

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

железах и только 7% излечения у больных со свищами в железах. В этом же институте был получен хороший результат от лечения размягченных нагноившихся желез иодоформной эмульсией одновременно с облучением кварцем. Однако Келью и Черепнин в своей работе отмечают, что иодотерапия при плохих условиях питания не дает улучшения; такие больные быстро теряют в весе, истощаются, и лечение приходится прекращать.

При наличии открытых свищей некоторое улучшение отмечается от применения *zinci et cupri sulfurici* по Корневу, или от компрессов с ихтиолом, сулемой и проч. Но мы не нашли в литературе указаний на метод лечения, предупреждающий рецидивы и способствующий быстрому заживлению свищей без образования грубого рубца. Путь к этому, повидимому, надо искать в специфических методах лечения туберкулезных заболеваний.

Переходя к вопросу о специфической терапии, мы можем указать на кожные втирания туберкулина по Петрушки. Проф. Е. М. Лепский применял на детях мазь из альт-туберкулина Коха и бациллярной эмульсии на глицерине в разведении 1:10, 1:100 и 1:1000. Применение этой мази на детях с железистым туберкулезом дало улучшение общего состояния, увеличение веса, улучшение местных явлений (закрытие свищей).

Моро считает целесообразным вызывать сильную кожную реакцию, так как при этом кожа вырабатывает противотела, которые обезвреживают введенные в толщу кожи продукты туберкулезных палочек. Отзывы врачей, применявших „Ektebin“ Моро из туберкулина и убитых туберкулезных палочек, благоприятны. Невозможность точной дозировки туберкулина при кожном применении его, спорность полученных результатов, небезопасность,—все это мешает широкому применению его на детях. Некоторые авторы (Шмидт, Зельтер), исходя из того, что в основе лечения туберкулином лежит принцип терапии „раздражением“, считают возможным получение таких же результатов и от всprыскивания молока.

Распространение туберкулеза в лимфатической системе происходит путем регионарного метастазирования. Всегда заболевает ближайшая к очагу железа, от нее поражаются остальные соответственной группы. Туберкулез наружных лимфатических желез не является самостоятельным заболеванием; всегда имеется очаг в соседнем органе, откуда получилось регионарное метастазирование.

Туберкулезные периферические адениты часто представляют собой только часть первичного комплекса и служат указанием на туберкулезный процесс в бронхопульмональных железах, плевре и легких. Поэтому туберкулинотерапия при тбк наружных лимфатических желез не может расцениваться как специфическое лечение аденита определенной локализации. Подкожные всprыскивания разведений альт-туберкулина Коха, также применение партигенов Дейке и Муха имеют значение

в качестве общей терапии раздражения, и поэтому требуется большая осторожность при пользовании этими препаратами.

Местное же лечение негущенным туберкулином Дени (антивирус туберкулезной палочки) в виде компрессов на туберкулезную раневую поверхность после неудачных попыток Арцта совершенно не применяется. Возможность применения при туберкулезных язвах и свищах дезинфицирующего препарата „бактерицид“, предложенного проф. Збарским в 1935 г., требует изучения.

Специфическая антивирусотерапия стала с успехом применяться только с 1928 г., после экспериментальных работ Б. Л. Мазура в Казани. В процессе изучения изменчивости туберкулезной палочки Мазур получил фильтрат „синих“ палочек, на котором не росли классические ВК. Полное отсутствие туберкулина в антивирусе „синих“ палочек и совершенная безвредность при местном его применении у животных позволили применить „атуберкулиновый антивирус синих палочек“ на людях для местного лечения открытых свищей и туберкулеза кожи.

Мазур начал применять свой атуберкулиновый антивирус в 1928 году при открытых свищевых туберкулезных процессах (кожи, желез, костей) и получил хорошие результаты. Для уточнения методики и выработки показаний и сроков лечения атуберкулиновым антивирусом Мазура Казанский туб. институт приступил в 1935 году к амбулаторному лечению детей и взрослых с туберкулезными поражениями наружных лимфатических желез, кожи и костей.

*Методика лечения.* Мы употребляли 100% атуберкулиновый антивирус из лаборатории Мазура в Казанском туб. институте. Это—жидкость темнокоричневого цвета, с характерным запахом; хранится в прохладном месте, в темной посуде и содержит 0,5% фенола для консервирования. Кроме 100% антивируса мы применяли антивирусную мазь. Эта мазь изготовлялась различной концентрации: 2%, 5%, 20% и 50% на вазелине с примесью ланолина.

Прежде всего при туберкулезе кожи и желез со свищами мы накладывали на сутки повязку с 2% антивирусной мазью для размягчения корок, которыми обычно бывает покрыта раневая поверхность. На другой день после снятия корок мы накладывали стерильную марлю, намоченную 100% антивирусом, а при глубоком свище вкладывали турунду, смоченную антивирусом; сверху клалась компрессная клеенка, вата и бинт в виде согревающего компресса. При нераспространенных заболеваниях на ограниченном участке лица, груди, в области ягодиц—мы заклеивали повязку коллодием. При гноетечении повязки сменялись один раз в сутки; после очищения раны от гноя мы накладывали через день на рубцующуюся поверхность скрофулодермы и свища компресс с антивирусной мазью 50% концентрации. По мере заживления мы переходили на двухпроцентную мазь.

В 22 случаях скрофулодермы и тбк шейных лимфатических

желез мы после лечения антивирусом применяли облучение кварцем (3—5 сеансов по 5—10 минут).

При нашем способе употребления атуберкулинового антивируса Мазура отмечается быстрое очищение свища, уменьшение количества гнойного отделяемого, хорошее заполнение раневой поверхности. Даже долго не заживавшие хронические язвы начинали под влиянием повязок с антивирусом быстро очищаться и заживать.

Для успешного действия антивируса Мазура, как и других антивирусов, необходимо непосредственное соприкосновение этого препарата с раневой поверхностью. Поэтому в случаях холодных абсцессов и флюктуирующих нагноившихся желез, покрытых нормальной кожей, мы применяли хирургические разрезы с последующим залечиванием раны антивирусом Мазура. В период лечения определенной группы желез часто наблюдалось нагноение соседних желез, и тогда нам приходилось вскрывать их для соответствующего лечения. Лучшие результаты мы получали в тех случаях, когда кожа, покрывающая флюктуирующую железу, была еще мало изменена. Разрез делался глубокий, достаточно широкий, без удаления кожи прилегающего участка.

Перед лечением, во время и после лечения антивирусом мы подробно обследовали состояние внутренних органов больного, производили рентгеноскопию легких (в нужных случаях—рентгенограмма), исследовали мокроту, ставили РОЭ и реакции на туберкулин. Перед лечением и после окончания его больной фотографировался.

Дети и подростки имели одновременно с экстраторакальным туберкулезом туморозный бронхаденит, некоторые дети перенесли инфильтрат легкого и интерлобарный плеврит. У взрослых, как правило, легочного туберкулеза не найдено; заболевание легких отмечено только у 4 человек.

За период с 1932 по 1937 годы мы лечили антивирусом Мазура 225 больных (127 мужчин, 98 женщин); из них выбыли до срока 27 человек, продолжают лечение 15 больных. Среди наших больных было детей 93, подростков 34.

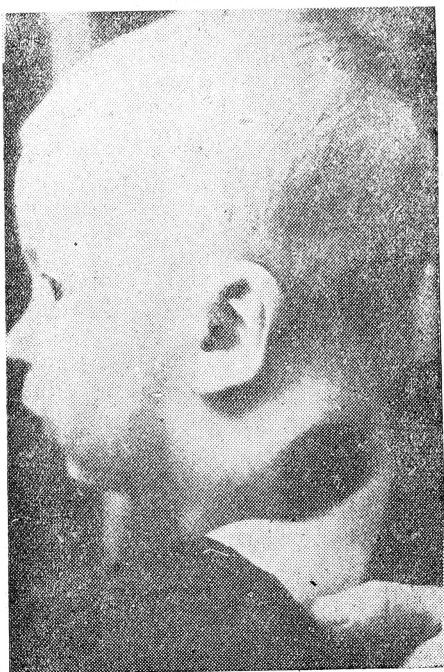
Давность заболеваний по анамнезу у наших больных: до 3 мес.—51, от 3 до 6 мес.—58, от 6 до 12 мес.—36, от 1 г. до 2 лет—42 и 32 человека болели от 3 до 7 лет.

По характеру заболевания, длительности и успешности лечения мы разделили наших больных на следующие группы: 1) волчанка—3 случая; 2) скрофулодерма без выраженного припухания желез—45 сл.; 3) изолированное нагноение одной группы наружных лимфатических желез—113 случаев; 4) нагноение нескольких групп наружных лимфатических желез—33 случая; 5) казеозный распад нескольких групп наружных лимфатических желез—8 случаев; 6) туберкулез костей: грудины, ребер, скуловой, мелких костей кисти и стопы—23 сл.

У 54 больных с закрытыми нагноившимися железами сделаны хирургические разрезы с последующим лечением раны ан-

тививирусом Мазура. 168 больных пришли со свищами. Лечение продолжалось у наших больных: 2—4 недели у 69—31%; 5—8 недель у 81—36%; 3—6 мес. у 54—24%; 7—14 месяцев у 21—9%. Мы получили: полное выздоровление (рубцевание) у 165 чел.—73,4%, улучшение у 54-х—24% и ухудшение (генерализация туберкулеза) у 6—2,6%.

Трое детей с волчанкой лица и шеи лечились антивирусом Мазура безрезультатно и переведены нами в кожную клинику для лечения светом. Наоборот, очень благоприятный результат мы получили при лечении скрофулодермы без выраженного припухания желез. Срок лечения зависит от давности заболевания, локализации и возраста больного.



Фот. 1.

1. Аб-в Шура, 10 лет, перенес 2 года тому назад инфильтративный бронхоаденит и интерлобарный плеврит, одновременно появилась скрофулодерма на правой стороне шеи; шейные лимфатические железы величиной с боб, эластической консистенции. РОЭ 29—10 мм. по Панченкову. Температура нормальная. Через 2 месяца амбулаторного лечения скрофулодермы 100% антивирусом Мазура на шее образовался тонкий малозаметный рубчик. Рецидивов нет.

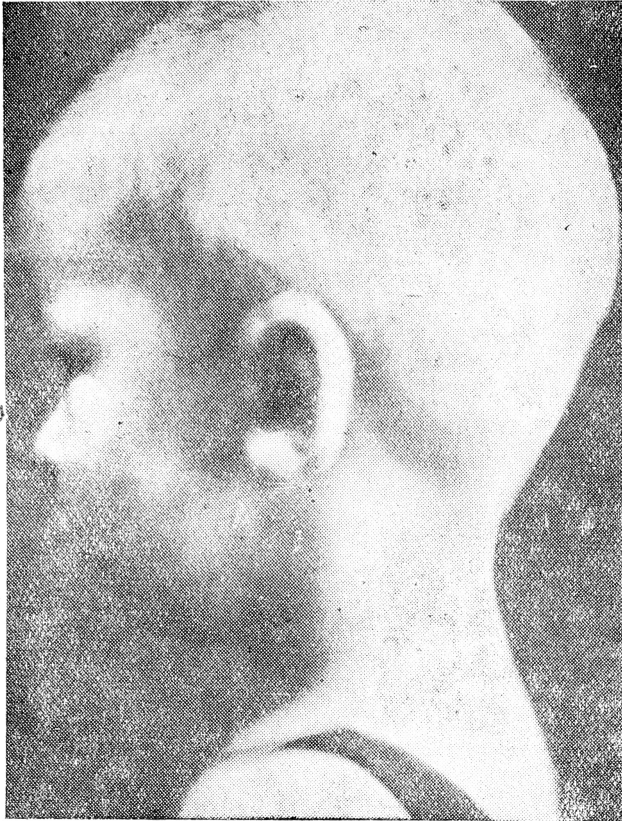
2. Г-ов Мансур, 8 лет. Болен 4-й год скрофулодермой в области груди и шеи. Не учится из-за болезни. После амбулаторного лечения 100% антивирусом Мазура в течение 3-х месяцев—полное рубцевание. РОЭ 22—11 мм по Панченкову. Рецидивов нет.

Приведем два случая лечения туберкулеза лимфатических желез у детей раннего возраста.

3. Са-ев Дамир, 1 г. 7 мес. Прислан из детской консультации по поводу сильного опухания желез на левой стороне шеи в течение 13 дней. Реакция Пирке положительная. Рентгеноскопия грудной клетки—норма. Опухоль

мягкая, флюктуирует, величиной с куриное яйцо. Через 3 дня кожа над ней покраснела, температура 39°. Сделан хирургический разрез, выпущено много гноя. Через сутки в ранку вложена стерильная турунда со 100% антивирусом Мазура. Лечение продолжалось восемь дней (ежедневные перевязки) и закончилось рубцеванием ранки. Рецидива нет (фот. 1 и 2).

4. Ту-ва Маргарита, 2 л. 4 м., перенесла корь, коклюш и грипп, после чего 4 месяца страдает скрофулезным кератитом и увеличением лимфатических желез. 29/1 1937 г. рана глубокая на правой стороне шеи 3 см, слева на шее скрофулодерма, покрытая коркой. Реакция Пирке резко положительная. В легких изменений нет. Лечилась амбулаторно в Тубинституте антивирусом Мазура 1,5 месяца. Ранка закрылась втянутым рубчиком.

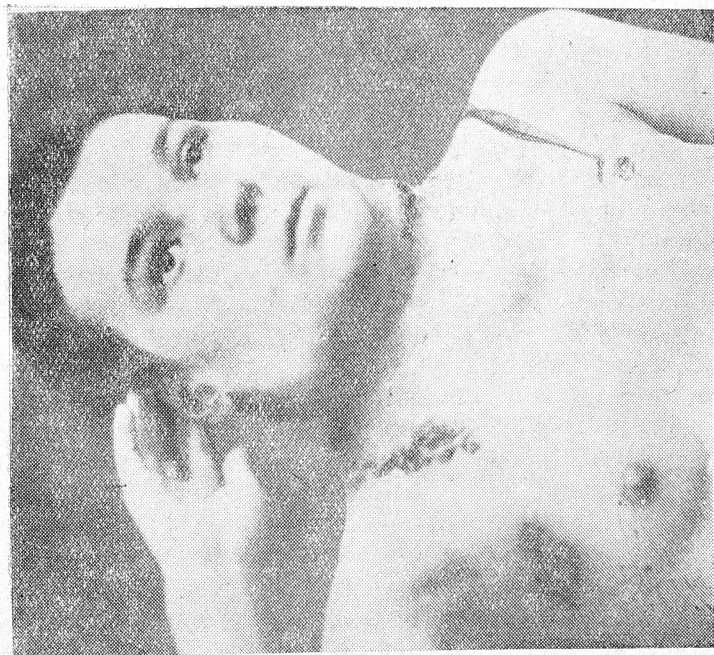


Фот. 2.

Требуется большой настойчивости лечение множественного поражения кожи и нескольких групп лимфатических желез, особенно с казеозным распадом.

5. С-на, 16 лет, больна 3 года опухолью шейных лимфатических желез и 2 года опухолью подмышечных желез. После перенесенной малярии и рожи железы загноились и самопроизвольно вскрылись. Температура субфебрильная. РОЭ 64—35 мм. В легких изменений нет. Скрофулезный кератит. Лечилась антивирусом Мазура 7 мес. амбулаторно в Тубинституте и 3 мес. в санатории со значительным улучшением. В правой подмышечной впадине сохранился маленький свищ с небольшим выделением. Частичное помутнение левой роговицы. Поступила в вуз и чувствует себя совершенно здоровой (фот. 3 и 4).

Хороший результат мы получили при лечении 23 случаев туберкулеза костей: грудины—11 случаев, ребер—2, скуловой кости—2, локтевого сустава—1, мелких костей кисти и стопы—6.



ФОТ. 3.



ФОТ. 4.

6. С-ов Вася, 9 лет. В течение 5 лет страдает туберкулезом подмышечных желез и ребер со свищами в левой подмышечной области. Рентгеноскопия грудной клетки: „спайки костальной плевры, справа—обызвествленный тяж“. Температура нормальная. РОЭ—44—12 мм. Мы применяли 10% антивирус Мазура на свищи в виде компрессов в течение 7 месяцев со значительным улучшением. Окончательно ранки закрылись только через год. Мальчик поступил учиться в школу.

7. Он-ин Борис, 13 лет, заболел в апреле 1935 года опухолью в области грудины величиной с куриное яйцо, которая самопроизвольно вскрылась с образованием свища. Нами диагностирован туберкулез грудины и начаты перевязки со 100% антивирусом Мазур; после очищения ранки от гноя применялась повязка с 20% антивирусной мазью. Рентгеноскопия грудной клетки „норма“. РОЭ—24—14 мм по Панченкову. Лечение антивирусом продолжалось 30 месяцев. Ранка зажила нежным рубчиком. Рецидива в течение полутора лет нет.

*Литература:* 1. Проф. Лепский, Лекции о тбк детского возраста, 1923.— 2. Медовиков, Тбк в детском возрасте, 1926.— 3. Ранке, Первичный аффект, 1928.— 4. Мазур, Борьба с тбк., № 4—5, 1932—5. Конторович и Глаголева, Борьба с тбк., № 4—5, 1932.— 6. Мазур и Кутуева, Каз. мед. ж. № 9, 1934.— 7. Мазур и Подлевская, там же.— 8. Мазур и Ашина, Проблемы тбк, № 9, 1935.— 9. Колью и Черепнин, там же.— 10. Костицкий и Штейн, там же.— 11. Мазур и Жакова, Проблемы тбк, № 5, 1936.— 12. Бременер, там же.— 13. Вылегжанин, Проблемы тбк, № 12, 1936.— 14. Адамюк и Пастернак, Каз. мед. ж. № 10, 1937.— 15. Вейс, там же.— 16. Шулуток, Каз. мед. ж. № 11, 1937.

Из клиники детских болезней Ижгосмединститута (директор проф. Э. Б. Фурман.)

## Об узловой эритеме.

М. Л. Державец.

Вопрос об этиологии и патогенезе узловой эритемы до настоящего времени остается еще невыясненным и спорным. Для многих авторов специфичность узловой эритемы считается сомнительной, и ее точное место в какой бы-то ни было классификации не определено. Иохман относит ее к инфекционным болезням; в учебнике „Болезни детей раннего возраста“, под редакцией Г. Н. Сперанского, о ней говорится в главе о кожных болезнях. Маслов в учебнике „Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний“—описывает узловатую эритему в отделе „туберкулез у детей“.

Школа Киселя, Лейхтентрит, Гейм, Фюрбрингер, Валтер, Ганюшина рассматривает узловатую эритему как инфекционное заболевание *Sui generis*. В пользу инфекционной теории, по мнению ее сторонников, говорит: эпидемичность, сезонность, наличие инкубационного и инвазионного периода, стадия высыпания и наблюдающийся в большинстве случаев иммунитет.

Многие авторы, в том числе Комби, Нобекур, Крюн, считают, что узловатая эритема может быть вызвана различными причинами; Кох указывает на травмы, Кундратиц, Боганович—на предшествующие гриппозные инфекции. Гесс, Берман и Валькер видели ее после хронических интоксикаций (сифилис, малярия).