

Из кожно-венерической клиники (зав. проф. А. К. Якубсон) Башкирского медицинского института (директор С. М. Трайнин).

Об антивирусе Мазура как лечебном факторе при кожном туберкулезе.

Прив. - доц. М. Т. Бриль.

Выдвинутая Мазуром гипотеза, рассматривающая синюю палочку как разновидность Коховской палочки, представляет большой интерес в теоретическом и практическом отношениях. Чрезвычайно заманчиво, что чистая культура синих палочек, полученная Мазуром из красной Коховской палочки в результате 7 генераций, продолжает, по его мнению, обладать специфическими свойствами возбудителя туберкулеза, сохраняет свои антигенные свойства, но вместе с тем полностью теряет токсичность, свойственную Коховской палочке. Несмотря на то, что природа антивируса и механизм его действия окончательно не изучены, апатогенность синей палочки и возможность получения местного иммунитета послужили основанием для применения его в терапевтических целях рядом авторов при туберкулезе кожи, костей и глаз.

Вполне удовлетворительные результаты получены Олесовым при лечении антивирусом 30 больных с различными формами туберкулеза кожи. Из них в 17 случаях он наблюдал полное излечение, в 8 случаях—значительное улучшение, в 8 случаях—улучшение, без изменений 2 случая, а в одном случае вульгарной волчанки—ухудшение. О хороших результатах сообщает Кокушина, применявшая антивирус Мазура на 82 амбулаторных больных с экстраторакальным туберкулезом. Шулуток получил неплохие результаты у 19 костнотуберкулезных больных, вводя антивирус шприцем без иглы во все свищевые каналы. Ободряющие результаты, полученные вышеупомянутыми авторами, послужили причиной проверки терапевтического действия антивируса Мазура на больных кожным туберкулезом в кожно-венерической клинике Башмединститута. Всего было подвергнуто лечению антивирусом 15 больных; из них 11 с колликативным туберкулезом и 4 с вульгарной волчанкой.

Прежде, чем перейти к оценке терапевтического эффекта, полученного под влиянием антивируса Мазура, мы считаем необходимым указать, что основным методом лечения разных форм кожного туберкулеза в нашей клинике является бессолевая диета по Зауэрбруху-Германсдорферу. В целях сокращения сроков лечения и получения более быстрого терапевтического эффекта, мы в большинстве случаев комбинируем бессолевую диету с фото-гелиотерапией, мышьяковистой пастой и т. д., как это делали Езионек, Кейнинг и Гопф, Дерфель, Симон и Капланская и др. Ставя перед собой задачу проверить, насколько антивирус Мазура будет способствовать более быстрому заживлению язвенных очагов при колликативном туберкулезе и рас-

сасыванию бугорков при волчанке, мы для испытания выделили группу больных в 15 человек, бывших одновременно на бессолевой диете. Мы полагаем, что таким путем не умаляется достоинство исследований и значение результатов, полученных нами при местном применении антивируса Мазура.

При колликативном туберкулезе мы держались обычной методики: на открытые поверхностные изъязвления мы накладывали стерильные марлевые компрессы, смоченные 100% антивирусом, а при глубоких язвах мы применяли турунды или тампоны, хорошо пропитанные 100% антивирусом.

Изменения в клинической картине скрофулодермальных очагов мы наблюдали уже в первые 10—14 дней. К этому сроку во многих случаях можно было констатировать явный сдвиг в сторону улучшения, который выражался в уменьшении воспалительных явлений, экссудации и отека как пораженных очагов, так и их периферии. Язвенная поверхность очагов очищалась от распада и заметно подсыхала. В дальнейшем, приблизительно через 3—4 недели, можно было наблюдать рассасывание инфильтрата вокруг язвенных очагов и начало их рубцевания с периферии. Но в большинстве наших случаев (8) на этом процесс улучшения обрывался: рубцевание приостанавливалось, и течение принимало стационарный характер без видимой тенденции к улучшению.

В 6 случаях мы наблюдали после вышеуказанного выраженного терапевтического сдвига ясное ухудшение процесса. Зарубцевавшиеся участки вновь изъязвлялись, увеличивались воспалительные явления и отек, дно язвы покрывалось гнойным отделяемым, и нарастали болезненные субъективные ощущения. В этих случаях мы на 10—15 дней прекращали накладывание компрессов и после исчезновения воспалительных явлений вновь приступали к местному лечению антивирусом.

Необходимо оговориться, что под влиянием бессолевой диеты на люмпозных очагах часто возникают воспалительные явления, по исчезновении которых отмечается обычно клиническое улучшение. Но в наших 6 случаях мы не могли отметить после исчезновения обострений никакого сдвига в сторону улучшения; причем в 2 случаях такого рода обострения повторились в течение 3—4 месяцев по 3 раза, и заметное ухудшение процесса принудило нас вовсе отказаться от дальнейшего применения антивируса.

В общем, результаты терапии антивирусом при колликативном туберкулезе выразились в следующем: в одном случае наступило клиническое выздоровление через 4 месяца, в 2 случаях достигнуто значительное улучшение через 4—5 месяцев, в 3 случаях получено некоторое улучшение в 3—5 месяцев, в 3 случаях за этот же период не было никакого улучшения, а в 2 случаях в течение 3—4 месяцев наступило ухудшение.

Полученные результаты при таком ограниченном материале не дают нам возможности иметь строгое суждение о терапевтических свойствах антивируса Мазура при колликативном ту-

беркулезе. Но несомненный терапевтический сдвиг в сторону улучшения, наблюдаемый нами в большинстве наших случаев в первые 1½ месяца, показывает, что антивирус Мазура повидимому обладает известными антигенными свойствами, способными вызвать усиление антитуберкулезных функций кожной паренхимы. То обстоятельство, что реактивность кожного покрова неодинакова на всех его участках, что многое зависит от формы заболевания, распространенности и локализации поражений, возраста больного, давности заболевания и т. д., приводит к тому, что при одном и том же методе применения антивируса при колликативном тбк мы получаем иногда диаметрально-противоположные результаты—в одних случаях ухудшение, в других—клиническое выздоровление. Отсюда напрашивается вывод, что дальнейшие наблюдения над антивирусом Мазура должны идти по пути изучения методики его применения. При этом методика должна строиться на особенностях макроорганизма, и в каждом конкретном случае необходимо ее индивидуализировать в отношении концентрации фильтрата и способов применения в виде компрессов, примочек, экстрактов, мазей и т. д.

Переходя к оценке терапевтического действия антивируса при вульгарной волчанке, мы на основании наших наблюдений принуждены отметить полную несостоятельность методики местного применения фильтрата в виде компрессов или мазей. При таком способе лечения даже в течение длительного времени мы не видели в люпозных очагах никаких сдвигов в сторону ухудшения или улучшения. В поисках более активных методов мы остановились на внутрикожном введении антивируса непосредственно в люпозный очаг. Избрав интракутанный метод, мы себе отдавали отчет в том, что даже при получении выраженного терапевтического эффекта он едва ли приемлем при больших люпозных поражениях, но нас прежде всего интересовало проследить, какие изменения произойдут в инфильтрате в результате тесного соприкосновения и взаимодействия фильтрата с ней палочки и люпозного бугорка.

Мы держались следующей методики: в люпозный очаг величиной от серебряного рубля до детской ладони после тщательной обработки спиртом тонкой иглой вводился внутрикожно 100% антивирус в разные участки его до получения сплошного волдыря, после чего поле смазывалось йодом и накладывалась повязка. При некотором опыте на очаг величиною в серебряный рубль требуется несколько меньше одного грамма антивируса и около 3—4 интракутанных инъекций на небольшом расстоянии друг от друга.

Что касается общей реакции, то в двух случаях она выразилась в том, что через 2—3 часа после внутрикожного введения фильтрата наступил довольно сильный озноб, длившийся около 3—4 часов, после чего температура поднялась до 37,4—37,6°. Общее состояние удовлетворительное, пульс хорошего наполнения. Ночью сон спокойный. На утро температура—норма, общее состояние хорошее. В остальных 2 случаях общая реак-

ция отсутствовала. Рентгеноскопия до и после введения антивируса не дала в легких никаких изменений.

Очаговая реакция сопровождалась резко отграниченным отеком, краснотой, эксудацией и кровянистыми корочками, соответствовавшими интракутанной инъекцией. При сдавливании очага выделялись серозные, прозрачные, зеленоватые или серозно-кровоянистые капли. Субъективные ощущения незначительные. Воспалительные явления затихали на очагах медленно в течение 8—12 дней, после их исчезновения можно было наблюдать усиленное шелушение на всем протяжении очага. Приблизительно через 3—4 недели после интракутанного введения антивируса Мазура мы в двух случаях наблюдали явные изменения в клинической картине заболевания: инфильтрат заметно оседал, контуры бугорков становились менее отчетливыми, частично сморщивались, принимая буроватую окраску. В остальных 2 случаях клиническая картина осталась без изменений. Улучшение люмпозных очагов, наблюдаемое нами в 2 случаях, послужило поводом для повторного интракутанного введения антивируса всем 4 волчаночным больным в те же очаги. Во второй раз общая и очаговая реакции были почти такого же характера, такой же интенсивности и длительности, как после первой внутрикожной инъекции. В 2 случаях, где после первого введения антивируса Мазура наступило улучшение, терапевтический эффект после 2-й интракутанной инъекции выразился в почти полном уплощении инфильтрата до уровня окружающей нормальной кожи. Большинство бугорков рассосалось. Только по периферии очагов остались кое-где скопления уплощенных бугорков, причем их контуры стали совершенно расплывчатыми и неясными. Весь очаг принял буроватую окраску. Шелушение ничтожное. Только при диаскопии можно было обнаружить кое-где желтоватые пятна. В остальных 2 случаях мы могли отметить после 2-й инъекции антивируса лишь незначительное улучшение.

Для микроскопического наблюдения над тканевой реакцией люмпозного поражения, происходящей в результате интракутанного введения антивируса Мазура, мы выбрали у одного больного очаг правого локтевого сустава, который имел приблизительно однородную клинко-морфологическую картину на всем своем протяжении и в особенности по периферии его. Выделив левую половину очага для интракутанного введения антивируса, мы правую половину оставили без лечения. После двукратного интракутанного введения антивируса, мы биопсировали обе половины для сравнительной оценки гистологической картины.

Гистологическая картина очага, не леченного антивирусом. Картина типичной люпомы, характеризующейся скоплением мощного инфильтрата, расположенного как в верхних, так и в средних отделах дермы. Отдельными мелкими очажками инфильтрат располагается вокруг потовых желез и расширенных сосудов нижнего отдела дермы. Инфильтрат состоит в основной массе из лимфоидных элементов, среди которых разбросаны плазматические и в ограниченном количестве эпителиоидные

клетки. Изредка в центральных частях бугорков намечаются явления распада. Эпидермис на большом участке препарата представляется акантоличным и несколько отечным. В нем местами довольно выражены первый и второй тип серозного воспаления.

Гистологическая картина очага, леченного антивирусом. В сохранившихся бугорках инфильтрат представляется значительно менее мощным, чем в первом препарате. По всему препарату наблюдается развитие рубцовой соединительной ткани. Инфильтрат, состоящий в основном из лимфоидных элементов, характеризуется большим количеством фибробластов и несколько увеличенным количеством эпителиоидных клеток. Эпидермис на большом протяжении сглажен с переходом местами в атрофию. Отека нет.

Таким образом, в результате непосредственного действия синей палочки на люпозный бугорок возник процесс, выражающийся в уменьшении мелкоклеточных лимфоидных элементов, в обилии фибробластов, в замещении инфильтрата рубцовой соединительной тканью, в исчезновении отека и сглаженности эпидермиса. Эти изменения свидетельствуют о происшедшей мощной тканевой перестройке.

Несмотря на то, что наши наблюдения над терапевтическими свойствами антивируса Мазура при колликативном туберкулезе и вульгарной волчанке касаются небольшого количества случаев и ограничиваются двукратным интракутаным введением антивируса, мы считаем возможным выдвинуть следующие положения:

1. Предложенный Мазуром фильтрат синей палочки может быть полезным в терапии кожного туберкулеза при усовершенствовании методики его применения.

2. Продолжая считать, что основным методом лечения туберкулеза кожи является бессолевая диета, мы полагаем, что антивирус Мазура может быть использован как дополнительный метод, и только в случаях ограниченных поражений он может применяться как самостоятельный метод.

3. Способ интракутанной терапии антивирусом Мазура при вульгарной волчанке заслуживает внимания и требует дальнейших наблюдений и проверки.

Поступила в ред. 31.VIII. 1937.

Из Казанского туберкулезного института (директор проф. М. И. Мастбаум).

О лечении папулонекротического туберкулида антивирусом Мазура.

А. И. Медведь.

Папулонекротический туберкулид характеризуется образованием в коже маленьких инфильтратов, величиною от просяного зерна до чечевицы, выступающих слегка над кожей, плотных на