

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬБУЦИДА НАТРИЯ ПРИ СКРОФУЛЕЗНЫХ КЕРАТИТАХ

Кандидат медицинских наук **Н. И. ГРИГОРЬЕВА**

Количество скрофулезных керато-конъюнктивитов, по данным последних лет, составляет около 4% всех глазных заболеваний; Гоберман для института им. Гельмгольца дает цифру 3,5%, Юфа (Харьков) — 3,8%. По данным глазной клиники СГМИ, количество скрофулезных в 1940—1944 гг. составляло 4%, за последние два года — 6% всех глазных больных.

Тяжелое течение и частые рецидивы скрофулезных кератитов, значительное распространение этого заболевания среди взрослого населения заставили нас, в поисках более эффективного метода лечения, испытывать применение натриевой соли альбуцида при различных формах скрофулезного кератита.

В доступной нам литературе (к июню 1946 г.) мы нашли только отдельные сообщения о действии сульфамидных препаратов при скрофулезе. Страхов, Бочеве, Менциховская, применив сульфидин у трех больных с тяжелыми поверхностными кератитами типа скрофулезных, не получили положительных результатов. Азарова отмечает благоприятное действие белого стрептоцида при местном его применении у 11 больных экзематозным керато-конъюнктивитом.

Под нашим наблюдением в стационаре находились 64 больных с различными, преимущественно тяжелыми, формами скрофулезного кератита. По возрасту больные распределяются следующим образом: от 2 до 5 лет — 7 человек, от 6 до 10 лет — 15 человек, от 11 до 15 лет — 9 человек, от 16 до 20 лет — 13 человек и свыше 20 лет — 20 человек. Мужчин — 38, женщин — 26. Один глаз болел у 24, оба — у 40 больных, всего, следовательно, лечению альбуцидом подверглось 104 глаза. В

стационар принимались тяжелые больные, поэтому фликтены конъюнктивы были отмечены в 3 случаях, поверхностные кератиты — в 63, язвы роговой оболочки — в 28, скрофулезный паннус — в 10 случаях. В качестве осложнений встречались: вторичный ирит в 30, выпадение радужной оболочки в 4 случаях. Сопутствующими заболеваниями чаще всего являлись блефариты (34 случая), затем экзема, стрептодерма и другие заболевания кожи век (20 случаев), подострый конъюнктивит (4 случая), хронический дакриоцистит (1 случай). Кроме того, во многих случаях встречались стойкие помутнения роговой оболочки, как следствие ранее перенесенных заболеваний, а именно: пятно роговицы на 28 глазах, сращенное частичное бельмо у 5 больных, полное бельмо роговицы у 1 больного. У 12 больных было воспаление шейных лимфатических желез, у 2 — туберкулез легких. У большинства больных отмечалась субфебрильная температура; у 11 человек при исследовании крови повышенная реакция оседания эритроцитов.

У 23 больных глаза болели повторно, в детстве, кроме болезни глаз, они отмечали другие признаки скрофулеза; 19 больных, в возрасте свыше 16 лет, утверждали, что глаза болят у них в первый раз в жизни, в детстве никаких скрофулезных проявлений не наблюдалось. У многих детей анамнез собрать не удалось, привозили их нередко посторонние люди. Большинство больных поступило с запущенными заболеваниями, после безуспешного, часто продолжительного, лечения в местной больнице. В таблице 1 указана продолжительность заболевания до поступления в клинику.

Таблица 1

Продолжительность заболевания до поступления в клинику	Количество больных
10 дней	2
11—20 дней	9
21—30 »	10
31—60 »	8
Свыше 60 дней	25
Неизвестно	10

В таблице 2 указана длительность лечения до применения альбуцида.

Таблица 2

Длительность лечения до применения альбуцида	Количество больных
От 3 до 10 дней	8
» 11 » 20 »	6
» 21 » 30 »	9
» 31 » 60 »	6
Свыше 60 »	14
Неизвестно	21

Из приведенных таблиц видно, что большинство наших больных поступило в поздние сроки и в течение продолжительного времени лечилось на месте.

Натриевая соль альбуцида применялась в виде при- сыпки 5 раз в день, с 9 часов утра до 9 часов вечера, с трехчасовыми промежутками; в зависимости от пока- заний в глаз впускались капли 1% раствора пилокар- пина или 1/4 % раствора скополамина: в 56 случаях впускался скополамин, в 48 случаях — пилокарпин. Нам не удалось ни разу наблюдать раздражающего действия альбуцида на радужную оболочку, о котором упоминает Гольденберг в своей работе о лечении язв роговой обо- лочки альбуцидом. Даже применение пилокарпина с аль- буцидом не вело к усилению гиперемии радужной обо- лочки. Наоборот, перикорнеальная инъекция и явления вторичного ирита уменьшались в первые же дни после начала лечения и по окончании такового не оставалось ни задних синехий, ни каких-либо других последствий ирита. Пилокарпин мы применяли при глубоких пери- ферических язвах роговицы и при вяло протекающих кератитах, скополамин — при центральных язвах рого- вицы и в случаях резко выраженного вторичного ирита.

Длительность применения альбуцида менялась в за- висимости от тяжести заболевания и эффективности действия: от 5 до 10 дней альбуцид применялся у 27 боль- ных, от 11 до 15 дней — у 18, от 16 до 20 дней — у 8, от 21 до 30 дней — у 11 больных. Улучшение начиналось чаще всего через 2—3 дня после начала лечения; умень- шались светобоязнь, блефароспазм, боли и инъекция глаза. Азарова, Гольденберг, Страхов, Бочев и Мен- циховская отмечают быстрое действие сульфамидных препаратов на глаз при местном их применении. Вслед

за уменьшением инъекции и субъективных ощущений рассасывается инфильтрат роговицы. Сосуды роговицы исчезают позднее, они иногда оставались в виде отдельных тонких стволиков при выписке больного, когда остальные воспалительные явления исчезали.

В таблице 3 указаны сроки начала улучшения с момента применения альбуцида.

Таблица 3

Начало улучшения	Количество случаев
Через 1 день	4
» 2 дня	24
» 3 »	38
» 4 »	14
» 5 »	17
От 6 до 10 дней	6
» 11 » 20 »	1

Ни один из общепринятых способов лечения скрофулезных кератитов не дает такого быстрого эффекта, как местное применение альбуцида. Больные, страдающие рецидивирующими кератитами, отмечают это и настоятельно просят применять его в случаях рецидивов. Отдельные признаки воспаления исчезают в следующей последовательности:

Таблица 4

Дни	Инъекция глаза		Инфильтрат роговицы		Сосуды в роговице	
	уменьшение	исчезает	уменьшение	исчезает	уменьшение	исчезают
1	4	—	—	—	—	—
2	21	1	8	—	6	1
3	30	5	23	2	5	1
4	16	7	20	2	4	—
5	14	11	19	9	4	2
6—10	6	33	11	50	14	12
11—20	10	13	1	16	6	6
21—30	—	3	—	2	—	—

Инъекция глаз уменьшается чаще всего на 2—3-й день, исчезает на 6—10-й день после начала лечения.

Инфильтраты роговицы начинают уменьшаться в размерах на 3—4 день, исчезают чаще всего через 6—10 дней. Флюоресцеиновая проба была положительна на 42 глазах, отрицательна на 45, в остальных случаях не отмечена. Исчезновение флюоресцеиновой окраски происходит чаще всего на 6—7-й день. При лечении скрофулезных больных альбуцидом создается впечатление, что в случаях благоприятного действия улучшение начинается в первые 3—4 дня, инфильтрат роговицы начинает быстро рассасываться. Если в первые 4—5 дней после начала лечения улучшения не отмечается, то в дальнейшем оно наступает очень медленно, процесс затягивается; в таких случаях переход к другим методам лечения не давал заметного улучшения.

Острота зрения оставалась без изменения только в 10 случаях. Если принять во внимание, что в трех случаях до лечения она была равна 1,0 и в 34 случаях были отмечены, наряду со свежими явлениями воспаления, стойкие помутнения роговицы после ранее перенесенных заболеваний, то эта цифра (10 глаз) очень невелика. О повышении остроты зрения дает представление таблица 5.

Таблица 5

Повышение остроты зрения	Количество глаз
На 0,01—0,03	5
» 0,04—0,09	21
» 0,1	20
» 0,2	16
» 0,3—0,4	9
» 0,5—0,6	6
» 0,7—0,9	5
Без перемен	10
Не определено	15

Если из общего количества исключить вышеупомянутые 10 глаз и 15 больных, когда острота зрения не могла быть исследована у маленьких детей, то в 76% всех случаев зафиксировано повышение остроты зрения. При этом необходимо указать, что острота зрения 21 глаза была до лечения ниже 0,01, при выписке у этих больных отмечена острота зрения 0,1 в 11 случаях, 0,2 —

в 4 случаях, 0,3 — в 1 случае, 0,4 — в 3 случаях, 0,6 — в 2 случаях. Принимая во внимание, что продолжительность коечного лечения скрофулезных больных в большинстве случаев колебалась от 7 до 15 дней, можно считать повышение остроты зрения вполне удовлетворительным.

Полное просветление роговицы отмечено при выписке у 8 больных, облачко роговицы — на 13 глазах, пятно роговицы — на 73,4 глазах, частично сращенное бельмо — в 3 случаях; с уменьшением воспалительных явлений, с отметкой об улучшении, но с васкуляризацией роговицы — 9 случаев.

У 4 больных наблюдались рецидивы еще до выписки, трое больных поступили через несколько месяцев повторно. Применение альбуцида во всех этих случаях быстро привело к исчезновению всех воспалительных явлений. Рецидивы отмечены у больных истощенных, живущих в крайне неблагоприятных условиях и с детских лет страдавших скрофулезом.

В ряде случаев альбуцид оказывал исключительно хорошее и быстрое действие. Не имея возможности, вследствие недостатка места, привести истории болезни этих больных, остановлюсь для примера на одном случае.

Больной С. И., 17 лет (история болезни № 5995 за 1945 год), страдал скрофулезным кератитом обоих глаз и в течение 3 месяцев безрезультатно лечился у местного глазного врача.

Применение альбуцида дало значительное улучшение в первые же дни пребывания больного в клинике, через 9 дней он выписался с очень нежными помутнениями роговицы обоих глаз, при отсутствии воспалительных явлений. Острота зрения правого глаза поднялась от 0,1 до 0,5, левого — от 0,3 до 0,8. С момента выписки больного прошел 1 год, повторно в клинику он не обращался.

В двух случаях, не вошедших в наш материал, больные плохо переносили альбуцид, воспалительные явления увеличивались, инфильтраты роговицы распространялись и через 3 дня альбуцид был отменен.

В доступной нам литературе мы не нашли исчерпывающего объяснения благоприятного действия сульфамидных препаратов при местном их применении в случаях заболевания переднего отрезка глазного яблока. Гольденберг, рекомендуя альбуцид при ожогах глаза, отмечает регенераторные свойства и высокую гигроскопичность растворимого альбуцида. Этими свойствами

препарата можно объяснить благоприятное действие натриевой соли альбумида и при скрофулезных кератитах. Уменьшая отек тканей, улучшая условия местного кровообращения, способствуя быстрой регенерации тканей, растворимый альбумид безусловно создает благоприятные условия для исчезновения воспалительных явлений.

Известно, что в качестве вторичной инфекции при изъязвившихся фликтенах находят стафилококков (Аксенфельд, Фукс, Тальковский). В ряде случаев при бактериологическом исследовании отделяемого конъюнктивы у наших больных были также найдены стафилококки.

В работах Постовского и Кушелевского есть указания на специфические антистафилококковые свойства альбумида. Возможно, что предупреждение вторичной стафилококковой инфекции или успешная борьба с ней при скрофулезных кератитах, леченных растворимым альбумидом, играет также немаловажную роль в благоприятном исходе заболевания.

Дальнейшие клинические наблюдения и экспериментальные исследования позволят выяснить механизм действия растворимого альбумида при глазных заболеваниях. Пока же, на основании годичных наблюдений над благоприятным течением скрофулезных кератитов при лечении их натриевой солью альбумида, мы можем рекомендовать его применение при различных формах этого, во многих случаях тяжелого заболевания.

Литература

1. Азарова, Стрептоид при заболеваниях переднего отдела глаза, В. О., т. XXIII, в. 1, 1944 г.
2. Гоберман, Скрофулезные керато-конъюнктивиты. Труды Государственного института имени Гельмгольца, Сб. 1, 1940 г.
3. Гольденберг, Лечение ползути и других гнойных язв роговой оболочки альбумидом, В. О., т. XXII, в. 1, 1943 г.
4. Гольденберг, Лечение ожогов глаз альбумидом, В. О., т. XXIII, в. 1, 1944 г.
5. Постовский и Кушелевский. Химия сульфамидных препаратов и химиотерапия на Урале, «Санитарная служба в годы войны», Свердловск, 1943 г.
6. Страхов, Боचेвер и Менциховская. Химиотерапия глазных болезней, В. О., т. XIX, № 11—12, 1941 г.
7. Юфа, К статистике туберкулезных и скрофулезных заболеваний глаза. В. О., т. X, № 4, 1936 г.