьем жире.

В виду этого мы поставили следующий эксперимент на кроликах: 10 кроликов среднего возраста, весом 2—2,3 кг., были сенсibilизированы, как обычно, нормальной лошадиной сывороткой — 5 инъекций под кожу живота по 2 см³ с промежутками в 5 дней. Последняя разрешающая инъекция 0,2 см³ этой же сыворотки — под конъюнктиву верхнего века. На следующий же день после разрешающей инъекции у 8 кроликов развился типичный феномен Артюса средней тяжести. Этим 8 кроликов мы разбили на 2 группы: 3 кролика остались контрольными, а 5 кроликов в дальнейшем получали внутримышечные инъекции 10% раствора тимола в рыбьем жире (пропись см. выше) — препарата, который применяли на людях. Инъекции производились через 3—4 дня внутримышечно, начиная с 0,05 см³ раствора, что составляет 0,02 см³ раствора на кило веса. Дозу каждый раз повышали на 0,01 см³. Всего каждому из кроликов было проделано по 10 инъекций на протяжении 1 1/2 месяцев. Инъекции переносились

животными хорошо. Никаких объективных признаков вредного влияния их отметить не удалось. Все кролики находились на обычном общем для них питании.

После 10 инъекций всем кроликам как контрольным, так и получавшим инъекции рыбьего жира с тимолом, было введено под конъюнктиву верхнего века по 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки. Контрольные кролики реагировали на введение сыворотки, как и обычно, развитием типичного феномена Артюса. У 4 кроликов, получавших внутримышечные инъекции тимола с рыбьим жиром, в ответ на введение под конъюнктиву нормальной лошадиной сыворотки не было никакой реакции, у одного на следующий день можно было констатировать только небольшое раздражение конъюнктивы, которое можно объяснить чисто механическими причинами. Раздражение прошло через 2 дня. При повторной (через 20 дней) субконъюнктивной инъекции 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки у контрольных был по-прежнему типичный феномен Артюса, у получавших же тимол с рыбьим жиром — только небольшой отек и раздражение, которые через несколько дней полностью исчезли. Через 3 м-ца повторная инъекция 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки вызвала у всех 8 кроликов развитие феномена Артюса средней тяжести. Однако мы могли отметить, что у кроликов, получавших инъекции тимола в рыбьем жире, исчезновение феномена Артюса происходит несколько скорее, чем у контрольных.

В ы в о д ы

1. Внутримышечные инъекции 10% тимола в рыбьем жире с промежутками в 3—4 дня безболезненны и хорошо переносятся.
2. Эти инъекции в дозах начиная с 0,025 см³ на кило веса животного являются хорошим неспецифическим десенсибилизатором.
3. Дезаллергизация, вызываемая инъекциями 10% тимола в рыбьем жире, является относительно стойкой — держится до 3-х недель, и еще через 3 месяца можно отметить заметную разницу в развитии типичного феномена Артюса у кроликов контрольных и кроликов, получивших 10 инъекций тимола.

Москва, Садово-Каретная, 20, кв. 31.

Организация здравоохранения

Проф. Ф. Г. МУХАМЕДЬЯРОВ

О составлении оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений

Из кафедры Социальной гигиены (зав. кафедрой проф. Ф. Г. Мухамедьяров)
Казанского гос. мед. института

Одним из важнейших условий правильного медико-санитарного обслуживания населения является планирование деятельности каждого учреждения и оперативное руководство его работой, согласно утвержденному плану. Однако правильное построение плана работы учреждения является достаточно сложной задачей, требующей согласования и учета ряда моментов. Прежде всего, необходимо определить и выразить в соответствующих количественных и качественных показателях объем и содержание работы учреждения на планируемый отрезок времени с учетом специфики данного учреждения и потребностей обслуживаемого контингента. При этом обязательно