

Из физкабинета кожно-венерической клиники (директор проф. И. Н. Олесов)
Казанского государственного медицинского института.

Лечение рожи у. - ф. эритемотерапией и стрептоцидом.

(Предварительное сообщение).

Г. И. Козьмодемьянский.

Работая над изысканием наиболее эффективного метода лечения рожи, мы испытали новый хемотерапевтический препарат— стрептоцид, полученный в начале 1935 г. проф. Магидсоном и Рубцовым в Химико-фармацевтическом институте и приготовленный по типу препарата „Protosil“, открытого химиками Митчем и Кларером в 1932 г.

Стрептоцид по виду—кристаллический порошок (цвет бордо), представляет собой солянокислую соль 4—сульфонамид—2—4—диаминоазобензола.

Опытами на животных было установлено, что стрептоцид является активным противобактериальным препаратом, главным образом, по отношению к стрептококкам и отчасти к стафилококкам (Лебедева, Домагк и др.).

Домагк считает, что механизм действия препарата заключается в задержке развития стрептококка или полном его разрушении в организме. *In vitro* препарат не активен.

У нас в Союзе с 1935 г. стрептоцид с успехом стал применяться при различных стрептококковых заболеваниях и, в частности, при рожистом воспалении. Первые клинические наблюдения над действием стрептоцида при роже были произведены клиническим отделением Научно-исследовательского химико-фармацевтического института (Гельштейн, Дубовская) и инфекционным отделением Боткинской больницы (Киреев, Золотова), накопившими достаточный клинический материал, который указывает на хорошее терапевтическое действие препарата. Авторы чаще назначали стрептоцид *per os* в дозе 0,25—0,5 на прием 3 раза в день до 2,0 *pro die*; реже применяли внутривенное введение в количестве 20,0 1/4% раствора 2—3 раза в день и иногда вводили раствор внутримышечно. Обычно на 2—3 день после применения препарата температура снижалась до нормальной и несколько позднее начинали стихать местные воспалительные явления. Практика показала, что если после спадения температуры прекращать применение препарата, то нередко инфекция вспыхивала снова, поэтому стрептоцид рекомендуется принимать не менее 10 дней (Киреев). Высокая РОЭ при применении стрептоцида обычно не сразу приходит к норме, что признается авторами, как проявление скрытой борьбы в организме и служит показанием к длительному применению препарата. На основании экспериментальных и клинических наблюдений стрептоцид признан безвредным, т. к. при его применении не было отмечено никаких токсических явлений. Из побочных явлений авторы отмечают лишь появление красной

окраски мочи, а при длительном применении—желтой окраски кожи, которая исчезает через 5-6 дней после применения препарата.

Наш материал. В 11 случаях эритематозной формы рожи лица было произведено наблюдение над применением стрептоцида внутрь по 0,25—0,3 три раза в день в течение от 5 до 10 дней. В начальном периоде заболевания рожей (1-3 дня) от применения стрептоцида через 2—3 дня температура спадала до нормы, исчезали неприятные объективные ощущения (боль, жжение) и затем уже наружные признаки болезни начинали быстро подвергаться обратному развитию. В 4 случаях, несмотря на применение стрептоцида, на другой день мы могли констатировать медленное распространение рожистого воспаления по периферии, на 3-й день дальнейшее распространение приостанавливалось и затем уже начинали регрессировать местные воспалительные явления.

В более позднем периоде—через 4—7 дней от начала заболевания рожей—мы могли отметить в 5 случаях, что стрептоцид действовал слабее температура через 3—4 дня спадала до нормы и местные явления медленно подвергались обратному развитию.

Следует отметить, что в 2 случаях из 11, несмотря на длительное (в течение 10 дней) применение стрептоцида, наступил рецидив болезни в одном случае через 2 недели, а в другом через 4 недели.

На основании наблюдений мы пришли к заключению, что применение стрептоцида дает худший терапевтический эффект по сравнению с у.-ф. эритемотерапией, которая обладает более сильным abortивным действием. У.-ф. эритемотерапия при применении суперэритемных доз (2—5 эр. доз) как на болезненный очаг, так и на пограничные участки здоровой кожи, быстро приостанавливает дальнейшее распространение рожистого воспаления по периферии. На второй день, обычно, температура спадает до нормы и местные воспалительные явления быстро регрессируют.

При проведении дальнейших наблюдений мы решили применить комбинированное лечение, которое состояло в применении стрептоцида внутрь (0,25—0,3—3 раза в день в течение 4—5 дней), с одновременным облучением ртутно-кварцевой лампой суперэритемными дозами (3—5 эр. доз). Всего под наблюдением было 6 случаев с эритематозной формой рожи лица.

Перед проведением у.-ф. эритемотерапии мы старались тщательно удалить с участков кожи, подвергающихся облучению, все то, что ослабляет действие и препятствует проникновению у.-ф. лучей в глубь тканей (корочки, чешуйки, остатки мазей, волосы и пр.). Облучению подвергались, кроме болезненного очага, и пограничные участки здоровой кожи кругом него, шириной в 5—6 см. В начале мы начинали с 3 эр. доз., а на второй день давали 5 эрит. доз. При этом стремились получить резко выраженную яркую эритему. Эта эритема должна быть обяза-

тельно непрерывной, охватывая в виде кольца кругом по периферии болезненный очаг. Как показали наши наблюдения, воспалительные явления и болезненность продолжали держаться и распространялись по периферии при отсутствии или при слабо выраженной эритеме на очаге поражения и на пограничных участках.

При применении такой комбинированной терапии температура на другой день спадала до нормы, исчезали неприятные субъективные ощущения (жжение, болезненность, общая слабость, головная боль) и местные воспалительные явления быстро подвергались обратному развитию. На 3—4 день наступало энергичное слущивание эпидермиса на месте фотоэритемы, как на болезненном очаге, так и на пограничных участках. В дальнейшем на этих местах оставалась пигментация коричневого оттенка. Для иллюстрации приводим два случая.

Случай 1. У больной Б. (зубной врач), 34 лет, 27 сентября 1936 г. днем появилось жжение, боль и краснота на правой щеке. Вечером краснота и неприятные субъективные ощущения усилились. 28. IX краснота распространилась дальше по правой щеке и перешла на спинку носа. Температура—утром 37,4°. Появилось общее недомогание, головная боль. 28. IX сделано первое облучение болезненного очага с захватом кругом по периферии здоровой кожи ртутно-кварцевой лампой в 3 эр. дозы, внутрь дан был стрептоцид по 0,25. Вечером температура—38,6°. На другой день 29. IX на облученных местах отмечалось развитие яркой фотоэритемы. Общее самочувствие 6-ной значительно улучшилось. 29. IX. сделано вторичное облучение в 5 эр. доз. Температура упала до 37°. 30. IX самочувствие хорошее. Температура—норма. Фотоэритема стала увядать и появилось шелушение эпидермиса. Местные воспалительные явления быстро регрессировали. Больная с 28. IX по 1. X приняла 10 порошков стрептоцида по 0,25. 2. X на болезненном очаге и пограничных участках продолжалось энергичное слущивание эпидермиса и отмечалось развитие пигментации коричневатого цвета.

Случай 2. У больного К., 48 лет, 15. X появился насморк. В наружном отверстии носа на месте небольших эрозий имелись корочки, которые больной сорвал. 17. X на спинке носа и левой щеке появилась краснота и болезненность. Температура вечером 38,2°. 18. X общее самочувствие ухудшилось. Появилась головная боль, резкое недомогание и сонливость. С 16. X по 18. X—запор. 18. X краснота стала быстро распространяться дальше по левой щеке, перешла через спинку носа на правую щеку и лоб. Появилась сильная отечность тканей, в особенности кругом глаз. Подчелюстные железы увеличены и болезненны. 19. X сделано первое облучение ртутно-кварцевой лампой (3 эр. дозы) как на болезненный очаг, так и на пограничные участки здоровой кожи. Внутрь назначен стрептоцид по 0,3. Вечером температура 39,5°. На другой день 20. X общее самочувствие 6-ного улучшилось, болезненность уменьшилась. На облученных участках отмечалось развитие яркой фотоэритемы. Дальнейшее распространение инфекции приостановилось, что отчетливо было видно при кварцевом освещении, где на фоне слабой кварцевой эритемы рельефно выступали границы рожистой эритемы, которые остались прежними, как и до первого облучения 19. X. 20. X температура спала до 37°. Сделано вторичное облучение 5 эр. доз. 21. X самочувствие хорошее, температура нормальна. Появилось шелушение эпидермиса, болезненность исчезла. 22. X местные воспалительные явления исчезли. На месте фотоэритемы отмечалось энергичное слущивание эпидермиса и появление пигментации коричневатого оттенка.

На нашем небольшом материале мы видели, что применение одного стрептоцида слабее обрывает рожистый процесс, чем у.-ф. эритемотерапия. В первые два дня приема стрептоцида мы в ряде случаев отмечали, что рожистое воспаление еще

продолжало медленно распространяться по периферии, чего мы ни разу не отмечали при у.-ф. эритемотерапии, которая как-бы фиксирует болезненный очаг в его границах, процесс как бы „застывает“, подвергаясь в дальнейшем быстрому обратному развитию. Комбинированное лечение, состоящее в одновременном применении у.-ф. эритемотерапии и стрептоцида дает несколько лучший терапевтический эффект, чем одна у.-ф. эритемотерапия.

В настоящее время мы продолжаем вести дальнейшие наблюдения над применением предложенного нами метода лечения рожи, чтобы накопить достаточный материал для суждения об его эффективности.

На основании небольшого числа наблюдений мы делаем некоторые предварительные выводы:

1) Стрептоцид в сравнении с у.-ф. эритемотерапией обладает более слабым abortивным действием на течение рожистого воспаления.

2) У.-ф. эритемотерапия, действуя суперэритемными дозами (3—5 эр. доз) на очаги поражения и пограничные участки, обрывает дальнейшее распространение инфекции по периферии и быстро купирует болезненный процесс.

3) Одновременное применение у.-ф. эритемотерапии и стрептоцида обладает более сильным abortивным действием, чем одна у.-ф. эритемотерапия и является наиболее эффективным методом лечения рожи.

Из Казанского туб. института (дир. проф. М. И. Мастбаум).

Атуберкулиновый антивирус Мазура в терапии кожно-железистого туберкулеза.

А. Н. Кокушина.

Вопросы лечения туберкулеза периферических желез и кожи типа скрофулодермы недостаточно освещены в литературе. Широко применявшееся прежде „радикальное“ хирургическое лечение все больше уступает место консервативному: общему кварцевому облучению, лечению по Готц-Грекову, солнцелечению. Лучистая энергия способствует рассасыванию закрытых аденитов, но не предупреждает рецидивов; при открытых же процессах на коже и в железах этот метод часто не дает улучшений. Опыт применения кварца в Казанском туб. институте дал хорошие результаты при плотных железах, не имеющих склонности к нагноению.

Редекер комбинировал кварцевое облучение скрофулезных детей с местным лечением желез и скрофулодермы химическими методами или лучами рентгена. Рентгенотерапия туберкулезных лимфаденитов в Томском физиотерапевтическом институте в 1926—33 гг. дала наибольший эффект при закрытых мягких