

например в *SGR*, даже несколько чувствительнее оригинального антигена. Что же касается антигена для *WaR*, приготовленного из Stamm-антигена, то в этом случае этот антиген не может заменить ни специфического печеночного, ни неспецифического антигена по *B—R*.

Выводы. 1) Неспецифический антиген для *WaR*, приготовленный из Stamm-антигена по Калинин и Гинсбургу, оказался по нашим наблюдениям слабее неспецифического антигена по *B—R* и специфического печеночного.

2) Антиген для *SGR*, приготовленный из Stamm-антигена оказался несколько чувствительнее оригинального антигена.

3) Антигены для *KR* (ск. сп.) и *S.W*, приготовленные из Stamm-антигена, оказались вполне пригодными для постановки и этих реакций.

Бирская сан.-бакт. лаборатория, Башкирия.

К вопросу о полифилтратаж.

Д-ра Н. А. Табакова.

Со времени появления работ Безредка в практике обращались исключительно антивирусы, приготовленные из разводки одного вида микроба. Широкое распространение получили стафилококковые, стрептококковые, пневмококковые фильтраты, хотя уже Безредка указывал на комбинированное применение двух, трех фильтратов (напр. стрептококкового и стафилококкового). В последнее время в литературе появились указания относительно применения фильтратов, приготовленных из всей флоры, имеющейся у данного больного. Аитова с успехом применяла антивирустерацию при вторичных инфекциях раковых опухолей. Тщательно исследовалась флора раковых язв и из всех выделенных микробов готовилась смешанная вакцина на жидкой среде. После фильтрации эта вакцина, «вернее антивирус, применялась в виде местных примочек на изъязвленную поверхность». У Аитовой нет указания относительно методики приготовления «полифилтратов». Здесь, в сущности, могут быть два метода.

1) Исходный материал сразу засеивается на жидкие среды, посевы выдерживаются 9—10 дней в термостате, прогреваются 1 час при температуре 70—60°. После этого фильтраты готовы к употреблению. Однако, в силу вытеснения одних видов бактерий другими, мы не будем иметь всей флоры и в посевах: может случиться, будут преобладать те виды, которые в происхождении данного заболевания играют второстепенную роль. Приготавливая фильтраты из последних, мы можем не получить должного эффекта при применении антивирусов. Опыт учит, что подобные ошибки, зависящие от метода, могут иметь место.

Второй метод базируется на взгляде, что антивирусы специфичны. Хотя целый ряд авторов отрицает специфичность антивирусов (Jansion и Diot, Schweingburg и др.), вопрос этот остается еще нерешенным.

С широкой биологической точки зрения вся флора, помимо „основных“ возбудителей заболевания, имеет значение для данного случая. Среди „вульгарных“ представителей флоры встречается не мало таких видов, которые, присоединившись к основным возбудителям, настолько изменяют характер процесса, что рана, язва приобретают новые особенности. Материал гнояных хирургических стделений может дать много доказательств в пользу такого взгляда. Вот почему те авторы, которые применяли при лечении язвенных процессов с богатой и разнообразной флорой „моно-фильтраты“, или вовсе не получали терапевтического эффекта, или же наблюдали лишь временное скоропроходящее улучшение.

Отсюда необходимость уточнения методики для учета всей флоры, отсюда необходимость применения „полифильтратов“. Методика, которой я пользуюсь в своих работах с полифильтратами, заключается в следующем. Материал засеивается на несколько чашек с мясопептонным агаром, сахарным агаром, аспит-агаром. После 2 суточного пребывания в термостате при 37° с чашек делаются пересевы на соответствующие плотные среды. Через сутки пересев на соответствующие жидкие среды (в флаконы по 10 к. с.). Посевы выдерживаются в термостате не менее 10 дней. Прогреваются при 70° (для сред с животным белком при соответственно низкой температуре) в течение часа. После этого препараты готовы к употреблению. Каждая выделенная культура засеивается в три-пять флакончиков; курс антивирустерапии включает в себе 15—20 и более флаконов, в зависимости от состава и разнообразия флоры.

Такой „раздельный“ метод обходится дороже, требует большего промежутка времени для изготовления антивирусов, но все же имеет преимущества перед указанным выше методом. Во первых, применяя тот или другой антивирус, мы имеем возможность наблюдать его действие, что, разумеется, имеет как практический, так и научный интерес. Во-вторых, полученная разводка может быть подвергнута изучению (морфологическому, биохимическому и т. д.). В третьих, в ряду полученных антивирусов мы можем обнаружить такие, которые оказываются обладающими наиболее сильным действием.

Контроль над действием антивирусов, помимо общеклинического наблюдения, должен производиться также путем бактериоскопического исследования выделений ран, язв и т. д. Бактериоскопия здесь оказывает большую услугу, что подчеркивает в своей работе Аитова. Уже после пятикратного применения полифильтратов картина может резко измениться. Появление большого количества хорошо окрашивающихся лейкоцитов, фагоцитоз, изменение состава флоры, ее характера—вот те моменты, на которые необходимо обращать внимание при бактериоскопическом контроле. Приготавливая периодически мазки-препараты по мере применения тех или других фильтратов, можно составить серию препаратов, живо иллюстрирующих действие „полифильтратов“. Имея большого с обильной и разнообразной флорой и ряд соответствующих полифильтратов, можно сделать наблюдения, касающиеся как взаимоотношений отдельных представителей флоры (вопрос мало изученный), так и механизма действия антивируса.

Не подлежит сомнению, что лейкоциты, играющие здесь, по Безредка, главную роль, далеко неодинаково относятся к применению того или другого антивируса. Из серии полифильтратов некоторые особенно

сильно действуют на лейкоцитов, что доказывается как проявляющейся в различной степени лейкоцитарной реакцией, так интенсивностью фагоцитоза. При этом бактериоскопическая картина всегда находится в соответствии с общеклинической картиной. Что касается взаимоотношений между отдельными представителями флоры, то этот весьма важный вопрос находит здесь новые пути изучения. Возможно, что между некоторыми видами флоры существует жизненная зависимость (симбиоз?). Наблюдения показывают, что после применения антивируса, приготовленного из разводов одного вида, действие антивируса сказывается также на жизнеспособности другого вида. Это еще не говорит против специфичности антивируса; возможно это явление указывает на „разрушение симбиоза“, благодаря чему оставшийся вид не способен к существованию. Наблюдение над фагоцитозом в мазках также подтверждает это, т. е. часто приходится наблюдать фагоцитоз не только по отношению к тому виду, из разводки которого был приготовлен антивирус, но также по отношению к другому виду, из разводки которого антивирус не готовился. Интересный вопрос о взаимоотношении видов флоры требует тщательного изучения.

Больные-хроники с большой давностью заболевания (разнохарактерные и вяло тянущиеся язвенные процессы) подвергаются лечению полифильтратами с промежутками, соответствующими сроку изготовления новых фильтратов. Перед новым курсом лечения снова делаются посевы исходного материала, причем здесь часто бросается в глаза уменьшение флоры и изменение ее характера: многие виды уже не удается получить в новых посевах. Фильтраты готовятся из представителей оставшейся флоры. При заболевании, имеющих в основе туберкулез, люэс, злокачественные опухоли—применение полифильтратов не дает стойкого эффекта.

Из Физиотерапевтической поликлиники Мособлздрава (директор—прив.-доц.
Л. В. Фельдман).

К вопросу об „arthritis deformans“ и его физиотерапии.

Д-ра П. Н. Иванцова (Москва).

Самой трудной и неблагоприятной областью терапии хронических заболеваний суставов являются артрозы или остеоартрозы. Из числа относящихся сюда форм мы позволим себе остановиться на так называемом *arthritis deformans* или правильнее на *arthrosis deformans* (*osteoarthrosis deformans* по Assmann'у), как на наиболее часто встречаемой в поликлинике форме остеоартрозов. В литературе по терапии хронических заболеваний суставов, в частности по физиотерапии, под этим названием объединяют весьма различные заболевания суставов деформирующего характера, значительная часть которых ничего общего с *a. d.* не имеет.

Отсюда—встречающиеся разногласия в отношении прогноза и результатов лечения, приводящие к одновременному существованию безна-