

Из сывороточного отдела (зав. Б. Н. Петров) Тамбовского института эпидемиологии и микробиологии (директор д-р Г. Ф. Дорохов).

К ВОПРОСУ ОБ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ.

Б. Н. Петров.

1-е сообщение.

Ветряная оспа считается инфекцией, легко переносимой, не влияющей на общее развитие детского организма и протекающей почти без смертности.

По данным Пфаундера и Шлоссмана смертность в Лондоне колеблется в пределах от 0,01 до 0,04%. Смертью заболевание угрожает лишь слабым и истощенным детям, ввиду предрасположения их к гангренозным процессам на коже.

Однако эта безобидная инфекция приобретает особое значение для маленьких, ослабленных, анемичных, эксудативных, страдающих расстройством пищеварения и питания, для детей с явно выраженной гипо- и атрофией, с пониженной устойчивостью и малой сопротивляемостью организма. Понятно, что в таких случаях ветряная оспа может явиться причиной, приводящей к смерти ребенка. Поэтому становится ясным тот интерес, который проявляют органы Охрматмлада ко всем методам профилактики и борьбы с этой инфекцией.

В силу особых условий эпидемиологического порядка, борьба с ветряной оспой встречает большие трудности. Как известно:

1) при нестойкости вируса заразительность при этой инфекции чрезвычайно высока;

2) инфекция обладает заразительностью уже в инкубационном периоде (Филатов, Гейбнер);

3) возможна передача инфекции через третьих лиц, оставшихся здоровыми, или через бацилоносителей (Йохман и Ленц);

4) существует этиологическая связь между ветряной оспой и *Herpes zoster* (Бокай), ибо инокуляция содержимым пустулы *Herpes zoster* вызывает у новорожденного заболевание ветряной оспой. Якоби и Фрей описали эпидемии ветряной оспы, возникавшей от детей, болевших *Herpes zoster*. Серологические исследования подтверждают идентичность этиологии с *Herpes zoster*,

5) растяжимы сроки инкубации—от 9 до 21 и более дней.

Всеми этими моментами и объясняется безуспешность борьбы с ветряной оспой одними мерами санитарного порядка.

Вопросами предупреждения ветряной оспы мерами специфической профилактики занимались многие авторы. Митгель и Баралас, вводя по 4 см³ сывотки реконвалесцентов, получали пассивный иммунитет на 50 дней. Молчанова проводила активную иммунизацию кровью варицеллезного больного, в течение первых 36 часов, вводя последнюю в дозах от 0,1 до 0,3 см³. Способ оказался мало действительным. Резмарский получил иммунитет в 50%, иммунизируя детей 0,1 цитратной кровью, взятой в стадии высы-

пания. Крайновская, испытывая способ Кипарского (внутривенное введение 1 см³ крови, взятой из вены заболевшего в первые 24—36 час. высыпания), пришла к выводу, что этот способ не предупреждает распространения оспы.

Более положительные результаты получились при использовании, в качестве иммунизирующего материала, содержимого ветряночного пузырька по методу Клинга. Метод Клинга заключается в инокуляции (*varicelatio*) содержимого ветряночных пузырьков здоровым. Ряд авторов — Мейер, Шеферштейн, Черкасова и Рудима-Луковская-Дедюкина, и Альшванг сообщают, что способ Клинга является активной иммунизацией, дающей большие практические возможности в борьбе с ветрянкой. Однако поверочная работа Феера, производимая им во время домашней эпидемии, не подтверждает сообщения Клинга и Мейера — прививки не предохраняли от инфекции.

Наши данные охватывают наблюдения над 87 детьми в период с 1933 по 1935 год.

Учитывая ограниченные возможности к использованию активной иммунизации из-за трудности получения лимфы от больных и немедленного ее использования, мы испробовали предложение сотрудников школы проф. Данилевича, сохраняя прививочный материал в смеси с глицерином.

Методика приготовления прививочного материала была следующей:

1. Материал брался только из везикул, наполненных светлосерозным содержимым. Везикулы мутные, содержащие уже распад ткани, с примесью лейкоцитов, нами браковались.

2. Место взятия материала подвергалось дезинфекции тонкой струей эфира через пульверизатор.

3. Инструментом, добывающим лимфу, служил шприц Рекорд в 1 см³ с тонкой иглой. Вследствие того, что лимфа обладает определенной вязкостью и через несколько минут после извлечения в ней образуются нити, в шприц, перед взятием материала, добавлялся 80% глицерин в количестве $\frac{1}{3}$ по отношению к предполагаемому количеству получаемой лимфы. Лимфа, смешанная с глицерином, оставалась прозрачной все время.

4. Через сутки лимфа, консервированная таким способом, подвергалась бактериологическому контролю на загрязненность.

5. Для активной иммунизации употреблялась консервированная лимфа, давностью не более 7 дней.

6. Больной, у которого бралась лимфа, подвергался исследованию на сифилис.

Одновременно, во избежание смешивания ветрянки с другими сходными заболеваниями (*Herpes zoster*, *Impetigo contagiosa*, *subamina*, *Erythema exudativum multiforme* и др.), брали мазок из содержимого везикулы. Фиксированный в метиловом спирте и окрашенный эозином мазок, указывающий на присутствие гигантских многоядерных клеток, подтверждал диагноз ветряной оспы.

Первый опыт активной иммунизации был проведен в 1933 году, в закрытом детучреждении, куда ветрянка была занесена поступившим больным ребенком. Всего было 48 детей, в возрасте до 2½ лет, и ко дню начала активной иммунизации было уже двое

больных. Иммунизация проводилась по типу оспопрививания: лимфа наносилась на наружную часть плеча и делалось от 4 до 5 уколов, повреждавших только поверхность кожи. Через 10—12—15 дней на месте прививки появлялись небольшие папулы, быстро переходящие в небольшие везикулы и также быстро подсыхавшие. У всех привитых ни местной, ни общей реакции не наблюдалось.

Из 46 детей, за исключением 2-х заболевших, были сделаны прививки 34 детям. Остальные не были подвергнуты иммунизации по следующим причинам: 3 ребенка лихорадили и имели расстройство кишечника (были изолированы из общей палаты), 5 детей из палаты заболевших, бывших в непосредственной близости с заболевшими, оставлены контрольными, 4-м не сделаны прививки из-за недостатка материала для иммунизации. Все 34 ребенка были подвергнуты прививке в один и тот же день. Прививка удалась (везикула и образование корочки) у 29 детей (85,27%) и не удалась у 5 детей (17%).

Заболело из группы удачно привитых 3 человека (10,4%), из группы неудавшихся тоже 3 человека (50%), а из группы неполучивших прививку заболело 10 человек (83,3%).

Надлежит отметить, что привитые перенесли заболевание в легкой форме, имея абортиную ветрянку, с малым количеством форменных элементов недоразвитой формы.

Второй опыт был проделан в сельской местности Сампурского района, среди детей детяслей. Сбор и заготовка прививочного материала производились точно так же, как и в первом случае.

В опыте участвовало двое яслей, с общим количеством детей — 43. Ясли были расположены в одном и том же населенном пункте, почти одинаково пораженном ветряной оспой во всех своих населенных частях.

В яслях № 1 было 24 человека, из них уже двое были больны. Прививкой было охвачено 8 человек.

В яслях № 2 находилось 19 детей. Заболеваний было 1. Прививка произведена 12 человекам через неделю после появления заболевания в яслях.

Прививка производилась внутривенно по типу реакции Шика, в количестве, примерно, 0,05 (одной капли).

Из реакций надлежит отметить только небольшую болезненность и зуд на месте прививки. У одного ребенка наблюдалась температура до 38,9° в течение суток.

Наблюдение за привитыми велось в течение 2½ месяцев. Из общего количества, 20 привитых, заболело 4 человека (20%) через 5—8—12 и 25 дней после прививки.

Три первых прививки, повидимому, совпали с инкубационным периодом заболевания. Из 20 непривитых заболело 15 (75%).

И опять надлежит отметить более легкое течение заболеваний у привитых, по сравнению с непривитыми.

Третий опыт иммунизации был произведен в семье врача Д. После обнаружения заболевания ветрянкой одного ребенка, другому, в возрасте 2 л. 3 м., на другой день после высыпания у

брата, была введена лимфа, взятая у больного, и в смеси с стерильным 80% глицерином, в количестве 0,1, введена внутривенно в предплечье руки.

К вечеру температура у привитого поднялась до $38,5^{\circ}$, на другой день дошла до $38,8^{\circ}$ и постепенно снизилась к концу вторых суток до нормы.

Несмотря на совместное пребывание больного и привитого в одной квартире, привитой ребенок не заболел. Трудно, при летучести вируса и заразительности ветрянки, приписать незаболевание случайности.

Выводы. 1. Разносторонние данные, полученные различными авторами по активной иммунизации против ветряной оспы, указывают на несовершенство всех предложенных методов иммунизации.

2. Наши данные иммунизации, по модифицированному способу Клинга, говорят о возможности иммунизации с положительным результатом.

Из детской клиники Казанского государственного ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор клиники заслуж. деятель науки проф. Е. М. Лепский).

К ЛЕЧЕНИЮ РАХИТА ТЮЛЕНЬИМ ЖИРОМ.

Э. Е. Михлина, М. Е. Лейзеровская, Н. Н. Милованова.

По вопросу о применении тюленьего жира для лечения рахита у детей появилось уже несколько работ в русской медицинской литературе. Так, в 1929 году Левит и Михлина в работе, вышедшей из нашей клиники, сообщили на основании наблюдений на 13 детях об удовлетворительных результатах применения этого жира. В 1935 году Е. М. Лепский и Г. С. Тямина опубликовали наблюдения, также говорящие об удовлетворительном действии тюленьего жира на детский рахит, несмотря на то, что при испытании на крысах содержание витамина Д оказалось в этом препарате невысокое.

В 1936 г. появилось сообщение на ту же тему В. Ф. Ведрашко, который приходит в общем к отрицательным результатам.

Так как все перечисленные работы выполнены на сравнительно небольшом материале и результаты к тому же получены неоднородные, вопрос о терапевтическом значении тюленьего жира нельзя считать решенным; он требует дальнейшего изучения. Считаем поэтому полезным сообщить здесь выполненные зимой 1935-36 года наблюдения над рахитиками, лечившимися жиром каспийского тюленя.

Согласно анализу, произведенному на заводе, где этот жир вырабатывается, он имеет следующий состав: удельный вес 0,928,