

с другими заболеваниями, находившихся в больничных палатах, где лежали пневмоники, исследовано было 105 человек на носительство пневмококков. Материал для посева брали по преимуществу у лиц, лежавших на ближайших к пневмоникой койках. Пневмококки были выделены у 24 больных, т. е. в 22,8%. Необходимо заметить, что эти 105 лиц исследовались предварительно, до контакта с пневмониками, а затем—повторно, после пребывания в течение нескольких дней вблизи больных пневмонией. Найденные у этих 24 лиц типы пневмококков соответствовали типам, обнаруженным у их соседей—пневмоников. Тип I констигрован у 2 лиц, II тип—у 6 лиц и IV группа—у 16 человек.

Очень показательным является следующее наше наблюдение. В небольшой палате, где находился больной Р. с бронхопневмонией, непрерывно кашлявший и выделявший пневмококков IV группы, лежали больные, не страдавшие поражением дыхательных путей. Между ними было 7 человек, у которых до контакта с больным Р. пневмококки не были обнаружены. Все эти 7 лиц, после 5—10-дневного пребывания вблизи больного Р., оказались носителями пневмококка той же IV группы.

Приведем еще один пример. В маленькую палату помещены к больному Т. с крупозной пневмонией (II тип) двое больных—К. и С. У К. найден до контакта с Т. пневмококк IV группы, у С. пневмококк не обнаружен. Через 6 дней у К. и С. получена культура II типа.

Все приведенные данные позволяют судить о распределении типов пневмококков при крупозной пневмонии и бронхопневмониях в Одессе в 1936 г., что имеет значение в случае применения серотерапии. С эпидемиологической точки зрения показателен наш цифровой материал, он дает возможность судить о том, как широко распространено носительство пневмококков у здоровых, соприкасавшихся и не соприкасавшихся с пневмониками. Этот факт подчеркивает необходимость выработки по отношению к пневмонии ряда соответствующих профилактических мероприятий.

Литература.—1) Викторов, Земцова и Этингер, Журн. микроб. и иммунобиол., 1:33, т. XI, в. I.—2) Павлов и Карпачевская, Проблемы эпидем. и иммунолог., под ред. Здродовского. II.—3) Gundel, Zbl. f. Bant. I. Abt. Orig. Bd. 122.

Поступила в ред. 18.I.1938 г.

О состоянии активной мезенхимы при пневмонии.

Проф. Н. Е. Кавецкий и В. А. Редлих.

То, что инфекция играет определенную роль в возникновении пневмонии, не возбуждает в настоящее время ни у кого сомнения. Значение аллергии при этом заболевании, нам кажется, тоже надо считать доказанным. Еще Вольф-Ейснер рассматривал кризис при пневмонии как явление анафилактического шока на основании лейкопении, падения температуры, уменьшения комплемента крови. В пользу аллергической теории пневмонии

говорит ряд фактов: бурная реакция организма в начале заболевания, быстрое развитие всех патологических явлений, быстрый охват процессом крупных анатомических единиц органа, фибринозность и геморрагичность самого выпота, свидетельствующие о быстром наступлении глубоких изменений сосудистых стенок (Давыдовский), *herpes* — выражение на коже повышенной чувствительности организма к пневмококковому токсину (Кончаловский), склонность к рецидивам. Возбудители пневмонии — пневмококки — часто обнаруживаются в верхних дыхательных путях у здоровых людей и, следовательно, сенсibilизация организма вполне возможна. Дети в первые месяцы жизни редко болеют пневмонией и очень редко дают положительную кожную реакцию с пневмококком, что можно объяснить отсутствием сенсibilизации. Наблюдающиеся заболевания новорожденных, мать которых болела пневмонией во время беременности, можно объяснить внутриутробной пассивной сенсibilизацией, в результате чего ребенок рождается с повышенной чувствительностью к пневмококку (Лаухе). Сиротинин считает, что в этиологии пневмонии „большое значение имеет предрасположение, связанное с конституцией, характеризующейся вообще склонностью к воспалительным процессам (слабость активной мезенхимы по Богомольцу), что является одной из отличительных черт аллергической конституции“.

Придерживаясь инфекционно-аллергической теории в объяснении этиопатогенеза пневмонии и придавая большое значение при аллергических реакциях состоянию активной мезенхимы, мы поставили перед собой задачу изучить функциональное состояние активной мезенхимы при крупозной пневмонии.

Можно считать доказанным, что активные элементы соединительной ткани, составляющие единую физиологическую систему соединительной ткани, играют большую роль в жизни организма, в частности в явлениях иммунитета и аллергии. Поэтому представляет большой интерес изучение функционального состояния активной мезенхимы при заболеваниях инфекционно-аллергической природы.

В качестве теста для суждения о функциональной способности активной мезенхимы при пневмониях мы взяли реакцию Фрейнд-Каминер в модификации Р. Е. Кавецкого. Эта реакция основывается на том, что сыворотка здоровых людей обладает способностью растворять опухолевые клетки. При ряде заболеваний наблюдается понижение онколитических свойств сыворотки. При раке сыворотка крови не только теряет способность растворять опухолевые клетки, но даже задерживает аутолиз. Это явление было описано в 1910 году Фрейндом и Каминер.

Понижение онколитических свойств сыворотки наблюдается при диабете, туберкулезе, сифилисе, болезнях печени, после удаления селезенки, после облучения большими дозами рентгеновских лучей, во время беременности. Онколитическая способность сыворотки повышается во время лихорадочных состояний, при потерях крови, при облучении малыми дозами рентгеновских

лучей. Онколитическую способность сыворотки можно повысить, вводя в организм лизаты селезенки, зубной железы, экстракты из этих органов, экстракты из лимфатических желез и плаценты и, наконец, вводя в организм малые дозы цитотоксической антиретрикулярной сыворотки.

Онколитическая способность сыворотки изменяется с возрастом. Согласно литературным данным, она у стариков выражена в несколько раз слабее, чем у детей.

Указаний, как изменяются цитолитические свойства сыворотки при пневмонии, в доступной нам литературе мы не нашли.

• Цитолитическая способность сыворотки зависит от функционального состояния активной мезенхимы. За это говорят работы Симон, Максон, Виттенбек, Ватерман и, особенно, Р. Е. Кавецкого. Поэтому по изменению онколитической способности сыворотки можно судить о функциональном состоянии активной мезенхимы.

Мы поставили реакцию на цитолитические свойства сыворотки Фрейнд-Каминер в модификации Р. Е. Кавецкого 127 раз с сывороткой 67 больных пневмонией. При учете результатов мы вычисляли коэффициент литической способности, предложенный Р. Е. Кавецким.

Методика. Утром у больного бралось 3 см³ крови. 0,2 см³ сыворотки смешивалось на часовом стекле с таким же количеством взвеси раковых клеток в жидкости Фрейнда. Этой смесью наполнялся меланжер для лейкоцитов. Из меланжера капля смеси помещалась в счетную камеру, где и подсчитывалось количество клеток. Бралось среднее число клеток в одном большом квадрате. После подсчета меланжер помещался на один час в термостат при 37° С. Через час производился снова подсчет клеток. Вследствие цитолиза, число клеток при втором подсчете было меньше. Вычислялся процент растворившихся клеток. Контролем служил другой меланжер, который заполнялся смесью взвеси клеток и жидкости Фрейнда. В связи с аутолизом часть клеток растворялась и в этом меланжере. Вычислялся процент растворенных клеток в этом меланжере. Из этих двух процентных соотношений вычислялся „коэффициент литической способности“ по Р. Е. Кавецкому, который получался путем деления первого процентного отношения на второе.

У здоровых людей коэффициент литической способности, по данным Р. Е. Кавецкого, равен в среднем 2,34, по нашим материалам—2,9.

Результаты изучения реакции на цитолитические свойства сыворотки пневмоников были следующие: в тех случаях, в которых кровь бралась у больных при повышенной температуре, коэффициент литической способности, как правило, было ниже 2. В среднем он равнялся в этот период болезни 1,49. Чем тяжелее протекало заболевание, тем ниже был коэффициент. Особенно низкий коэффициент был в тех случаях, которые окончились смертью больных. В этих случаях коэффициент равнялся 1,09, но, как видно из таблицы, он в двух случаях равнялся 1, а в трех был ниже 1. Таким образом, у пяти больных сыворотка крови не обладала цитолитическими свойствами.

Таблица

Коэффициент литической способности сыворотки в случаях пневмонии с летальным исходом.

Больные	Возраст	Коефци.	За сколько времени до смерти взята кровь
Д-ва	52	0,8	В день смерти.
К.	50	1,5	"
С.	76	1,4	За два дня до смерти.
С-а	44	0,4	За один день.
Д-а	68	1,2	В день смерти.
М.	45	1,2	"
Ц-а	60	1,4	"
В-н	50	1,0	"
С-н	48	0,9	"
Р-ва	47	1,1	"
Н-а	40	1,0	За один день.
Р-а	38	1,1	"
В-н	43	1,2	В день смерти.

После падения температуры коэффициент литической способности сыворотки повышался. В некоторых случаях нам удалось отметить увеличение коэффициента еще до кризиса или в период литического падения температуры. В первый день нормальной температуры коэффициент литической способности в среднем был равен 1,8, в дальнейшем продолжал увеличиваться и достигал 2,04. В тех случаях, в которых пневмония долго не разрешалась, где и при нормальной температуре оставалось притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, хрипы,—коэффициент долго оставался низким. На прилагаемых кривых видно, как изменялся коэффициент литической способности в отдельных случаях.

Приводим несколько выдержек из историй болезни, из которых можно видеть, как изменялся коэффициент в течение заболевания.

Больной К., 18 лет, тяжелая двусторонняя крупозная пневмония: на 9-й день болезни коэффициент был 1,5, на 11-й день—день кризиса при температуре, упавшей до 37,6°, коэффициент—1,8. Еще через 5 дней, когда в легких имелись лишь влажные хрипы, коэффициент—2,2, еще через 5 дней он оставался все еще 2,2.

Больной С., 20 лет, крупозное воспаление нижней доли правого легкого, течение болезни легкое. На 6-й день болезни за день до кризиса при температуре 38,2° коэффициент—1,9. Через двое суток после кризиса коэффициент 2,2.

Больной Д., 48 лет, крупозное воспаление нижней и средней доли правого легкого, течение тяжелое. На 6-й день болезни температура 39,5°, коэффициент 1,5. На 9-й день болезни при температуре 38,2° коэффициент 1,5. Кризис на 14-й день. Через два дня после кризиса: температура нормальная, в легких притупление, обильная крепитация, коэффициент—2,2. Через два дня коэффициент—2,2. Разрешение идет плохо. Через некоторое время снова увеличилось количество хрипов и появились небольшие повышения температуры, коэффициент снизился до 2,1 и держался на этих цифрах.

В одном случае цитолитические свойства сыворотки были исследованы до заболевания пневмонией и во время пневмонии. При первом определении коэффициент был 2,2, во время пневмонии он снизился до 1,2.

Резюмируя полученные нами данные, нужно сказать, что у пневмоников при повышенной температуре, когда в легких отмечается стадия опеченения, цитолитическая способность сыворотки крови бывает значительно понижена по сравнению с нормой. После падения температуры эта способность сыворотки повышается, но долго держится на цифрах, которые можно назвать нижней границей нормы, а иногда коэффициент литической способности сыворотки и после падения температуры остается ниже нормы.

Поскольку, как нами было указано, по величине коэффициента литической способности сыворотки можно судить о функциональном состоянии активной мезенхимы, надо сделать вывод, что при пневмонии происходит угнетение физиологической системы соединительной ткани. Степень этого угнетения соответствует тяжести клинической картины. В случаях с неблагоприятным исходом это угнетение активной мезенхимы особенно выражено.

Итак, результаты наших наблюдений говорят за то, что активная мезенхима при пневмонии принимает определенное участие в реакции организма и функциональное состояние ее в течение пневмонии значительно изменяется.

Это имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Исходя из того, что пневмония является инфекционно-аллергическим заболеванием и приняв во внимание полученные нами данные, мы должны при лечении пневмонии стремиться к десенсибилизации организма и к воздействию на элементы активной мезенхимы. Благодаря работам Богомольца, Богомольца и Неймана, Р. Е. Кавецкого мы знаем, что имеется полная возможность повысить функциональную способность физиологической системы соединительной ткани. На этот путь и должна, по нашему мнению, стать современная клиника.

Поступила в ред.
3.II.1938 г.

Из пропедевтической терапевтической клиники (зав. П. Ф. Ломакин) 2-го Харьковского мед. института (директор С. З. Ткаченко) и терапевтического отделения 6-цы Х. Т. З.

Лечение пневмоний неосальварсаном.

Н. А. Сулимовская и А. И. Западинская.

Применяемые в настоящее время различные способы лечения пневмоний имеют исходной задачей повышение защитных сил организма. Сюда относятся: вакцинотерапия, серотерапия, хемотерапия (хинин, акридин, колларгол, платина и др.). В основу некоторых методов положены данные исследования обмена. Такого лечения пневмонии вливаниями кальция, инсулином с глюкозой, витамином А, витамином С и др.

В последние десятилетия мы встречаем в литературе сооб-