

30к-1

3051

КЛИНИКА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ БЕЛОРУССКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА И БЕЛОРУССКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРО-
ЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ

ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

№ 1

Под редакцией
Члена Корреспондента
Академии Наук БССР
Проф. А. Я. ПРОКОПЧУКА

МИНСК 1939

Янв. 1853 г. бн 2028587

30к-1
3051

ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

№ 1

Под редакцией
Члена Корреспондента
Академии Наук БССР
Проф. А. Я. ПРОКОПЧУКА



МИНСК 1939

НАЦІОНАЛЬНАЯ
БІБЛІЯТЭКА
БЕЛАРУСІ

Янв. 1953 г. ба 202850р

616

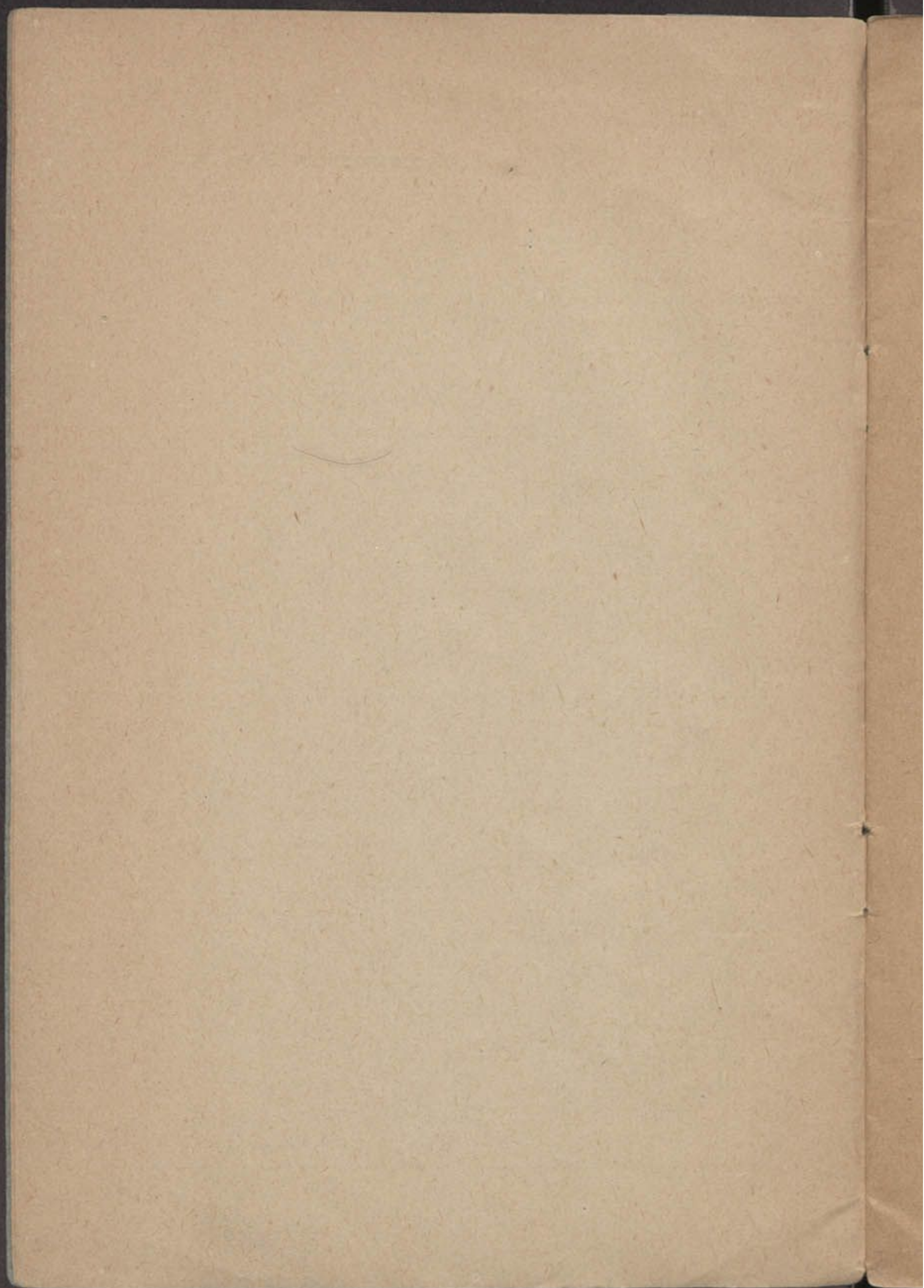
Л. 69

178950



Посвящается 1-му мая.

178/90.



Из клиники кожных болезней Белорусского
Медицинского Института.

Н. Я. ЭНТИН

АКРИХИН, КАК НОВОЕ СРЕДСТВО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЛЧАНКИ

F. Flager в газете „La presse médicale“ сообщил недавно об успешном лечении 14 случаев пендинской язвы препаратом атебрином. Он вводил в толщу пораженной ткани растворы атебрина и назначал его так-же внутрь в обычных дозах.

Наш Советский акрихин аналогичен заграничному атебрину.

Проф. А. Я. Прокочук применил этот препарат для лечения волчанки.

В начале он брал суточную дозу акрихина для взрослых, т. е. 0,3 и порошок равномерно распределял на туберкулезном участке 5×5 кв. см., покрывая куском марли, на внутреннюю сторону которой намазывался ланолин или вазелин. Ланолин или вазелин фиксировал порошок акрихина на волчаночном участке.

Этот способ давал разрушение волчаночных бугорков в срок от 25 до 40 часов. Затем он перешел к изготовлению 10% и 20% мази из акрихина на ланолине или к его водным растворам. Акрихин действует элективно, дает разрушение только волчаночной ткани в чрезвычайно короткий срок—24—36 часов. Здоровая кожа почти не изменяется. Сейчас же после разрушения бугорков назначаются 3 раза в день компрессы из $1/3\%$ -го раствора азотно-кислого серебра. Можно оказать влияние на волчаночную ткань вводя в нее в 1—2 куб. см. дистиллированной воды с 0,1—0,05 акрихина, вводя последний несколько раз. Ни в коем случае не следует производить глубокое разрушение бугорков, в противном случае могут возникнуть вегетации.

В настоящее время на ряду с местным применением акрихиновой мази мы даем акрихин и внутрь по 0,1—3 раза в день в течении 10-ти дней. После 5-ти дневного перерыва акрихин назначается в тех же дозах, но только уже в течении 5 суток.

Этот препарат с 5-ти дневными перерывами назначаем в дальнейшем. Детям—соответствующие их возрасту дозы.

Мы можем отметить, что в ряде случаев при внутреннем применении акрихина меняется само течение туберкулезных очагов: они становятся менее яркими, постепенно начинают рассасы-

ваться, язвенные участки подсыхают, золотушный лишай отшелушивается.

Благоприятный эффект мы видели от акрихина при назначении его внутрь при красной волчанке. Дозировка та же самая. При применении акрихина все больные отмечают хорошую переносимость препарата, меньшую болезненность по сравнению с пирогалловой мазью или пастой плантагина, более быстрое разрушение бугорков и потому чрезвычайно охотно лечатся в нашей клинике этим бесспорно новым и ценным средством.

При отсутствии чистого акрихина мы применяли акрихин в таблетках, размельчали его и готовили или мази из акрихина или его растворы.

Из побочных проявлений отмечу желтое окрашивание кожи при применении акрихина.

Из 22-х больных у 4-х было отмечено суточное повышение температуры до 38° , исчезающее по прекращении приема акрихина. Ценность препарата для местного применения бесспорна, но если подтвердиться на большом материале общее влияние акрихина на волчанку, то не исключено, что этим средством может быть создана химио-терапия этого тяжелого недуга, каким является волчанка.

Что касается лечения акрихином пендинской язвы, то в нашей клинике в настоящее время ведется наблюдение только над одним больным, прибывшим из Средней Азии в Минск.

Больной быстро поправляется.

Из Белорусского Кожно-Венерологического Института, Клиники кожных и венерических болезней и Минского Вендиспансера.

Врачей *КАРАЕВОЙ З. М., КИРЗОН М. А.*

ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ ПИРОГАЛЛОВЫМ КОЛЛОДИЕМ

Онихомикозы—тяжелое и упорное заболевание до сих считающееся трудно излечимым. Существующие способы лечения не давали необходимого эффекта и как правило не гарантировали от частых рецидивов. Один из больших знатоков в этой области Геллер говорит, что при онихомикозах нужно быть готовым к лечению в течении ряда лет, если иметь в виду консервативную медикаментозную терапию. С ним целиком соглашается проф. Григорьев.

Пирогалловое 50% масло было предложено при онихомикозах Пеллицари еще в прошлом столетии. Оно давало сильную воспалительную реакцию, вызывала большие страдания больных и требовало и от больных и от врача чрезвычайной осторожности.

Хирургический метод лечения онихомикозов дает частые рецидивы, что является общеизвестным.

Метод, предложенный д-ром Ариевичем и заключающийся в наложении на ноготь 50% пирогалловой мази с коллодиевым прикрытием мягких частей фаланги пальца и окошечком для на-

несения мази на ноготь дает неплохой результат. Но этот метод нас не может удовлетворить, так как он связан с очень частым посещением больным кабинета врача и, кроме того, больной с повязкой на пальцах не при всех видах производства может оставаться у станка, что связано с отрывом его от производства. И, наконец, не все больные переносят эту методику лечения в связи с болезненностью и перионихиями.

Проф. Унна был предложен для лечения онихомикозов 10% пирогалловый коллодий, но это предложение не было осуществлено, так как неизвестна была и не была никем разработана методика пользования пирогалловым коллодием.

В 1937 г. проф. А. Я. Прокочук предложил нам при лечении онихомикозов использовать пирогалловый коллодий. Его предложение было нами реализовано в результате упорной и длительной работы в микологическом кабинете Белорусского Кожно-Венерологического Института. Нам удалось разработать свою методику лечения онихомикозов 40% пирогалловым коллодием. Наш метод заключается в следующем: больной сам по нашему указанию подготавливает больные ногти соскабливая их для последующего наложения на мацерированные ногтевые пластинки коллодия. Затем в течении 6-ти дней больной ежедневно сам предварительно соскабливая ноготь накладывает 40% пирогалловый коллодий. Если к этому времени ногтевые пластинки сняты, то мы переходим к антипаразитарному лечению—однократному соскобу и двукратному смазыванию 10% иодом ежедневно. Все это на основе наших указаний больной делает сам. Бывали случаи, когда для снятия ногтевой пластинки требовалось наложение 40% пирогаллового коллодия в течении еще 6—7 дней. Соскоб и антипаразитарное лечение больной продолжает самостоятельно на протяжении 2—3 м-цев, являясь в кабинет врача один раз в 2—3 недели для контроля.

Наш метод полностью проверен на 14 больных, у которых в результате лечения уже выросли клинически здоровые и косметически красивые ногти. При этом отмечаем, что нами брались больные с поражением онихомикозом от 1 до 10 ногтей. 26 больных продолжают лечение по нашему методу. Больных с излеченными ногтями мы периодически показывали научному консультанту Вен. Института проф. А. Я. Прокочуку, под руководством которого мы работаем, а некоторых больных мы демонстрировали на научной конференции Белорусского дерматологического общества.

Таким образом, наш метод во-первых наиболее удобный и безболезненный; во-вторых он удобен для больного тем, что он не связан с частыми посещениями кабинета врача; в-третьих он ценен тем, что не отрывает больного от производства ни на один час. Вот почему мы рекомендуем всем дерматологам пользоваться нашим методом лечения онихомикозов.

Врачи КИРЗОН М. А., КАРАЕВА З. М.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМОФИТИИ

Эпидермофития ладоней и подошв, наиболее часто встречалась в микологическом кабинете в форме дизидротической и интертригинозной. Эти формы эпидермофитии часто сопровождаются субъективными расстройствами большой силы: жжением, зудом, резкой болезненностью; больные становятся совсем нетрудоспособными, вынуждены оставаться в постели при поражении стоп, делающим невозможным ходьбу.

Как известно эпидермофития во всех своих формах—упорный дерматоз, трудно поддающийся лечению, при чем к непосредственному антипаразитарному лечению обычно приступали лишь после исчезновения остро-воспалительных явлений.

До сих пор борьба с остро-воспалительными явлениями велась исходя из принципа—избегать травматизации эпидермиса и обострения процесса. С этой целью применялись свинцовые примочки, ляпис, резорцин, ванночки из марганцево-кислого калия и только после того, как утихали воспалительные явления приступали к антипаразитарной медикаментозной терапии. Как правило такой способ борьбы с остро-воспалительными явлениями затягивался до 1—2 недель, а иногда и более, после чего собственно и приступали к лечению основного заболевания.

Мы в своей практической лечебной работе в микологическом кабинете Вен. Института и кожном кабинете Вендиспансера попытались не разбивать лечение острой эпидермофитии по этапам, а сразу приступали к антипаразитарному лечению, вскрывая немедленно пузыри, затем смазывая 2—3 раза в день 10% иодом, с последующим наложением компресса из 3% буровской жидкости или борной кислоты.

Таким образом мы сокращаем лечение эпидермофитии сразу на те 1—2 недели, в течении которых в других лечебных учреждениях проводится только борьба за уничтожение остро-воспалительных явлений, при чем больной через 5—7 дней лечения у нас может вернуться на производство, продолжая дальнейшее антипаразитарное лечение самостоятельно на дому по нашему указанию и под нашим наблюдением. Ни в одном из наших случаев не было обострения процесса от применения иода при остро-воспалительных явлениях, так как иод действует антипаразитарно на грибок, а компрессы с буровской жидкости уменьшают реакцию после иода и действуют окисляюще, изменяя среду тканей в более кислую, что также является неблагоприятным для развития грибка. Многие больные консультировались научным руководителем проф. А. Я. Прокопчуком, под руководством которого мы работаем.

Этот способ лечения эпидермофитии проверен на нескольких десятках больных в кожном кабинете вен. диспансера доктором

Д. М. Рапорт, которая теперь при эпидермофитиях применяет только указанный нами выше способ лечения, давший возможность значительно сократить потерю больными рабочими дней по временной нетрудоспособности.

Из клиники кожных и венерических болезней Белорусского Медицинского Института и Венерологического Института.

А. Е. РОЗЕНГАУЗ

ВЫДЕЛЕНИЕ СТРЕПТОЦИДА ПОЧКАМИ У ГОНОРРОЙНЫХ БОЛЬНЫХ

Мы задались целью исследовать выделение стрептоцида почками у гонорройных больных. Моча исследовалась нами у каждого больного в течении 6-ти дней через 10 минут после приема стрептоцида, через 20, через 30, через 1 час, через 3 часа, 6 часов, через 24 и затем почти каждый день приема стрептоцида и несколько дней после окончания приема препарата.

Исследовали мы стрептоцид общий, т. е. свободный и связанный с органическими веществами (анцетилированный стрептоцид).

Одновременно мы исследовали и свободный, не связанный стрептоцид.

Определяли мы стрептоцид по несколько измененной в нашей клинике проф. А. Я. Прокопчуком методике, предложенной ранее проф. Гавриловым.

R—кислоту готовил нам проф. Осипенко Ф. Г. из кафедры члена корреспондента академии наук СССР проф. Н. А. Прилежаева (Минск), которым приносим искреннюю благодарность.

Ниже мы приводим таблицы, иллюстрирующие количество общего и свободного стрептоцида в моче у 10 гонорройных больных.

Больной М., (острая гоноррея). 7/IV—назначен стрептоцид по 0,5—8 раз в день. Через 10 минут едва уловимые следы стрептоцида в моче.

Через 20 минут—ясные следы.

Через 30 минут—опыт окрашен ярче стандарта.

	Общий стрептоцид.	Свободный стрептоцид.
Через 3 часа	107 мг. %	43 мг. %
„ 6 часов	108 „	71,2%
„ 24 „	98 „	76 „

8 и 9/IV—больной не получал стрептоцид из-за головных болей.

10/IV—0,5—8 раз в день.

	Общий.	Свободный
10/IV	89 мг. %	46 мг. %
11/IV—не принимал стрептоцида	62,5 мг %	30,5 мг. %

15/IV—на 5-й день после окончания приема препарата—следы стрептоцида в моче.

16/IV—следы стрептоцида исчезли.

2. Больной П. острая гоноррея.

4/IV—стрептоцид 0,5—8 раз в день, 6 дней.

Через 10 минут после приема 1-го порошка—ясные следы в моче.

Через 20 минут опыт окрашен, как и раствор стандарта.

	Общий.	Свободный.
Через 30 минут	23 мг. ⁰ / ₀	20 мг. ⁰ / ₀
„ 3 часа	115 „	98 „
„ 12 часов	112 „	72 „
„ 24 часа	105 „	48,5 мг. ⁰ / ₀
На второй день	99 „	94 „
На третий день	103 „	90,3 „
„ шестой „	171 „	98,5 „

Следы стрептоцида в моче исчезли на 5-й день после окончания приема препарата.

3. Больной К., острая гоноррея, назначен стрептоцид по 0,5—8 раз в день в течение 6-ти дней.

Через 10 минут после приема следов нет.

Через 20 минут после приема в моче слабые следы стрептоцида.

Через 30 минут после приема ясные следы.

	Общий.	Свободный.
Через 3 часа	—	36,2 мг. ⁰ / ₀
„ 6 часов	—	68,5 мг. ⁰ / ₀
„ 12 „	90,5 мг. ⁰ / ₀	80,0 мг. ⁰ / ₀
„ 24 „	131,0 мг. ⁰ / ₀	84,0 мг. ⁰ / ₀
На 3-й день	149,0 мг. ⁰ / ₀	131,0 мг. ⁰ / ₀
„ 5-й „	162,0 мг. ⁰ / ₀	141,0 мг. ⁰ / ₀
„ 7-й „ не принимал стрептоцида	143 мг. ⁰ / ₀	130 мг. ⁰ / ₀

4. Больной С., острая гоноррея, 3/IV—стрептоцид 0,5—8 раз в день.

Через 10 минут следы стрептоцида в моче.

Через 20 минут ясные следы.

	Общий.	Свободный.
Через 1 час	51 мг. ⁰ / ₀	19 мг. ⁰ / ₀
„ 3 часа	74 „	29 „
„ 6 „	115 „	71 „
„ 24 „	118 „	92 „

Больной почувствовал тошноту, головокружение и больше не принимал стрептоцида.

5. Больной Г., острая гоноррея, 4/IV—назначен стрептоцид по 0,5—8 раз в день.

Через 10 минут после приема первого порошка слабые следы стрептоцида в моче.

Через 20 минут моча окрашена наравне со стандартом.

	Общий.	Свободный.
Через 30 минут	85 мг. ⁰ / ₀	49 мг. ⁰ / ₀
„ 6 часов	112 „	97 „
„ 24 „	108 „	99 „
3-й день	131 „	78 „
5-й „	136 „	82 „
7-й „ не принимал стрептоцида	134 „	75 „

6. Больной А., болен гонорреей, 4/IV—стрептоцид по 0,5—8 раз в день в течении 6-ти дней.

Через 10 минут—следы стрептоцида.

Через 20 минут—ясные следы.

	Общий.	Свободный.
Через 12 часов	84 мг. ⁰ / ₀	72 мг. ⁰ / ₀
„ 24 часа	112 „	68 „
На 3-й день	125 „	47,5 „
„ 5-й „	168 „	114 „

7. Больной Ш., болен гонорреей, 3/IV—стрептоцид по 0,5—8 раз в день в течении 6-ти дней.

Через 10 минут после приема—едва уловимые следы препарата в моче.

Через 20 минут—ясные следы.

	Общий.	Свободный.
Через 1 час	106 мг. ⁰ / ₀	45 мг. ⁰ / ₀
„ 12 часов	48 „	33,5 „
На 3-й день	108 „	97 „
„ 4-й „	139 „	85 „
„ 5-й „	142 „	98 „

На 5-й день после прекращения приема препарата—следы стрептоцида. На 6-й день—следы исчезли.

8. Больная Д., хроническая гоноррея, получала стрептоцид по 0,6—6 раз в день. Принимала один день.

Через 10 минут после приема—слабые следы препарата в моче.

Через 20 минут—ясные следы.

	Общий.	Свободный.
Через 1 час	—	40,33 мг. ⁰ / ₀
„ 6 часов	—	74 мг. ⁰ / ₀
„ 12 „	—	93 „
На 3-й день	—	112 „

Ясные следы стрептоцида были еще на 4 день после окончания приема.

9. Больная К., острая гоноррея, принимала стрептоцид 6 раз в день по 0,6.

Через 10 минут—следы препарата в моче.

	Общий.	Свободный.
Через 30 минут	—	10,3 мг.‰
„ 3 часа	—	43,5 „
„ 6 „	—	71,4 „
„ 12 „	—	84 „
На 3-й день	—	135 „

Следы стрептоцида в моче исчезли на 4-й день, по прекращении приема препарата.

10. Больная Ш., острая гоноррея, стрептоцид по 0,6 6 раз в день—в течении 6-ти дней.

Через 20 минут—ясные следы препарата в моче.

	Общий.	Свободный.
Через 6 часов	51 мг.‰	44 мг.‰
„ 24 „	78 „	98 „
На 2-й день	103,5 „	90,3 „
„ 3-й „	128 „	102 „
„ 5-й „	157 „	98 „

Следы стрептоцида исчезли на 3-й день после окончания приема препарата.

Методику исследования я изучила лично у проф. А. Я. Прокочука, за что выношу ему благодарность.

Из Кожно - Венерологического Института
и клиники кожных болезней Бел. Медицинского
Института.

*Кандидат медицинских наук д-р КАГАН Х. М.,
д-р БАШМАКОВА С. М., д-р КАРАЕВА З. М.,
д-р КИРЗОН М. А., ЧИЖИК М. С.*

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В БССР И ИХ МИКРОФЛОРА

Грибковые болезни, как и микроспория, стригущий лишай и парша, поражая преимущественно детское население являются довольно распространенными заболеваниями среди других кожных болезней и имеют крупное социальное значение.

Согласно официальным данным НКЗдрава Белоруссии, доложенных президиуму Совета национальностей ЦИК СССР и напечатанных в «Беларускай Думке» по БССР в первые годы (1920—1925) после войны и интервенции насчитывалось около 50.000 случаев грибковых заболеваний. Это была эпидемия большого

размера и для ее ликвидации было открыто несколько фавозных лечебниц, диспансеров и кожно-венерических пунктов.

В настоящее время мы располагаем следующей коечной сетью для борьбы с грибковыми заболеваниями: в Минске на 15 коек, в Витебске—40, в Могилеве—75 коек, Бобруйске—40 коек, Полоцке на 20 коек. При некоторых фавозных лечебницах и в городах при диспансерах и больницах имеются рентгеновские кабинеты, где налажена рентгеноэпиляция грибковых больных. Число этих рентгеновских пунктов еще не совсем достаточно, но они работают в Минске—2 смены, в Гомеле, Слуцке, Бобруйске, Речице, Орше, Полоцке и Витебске по одному приему.

В этих рентгеновских пунктах проводится большая работа, но этих пунктов, повторяем, недостаточно, необходимо создание по республике новых точек, где следует наладить облучение головок X-лучами, тем более, что рентгеновских аппаратов в Республике завезено более 80. Нужно только обучить врачей рентгенологов технике эпиляции X-лучами. Большую роль в борьбе с грибковыми инфекциями сыграли 13 городских вендиспансеров и 26 венпунктов, которые вместе с фавозными лечебницами выявляют и лечат больных.

Мы располагаем старыми статистическими данными Наркомздрава за 1925—1931 годы, когда регистрировалось до 9000 грибковых заболеваний за год. Борьба с грибковыми заболеваниями за 1932—1935 г. г. мало улучшилась, так как ни одной новой койки для грибковых заболеваний не было НКЗдравом открыто, наоборот, вредительское руководство Наркомздрава в 1934 г. закрыло Минскую фавозную лечебницу на 50 коек и тем сузило помощь детскому населению.

В последующие годы 1935—1937 г. мы видели некоторое уменьшение грибковых заболеваний, что объясняется общим подъемом благосостояния трудящихся, обусловленного успешным выполнением планов первой и второй пятилетки, возросшей культурностью населения, его большей санитарной грамотностью, улучшением бытовых условий, расширением медицинской помощи населению и т. д.

За эти последние три года (1935—1937) мы располагаем более или менее точными статистическими данными о грибковых заболеваниях только по 13 городам, где есть вендиспансеры, которые не взирая на ликвидацию медицинских статистических учреждений в районах вели и ведут эту статистику по сей день.

Эти данные приводятся в следующей таблице (см. табл. № 1).

Из этой таблицы видно, что по сравнению с 1935 г. число новых выявленных случаев парши по всем 13 городам уменьшилось в 2 раза. В некоторых городах было зарегистрировано несколько больше случаев парши, чем в 1936 г.

Что касается стригущего лишая, то если мы имеем в 1936 г. по отношению к 1935 г. снижение в городах зарегистрированных случаев заболевания на несколько сотен случаев, то в 1937 г. этого снижения нет, есть небольшое выявление в городах новых

Грибковые заболевания по городам БССР за 1935-36-37 г. и общее число обращений в леч. учреждения по районам

Города БССР	П а р ш а					Т р и х о ф и т и я				
	1935	1936		1937		1935	1936		1937	
	абсол.	абсол.	на 10.000 нас.	абсол.	на 10.000 нас.	абсол.	абсол.	на 10.000 нас.	абсол.	на 10.000 нас.
1. Минск . . .	55	19	0,9	38	1,7	300	244	11,6	396	17,6
2. Витебск . . .	59	34	2,7	34	2,7	213	212	16,7	337	26,5
3. Гомель . . .	38	16	1,3	34	2,8	511	352	28,8	395	32,4
4. Бобруйск . . .	2	1	0,15	2	0,3	47	32	5,0	49	7,6
5. Могилев . . .	27	27	4,6	25	4,3	172	156	26,9	206	35,5
6. Орша . . .	41	13	4,0	5	1,6	148	48	15,0	24	7,5
7. Полоцк . . .	6	3	1,2	6	2,4	26	21	8,4	42	16,8
8. Борисов . . .	30	12	3,4	14	4,0	91	64	18,3	91	26,0
9. Мозырь . . .	13	7	5,8	4	3,3	35	90	75,0	59	49,1
10. Слуцк . . .	7	4	3,3	4	3,3	15	17	14,2	17	14,2
11. Климковичи . . .	44	7	11,9	1	1,7	74	19	31,7	3	5,0
12. Речица . . .	—	3	1,4	7	3,2	71	28	12,8	70	31,8
13. Лепель . . .	38	1	—	—	—	125	32	—	31	—
Всего по гор.	360	147	—	174	—	1728	1325	—	1720	—
По всем районам БССР . . .	—	849	—	661	—	—	1384	—	1790	—
Всего . . .	—	996	—	835	—	—	2709	—	3510	—

случаев стригущего лишая. Таково положение в городах, где есть квалифицированные врачи и почти во всех этих городах работают рентгеновские аппараты.

Следует отметить, что микроспория, эпидермофития не значилась в присылаемых вендиспансерами сведениях. Борьба с грибковыми заболеваниями в районах поставлена ниже, чем в городе.

При чем судя по прибывающим больным посылаются более тяжелые случаи с распространенным поражением волосистой части головы и гладкой кожи, где диагностика настолько явная, что устанавливается даже не врачами, а средним медперсоналом. Мы видели ряд случаев с поражением кожи типа *Keion Celsii*.

Состояние заболеваемости в районах БССР по грибковым инфекциям мы знаем недостаточно. По неполным данным по всем районам БССР было зарегистрировано трихофитии в 1936 г.—1384 и в 1937 г.—1720 случаев; Парши в 1936 г.—849 и в 1937 г.—661 случай, т. е. число случаев парши уменьшилось.

По г. Минску за 1937 г.—1938 г. заболеваемость дерматоми-
козами рисуется следующей таблицей:

Движение грибковых заболеваний по Минскому микологическому пункту

1 9 3 7 г.					1 9 3 8 г.				
приезжие		городские			приезжие		городские		
Favus	Trichoph.	Favus	Trichoph.		Favus	Trichoph.	Favus	Trichoph.	
I	8	48	1	26	I	4	25	4	39
II	6	36	2	37	II	3	7	5	25
III	8	39	3	41	III	8	72	10	19
IV	3	30	3	40	IV	3	31	4	78
V	4	33	3	45	V	12	142	3	32
VI	16	56	2	41	VI	17	52	20	100
VII	19	47	3	47	VII	20	80	5	57
VIII	28	48	10	39	VIII	20	54	3	48
IX	18	44	5	37	IX	15	68	2	43
X	5	26	2	22	X	—	59	—	4
XI	2	9	6	24	XI	3	48	4	21
XII	2	13	1	13	XII	3	50	1	27
	119	426	41	414	за год	108	688	61	493

Если просмотреть таблицу движения больных по Минскому микологическому пункту, то видно, что приезжие преобладают над городскими: приезжих в 1937 г. было—545, городских—455. При изучении этой тысячи больных оказалось, что взрослое население среди грибковых больных составляло 21%. Это явление долгое время мало учитывалось, ему не придавалось такое большое значение. В последние годы благодаря работам Советских дерматологов, среди которых надо отметить проф. Подвысоцкую, проф. Кашкина, проф. Машкилейсона, доц. Ариевича, доц. Мери-ина, проф. Мгеброва, проф. Попова и др. наши знания в области дерматомикозов значительно расширились, особенно знание трихофитии взрослых и эпидермофитии.

Произведенные лабораторные исследования грибков (микроскопия и культуры) показали, что в БССР имеется чрезвычайно богатая флора дерматомицетов, как человеческого типа, так и животного происхождения.

Кроме Минска материал для посевов мы получали из разных районов БССР, куда выезжали сотрудники клиники, диспансера и Вен. Института для работы. На ряду с тем мы получали пакетики с волосами и чешуйками для посевов от ряда врачей районов, диспансеров, венпунктов и некоторых фавозных лечебниц.

Таким образом мы имели материал для посевов почти со всех

районов БССР, что позволило нам изучить микрофлору дерматомицетов, встречающихся в нашей Республике.

Посевы производились обычно на средах Сабуро. Вместо употребленной Сабуро мальтозы мы пользовались отечественной глюкозой. Выросшие культуры в части случаев прививали лабораторным животным. Чешуйки, волосы, ногти, кроме расщепления на мелкие кусочки, ничем не обрабатывались.

Мы, должны отметить, что на средах Сабуро мы получали, как типичные культуры, так и культуры, которые давали атипичный рост и тем затруднялась дифференцировка выросших культур. Некоторые культуры были показаны проф. П. Н. Кашкину при его посещении нашего Института и несколько трудных для диагностики культур мы послали ему в Ленинград для исследования. Материал засеивался не менее 5—10 пробирок и затем культуры пересеивались повторно или прививались лабораторным животным. Часть культур была высеяна д-ром Борисевичем Н. В. и д-ром Чижик М. С. Большая часть работы сделана проф. А. Я. Прокочуком лично. Всего чистых культур получено 367.

Несколько культур мы не смогли дифференцировать и причислить их к тому или другому типу грибков.

Выведенные культуры разбиваются на следующие типы:

Типы дерматомикозов встречающихся на территории БССР

Achorion Schönleini.	67
" gypseum .	9
" gallinarum.	1
" Quinckeanum	1
Microsporon lanosum	9
" Audouini	2
" equinum	1
Trich. gyps. asteroides	28
" lactiicolor	2
" granulosum	5
" radiolatum	2
" griseum	2
Trichoph. umbilicatum	2
" violaceum .	156
" faviforme .	15
" accuminatum	29
" crateriforme	9
" cerebriforme	2
" fuscum sulcatum	1
Дрожжевые грибки	11
Epidermophyton Kauffman-Wolf	9
" inguinale	6
Актиномикоз	1
Normodendron rossicum	1

Итого 367

При рассмотрении таблицы видно, что наиболее часто встречающимся грибом в БССР является фиолетовый трихофитон. Этот грибок составил 42,4% всех выведенных культур, т. е. в БССР этот грибок встречается так же часто, как и в других районах СССР.

Инв. 1953 г. 6492857

На втором месте по частоте выведенных культур стоит ахорион Шонлейна, давший рост 67 культур из 367, т. е. 15%.

На третьем и четвертом месте по частоте стоят гипсовые формы трихофитонов и *T. acuminatum*.

Довольно не редко мы получали культуру фавиформного трихофитона, как белую, так и дискоидную.

Из группы микроспории мы получили две типичные культуры *M. Audouini* одну культуру *M. Equinum*, остальные были *M. laevis*.

Недавно нами была выделена культура *M. felineum*.

Среди эпидермофитонов, мы видели, как чистые культуры Кауфман-Вольф, так и *E. inguinale*.

Года два тому назад, была получена и чистая культура *Normoderen dron rossicum*.

Из Кожно-Венерологического Института в г. Минске.

М. Б. ЛИФШИЦ

ЛЕЧЕНИЕ КОРОТКИМИ ВОЛНАМИ

Induratio penis plastica

Кабинет В. Ч. и У. В. Ч. при Белорусском Вен. Институте стал применять токи сверх высокой частоты (короткие и ультракороткие волны) при пластическом затвердении полового члена. Болезнь эта, как известно, довольно редкая. По Polkey в мировой литературе насчитывается всего 419 случаев, из которых считают доказанными случаев около 200. Через наш кабинет прошло 3 случая пластического затвердения полового члена, где затвердение прощупывалось и в эрегированном состоянии полового члена, что не имеет места при другого рода инфильтратах.

Заболевание это до сих пор характеризуется, как упорно не поддающееся лечению. В литературе встречаются следующие фразы: «внутреннее и наружное лечение—бесполезно» «болезнь эта до сих пор упорно не поддается терапевтическому воздействию». Испробованы были радиy, диатермия, хирургическое вмешательство, но все эти мероприятия сплошь да рядом оставались безрезультатными. По galewsky некоторое улучшение наблюдалось после повторного освещения рентгеновскими лучами по 2 НЕД с 4 мм. алюминиевым фильтром. В „Dermatolog. Wochenschr.“ № 31, за 1937 г. д-р Яхман из Франкфурта, сообщает о леченных им 9 случаях пластического затвердения полового члена короткими волнами, при чем в 3-х случаях он видел полное излечение, 2 случая не дали никакой эффективности, в остальных улучшение.

Наши больные лечились коротковолновым аппаратом при длине волны в 19,5 м. Мощность в контуре пациента до 200 Ватт. Половой член помещался в конденсаторном поле, изолятором служил войлок. Больной чувствовал умеренную приятную теплоту.

Лечение проводилось через день и каждый день. Каждый сеанс продолжался 15—20 минут.

Для характеристики полученных результатов привожу краткие выдержки из историй болезни:

Больной С., 46 лет страдает продолжительное время (25 лет) болями и затвердением в области простаты. Ни диатермия, ни грязевое лечение, ни курортное не дали никакой эффективности. Применение коротких волн местно дало блестящие результаты: боли ликвидировались, затвердение почти полностью исчезло. Тогда было приступлено к лечению одновременно существующего пластического затвердения полового члена. Больной принял 29 сеансов по 15 минут. После 11 с. у больного отметилось распадение пластического затвердения на отдельные инфильтраты. После 22 сеансов мы имели значительное рассасывание. После 29 сеансов больной был отпущен с тем, чтобы явиться через месяц для контроля.

Больной Г. 51 год страдает около 2-х лет искривлением и болезненной индурацией penis'a. Были применены короткие волны. После 12 сеансов искривление и индурация уменьшились. После 15 сеансов искривление приняло другое направление, обстоятельство это сначала нас очень удивило, но с этого момента началось более резкое уменьшение инфильтрации. Больному проделано 30 сеансов. Больной получил отдых на несколько месяцев.

Больной Б. Д., 64 г., страдает около 1½ г. пластическим затвердением полового члена. После трех сеансов больной отметил «совсем другое ощущение». Ствол penis'a стал гнуться дугой, чего раньше не было. Больной принял 17 сеансов. Продолжает лечение. Дальнейшее уменьшение индурации остановилось. Новые сеансы к. в. в дальнейшем не оказывали никакого влияния на индурацию.

Из Белорусского-Кожно-Венерологического
Института.

Д. М. РАПОПОРТ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ВОЛЧАНКИ НАРОДНЫМ СРЕДСТВОМ

(Воск и сливочное масло)

Предварительное сообщение

На ряду с общим лечением волчанки, как туберкулезных больных вообще, местное лечение волчанки имеет колоссальное значение.

Применяющиеся до сего времени препараты для местной терапии не лишены крупных недостатков.

Главнейшие из них следующие:

1. Сильная болезненность, что не дает в детской практике возможности их применения.

2. Токсичность их, что обязывает применять эти препараты на весьма ограниченные участки поражения.

3. Неудовлетворительные в косметическом отношении рубцы.
4. Лечение должно обязательно проводиться япод частым наблюдением врача (интоксикация).

Испытуемое нами средство дает в течении 2—3-х месяцев удовлетворительный результат в ряде случаев.

1. Средство действует на патологическую ткань и разрушение бугорков идет совершенно безболезненно. Некоторые бугорки резорбируются без нагноения.

2. Обратное развитие бугорка идет в ряде наблюдаемых случаях при незначительном гнойном расплавлении с последующим его рассасыванием в других же случаях под влиянием повязки с мазью отделяется большое количество гноя.

3. Отсутствие ядовитых ингредиентов в мази дает возможность одновременную обработку больших очагов поражения не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

4. В косметическом отношении мы получили в излеченных случаях поверхностные с ровным рельефом рубцы.

Полученные результаты указывают, что и это народное средство заслуживает внимания и дальнейшего изучения.

Оно нами применялось в виде густой мази, накладываемой на обширные или ограниченные участки кожи, пораженные волчанкой. Пока идет гнойное расплавление бугорков повязки меняются в зависимости от количества гноя; в случаях значительного нагноения повязка меняется ежедневно, при небольшом нагноении повязки меняются через день.

После прекращения выделения гноя повязки меняются через 2—3 дня. Процентное соотношение воска и масла менялось в процессе нашей работы. Но в последнее время мы придерживаемся следующей прописи: масло сливочное не соленое 75,0 воск 50,0.

Сперва мы распускаем при легком нагревании воск, а затем добавляем в расплавленный воск масло, еще немного нагреваем до небольшого кипения, охлаждаем и растираем.

В дальнейшем получается плотная масса, которая перед наложением на патологические очаги слегка разогревается.

Из Белорусского Кожно-Венерологического Института и кожно-венерологической клиники Бел. Мед. Института.

*Доц. Б. С. ЯБЛЕНИК, научный сотрудник С. М. БАШИМАКОВА
и кандидат медицинских наук Б. И. ЭЛЬПЕРИНА*

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ПИОФИЛЬТРАТАМИ

Нами лечены 167 больных с различными формами пиодермии. Из них 135 случаев внутрикожными инъекциями и 32 случая примочками из пиофилтратата.

Пиофилтрататы были изготовлены нами в бактериологической лаборатории Института по следующему способу: пиофилтрататы по Безредко мы готовили из 61 штамма следующих микробов:

Staphylococcus flavus, *Staphylococcus citreus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus albus* и *Streptococcus*. *Staphylococcus aureus* был выделен, главным образом из фурункулов и пустул; *Staphylococcus citreus* выделен из абсцессов; *Staphylococcus flavus* — из абсцессов, фурункулов и проч.; *Staphylococcus albus*, главным образом из *Asne vulgaris* и *Streptococcus* из гангренозной язвы голени, мастита, из пустул и проч. Все штаммы проверялись на чистоту (мазок, окраска по Граму, микроскопия). Суточную культуру засеивали в обыкновенный бульон pH = 7,4; каждый штамм в отдельную колбу. Колбы с посевами ставились в термостат на 20—25 дней при температуре 37° С. После выдержки в термостате из каждой колбы делали мазок, красили по Граму и микроскопировали (проверяли культуру на чистоту). Проверенные чистые культуры смешивали и фильтровали через фильтр Зейтца. Полученный фильтрат разливали в бутылочки по 150—200 куб. см. и прогревали 30 минут при 100° С. Часть прогретого фильтрата разливали в ампулы, другая часть оставалась в колбочках. Как ампулы, так и колбочки с пиофильтратом ставили в термостат при температуре 37° С. на 5—6 дней для контроля на стерильность. Из нескольких ампул и из бутылочек делали посева аэробные и анаэробные на обыкновенных и сахарных средах. Посевы выдерживались в термостате 6—7 дней при 37° С. Для контроля на безвредность мы вводили подкожно по 5 куб. см. пиофильтрата 2-м морским свинкам, весом 250—300 гр. Если морские свинки выживали, и контроли оказывались стерильными, то пиофильтрат отпускался для употребления на людях в виде компрессов, примочек и инъекций. В последнее время пиофильтраты после Киевского съезда подвергаются контролю и на людях, токсичные серии изымались.

Аутофильтрат готовился точно таким же образом, как и поливалентный пиофильтрат.

Инъекции пиофильтратов мы производили внутрикожно, начиная с 0,05 куб. см. до 2 куб. см. В большей части случаев при внутрикожных инъекциях мы наблюдали резко выраженную местную реакцию, выражавшуюся сильной гиперемией, инфильтрацией и болезненностью в месте введения пиофильтрата. В некоторых случаях наблюдалась резко выраженная общая реакция, выразившаяся повышением температуры до 38°—39° и общим недомоганием. В последних случаях мы наблюдали понижение процента гемоглобина.

По возрасту больные распределялись следующим образом:

До 18 лет	35 чел.
От 18 до 20 лет	28 "
" 20 " 25 "	56 "
" 25 " 30 "	31 "
" 30 " 35 "	6 "
" 35 " 40 "	5 "
" 40 " 45 "	2 "
" 45 " 50 "	2 "
" 50 " и выше	2 "

По диагнозам наши больные, леченные пиофильтратом распределяются следующим образом:

Фурункулы	28	случаев.
Фурункулы и фолликулиты	9	»
Пиодермиты	5	»
Стрепто-стафилодермии	4	»
Поверхностн. пиодермия	1	»
Асне phlegm.	32	»
Асне conglob.	5	»
Сикоз	8	»
Асне vulgaris.	45	»

Из 28 случаев фурункулов:

Излечение	в 19	случаях.
Улучшение.	5	»
Без эффекта	4	»

Фурункулы и фолликулиты из 9 случаев дали излечение в 3-х случаях, улучшение в 2-х и без эффекта 4 случая. Гидроадениты дали излечение во всех 5 случаях.

Из 4-х случаев стафилострептодермии в 2-х случаях мы наблюдали улучшение и 2 случая остались без эффекта. Мы наблюдали излечение в одном случае поверхностной пиодермии.

Асне phlegmonosa из 32 случаев дало излечение в 9 случаях, улучшение в 10 случаях и без эффекта 13 случаев.

Асне Conglobata из 5 случаев—улучшение в 3 случаях, без эффекта 2 случая.

Сикоз из 8 случаев дал излечение в 2-х случаях, улучшение в 4-х случаях и без эффекта 2 случая.

Асне vulgaris из 45 случаев излечение в 7 случаях, улучшение в 28 случаях и без эффекта в 10 случаях. Мы обычно на курс лечения проводили от 4-х до 6 инъекций. Примочки из пиофильтрата мы применили в 28 случаях Асне vulgaris и 4-х случаях сикоза. Во всех случаях Асне vulgaris мы наблюдали улучшение процесса, при сикозе в одном случае наблюдалось полное излечение, в 2-х случаях улучшение и в одном случае ухудшение процесса.

Резюмируя наш материал мы можем рекомендовать метод лечения пиофильтратами гнойных поражений кожи.

В настоящее время мы перешли на изучение действия стафилококковых анатоксинов при стафилодермиях.

Анатоксин готовился по методике ВИЭМ (проф. Пономарев) кандидатом медицинских наук Б. И. Эльпериной. Контроль анатоксина проводил проф. Прокопчук, которому за ряд ценных указаний при выполнении данной работы выносим благодарность.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	<i>Стр.</i>
1. Н. Я. Энтин. Акрихин, как новое средство при лечении волчанки	5
2. З. М. Караева, М. А. Кирзон. Лечение онихомикозов пи-рогалловым коллодием	6
3. З. М. Караева, М. А. Кирзон. К вопросу о лечении эпи-дермофитии	8
4. А. Е. Розенгауз. Выделение стрептоцида почками.	9
5. Х. М. Каган, С. М. Башмакова, З. М. Караева, М. А. Кирзон, Чижик М. С. Грибковые заболевания в БССР и их микрофлора	12
6. М. Б. Лифшиц. Лечение короткими волнами Induratio penis plastica	17
7. Д. М. Рапопорт. К вопросу о лечении волчанки народным средством	18
8. Б. С. Ябленик, С. М. Башмакова, Б. И. Эльперина. Лечение гнойных поражений кожи пиофилтратами	19

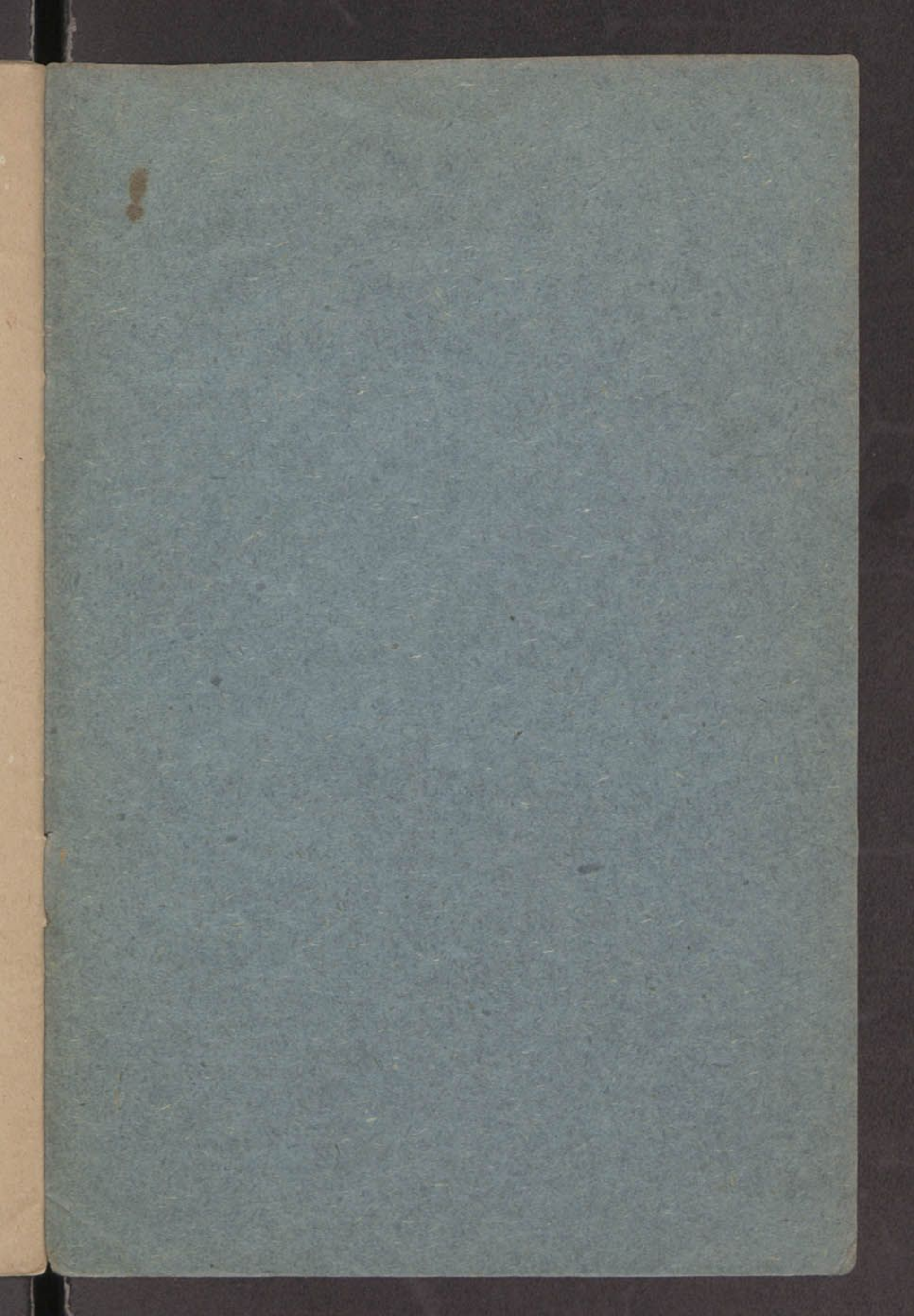
Ответственный редактор А. Я. Прокопчук.

Сдано в типографию 27-IV—1939 г. Подписано к печати 20-V—1939 г. 1^{1/2} печ.
листа. Бумага 60×92. Тираж 500. Заказ № 389. Уполн. Главлита БССР № 315.

Типография Академии наук БССР.

НАЦИОНАЛЬНАЯ
БИБЛИОТЕКА
БЕЛАРУСЬ





ЦЕНА 2 руб.

ЗН // 830918 (050)



R0000002 159288

1964 г.

1