

Н. В. ШИЛОВ

Опыт применения атуберкулинового антивируса Мазура при лечении язв у лепрозных больных

Из Иркутского клинического лепрозория (научный руководитель профессор Л. В. Штамова)

Общеизвестно, что лепрозный микроб очень близок к микробу туберкулеза. Дейке говорит о большом их сходстве. По Кедровскому в опубликованных работах трудно усмотреть доказательства различия лепрозных бацилл и палочек туберкулеза. Бабеш объединяет эти микробы вместе с дифтерийным возбудителем в группу дифтероидов.

Родство туберкулезного и лепрозного микробов видно в одинаковой чрезвычайной вариабильности морфологических (да и других) их свойств. В 1897—98 гг. на основании опытов с культурами Кедровский сформулировал положение, что возбудитель туберкулеза и лепры встречается не только в кислотоустойчивом, но и в кислотоподатливом состоянии. Далее, производя опыты с полученной им культурой лепры, Кедровский при заражении животных через лимфатическую систему глаза и подкожно гистологически получал картину, сходную с милиарным туберкулезом.

В коже больных проказа тоже дает туберкулезоподобное изменение. Это подтверждается работой дерматолога Дарье (отчет о третьей международной лепрозной конференции, бывшей в Страсбурге в 1923 г.).

Мельхер и Ортман прививали кусочки лепрозного материала двум кроликам. У одного из них были найдены узелки в плевре и под плеврой с творожистым некрозом в центре. Кох толковал случай, как проказу, Ганзен высказался за туберкулез на основании некроза. Хюппе, подводя итог прениям, выразился, что сеяли проказу—пожали туберкулез; следует помнить, что у кроликов спонтанный туберкулез вообще-то мало известен.

В Иркутском лепрозории Переводчиков производил опыты с морскими свинками. Он вводил внутривентриально эмульсию из узла лепрозного больного с бугорковой формой и у 3 из 41 свинки наблюдал туберкулез селезенки, печени и легких. В следующей серии опытов эмульсия вводилась под слизистую носа; в одном из 5 случаев получен туберкулез.

Переводчиков делает вывод, что в результате прививки морским свинкам лепрозного материала иногда наблюдается заболевание животных туберкулезом.

Не было недостатка и в попытках лечения проказы средствами, предложенными для туберкулеза. Особо следует упомянуть о туберкулине. Капоззи, Бабеш, Арнинг испытывали старый туберкулин (при отсутствии туберкулеза) с разноречивыми результатами.

Применялся и новый туберкулин. Бабеш отмечает, что при его применении не бывает той реакции, которая наблюдается при примене-

нии старого туберкулина, но рассасывание гранулем имеет место. Он приходит к выводу, что бациллы лепры более устойчивы, чем палочка туберкулеза.

Дутрелепон испытывал птичий туберкулин в дозах 0,0001—0,0005. Были попытки лечения проказы ослабленной культурой туберкулезной палочки по Кальмету.

Понс и Шастель наблюдали уменьшение узлов, пятен и улучшение общего самочувствия от противотуберкулезной вакцины БЦЖ.

Применялся для лечения аутолизат туберкулезных бацилл, приготовленный Роу в Калькутте. Аутолизат вводился под кожу и около лепром в дозе 0,025 до 35 инъекций, через два-три дня или один раз в неделю, в зависимости от температуры.

Все эти данные, не говоря уже об иных, чисто умозрительных заключениях, давали нам право испытать для лечения язв у лепрозных больных атуберкулиновый антивирус профессора Б. Л. Мазура.

Для лечения язв атуберкулиновым антивирусом Мазура было отобрано 12 больных, долго страдающих проказой и имеющих язвы продолжительностью от нескольких месяцев до многих лет. У 8 из них язвы образовались в результате распада лепром и лепрозных инфильтратов. Двое представляли собой случаи с трофическими язвами стоп, встречающимися при нервной форме проказы. Один — с язвами лепром после диатермокаустики и одна больная, сравнительно очень недавно заболевшая, с немногими бугорками имела изъязвившуюся лепрому после травмы (ушиб при катании на лыжах). Двое последних больных представляли удобство для наблюдения за влиянием антивируса на неповрежденные лепромы. Одному из них антивирус накладывался кроме язв и на нескрывшиеся лепромы.

Вид язв, леченных антивирусом, в подавляющем большинстве случаев однообразен (см. рис.). Это были хронические язвы с лепрозным инфильтратом в основании, с каллезными краями, весьма плотными. Между язвами были диффузные уплотнения, в отдельных случаях — типичный вид дермосклероза с чередующимися рубцами. Язвенная поверхность чаще вялая, грязная, порой с налетом серого цвета, с сильным запахом к моменту перевязки. Язвы иногда доходили до подкожной клетчатки; в случаях трофических язв приходилось наблюдать, как безжизненные оmozоловшие края при протирании во время перевязок свободно отделялись от ниже лежащих тканей, также в свою очередь тусклых, вялых.

Язвы у лепрозных больных обычно не причиняют им болезненных ощущений. На перевязку, производимую, как правило, ежедневно, в редких случаях через день и лишь иногда два раза в сутки, больные приходят из-за загрязнения повязок и запаха.

Температура у больных, имеющих язву, нередко бывает субфебрильной. Она значительно повышается во время обострений, сопровождающихся воспалительной эритемой, а иногда и рожеподобной лепрозной реакцией.

Язвы порой заживают. Бывает это заживление и в случаях смертельного исхода в результате туберкулеза (лепры $\frac{5}{4}$) легких, когда язв к моменту смерти уже нет; на секции отмечаются лишь рубцы и пигментация кожи после бывших язв и лепром. Заживление язв наблюдается и в результате антисептического лечения соответствующими растворами, мазями, а также после применения физиотера-

левтических воздействий. К сожалению эффект получается кратковременный.

В туберкулинотерапии имелось в виду найти средство, содействующее макроорганизму в его борьбе с микробом.

Бактериоскопически язвы лепрозных больных за исключением трофических при чистой нервной форме и дают в мазках обилие палочек Ганзена, напоминающее мазки из чистых культур. Конечно, здесь же примешивается и сопутствующая загрязняющая флора. Так было и в наших случаях.

Мы испытывали лечение антивирусом Мазура с 19 февраля по 20 марта 1939 г. За это время было израсходовано 6 литров антивируса. Антивирус применялся в виде компрессов, слегка отжатых, из 5—7 рядов марли, накладываемых на язву и покрываемых сверху вощеной бумагой. Повязка сменялась один раз в сутки. Ход лечения контролировался наблюдением за изменением температуры, наблюдением за состоянием язв, окружающей ткани и всей кожной поверхности, а также и общего самочувствия больного. Затем ставилась РОЭ и велись бактериоскопические исследования отделяемого язв.

У некоторых больных часть язв была оставлена для сравнения на антисептическом лечении; для этого оставлялись обычно язвы на одной конечности.

Уже в первые дни лечения антивирусом у больных отмечалось недомогание, легкое познабливание по вечерам с повышением температуры до $37,3$ — $37,5^{\circ}$.

Возможно, что и до лечения антивирусом у больных бывало такое состояние, но оно оставалось незамеченным.

Одни почти с начала лечения ощущали жжение и легкое покалывание в области язв; другие—несколько спустя и к концу лечения говорили о ломоте в ногах, сильной болезненности в язвах, например, при взятии мазков, чего никогда раньше у наших больных не бывало.

Иногда язвы окружались воспалительной каемкой. В нескольких случаях отмечено было сравнительно слабое обострение процесса на конечностях, иногда также и на лице, где антивирус не применялся.

В одном случае было общее обострение, проявившееся высыпанием свежих воспалительных узлов и покраснением старых инфильтратов, а местно—явлением лепрозного эризипелоида с буллезными высыпаниями, перешедшими потом в поверхностные эрозии. Здесь пришлось прервать лечение антивирусом на 5 дней, чтобы продолжить его вновь после стихания столь бурной реакции.

Лепрозное обострение отнюдь не ухудшало конечного результата; скорей надо отметить другое: лучшие результаты как раз и были в группе, где имело место воспалительное обострение. Правда, в одном случае трофических язв тоже было лепрозное обострение, но хорошего результата в итоге не получилось.

В одном из случаев с обширными многолетними язвами голени был период ухудшения язв, а именно: появился обильный зелено-серый налет, сильный запах, боли.

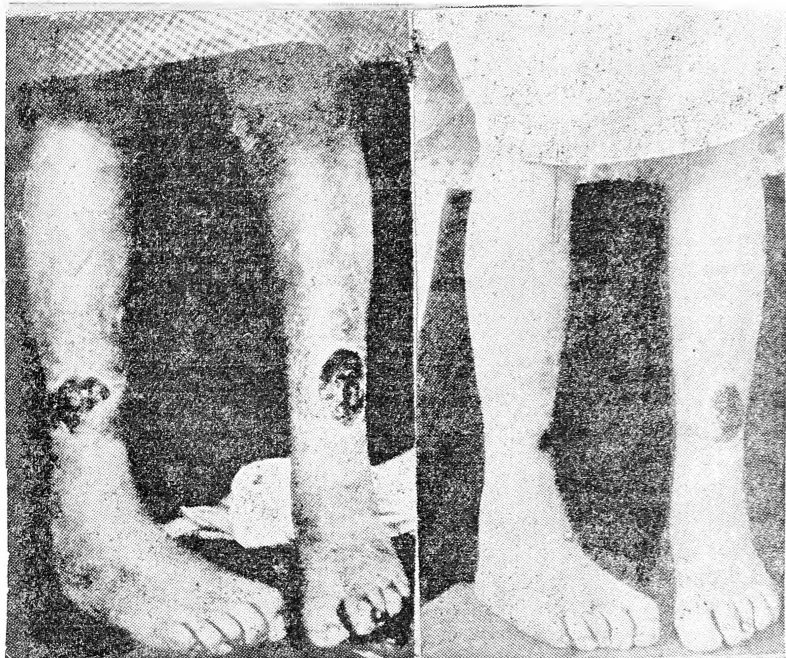
Там, где имело место заживление язв, оно начиналось постепенно, незаметно; раньше недели—десяти дней заметных сдвигов не было.

Нужно сказать, что и залеченные антивирусом язвы, случалось, по прошествии нескольких дней начинали вновь изъязвляться. Несомненно, что в случаях стойкого заживления нельзя поручиться, что язвы рано или поздно не могут открыться. Сам по себе результат

лечения исключительно блестящим мы не назовем; у трети больных наблюдалось или состояние без перемен или лишь небольшое улучшение вида язвы. Другие две трети, хотя и дали хорошие результаты, но у двух больных из этой группы в ближайшие дни процесс снова ухудшался, а у части больных улучшение замедлилось.

Мы не вправе сказать, что уже нашли метод, превосходящий и физиотерапию и обычный антисептический способ лечения лепры. В антивирусном лечении мы хотим видеть начало разработки новой тропы в терапии проказы—иммунобиологической, которая несомненно рано или поздно приведет к лучшим результатам, превосходящим известные до сих пор медицинской науке.

Попутно о РОЭ и бактериоскопии. РОЭ ставилась нами в обычной модификации аппаратом Панченкова; отметки оседания эритроцитов производились через 15 минут, 30 м. и 1 час. РОЭ при нашем наблюдении оставалась в таком состоянии, как она была и раньше. Очевидно, на свойствах сыворотки и эритроцитов такое воздействие как антивирус, примененный местно, не отражается.



До лечения

После лечения

Мазки из отделяемого язвы брались после предварительного обсушивания язвы прикладыванием сухого марлевого тампона; соскабливались грануляции краешком предметного стекла и размазывались при помощи другого стекла. Всякий раз мазки делались из одной и той же язвы. Окрашивались мазки по Циль-Нильсену и по Граму в классической их прописи.

К середине курса лечения во всех мазковых препаратах стало наблюдаться появление зернистых форм бацилл в окрашенных по Циль-Н. мазках. И в повседневной лабораторной практике в мазках лепрозных больных зернистая форма—совсем не редкость.

Все же нельзя отрицать своеобразную закономерность в появлении зернистых форм бацилл Ганзена. Этих зернистых палочек не было до лечения в тех язвах, за которыми мы вели наблюдение; появились они по прошествии многих дней воздействия антивируса и держались, раз появившись, до последнего дня лечения. В препаратах, взятых 15 дней спустя после прекращения лечения антивирусом с тех же мест, зернистые формы уже не попадались.

На сопутствующую флору антивирус Мазура влияния не оказывает. При нем не бывает, как правило, обильного роста вульгарных микробов, ведущих к видимому загрязнению язвы. Но и сильных антисептических свойств антивирус Мазура не проявил.

Мы все же не склонны свести действия антивируса на микробы в язвах к влиянию той небольшой концентрации карболовой кислоты, которая входит в антивирус; мы полагаем, что здесь имеется эффект антивирусный, т. е. полученный в результате ослабления флоры язвы продуктами жизнедеятельности какого-то штамма „синей“ тбк палочки.

Иначе трудно было бы понимать несомненное очищение язв во всех наших случаях и увеличение потенции роста грануляций и эпителизации тоже без исключения в каждой из наблюдаемых язв.

Нам кажется возможным сделать следующие выводы:

1. Лечение язв у лепрозных больных антивирусом Мазура дает в ряде случаев ободряющие результаты.

2. Лучше реагируют язвы, получившиеся от распада лепром и диффузных лепрозных инфильтратов.

3. Дальнейшее испытание этого метода лечения язв необходимо и должно вестись в срок более продолжительный, чем у нас, и в сочетании с другим одновременно проводимым общим лечением, например вакциной Мазура.

Поступила 4.V. 1939.