

явлений, паронихии довольно быстро исчезали. В одном случае достаточно было трехдневного отдыха, чтобы болезненные явления исчезли и не возобновлялись потом при выполнении той же работы.

Интересно отметить, что в части случаев совершенно не леченных, заболевания ногтей и околоногтевых валиков, за время месячного отпуска, прекратились в те же сроки, как и при лечении их препаратами иода, салициловой кислотой и др. Заболевание ногтей исчезало обычно спустя некоторое время после прекращения воспалительных явлений со стороны валика, когда начинался рост непораженной дрожжами ногтевой пластинки, отделенной иногда резкой границей — поперечной бороздой от больного ногтя.

Те изменения и деформации ногтя, которые наступают после исчезновения заболевания, объясняются нарушением функций *matrix* под влиянием патологических изменений в ней, приводящих к понижению продуктивности, недостаточному образованию и сцеплению клеток ногтевого вещества. Такие изменения могли произойти вследствие воспалительных изменений как *matrix* окружающих ее частей.

Терок приводит ряд инфекционных заболеваний, в результате которых развились подобные изменения ногтя. Мы их наблюдали и при травматических повреждениях.

Выводы. 1. Поражения кожи дрожжами и дрожжеподобными грибами на кондитерском производстве при известных условиях могут носить массовый характер.

2. Для диагностики заболеваний, особенно в единичных случаях, необходимо делать посевы на питательных средах.

3. Первым условием для лечения микотических поражений пальцев рук является перевод пострадавших на работу, не связанную с увлажнением рук.

Поступила в ред.
8. IV 1938.

Из 1 хирургической клиники (директор проф. Н. Н. Соколов) Одесского медицинского института.

О терапии фурункулов и фурункулеза антифагинами.

Л. В. Серебренников и Л. Я. Скульский.

Хотя этиология и патогенез фурункула как будто достаточно изучены, это заболевание все еще является распространенным.

Относительные цифры заболевания фурункулом и фурункулезом показывают определенное снижение (на 22% по Одесской области в 1937 году по сравнению с 1936 годом).

Снижение заболеваемости фурункулезом связано с ростом

культурности рабочей массы, с улучшением санитарно-гигиенических условий на производстве, с проведением необходимых профилактических мероприятий.

В сравнении же с другими заболеваниями фурункулы в отдельные периоды встречаются нередко. Изучение поражаемости фурункулами и фурункулезом на одном крупном предприятии г. Одессы показало, что ни дают значительное количество дней временной нетрудоспособности, ложась значительным расходом на кассу социального страхования.

Рассматривая фурункул как заболевание, приводящее к тяжелым вторичным поражениям, мы считаем необходимым энергичную борьбу с ним, долженствующую идти как по линии профилактики, так и по линии наиболее эффективной терапии.

С этой целью нами была испробована большая часть современных методов консервативного лечения, и один период времени широко применялось активное хирургическое вмешательство. Однако хирургический метод терапии фурункулов (мы не говорим уже о злокачественных фурункулах лица) не оправдал себя — при нем терапевтический период удлинялся до 10—15 дней. Хирургический метод лечения нами был оставлен исключительно для тех случаев, где налицо имелось уже абсцедирование фурункула.

В оценке хирургической и консервативной терапии фурункулов чрезвычайно интересными представляются данные, полученные американцами Аиерсом и Фостером. Эти авторы в 1937 г. разослали анкеты 250 хирургам и дерматологам Соединенных Штатов и Канады. Суммируя полученные ответы, они установили: 1) средняя продолжительность лечения фурункулов при хирургическом методе почти в 2 раза больше, чем при консервативном. 2) Смертность при хирургическом лечении выше, чем при консервативном: 0,3% при консервативном и 0,7% при хирургическом.

Но и консервативная терапия не является в достаточной степени эффективной. По данным тех же авторов, на общее число в 2833 фурункула средняя продолжительность их лечения Х-лучами, ультрафиолетовым и инфракрасным облучением, ихтиолом, фенолом, ртутными мазями, припарками, бактериофагами и бактериальными филътратами, стафилококковой вакциной, неспецифической протеинотерапией — каждым из приведенных способов в отдельности, а иногда и в сочетании нескольких из них — равнялась 10 дням.

По статистике русских авторов (проф. Куденко) на 2414 случаев фурункулов, леченных теми же способами, средняя продолжительность лечения равнялась 8 дням.

Это и побудило нас искать новых путей, новых способов, которые, с одной стороны, смогли бы привести к значительному укорочению терапевтического периода, а с другой стороны, смогли бы вызвать иммунизацию организма или хотя бы понизить сенсibilизацию кожи к патогенным пиококкам, в основном — к стафилококкам, богато населяющим поверхность кожи человека.

С этой целью нами в 1936 году была испробована терапия фурункула и фурункулеза антифагинами.

Что представляют собою антифагины?

В 9-м году Розенов обнаружил путем аутолиза бактерий вещества, препятствующие фагоцитозу. Насыщая культуры вирулентных пневмококков в физиологическом растворе поваренной соли в течение 48 часов в термостате, при последующем тщательном центрифугировании до получения совершенно прозрачной жидкости, Розенов определил в центрифугате наличие веществ, препятствующих действию опсоинов на пневмококков. Эти вещества автор назвал вирулинами. Невiruлентные диплококки, при добавлении к ним указанных вирулинов, становясь нефагоцитируемыми, т. е. приобретают свойства вирулентных культур.

При постановке опытов по Райту, Чистович и Юревич определили также отсутствие фагоцитирования вирулентных культур пневмококков и, наоборот, явления усиленного фагоцитирования, если бактериальная эмульсия содержала те же вирулентные культуры — пневмококков, но предварительно повторно отмытые физиологическим раствором поваренной соли.

Прибавление в фаготитарном опыте по Райту жидкости, полученной от отмытых вирулентных культур диплококков, к отмытой бактериальной эмульсии — вновь резко снижало фагоцитоз.

Таким образом выяснилось, что вирулентные пневмококки выделяют особые вещества, понижающие фагоцитоз. Эти вещества Чистовичем и Юревичем были названы антифагинами и отождествлены с вирулинами Розенова.

В 1913 году Аринкин установил, что подобные антифагины содержатся также в культурах высоко вирулентных стафилококков. Игумнов обнаружил их присутствие в культурах палочек синезеленого гноя.

Антифагины присущи только очень вирулентным штаммам указанных культур; они термоустойчивы и не разрушаются при кипячении до 10 минут.

Функция их заключается в резко депрессирующем действии на процесс фагоцитоза, однако, не за счет разрушения фаготитарных элементов, а исключительно за счет выявления бактериями отрицательного хемотаксиса по отношению к фагоцитам.

Будучи телами строго специфичными, антифагины обладают значительной иммунизирующей силой. Так, Аринкин вводил в полость брюшины кролика до 75 см³ антифагинов вирулентного стафилококка (по 5 см³ с промежутками в 1—2 недели), при последующем введении в ушную вену того же кролика одной петли культуры стафилококка, 1/20 которой для контрольного кролика оказалась смертельной, он не получал смерти подопытного животного.

Иммунизация ослабленными культурами стафилококка, при последующем введении 1 петли того же штамма, какой применялся в предыдущем опыте, приводила к смерти кролика при явлениях сепсиса.

Таким образом иммунизация животного организма антифагинами является более эффективной нежели иммунизация вакцинами.

Эта иммунизирующая сила антифагинов проявляется в значительном увеличении опсонического индекса сыровяток животного, при введении антифагинов как внутрь брюшной полости, так и подкожно.

Первый опыт борьбы с фурункулами и фурункулезом подкожными инъекциями антифагинов, проведенный в 1936 г., по нашему предложению и под нашим руководством, студентом Г. И. Березманом при амбулатории 1-ой хирургической клиники и 1-м едином диспансере г. Одессы, дал настолько ободряющие результаты, что мы со всей решительностью начали пользоваться этим методом в нашей практической работе.

Начиная с вышеуказанного срока мы проводили лечение фурункулов и фурункулеза антифагинами в амбулатории станко-строительного завода им. В. И. Ленина в Одессе, этот же метод применялся соавтором настоящего сообщения Л. Я. Скульским в 1-ой рабочей поликлинике.

Одновременно мы, начиная с 1937 г., применяли антифагины для лечения упорных, рецидивирующих *hordeolum*'ов у больных, направляемых нам офтальмологом поликлиники завода им. Октябрьской революции в Одессе д-ром Титиевским.

Учитывая, что в основном фурункул вызывается стафилококками, мы применяли для инъекции стафилококковые антифагины, которые, по предложению Одесского облздравотдела, изготовлялись для нас Одесским сан.-бак. институтом.

Лечению антифагинами подвергнуто было 294 больных с фурункулами и фурункулезом, безуспешность лечения отмечена в 11 случаях. В трех случаях мы вынуждены были прекратить инъекции, вследствие сильной общей реакции у больных.

По локализации фурункулов наши больные распределялись следующим образом: с фурункулами предплечья—162 человека, бедра—57, кисти—28, пальцев—21, спины—17 и лица—9 человек.

Положительный, непосредственный эффект самого лечения отмечен в 279 случаях, а стойкость выздоровления на основании отдаленных результатов в 191 случае, при средней продолжительности лечения в 4 дня.

Инъекции проводились в ежедневно повышающихся на 0,1 см³ дозах, от 0,2 до 0,5 см³.

Полное рассасывание инфильтрата наступало в среднем после 3—4 впрыскиваний.

Таким образом, весь терапевтический период фурункула ограничивался при этом методе 3—4 днями. С этим сроком совпал и срок восстановления трудоспособности застрахованного.

В целях иммунизации больных, мы уже после выписки их на работу проводили еще по 5 инъекций антифагина (по 0,5 см³). В среднем один больной получал до 4 см³ антифагина.

Местная реакция обычно отсутствовала или иногда сопровождалась кратковременной болезненностью и эритемой,—на нашем материале в 21,2%. Общая реакция наблюдалась только после первой и второй инъекции и выражалась в повышении температуры в среднем до 37,8° при общем вполне удовлетворительном в остальном состоянии больных; на нашем материале эта общая реакция была отмечена в 12,5% случаев.

С целью выяснения возможных рецидивов фурункулов нами была проведена проверка больных, подвергавшихся этому виду лечения. Проверка проводилась путем просмотра личных карточек больных, имеющих в амбулатории завода, и историй болезни в поликлинике. Одновременно больные вызывались для повторного осмотра.

Общеизвестная трудность собирания отдаленных результатов лечения из-за неявки больных не дала нам, к сожалению, возможности охватить проверкой всех лиц, леченных антифагинами.

Из общего числа в 294 человека нами прослежено в течение 4 месяцев 57 человек; 9 месяцев—110 человек и 1 г. 3 месяцев—21 человек.

Выявлен всего 1 случай рецидива спустя 2 мес. после окончания инъекций. Б-ой этот страдал фурункулезом в течение двух лет.

Повторный курс инъекции (10 инъекций)—в дальнейшем (6-ой и сейчас находится под нашим наблюдением) совершенно избавил его от фурункулеза. Срок наблюдения — 8 месяцев. Производственная обстановка в течение этого времени у него не изменилась.

В тех случаях, где имеется уже абсцедирование фурункула, т. е. расплавление инфильтрата, антифагины заметного действия на рассасывание инфильтрата не оказывают. В этих случаях мы смогли отметить только более быстрое вскрытие абсцесса, так что разрез оказывался ненужным. Иммунизирующее же действие антифагинов проявлялось и в этих случаях.

Таким образом, наиболее рациональным оказывается применение антифагиновой терапии в период первичного образования инфильтрата, когда от первой же инъекции, в зависимости от величины инфильтрата, он исчезал совсем или значительно уменьшался.

Каждому больному проводилось 4 раза исследование белой крови — 1 раз до инъекции, 2 раза в период инъекции и 1 раз спустя 5 дней после выпрыскиваний.

Мы смогли констатировать во всех случаях (96,6%) ясные сдвиги белой крови в сторону увеличения лимфоцитов. Это говорит о возможном действии антифагинов на ретикуло-эндотелий, о раздражении его, повышении его клеточнообразовательной способности.

В случаях упорно рецидивирующих фурункулов производилось исследование мочи. Сахара ни в одном случае в моче не было обнаружено.

В первый период работы с антифагинами, в целях выяснения влияния их на паренхиму почек, мы проводили исследование мочи у всех больных, подвергавшихся инъекциям, и какого-либо отрицательного действия антифагинов на почки нами установлено не было.

Однако мы должны констатировать, что механизм действия антифагинов при терапии фурункулов остается невыясненным и вопрос о влиянии их на ретикуло-эндотелиальную систему подлежит еще дальнейшему изучению.

Независимо от этого, практическая эффективность антифагиновой терапии фурункулов и фурункулеза заслуживает, с нашей точки зрения, внимания и хирургов и дерматологов; антифагины могут быть рекомендованы для широкого применения в борьбе с указанным заболеванием.

Из существующих методов abortивной терапии фурункулов (иодацетон, предложенный Андре Пероз, *ol. terebenthinae*, рекомендуемый дерматологами), антифагины на основании нашего опыта являются наиболее эффективными.

Поступила в ред. 9. II. 1938.