

Из Татар. института ортопедии и травматологии и одноименной клиники Госпитала усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор доцент Л. И. Шулушко)

## Наблюдения над лечением некоторых форм костного туберкулеза антивирусом Мазура.

Доц. Л. И. Шулушко.

С момента открытия Кохом туберкулезной палочки и уяснения генеза костно-туберкулезного процесса и до настоящего времени предложено довольно значительное количество самых разнообразных методов лечения этого заболевания.

Положительные результаты их применения все же не дают полного удовлетворения, так как они связаны с очень длительными сроками лечения. Это обстоятельство и заставляет специалистов искать новых путей, которые позволили бы привести костно-туберкулезный процесс к затиханию в более короткий срок. Отсюда вытекает и тот интерес, который мы проявили к антивирусу Б. Л. Мазура.

Путем многолетнего изучения цикла развития туберкулезной палочки Мазуру удалось не только выделить „синюю“, не кислотоустойчивую разновидность Коховской палочки, но также и приготовить из нее атуберкулиновый антивирус.

После экспериментальной проверки безвредности для организма введения антивируса, последний с успехом был применен в качестве местного лечебного фактора при открытых туберкулезных лимфаденитах.

Этот факт и послужил для нас поводом для клинической проверки антивируса при туберкулезных поражениях костей.

Ввиду того, что лечение антивирусом рассчитано на непосредственное воздействие на туберкулезный очаг и окружающие его ткани, мы в самом начале своих наблюдений отобрали группу больных с поверхностно расположенными очагами, легко доступными для воздействия. В дальнейшем же, после приобретения некоторого опыта в применении антивируса и выработки методики лечения, мы несколько увеличили круг наших наблюдений за счет больных с другой локализацией туберкулезного очага.

Применение антивируса мы начали в ноябре 1935 г. при поражении костей стопы, большого вертела, грудины, челюсти и крестцово-подвздошного сочленения. В конце мая 1936 г., на научной конференции Казанского туберкулезного института с участием представителей Центрального института (Москва) мы имели возможность доложить о нашем первом опыте лечения некоторых форм костного туберкулеза у 19 больных. Теперь это количество увеличилось до 34 больных, а давность наблюдения доходит до года.

Среди наших больных мы имели туберкулез костей стопы— 17 сл., большого вертела—4 сл., крестцово-подвздошного сочле-

нения—5 сл., крыла подвздошной кости—2 сл., грудины и ребер—1 сл., нижней челюсти—1 сл., головки плечевой кости—1 сл., грудино-ключичного сочленения—1 сл., метакарп. кости—1 сл., множественная форма (Юнглинга)—1 сл., из них открытых форм—27 сл., закрытых—7 сл.

По возрасту и полу больные распределяются следующим образом:

1—10 л.		11—20 л.		21—30 л.		31—40 л.		Выше 40 л.		Всего	
М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
1	3	7	4	6	3	1	4	1	4	16	18
4		11		9		5		5		34	

Давность заболевания—до 1 г.—5 сл., от 1 до 2 л.—5 сл., от 2 до 3 л.—5 сл., от 3 до 4 л.—3 сл., от 4 до 5 л.—2 сл., от 5 до 10 л.—8 сл., от 10 до 20 л.—4 сл., выше 20 л.—2 сл.

В отношении способа лечения наши больные могут быть разделены на 2 группы: первая группа (13 чел.)—больные, которым была произведена операция, а после нее лечение антивирусом; второй группе (21 чел.) операция не производилась, и больные лечились антивирусом.

Вначале мы пользовались неразведенным антивирусом, а затем при некоторых формах заболевания мы ввели в практику 20% физиблогический раствор этого препарата.

Методика применения антивируса была следующей.

Операция, как правило, производилась радикально: удалялись все грануляционные и некротические ткани, острой ложечкой начисто выскабливалась вся пораженная кость, свисавшие края кости скучивались, свищи иссекались. Иногда, при наличии большой раны, накладывались 1—2 кожных шва. Рана рыхло тампонировалась марлей, обильно смоченной 100% антивирусом; поверх тампонов накладывалась марлевая салфетка, также смоченная антивирусом. Перевязки и смена тампонов производились через день. Удаление тампонов делалось осторожно, без нарушения целостности грануляций. При перевязке в раневую полость наливалось несколько кубических сантиметров антивируса, а затем уже вводились антивирусные тампоны. При заполнении полости грануляциями и образовании узкого раневого хода, антивирус в оставшуюся полость вводился шприцем без иглы, а рана покрывалась марлей, смоченной антивирусом. При полном заполнении раны грануляциями и превращении ее в гранулирующую язву мы продолжали применять антивирус в виде мази.

Применение антивируса у второй группы больных, леченных без операций, проводилось несколько иначе. В этой группе были открытые и закрытые формы поражения.

Больным с открытыми формами мы вводили шприцем без иглы 20% антивирус через свищ, стремясь к тому, чтобы введенный в один из свищей антивирус показался из других. На весь пораженный отдел кожи накладывалась марля, смоченная в 100% антивирусе, гранулирующие же язвы покрывались антивирусной мазью. Перевязки производились через день.

При закрытых формах путем пальпации и ориентировкой по рентгеновскому снимку определялась локализация пораженной кости. В этот очаг, непосредственно в кость, а также в окружающие ткани вводился шприцем 20% антивирус. Инъекции производились один раз в шестидневку, начиная с 1 см<sup>3</sup>, и увеличиваясь каждый раз на 1 см<sup>3</sup>, доходили максимально до 5 см<sup>3</sup>. Таких инъекций производилось до десяти.

Больные снабжались гипсовыми повязками или шинками. Соблюдались все условия для необходимой разгрузки пораженной конечности.

Часть больных одновременно с лечением антивирусом получала теплые ванны и кварцевое облучение.

Для контроля делались рентгено снимки до лечения, в период лечения и после его окончания. У большинства больных один раз в шестидневку проводилась РОЭ по Панченкову.

При применении антивируса наблюдалась как общая, так и местная реакция. Температура повышалась на 0,5—1°, появлялось недомогание, обострялись боли в области поражения. Все эти явления продолжались несколько дней. Более заметно реакция протекала у больных с закрытыми формами. Там, где предварительно производилась операция или имелись свищи, реакция была менее интенсивной и заканчивалась к концу первых суток.

Переходя к вопросу об эффективности применения антивируса, мы на основании годичного опыта можем отметить, что в подавляющем проценте случаев в той или иной степени наблюдались улучшения. В одних случаях это улучшение наступало в очень короткий срок, в других для него было необходимо более продолжительное лечение, исчислявшееся несколькими месяцами.

Клинические симптомы проходили, примерно, по следующему типу. После нескольких перевязок и окончания реакции заметно уменьшались болевые ощущения, внешний вид раны изменялся: полость заполнялась идущими к поверхности со дна и боков здоровыми грануляциями; грануляции, имевшие в старых свищевых случаях бледно-серый, слизистый вид, превращались в интенсивно-окрашенные, без слизистых налетов; кожные края очищались, а имевшиеся у некоторых больных губчатые разрастания исчезали.

Исключительный интерес представляет динамика репаративных процессов в пораженных костях, которые мы наблюдали по рентгенограммам.

Во многих случаях уже через короткий срок после начала лечения обнаруживалось резкое изменение структурного строения пораженного участка и ближайших к нему костей.

Общая смазанность костного рисунка, неясность суставных щелей, нечеткость контуров пораженных костей, общий резкий остеопороз, истончение кортикального слоя кости, в некоторых случаях очаги разрежения и узурирование кости,— вот обычная рентгеновская картина костно-туберкулезного процесса. Под влиянием лечения антивирусом картина становится другой, определяется прояснение костного рисунка, суставные щели дифференцируются ясно, структура костей становится более четкой, линии кортикального слоя утолщаются.

Позднейшие снимки указывают уже на отчетливую кальцинацию, а в некоторых случаях и на склероз.

Вышеописанные изменения при обычных методах лечения могут наступить только лишь через много месяцев, в наших же случаях разительные перемены наблюдались через 2—3 месяца.

Из 34 проведенных нами в течение года случаев в 10 мы получили отличный результат, в 12—хороший и в 11—удовлетворительный. Лишь в одном случае тяжелого заболевания костей стопы с множественными свищами наступило ухудшение, процесс прогрессировал, и больному была произведена костно-пластическая ампутация на уровне нижней трети голени.

Отличными результатами мы считаем полное затихание туберкулезного процесса, закрытие раневой полости, эпителизацию поверхностных язв, ликвидацию свищей, ясные репаративные изменения в костях, определяемые на рентгенограммах, а также восстановление функции пораженной конечности (хождение без костылей и палок, упор на конечность и т. д.).

В эту группу входит часть больных, которые подвергались лечению антивирусом 10—11 месяцев назад. Ни обострения процесса, ни ухудшения в состоянии их здоровья за весь последующий период не наблюдалось.

К группе больных с хорошими результатами относятся те случаи, где определялось исчезновение болевых ощущений, значительное улучшение состояния раны, наличие хороших грануляций, частичное закрытие свищей, явный положительный сдвиг в рентгеновской картине пораженной области, а также улучшение функции больной конечности.

Удовлетворительными мы считаем такие случаи, которые дали некоторое улучшение как в общем состоянии больного, так и в отношении местных явлений (закрытие части свищей, уменьшение болезненности, улучшение рентгеновской картины).

У этих больных функция пораженной конечности еще не восстановилась. Часть больных этой группы находится в стационаре и не закончила лечения.

Для иллюстрации приведу краткое содержание некоторых историй болезни.

## 1. Группа отличных результатов:

1. Ш. М., 52 л. Первый раз больная поступила в Институт 25/IX 1935 г. с жалобами на боли в области правой пяточной кости, свищ и гноетделение. Заболела 12 лет назад. Заболевание связывает с травмой. Вначале появилась опухоль, по поводу которой, по совету врачей, делала ванны и массаж. Через 5 месяцев на внутренней поверхности пятки образовался гнойник, ходить было невозможно, слегла в постель. Гнойник был вскрыт, стало легче. В области разреза остался свищ с гноетделением. Б-ная стала ходить и чувствовала себя удовлетворительно, а с 1935 года усилилась болезненность, а также увеличилось отделяемое от свища. Появилась припухлость в области голеностопного сустава, кожа покраснела, раневой ход увеличился, масса гноя. Очень резкие боли заставили больную перейти на костыли.

При поступлении в клинику обнаружено: на внутренней поверхности правой пятки имеется свищевой ход с вялыми гранулирующими краями. Окружность свища, а также вся кожа этой области отечна и пигментирована, цвет ее чернотемно-бурый. Движения в голеностопном суставе отсутствуют. При пальпации—болезненность в области сустава и пяточной кости. Ходит на костылях, на ногу не ступает. На рентгенограмме определялась значительная деструкция в области пяточной кости. Отдельные участки разрежения с наличием секвестров. Кости стопы и голени рафинированы.

4/X под общим наркозом—операция (проф. М. О. Фридлянд). Угловой разрез по внутренней поверхности пятки, до кости. Мягкие ткани и надкостница отделены распором. Выявляется наличие значительного разрушения внутренней стенки пяточной кости, здесь же серая грануляционная ткань.

Медиальная стенка os. calcanei удалена, полость выскоблена острой ложкой. Иссечены свищевые ходы, идущие из кожи. Тампоны с ol. vaselini. Гипсовая циркулярная повязка с окном против раны.

12/X больная выписалась для амбулаторного лечения. Во время амбулаторного лечения состояние больной значительно ухудшилось, из раны увеличилось гноетделение, боли резко усилились. Сдвигов в сторону заживления не отмечалось. Боли распространялись по всему голеностопному суставу и стопе. Вследствие настойчивых просьб больной 8/XII вторично принята в клинику, когда и начала лечить ее антивирусом Мазура.

При вторичном поступлении обнаружено: на внутренней стороне пятки имеется раневое отверстие 4 см длиной, 1½ см шириною и 4¼ см глубиною. Большое отделение гноя с отвратительным запахом. Пальпация резко болезненна. Ходит на костылях.

Рентгенограмма от 10 XII (рис. 1) указывает на резкий остеолороз всех костей голеностопного сустава, ясно выделяются на этом фоне лишь тонкие линии суставных поверхностей. Все суставные щели смазаны. Пяточная кость неправильной формы из-за наличия на верхней и нижней ее поверхностях значительных дефектов костной ткани. В средней части пяточной кости большой очаг разрежения, вокруг которого гомогенная уплотненная костная ткань. Верхний край имеет бахромчатый рисунок, задний и нижний края дифференцируются недостаточно четко. Слой мягких тканей смазан и утолщен.

С 9/XII начались перевязки с антивирусом Мазура. 100% антивирус вливался в рану, затем вводился туда влажный тампон; поверх тампона на рану и измененную кожу накладывалась марля, смоченная антивирусом. Такие перевязки производились через день.

Через 10 дней отмечаются положительные изменения со стороны кожи, 5/1 выделения уменьшились, запах потерял свой резкий характер. 20/1 рана заполнилась хорошими грануляциями, имеется узкий ход в раневую полость.

1/II—выделений мало. 10 II—гноя почти нет. Небольшой ход в рану. 25/II—выписалась для амбулаторного лечения. Выделения из раны незначительны. Раневой ход узкий, щелевидный. Кожа вокруг раны приняла нормальную окраску.

Рентгенограмма от 28/III (рис. 2) (через 3 месяца 18 дней после начала лечения антивирусом) обнаруживает вполне четкий рисунок костей голеностопного сустава. Все эти кости имеют ясное структурное строение. Суставные щели определяются хорошо. Пяточная кость деформирована за счет дефекта

1) Б-ная демонстрировалась на конференции Туб. института 29/V 1936 года.

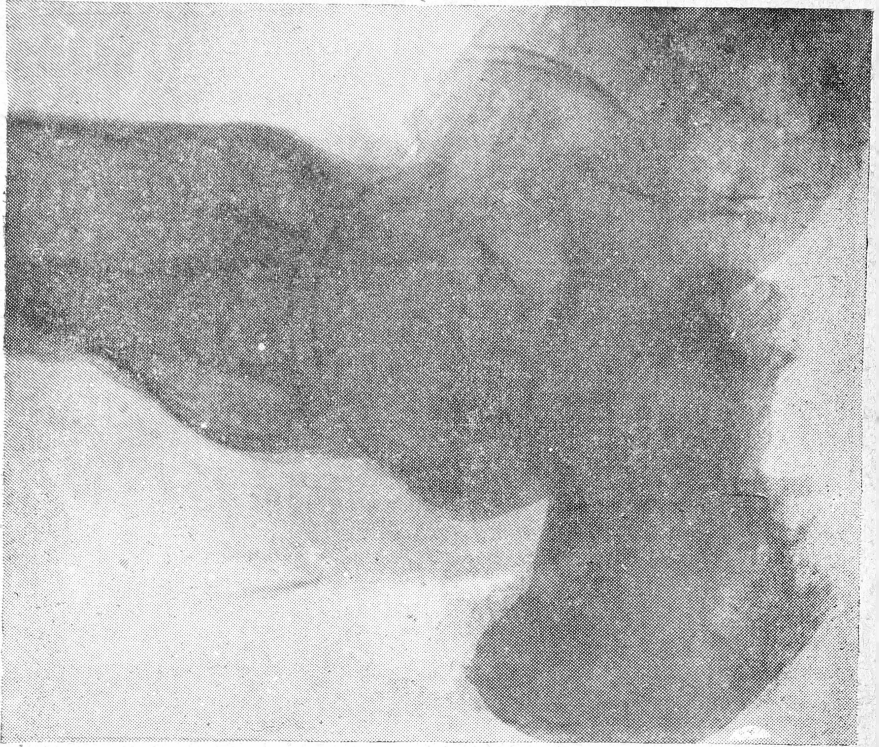


Рис. 2.

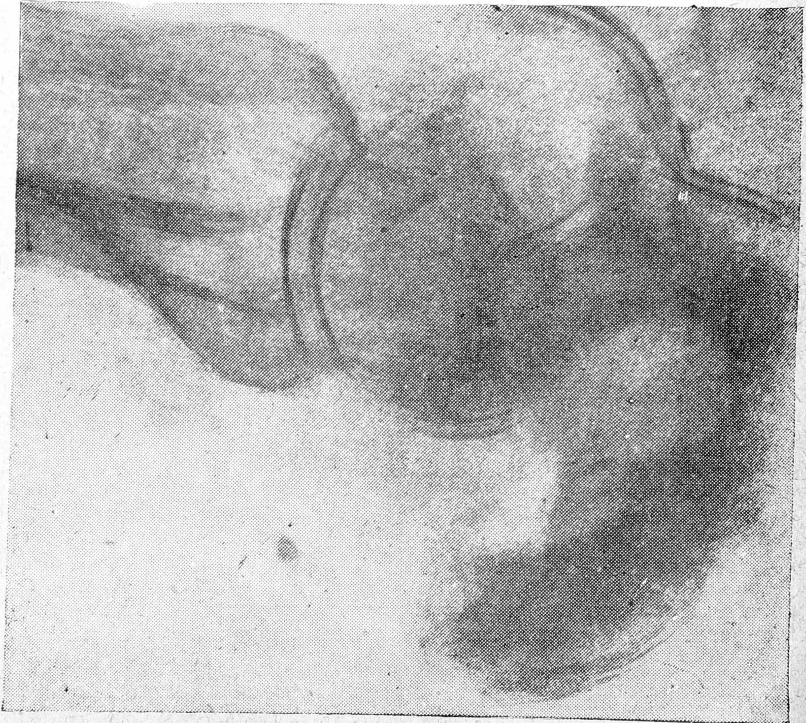


Рис. 1.

на верхней ее поверхности. Края дефекта совершенно четкие, гладкие. На нижней поверхности имеется костный выступ (по типу „шпоры“).

Вся пяточная кость имеет структурное строение с некоторым склерозом в средней ее части. Тени мягких тканей уклонений от нормы не представляют.

При осмотре, 6-ной 29 V еще обнаруживается небольшой узкий ход в раневую полость (рис. 3). Болей при пальпации нет. Может ступать на пятку. Дома ходит без костылей. Рентгенограмма, сделанная 25 V, показала дальнейшие репаративные изменения в костях стопы.



Рис. 3.

Последний раз больная осмотрена 15 XI. Рана закрылась. Кожа совершенно нормальная. Конфигурация стопы не изменена. Болей при пальпации нет. Ходит хорошо без костылей и палки. Рентгенограмма от 15 XI (рис. 4) показывает хорошее структурное строение всех костей стопы. Суставные щели дифференцируются хорошо. Дефект пяточной кости (в верхней ее части) уменьшился. На нижней поверхности „шпора“. В средней части пяточной кости склероз.

2. Т. И., 46 лет, поступил в Ин-т с жалобами на боли в области левого крестцово-подвздошного сочленения, особенно резкие при ходьбе, иррадиирующие в левую нижнюю конечность. Болеет около 5 лет. Заболевание развивалось медленно. Вначале чувствовал тупые боли в пояснице, слева, появляющиеся после тяжелого физического напряжения. В дальнейшем такого рода боли стали значительно чаще и держались более продолжительно, а последний

год стали постоянными. С июля 1935 г. вынужден был совершенно оставить работу. В это время наряду с болями в области левого крестцово-подвздошного сочленения появилась плотная болезненная опухоль, величиною с кулак. Общее состояние ухудшилось. Через 2 недели опухоль размягчилась и образовался свищ, который держался до поступления в клинику.

При обследовании: припухлость в области левого крестцово-подвздошного сочленения, свищ с гнойными выделениями. При пальпации шероховатость по линии сочленения. На рентгенограмме в области левого крестцово-подвздошного сочленения определяется смазанность всего костного рисунка. В средней части сочленения, овальной формы, очаг разрежения. Окружающие этот очаг участки кости несколько рарифицированы.

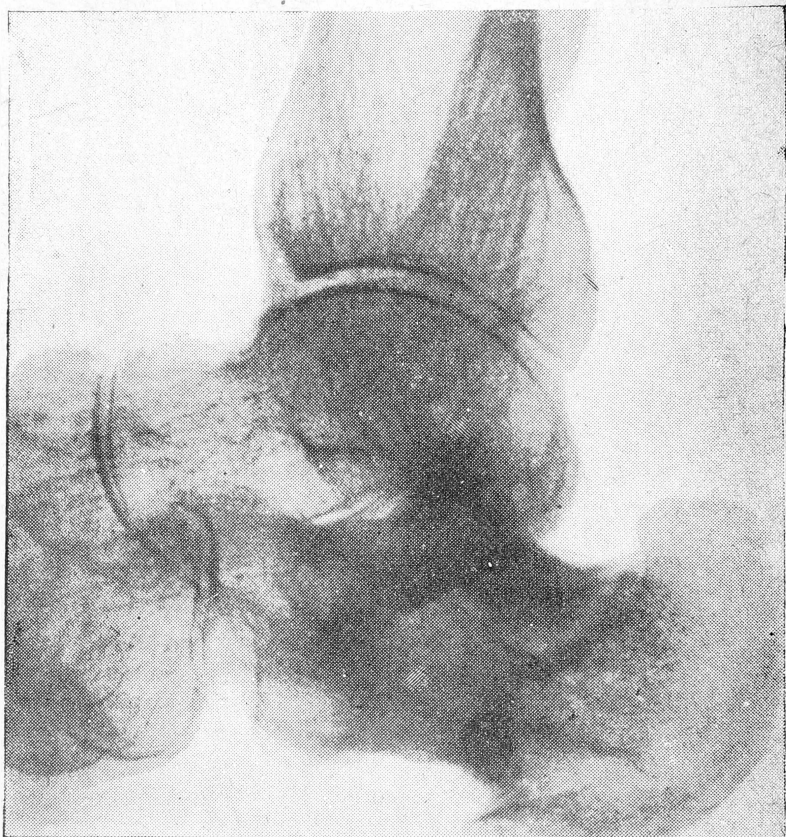


Рис. 4.

14/XII 1935 г. операция (проф. М. О. Фридланд), под общим наркозом сделан разрез по линии крестцово-подвздошного сочленения 10 см длиной. В мягких тканях свищевой ход, ведущий в сустав. Вскрыта в суставе полость, величиною с голубиное яйцо, заполненная сероватой грануляционной тканью. Полость очищена, удалены все пораженные мягкие и в соответствующих участках выскоблены ложкой костные ткани. Рана частично закрыта. Тампон с 100% анти-вирусом Мазура.

15/XII кровянисто-серозное выделение из раны. Повязка промокла, тампон смочен. Перевязки с антивирусом через день. 23/XII глубина раны 6 см. 25/XII в глубине раны появились грануляции, выделений меньше. 31/XII глубина раны 4 см, рана заполняется грануляциями.

4 I незначительные выделения. Рана хорошо гранулирует. 9/I—значительное



сужение раневой поверхности. Глубина около 2 см. Выделения незначительные. Общее состояние хорошее, ходит свободно. Жалоб нет. 15/1—рана почти закрылась, гранулирующая поверхность величиною с ноготь мизинца.

19/1 выписан в хорошем состоянии с вполне закрывшейся раной (через 35 дней после операции). 29/V 1936 года продемонстрирован на конференции Тубинститута. Рубец в области операции плотный, мало сляпанный с подлежащими тканями. Болей в области сочленения нет. Ходит свободно. Все время выполняет физическую работу.

З. Т. А., 9 лет (ист. бол. № 591) поступила в Ин-т 17/XI 1935 г. с жалобой на боли в правой стопе, обильное гноетечение из свища, находящегося на передней поверхности внутреннего края правой стопы. Больной себя чувствует 6 месяцев. Заболевание связывает с ушибом. Через 2 недели на передне-внутренней поверхности стопы появилась опухоль, шарив, а на 20-й день образовался свищ, который держался до поступления в клинику.

При осмотре на тыльной поверхности стопы, по внутреннему его краю имеется значительная опухоль, в средней ее части свищ с гнойным отделяемым. Больная прихрамывает, при ходьбе опирается на пятку.

Рентгенограмма от 23/IX 1935 г. (рис. 5) указывает на значительные изменения в области, окружающей 1 плюсневую кость. Эта кость деформирована, контуры ее смазаны, в ней определяются отдельные очаговые образования, а также небольшой величины секвестры. Кости дистального отдела стопы rareфицированы.



Рис. 5.

22/XI 1935 г. под общим наркозом — операция (Л. И. Шулушко). Разрез до кости по передней поверхности стопы идет через свищевой ход. По отслойке мягких тканей и надкостницы, на передне-внутренней стороне 1-й плюсневой кости определяется перфоративное отверстие, около 1 1/2 см в диаметре. Отверстие

расширено, удалены серые грануляции и мелкие секвестры. Полость выскоблена до следующих размеров: 5 см длиной, 3 см глубиной, 2 см шириной (рис. 6). В рану введены тампоны с 100% антисептиком Мазура.

Перевязки через день. 25/XI—29/XI—рана чистая, выделений немного. 1/XII со дна рана начинает покрываться хорошими грануляциями. 7/XII выделений мало. Дно полости хорошо гранулирует. 11/XII раневая полость выполнена грануляциями, при перевязке тампон лежал на поверхности раны. 15/XII осталась поверхностная гранулирующая язва длиной в 2 см, шириной 1/2 см. 25/XII (на 33-й день) раневая поверхность покрылась сухой корочкой (рис. 7). На рентгенограмме определяется значительный дефект на наружной поверхности 1-й плюсневой кости. Край дефекта гладкий. В дистальном конце этой кости — участки просветления. Структура соседних костей достаточно ясная (рис. 8).

29/V 1937 г. Через 6 месяцев в области бывшей операции плотный, безболезненный рубец. Ходит совершенно свободно. Пришла по нашему вызову из деревни за 25 километров. Рентгенограмма от 31/V 1936 г. указывает на совершенно нормальное состояние мягких тканей. Край 1 плюсневой кости четкий, дефект по наружной поверхности сохранился. В дистальной части

длюсневой кости хорошее структурное строение, в средней части явления склероза.

4. З. А., 16 лет, поступил 8/II 1936 г. с жалобами на обширную незаживающую язву на нижней части лица, с обильным отделением гноя. Заболел в раннем детстве, вскоре после перенесенной инфекции (кори). На нижней части



Рис. 6.

лица, справа, соответственно нижней челюсти образовался нарыв. Через два месяца нарыв прорвался, выделилось большое количество жидкого гноя. Выделение гноя продолжалось в течение ряда лет. В 9-летнем возрасте выделения прекратились, рана закрылась. Общее состояние улучшилось. Через год вновь образовался небольшой нарыв, так же прорвался и снова выделился гной. Выделения продолжались до поступления в клинику.

При осмотре: большая язвенная поверхность, которая начинается на правой щеке, сантим. 4 ниже правого уха, занимает частично повсрх-

ность шеи и заканчивается слева (рис. 9).

Язва покрыта выделяющимся густым гноем. При зондировании свищевых ходов определяется шероховатость костной поверхности нижней челюсти.

На рентгенограмме нижней челюсти некоторый остеопороз и небольшой очаг разрежения.

9/II перевязка с 100% антивирусом. 17/II жалоб нет, выделения несколько уменьшились. Перевязки через день. 23/II раневая поверхность значительно свежее. 25/II при смене повязки обнаружено закрытие 2 свищевых ходов. 1/III с краев идет заживление раны. 4/III выписан для амбулаторного лечения с значительным улучшением.

В дальнейшем, амбулаторно, перевязки через день. Рана покрывается мазью с антивирусом.

В конце мая 1936 года вся правая поверхность покрылась коркой. Лечение антивирусом было закончено.

При осмотре больного 19/XI 1936 г. обнаружен плоский мягкий рубец в области бывшей язвы (рис. 10).

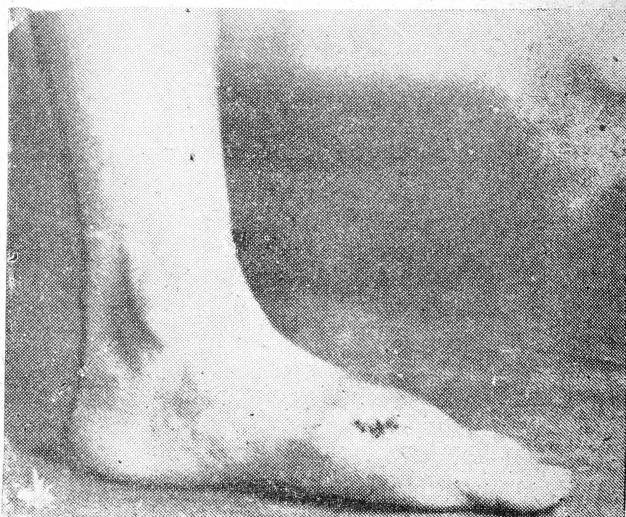


Рис. 7.

## II. Группа хороших результатов:

1. С. Н. Ч., 28 лет, поступил в Ин-тут 27/III 1936 г. с жалобами на боли по наружной поверхности левого бедра и две большие язвы в верхней трети этого бедра. Заболевание началось с 8-летнего возраста. В верхней части бедра появилась опухоль, которая все увеличивалась. В 11-летнем возрасте первая операция, в 14-летнем—вторая, а в 24-летнем—третья операция.

При поступлении в клинику ходит на костылях. На наружной поверхности бедра три рубца от бывших операций, в области этих рубцов язвы: одна 6 см длиною, 3 см шириною, вторая несколько меньше. Из язв значительное гноетделение. На рентгенограмме от 2/II 1936 года неровность контуров большого вертела. Здесь же два больших очага разрежения. С 1/IV стали применять антивирус Мазура в виде влажных компрессов. перевязки через день. К 10/IV язвы начали гранулировать. Гнойное отделяемое продолжается, но в меньшем количестве. Язва с краев начинает эпителизироваться. 22/IV язвы незначительной величины. Большая верхняя язва эпителиальным мостиком разделилась на две язвы небольшой величины.

29/IV выписан для амбулаторного лечения.

29/IV перевязки продолжались амбулаторно. Нижняя язва совершенно закрылась. В области верхней еще сохранились две самой незначительной величины. Ходит без костылей. Работает по специальности.

2. С-в К., 28 лет, поступил в Институт 13/IV 1936 г. с жалобами на хромоту, боли при ходьбе и наличие стойкого незаживающего свища на наружной поверхности пятки.

Заболел в 7-летнем возрасте. В начале опухоль в нижней трети голени, затем в области голеностопного сустава. Через 2 года образовались свищи, которые, за исключением одного на латеральной поверхности пятки, закрылись.

При осмотре в области левого голеностопного сустава, значительная припухлость. На медиальной поверхности стопы рубцы от бывших свищей, с латеральной стороны свищ, вокруг которого губовидное разрастание грануляционной ткани. Из свища гноетделение.

Рентгенограмма от 23/III указывает на наличие очага разрежения в средней части пяточной кости. Такой же очаг имеется и несколько сзади от *fac. articularis suboidea*. Между обоими очагами бесструктурное уплотнение костной ткани. Суставные щели дифференцируются хорошо.

20/IV под общим наркозом операция (Л. И. Шулуток). Полукружный разрез до кости. Распатором отделены мягкие ткани и надкостница. Сухожилия малоберцовых мышц отянуты в сторону. В передней части пяточной кости обнаружена полость, диаметром в 3 см, заполненная некротическими массами и грануляциями. Сделана некрэктомия и фистулоэктомия. Края раны сближены 2 швами. В полость введены тампоны с 100% антивирусом Мазура.

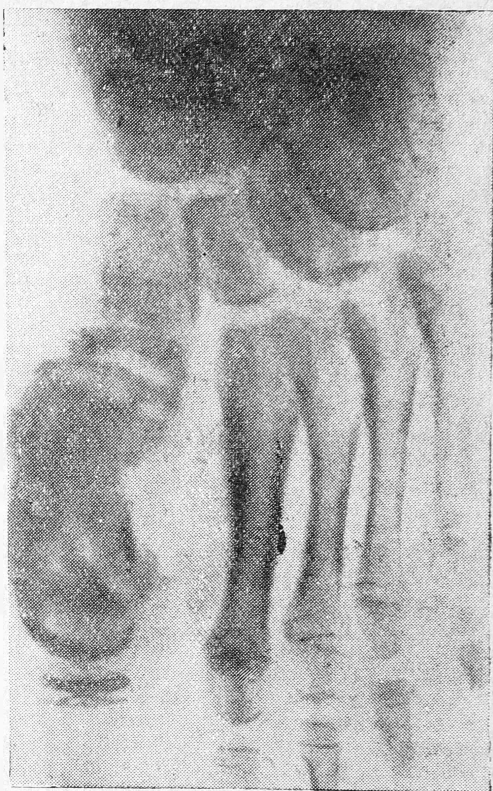


Рис. 8.

1) Демонстрирован на конференции Туб. ин-та 29/V 1936 года.

Через день перевязки, со сменной тампонов. 25/IV рана чистая, выделений немного. Умеренные ноющие боли. 29/IV сняты швы, первичное натяжение. Кровянистые выделения. Рана хорошо гранулирует и имеет свежие грануляци. 3/V боли усилились. Повязка промокла от гнойных выделений. 7/V—незначительные гнойные выделения. Рана хорошо гранулирует. Ночью небольшие боли. 11/V края раны сближаются, полость со дна заполняется грануляциями.



Рис. 9. З-н до лечения.

Отверстие свищевого хода еще более сузилось. Перевязки с антивирусом. 3/VII состояние раны удовлетворительное. 12/VII гранулирующая поверхность с ничтожными выделениями. Выписывается для амбулаторного лечения.

Далее я представляю еще одну историю болезни женщины-врача (научного работника), которая сама записывала свои впечатления от лечения антивирусом.

Ш-на М., 37 лет, врач-ассистент клиннки, больной себя чувствует с 1931 года. До ноября 1935 года шла под диагнозом *lumbo-ischialgia*, нами же установлено наличие *sacroiliit'a* туберкулезного характера и предложено провести специальное лечение.

С 25/XI больная была вынуждена из-за резких болей оставить работу. Жалобы больной сводились к болям в поясице, невозможности сидеть. Нищу вынуждена принимать лежа. Боли иррадиировали в правую нижнюю конечность.



Рис. 10. З-н после лечения.

На рентгенограмме определяется смазанность костного рисунка в области правого крестцово-подвздошного сочленения. Здесь же имеются отдельные очаги разрежения. Определить щель сочленения не представляется возможным.

18/II 1936 г. начаты впрыскивания антивируса в область очага. Температура

23/V полость покрылась грануляциями до уровня кожных покровов. Имеется шелевидный ход в рану. 29/V гранулирующая поверхность раны частично эпителизируется.

Рентгеновский снимок указывает на значительные репаративные явления в области пяточной кости, а также на более четкую дифференциацию суставных щелей.

7/V—книзу, по соседству со свищевым отверстием, небольшая ограниченная припухлость и болезненность.

11/VI st. idem. 17/VI перевязки с антивирусом. 25/VI общее состояние удовлетворительное.

повысилась до 37°. Общее недомогание, сонливость, боли в крестце. Реакция продолжалась 2 дня, затем стало несколько лучше. 29/II—3-я инъекция, через 2 дня после нее чувствует заметное улучшение. Стала сидеть за столом во время еды. Боли появлялись реже, стали менее распространенными.

8/III начала работать. 14/III отмечает ухудшение. 17/III—после инъекции антивируса снова отмечает улучшение, которое, однако, не было длительным, так как больная стала много работать и ходить.

Отмеченное самой больной клиническое улучшение явно подкреплялось рентгенограммами, которые были сделаны во время и после лечения.

Рентгенограмма от 17/IV 36 г. указывает на небольшой остеопороз костей, входящих в правое крестцово-подвздошное сочленение. Контуры этих костей определяются с достаточной четкостью. Линия сочленения дифференцируется ясно. В верхней части сочленения имеется небольшой очаг разрежения.

На основании нашего годичного опыта применения антивируса Мазура мы имеем возможность отметить благоприятное влияние его на течение костно-туберкулезных процессов у большей части наших больных. Этот эффект, повидимому, основан на его специфическом воздействии на туберкулезный очаг. Безредка считает, что антивирус действует двояко: с одной стороны, он препятствует размножению микробов в области инфекции, а с другой—делает нечувствительными к вирусу здоровые ткани. Исходя из положения Безредка, можно думать, что антивирус Мазура, введенный в область туберкулезного очага, ослабляет патогенное действие туберкулезного вируса и, войдя в контакт со здоровой тканью, окружающей этот очаг, повышает ее устойчивость к этому вирусу.

При близком ознакомлении с работами Caimett'a и Мазура видно, что туберкулез возникает не только в результате внедрения красной Коховской палочки. Каждому специалисту, занимающемуся вопросами костного туберкулеза, хорошо известно, что не так уж часто удается найти туберкулезные палочки в паточном холодном абсцессе или в серозной жидкости, при синовиальных процессах несомненного туберкулеза. Прививка этого материала морской свинке обычно дает картину туберкулеза. Эти повседневные факты могут привести к предположению, что во многих случаях костно-туберкулезного процесса в качестве возбудителя заболевания будет не Коховский, а иной тип туберкулезной палочки, способ открытия которой в патологических тканях пока не освоен. Если стать на такую точку зрения и предположить, что возбудителем костных форм поражения часто может быть „синяя“ палочка, то в этих случаях лечение антивирусом Мазура будет специфическим и может дать в короткий срок особенно хороший эффект.

Высказываемое мною предположение несомненно требует еще подробных и серьезных исследований, на основании же изложенного материала можно сделать следующие выводы:

1. Антивирус Мазура заслуживает включения в число терапевтических средств при костном туберкулезе.

2. Применение антивируса должно идти наряду с общепринятыми ортопедическими мероприятиями.

3. Антивирус Мазура имеет, повидимому, специфическое действие.

4. Применение антивируса дает положительный эффект как при открытых, так и при закрытых формах костного туберкулеза с определенной выясненной локализацией очага поражения.

5. При открытых формах лучшие результаты получаются у больных, предварительно подвергшихся некрэктомии.

6. Старые процессы поддаются лечению с большим трудом, в детском возрасте положительный эффект от лечения антивирусом наступает быстрее и наблюдается чаще, чем при подобных формах у взрослых.

7. Применение антивируса в закрытых экстраартикулярных формах возможно при ясной ориентировке в локализации туберкулезного очага в кости.

8. Лечение открытых форм и послеоперационных случаев должно проводиться 100% антивирусом. В закрытых случаях положительный эффект достигается введением 20% физиологического раствора антивируса.

С момента образования гранулирующей язвы хорошие результаты дает применение антивируса в виде 20% мази.

---

Из иммунологического отделения Киевского туберкулезного института (научный руководитель проф. Н. С. Морозовский, зав. отделением проф. Н. И. Сиротинин). Директор А. С. Мамалат.

### **Феномен Шварцмана, вызываемый сопутствующей флорой у туберкулезных животных <sup>1)</sup>.**

**Ф. Л. Бух.**

Наличие сопутствующей бактериальной флоры в глубоких отделах легочной ткани, в пневмонических очагах, а иногда и в крови при хроническом легочном туберкулезе можно считать доказанным, но это еще не является доказательством участия этой микрофлоры в патогенезе процесса. Вопрос остается спорным, несмотря на разностороннее его изучение.

Среди других методов исследования для выяснения этого вопроса проводилось также изучение реактивности туберкулезного организма в отношении микробов сопутствующей флоры. Воздействие этих микробов изучалось путем последующей экспериментальной реинфекции туберкулезных животных, а также путем применения кожных проб. Ряд авторов, как, например, Ремер, Миркоби, Билинг и Дельрихс, Мастбаум, Микелацци, Хмельницкий и др. отмечает повышенную чувствительность зараженных туберкулезом животных и туберкулезных больных к не-

<sup>1)</sup> Работа в подробном виде с протокольными материалами печатается в сборнике работ Киевского тубинститута.