

НАТРИЕВАЯ СОЛЬ АЛЬБУЦИДА В ТЕРАПИИ ЯЗВ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ¹

Кандидат медицинских наук А. Н. МИКАЭЛЯН

За последнее десятилетие медицина обогатилась открытием целого ряда веществ, обладающих высоким терапевтическим действием при различных инфекционных заболеваниях.

Одни из этих веществ, как сульфидин, стрептоцид, альбуцид, с 1937 года нашли себе применение и в офтальмологии.

Давно всем известна тяжесть последствий и осложнений язв роговой оболочки. Вопрос о лечении язв роговой оболочки до сих пор остается актуальным.

В поисках наиболее эффективного метода лечения роговой оболочки рядом авторов, как Гольденберг, Каминский, Краснов, Крутова, Сергиевский и др., была применена в различных видах натриевая соль альбуцида из числа легко растворимых препаратов сульфамидного ряда.

Гольденберг при лечении 90 больных с язвами роговой оболочки применяла натриевую соль альбуцида в виде порошка от 8 до 5 раз в сутки через каждые 3 часа. При получении отрицательной флюоресциновой пробы порошок сменялся 30-процентным раствором 5 раз в день через каждые 3 часа.

Полная эпителизация язвы наблюдалась до 10 дня у 60 больных, от 10—15 дня у 14 больных и у остальных — свыше 15 дня после начала лечения.

Автор отмечает, что часть больных задерживалась в стационаре из-за вторичных иритов.

Гольденберг проводила свои наблюдения также при лечении альбуцидом гонобленнорреи и ожогов глаз и в большинстве случаев получила хороший эффект.

¹ 24 сентября 1949 г. доложено на заседании Свердловского офтальмологического общества.

Краснов на 45 больных с язвами роговой оболочки применял натриевую соль альбумида в виде 30% раствора, в виде мази и порошка. Автор не мог отметить разницы в терапевтическом эффекте при применении альбумида в вышеуказанных видах.

Краснов не получил блестящих результатов при лечении скрофулезных и герпетических кератитов, какие он имел при лечении ползучих и маргинальных гнойных язв.

Сергиевский наблюдал действие альбумида при лечении язв роговой оболочки у 70 больных. Методика применения альбумида была та же, что и у Гольденберг. Автор отмечает, что особенно хорошо протекали краевые катаральные язвы и язвы на глазах с абсолютной глаукомой. Он имел хорошие результаты только в 50% случаев. Большое значение в течении местного процесса автор придает общему состоянию, конституции, гиповитаминозу и т. д.

Во избежание ослабления действия альбумида Сергиевский не рекомендует одновременное применение других лекарств, кроме миотических и мидриатических средств.

Каминский применил ионтофорез с 5% раствором натриевой соли альбумида в 13 случаях гнойных язв роговой оболочки. Двенадцать больных из этой группы безуспешно до этого лечились каплями 30% раствора натриевой соли альбумида в комбинации с другими медикаментами и в одном случае без предварительной терапии лечение было начато непосредственно с ионтофореза.

В посеве из 13 случаев в 7 был обнаружен пневмококк. Автор путем ионтофореза надеялся воздействовать на пневмококка в более глубоких слоях роговицы и этим дать возможность силам организма развить свою деятельность и преодолеть инфекцию.

Оказалось, что однократно примененный ионтофорез в течение суток недостаточен для того, чтобы поддержать бактериостатическое действие альбумида.

Присутствие ионов натриевой соли альбумида в гнойно пропитанной роговице не достигает своей цели так же, как и в других тканях, где присутствие парааминобензойной кислоты (постоянного продукта белкового распада и жизнедеятельности микробов) дает возмож-

ность микроорганизму и в гнойно инфильтрированной роговице противостоять натриевой соли альбукцида.

Субъективно же ионтофорез хорошо переносился больными. Повышение остроты зрения автор отмечает лишь в 5 случаях.

Мы наблюдали 63 человека с язвами роговицы (18 случаев ползучих язв роговой оболочки, 1 случай полного гнойного распада роговицы, 13 случаев гнойных язв, 9 — периферических, 2 — вследствие ожога известью, остальные — центральные) и 10 случаев — с поверхностными кератитами, среди которых имелось 3 герпетических, 1 — розацеакератит, 1 — везикулезный и 2 кератита невыясненной этиологии, при наличии задних синехий.

Больные были в возрасте от 3 до 80 лет. Из них: от 3 до 10 лет — 2 чел., от 11 до 20 лет — 5 чел., от 21 до 30 лет — 7 чел., от 31 до 40 лет — 19 чел., от 41 до 50 лет — 24 чел., свыше 50 лет — 16 человек.

Что касается сроков от начала заболевания до момента лечения альбукцидом натрия, то в этом отношении наш материал распределялся следующим образом: от 2 до 5 дней — 13 случаев, от 6 до 10 дней — 25 случаев, от 11 до 20 дней — 14 случаев и свыше 20 дней — 11 больных. Следовательно, большое количество больных (25) до поступления в стационар и начала лечения страдали заболеванием роговицы в среднем от 6 до 10 дней, при недостаточном лечении или даже отсутствии последнего.

В целях сохранения во время лечения равномерно высокой концентрации препарата в тканях глаза натриевая соль альбукцида нами была применена в виде порошка 5 раз в день, через каждые 3 часа. Альбукцид применялся при ежедневном контроле флюоресцеином. Кроме альбукцида, в зависимости от клинической картины язвы, состояния радужной оболочки и т. д., применялся атропин или пилокарпин. Гольденберг указывает на возможность раздражения и воспаления радужной оболочки, проникающим через роговицу альбукцидом.

На нашем материале это не оправдалось. Одновременно с альбукцидом натрия мы широко применяли пилокарпин при краевых и глубоких язвах роговой оболочки и не видели воспалительных явлений со стороны радужной оболочки.

Микробную флору в этиологии язв роговой оболочки по ряду причин не удалось изучить.

На второй день после применения альбуцида у ряда больных можно было наблюдать уменьшение инъекции глазного яблока, светобоязни, на 3—4 день — начало эпителизации (35 случаев). Окончание эпителизации у большинства больных наступало на 6—10 день (31 случай). В некоторых случаях, в зависимости от величины и глубины язвы, процесс окончания эпителизации задерживался до 15 (13 случаев) и свыше 15 дней — в 7 случаях. Гипопион в большинстве случаев (27) исчезал на 3—4 день.

У 27 больных в воспалительный процесс был вовлечен эндотелий роговой оболочки. Наблюдалось, что в то время, когда поверхностная эпителизация была закончена, глубокие слои роговицы и эндотелий оставались еще инфильтрированными. В подобных случаях больные продолжали получать альбуцид.

Не во всех случаях имелось гладкое течение. У одного больного наблюдали рецидив на 10 день по окончании эпителизации. Усилилась инъекция, появился гипопион. Процесс закончился сращенным рубцом роговицы. У двух больных эпителизация язвы была закончена на 12 день, но гипопион оставался до 21 дня. Затем резко увеличилась инъекция, состояние язвы ухудшилось, боли усилились. Один из них был переведен на терапию пенициллином, а другому произвели прижигание краев язвы термокаутером.

Двое больных поступили с поверхностными язвами, величиной 1×2 мм.

Несмотря на аккуратно получаемую альбуцидную терапию, процесс продолжал прогрессировать, захватив всю роговицу, и закончился (истории болезни № 7540, № 413) выпячиванием десцеметовой оболочки.

Альбуцидная терапия не дала желательного эффекта у 3 больных с герпетическим кератитом, что также отмечает в своих наблюдениях Краснов. Наступило резкое ухудшение, усилилась перикорнеальная инъекция, светобоязнь, слезотечение, боли увеличились. Одному из них была произведена внутрикожная новокаиновая блокада, а двоих перевели на терапию хинином.

В большинстве случаев язвы роговиц закончились пятном или нежным облачком, лишь только в 7 случаях

образовался сращенный рубец и в 2 случаях десцеметоцея. Наблюдаемые вторичные ириты особенно не задерживали больных в стационаре.

Привожу таблицу исходов язв роговой оболочки в отношении остроты зрения к моменту выписки из клиники. В эту таблицу не были включены 7 случаев, которые закончились рубцом роговицы, и 1 ребенок, у которого невозможно было определить остроту зрения.

Острота зрения	До лечения	После лечения
От 1 до 0,04	38	31
» 0,05—0,09	6	4
» 0,1—0,2	10	9
» 0,3—0,5	1	5
» 0,6—0,8	—	4
» 0,9—1,0	—	2
Всего	55	55

Итак, не во всех случаях язвенных процессов роговицы местно примененный альбucid дает хорошие результаты.

При герпетических кератитах в очень запущенных и тяжелых случаях, которые нам пришлось наблюдать, мы не получили желаемого эффекта.

Несомненно, здесь играют роль микрофлора, тяжесть случая, возраст и общее состояние больного.

Большинство же наблюдаемых нами случаев язв роговиц дали хорошие исходы.

Анализ изложенного материала приводит к заключению, что по своей эффективности в лечении язв роговой оболочки натриевая соль альбцида обогатила офтальмологическую практику.