

3) Пониженная секреция желудочных желез зависит у крестьян от преимущественно углеводной пищи, не вызывающей усиленной секреции.

4) Средние нормы кислотности у крестьян в зависимости от пищи ниже обычно принимаемых за норму (общ. к.—60; своб.—40; связ. 20—26).

5) Субацидоз может не давать субъективных явлений при обычной привычной пище, но в случаях резких перемен ее он проявляется, как болезнь.

Из Инфекционной клиники Казанского гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Завед. прив.-доц. А. Ф. Агафонов).

Применение антивируса при скарлатине.

Д-ра Е. И. Адо-Агафоновой.

За последнее время скарлатине уделяется чрезвычайно много внимания. Хотя вопрос об этиологии не решен окончательно и до настоящего времени, все же нужно признать неоспоримым тот факт, что гемолитический стрептококк играет исключительную роль в патогенезе скарлатины. Пусть не решен еще вопрос об этиологии скарлатины, но меры борьбы со скарлатиной, направленные главным образом против гемолитического стрептококка (антитоксическая сыворотка), практически себя оправдали. Антискарлатинозная сыворотка дала прекрасные результаты при лечении токсических форм скарлатины, но неудачи при ее применении в тяжелых септических случаях, отсутствие полной гарантии в предупреждении появления скарлатинозных осложнений и ее бессилие при лечении уже наступивших осложнений, заставляет все же считать проблему лечения скарлатины нерешенной и искать еще и других путей для лечения скарлатины и профилактики ее осложнений.

Носоглотка, как известно, является главными входными воротами для скарлатинозного вируса, здесь же разыгрываются тяжелые местные поражения при скарлатине (некротическая ангина). В силу этого естественно возникла мысль попытаться создать местный иммунитет тканей в целях как профилактики самого заболевания, так и профилактики и лечения скарлатинозных осложнений методом применения антивируса по Безредка. Появился ряд работ с указанием на благоприятный эффект от применения местной иммунизации зева и носоглотки стрептококковым антивирусом. Белоновский и Миллер, в целях профилактики скарлатины, предложили свой способ активной иммунизации, а именно, распыление в зеве стрептококкового вирус-токсина, в котором, по утверждению Белоновского, имеются и вещества типа антивируса. На X Съезде бактериологов и эпидемиологов Бардах сообщил о хороших результатах, полученных им при применении стрептококкового антивируса для профилактики осложнений при скарлатине. Морозкин и Гуревич отмечают уменьшение гнойных осложнений и снижение % смертности от септических форм скарлатины при применении антивируса и вакцинации. Ратнер и Натансон подчеркивают профилактическое действие анти-

вируса на осложнения со стороны ушей. Ни один из указанных авторов не отмечает какого-либо вредного действия на организм от применения антивируса.

В Казанской зараз. б-це и Инфекц. клинике Клинического ин-та мы стали применять стрептококковый антивирус при скарлатине с 1928 г. Антивирус получался нами из Казанского краевого микроб. ин-та и частью из Моск. Мечниковского ин-та. Всего под нашим наблюдением прошло 140 больных, которым антивирус был применен частью с профилактической целью для предупреждения осложнений, частью для лечения уже развившихся осложнений. Для оценки лечебного действия антивируса мы разделили наших больных на 2 группы, приблизительно одинаковые по тяжести заболевания. В одной из этих групп применялся антивирус, другая группа служила для контроля. Мы начали свои опыты применения антивируса с лечения скарлатинозных некротических ангина. В этих случаях антивирус назначался в виде вкапывания в нос и смазывания или распыления его в зеве. Каждая манипуляция повторялась 3 раза в день. Более частое применение мы считали невозможным, чтобы не слишком утомлять тяжелых больных при частом воздействии на зев, да кроме того это было невозможно и по чисто техническим соображениям (недостаток персонала).

В виду особой тяжести местного процесса в зеве в септических случаях скарлатины мы выделили таких больных в особую группу. Таких случаев, леченных антивирусом, прошло под нашим наблюдением 5. Все 5 случаев окончились летально на 11—14 день болезни и лишь один, септические явления у которого развились несколько позднее, умер на 29-й день б-ни. Антивирус назначался в этих случаях с 5—6 дня бол. В 4-х случаях при начале лечения уже имелись обширные некротические поражения зева, в одном же случае антивирус был назначен с самого начала появления некротического процесса. Ни в одном из этих случаев какого-либо влияния антивируса на местный процесс в зеве отметить не удалось, точно так же как не наблюдалось и улучшения общего состояния. Да это и вполне понятно, так как здесь дело шло об очень тяжелом септическом поражении всего организма. Однако, и в более легких случаях, не таких безнадежных по своему течению, как только что разобранные нами, применение антивируса при некротических процессах в зеве не дало нам хороших результатов. Так же как и в контрольной группе ликвидация процесса наступала в некоторых легких случаях через 2—3 дня или же некроз продолжался 7—14 дней, вне зависимости от того, применяли ли мы антивирус или другой способ воздействия. Среднее число дней, потребное для заживления некротического процесса в зеве, как в случаях леченных антивирусом, так и в контрольной группе, было одно и тоже—около 8 дней.

Далее антивирус применялся нами для лечения скарлатинозных желез. Мы различали небольшие скар. железы, не очень плотные, не достигавшие величины куриного яйца, и большие железы с отеком окружающей клетчатки, дающие тот или иной % нагноения. Сюда мы не включили аденофлегмоны, при которых антивирус нами не применялся. Увеличение желез при скарлатине может появиться как и в первые дни—ранние скарлатинозные адениты—, так и в последующем течении скарлатины, вплоть до последних дней болезни—поздние скарлатинозные аде-

ниты. Степень поражения ранних ск. желез всецело зависит от силы инфекции и обычно большие железы являются спутником тяжелых и средних форм скарлатины, точно так же, как и количество нагноений в этой группе желез имеет прямую связь с силой инфекции. Большие поздние железы могут развиваться при скарлатине любой тяжести, но и тут нагноение желез учащается при более тяжелых формах скарлатины. Наши данные совпадают в этом отношении с наблюдениями других авторов (Колтыпин, Власова). Что касается небольших ск. желез, то течение их чрезвычайно разнообразно. Бывали случаи, где железы исчезали через 2—3 дня при применении содового компресса и даже без всякого лечения; но нередко можно было отметить увеличение желез, тянущееся в продолжение 3—4 недель. Такое разнообразие в течении небольших ск. желез можно объяснить посторонними скарлатине моментами, имеющими влияние на железистый аппарат, а именно: аномалиями конституции (экссудативный диатез, лимфатико-гипопластическая конституция и проч.), обострение туберкулезной инфекции желез, сывороточной болезнью, протекающей иногда и без сыпи.

Оценку действия антивируса на большие скарлатинозные железы мы произвели по двум направлениям—именно, вычисляя % нагноения таких желез при применении антивируса и без него, и далее, вычисляя число дней, необходимых для рассасывания или нагноения их. Антивирус в этих случаях употреблялся в виде согревающего компресса. Кожа над железами тщательно обмывалась спиртом; материалом для компресса служили стерильные салфетки, обильно смоченные антивирусом. В части случаев одновременно применялось распыление антивируса в зеве. Компресс менялся 2 раза в сутки. В контрольной группе для лечения аденоидов употреблялись содовые согревающие компрессы. На течение больших ранних желез при лечении антивирусом тяжесть скарлатины имела такое же влияние, как и в контрольной группе. В тяжелых случаях при применении антивирусных согревающих компрессов из 12 больших желез нагноилось 10, т. е. 83%, — в контрольной группе мы имели 8 нагноений из 13, т. е. 61%. В случаях средней тяжести, леченных антивирусом, этот % упал до 16%, тогда как в контрольной группе достигал 55%. Нагноение больших поздних желез, леченных антивирусом, встречалось несколько реже и тут тяжесть заболевания оказывала несомненное влияние. В легких случаях нагноение наступало в 25%, при средней тяжести в 30% и в тяжелых случаях в 50%. Общий % нагноившихся желез при скарлатине без учета тяжести представлен в следующей таблице.

	Леч. антив.	Контр.
Ран.	57%	59%
Поздн.	47%	57%

Действие антивируса в случаях ск. желез как ранних, так и поздних, сказывается некоторым уменьшением % нагноения их. Что же касается времени течения таких аденоидов, то антивирусные согревающие компрессы, повидимому, тут не оказывают никакого влияния. Нагноение желез как при лечении антивирусом, так и содовыми компрессами, наступало обыкновенно через 10—13 дней и только в виде исключения созревание желез затягивалось на 19 и более дней. Мы должны указать здесь на 3 случая больших ск. желез, в которых были определены уже

участки гнойного размягчения и тем не менее совершенно рассосавшихся при длительном применении антивирусных согревающих компрессов.

В течении небольших ск. желез при лечении их антивирусными согревающими компрессами мы наблюдали такую же пеструю картину, как и в группе контрольных больных. И тут мы имели рассасывание желез через 2—3 дня и также наблюдали увеличение желез, затягивавшееся до 20 и более дней. Чтобы все же иметь какой-нибудь критерий для оценки действия антивируса в этих случаях, мы вычислили среднее число дней, необходимых для рассасывания такого рода желез. Из этих вычислений мы исключили железы, рассасывавшиеся через 1—3 дня, как стоящие далеко от обычного времени течения желез. Мы должны оговориться, что в контрольной группе таких желез было даже больше, чем в группе, леченной антивирусом. Мы не принимали во внимание также и железы, тянувшиеся более 2-х недель, так как предполагали влияние в таких случаях других причин, не связанных со скарлатиной. Среднее число дней, в которое рассасывались ранние небольшие ск. железы, при применении антивирусных согревающих компрессов, было 10,7 дня, без антивируса несколько дольше—12,3 дня. На поздние небольшие ск. железы согревающие компрессы из антивируса такого эффекта не оказывали. Среднее число дней при лечении антивирусом было 10,8 дня, в контрольной группе 11 дней.

Профилактическое применение антивируса было проведено на 80 скарлатинозных больных. В контрольную группу были отнесены больные, находившиеся одновременно с первой группой в отделении и более или менее сходные с ними по тяжести заболевания. Мы исключили из контрольной группы случаи, окончившиеся смертью, а также тех больных, которые провели в больнице менее 4 х недель. Обычным способом применения антивируса в этих случаях было распыление его в зева и лишь иногда применялось смазывание зева. Мы предпочитали распыление антивируса в зева смазыванию потому, что при первом способе уменьшается возможность травматизации зева и кроме того при распылении тратится меньше антивируса, что было важно в виду дороговизны препарата. Применение антивируса начиналось с первого дня поступления больного в отделение, т. е. со 2—6-го дня болезни, и продолжалось до 21—24 дня. При разборе материала мы не принимали во внимание осложнений, возникших в первые дни болезни, напр., начальные железы. В контрольной группе было принято то же ограничение. Далее, считая, что антискарлатинозная сыворотка имеет определенное влияние на уменьшение % осложнений, мы разделили наши случаи на леченные и нелеченные сывороткой. Полученные результаты представлены в таблице № 2.

		Аден.	Нефр.	Отит.
Леченные сывороткой {	Леч. антивир.	31%	19%	21,9%
	Контроль. . .	43%	15%	16%
Нелеченные сывороткой {	Леч. антивир.	27%	25%	24%
	Контроль. . .	44%	23%	19,5%

При профилактическом применении антивируса мы наблюдали довольно значительное снижение количества поздних ск. аденитов, причем в этом отношении применение антивируса оказало гораздо больший эффект, чем сыворотка. Большой % аденитов в группе леченных сывороткой, может быть, можно объяснить тем, что часть аденитов могла зависеть от активации туберкулезного процесса в железах под влиянием введения чужеродного белка, часть же аденитов могла быть выражением сывороточной болезни. Совершенно другой эффект получился при проверке действия антивируса на заболевания ушей. Здесь мы видим заметное снижение % заболевания ушей при лечении сывороткой, именно 19,5% в случаях нелеченных и 16% в случаях, леченных сывороткой, хотя в последней группе были более тяжелые больные. При применении антивируса общее количество опытов значительно выше, чем в контрольной группе. В группе леченных антивирусом и сывороткой отиты встретились в 21,9% вместо 16% в контрольной группе. В случаях, где применялся один антивирус без сыворотки, было 24% заболевания ушей вместо 19,5% в контрольной группе. Подобное действие антивируса наблюдал и д-р Бардах, именно он получил 31,2% отитов при применении антивируса и 24,3% в контрольной группе. Мы не можем считать случайностью такое повышение осложнений со стороны ушей. Может быть мы имеем здесь такое же распространение инфекции из местного очага, как это наблюдали Гартох и Иоффе при действии специфических фильтратов на местный воспалительный очаг у опытных животных.

Обратимся теперь к третьему из наблюдаемых нами осложнений, именно нефритам. И здесь мы не видели никакого благоприятного эффекта от применения антивируса, наоборот заболевания почек при применении антивируса встречались чаще, чем в контрольной группе. Морозкин и Гуревич также отмечают учащение случаев нефритов при применении стрептококкового антивируса при скарлатине. Повышение % нефритов при применении антивируса заставляет задуматься о возможности его токсического действия при длительном применении. Возможно, что тут имело значение и то, что часть наших наблюдений проводилась с негретым антивирусом. Однако Герман и Шриро, проверявшие действие антивируса на опытных животных, считают, что фильтраты как негретые, так и гретые обладают токсичностью.

Резюмируем полученные нами данные.

1. Антивирус не оказывает влияния на некротический процесс в зеве.
 2. Стрептококковый антивирус оказывает хорошее влияние на течение больших ск. желез, уменьшая % нагноения их.
 3. При лечении небольших ск. желез антивирусными согревающими компрессами мы не наблюдали преимущества перед лечением обычными содовыми компрессами.
 4. Профилактическое применение антивируса уменьшает % скарлатинозных аденитов.
 5. Антивирус не только не оказывает профилактического действия на заболевание ушей, но определенно повышает % появления таковых.
 6. Количество нефритов при применении антивируса увеличивается по сравнению с нефритами в контрольной группе.
-