

АЛЬБУЦИДОТЕРАПИЯ ПРИ ТРАХОМАТОЗНОМ ПАННУСЕ¹

Доцент Г. Ф. ЛУЖИНСКИЙ и В. И. МЕЗЕНЦЕВ

Трахоматозный паннус трудно поддается лечению и относится к числу часто рецидивирующих заболеваний. Это позволяет рассматривать улучшение после медикаментозного и оперативного лечения трахоматозного паннуса как передышку для роговицы. Сравнительно новыми средствами в терапии ряда заболеваний, в том числе и заболеваний глаза, являются препараты сульфамидного ряда. Естественно было испытать их действие и при трахоматозном поражении роговицы. Судя по опубликованным работам, благоприятное воздействие на трахоматозный процесс оказывают сульфидин и стрептоцид, введенные как оральным и внутривенным путем, так и местно через конъюнктивальный мешок в виде капель, мазей, порошка и субконъюнктивальных инъекций. Воздействие это не всегда одинаково, в большинстве случаев оно благоприятно, но из-за токсичности и плохой растворимости этих препаратов последние не нашли широкого применения в практике окулистов, и собранный материал недостаточен для объективного суждения об их терапевтическом действии.

Кальфа, Мицкевич, Мелик-Мусьян, Волокитенко и другие отмечают явно благоприятное действие стрептоцида и сульфидина на трахоматозный процесс в роговице при местном и общем его применении. Совсем небольшое количество наблюдений собрано при лечении паннуса легко растворимым препаратом альбуцида натрия из группы сульфамидных препаратов. Единичные авторы получили хорошие результаты при лечении трахоматозного паннуса от применения внутрь протонсила,

¹ Доложено на заседании Свердловского офтальмологического общества 27/II 1947 года.

а от применения альбуцида внутрь констатировали незначительное улучшение.

В литературе имеются указания на применение при этом заболевании 10% раствора альбуцида натрия для инстилляций в конъюнктивальный мешок. Иногда местное лечение альбуцидом комбинировали с приемами его внутрь. Комбинированное лечение давало лучшие результаты, паннус становился прозрачней.

Тихова считает местное применение альбуцида натрия исключительно хорошим средством при трахоме вообще и при трахоматозном паннусе в частности.

К моменту начала лечения трахоматозного паннуса у нас имелись наблюдения над действием этого препарата (и стрептоцида) при язвах роговицы и ряде других кератитов. Для нас было совершенно ясно, что лучшие результаты можно получить, пользуясь локальным лечением. Подтверждением для таких наблюдений служили исследования некоторых авторов, нашедших более высокую концентрацию сульфамидных препаратов в тканях глаза при местном их применении по сравнению с общим.

Под нашим наблюдением находилось 38 стационарных больных. Двое из них задолго до поступления в клинику потеряли по одному глазу, у 6 больных трахоматозный паннус поразил по одному глазу. Следовательно, лечению подвергалось 68 глаз. Большинство страдало тяжелой, запущенной трахомой с большим количеством сосудов и множественными инфильтратами в роговице. Часто процесс сопровождался выраженной смешанной инъекцией и рецидивами обострений. На многих роговицах, помимо паннуса, имелись язвы и следы бывших воспалительных процессов в виде пятен и бельм. С трахомой II на излечении находились 27 роговиц, с трахомой III — 36, трахомой IV — 3, тонким паннусом — 19, сосудистым — 42, мясистым — 7 роговиц. Сопутствующими являлись следующие заболевания: язва роговицы — 3, крыловидная плева — 4, бельмо роговицы — 2, пятно роговицы — 11, амилоид конъюнктивы века — 2 случая.

Методика лечения проводилась всегда одна и та же: через каждые 3 часа 5 раз в день за веки стеклянной палочкой закладывался порошок натриевой соли альбуцида. В зависимости от состояния роговицы и радужки применялся атропин или пилокарпин, другими медика-

ментами не пользовались. Ночью лечение не проводилось. Субъективное улучшение отмечалось обычно на 2—3-й день после начала лечения и сопровождалось в дальнейшем объективным улучшением: вскоре после прекращения или уменьшения болей, слезотечения, спазма век удавалось отметить простым осмотром или помощью бокового освещения ослабление инъекции, уменьшение количества и величины инфильтратов в роговице, очищение и начало эпителизации язвочек. Обычно через несколько дней после начала лечения и тотчас после заметного субъективного улучшения и просветления роговицы, вследствие рассасывания инфильтратов, мелкие сосуды начали исчезать из роговицы, а крупные становились уже. Об обратном развитии сосудов следует отметить, что, во-первых, оно шло более умеренными темпами по сравнению со сроком исчезновения инфильтратов и далеко не всегда заканчивалось полной их облитерацией и, во-вторых, по мере удлинения срока лечения, примерно через 10—15 дней после начала альбucidной терапии, все менее заметным делалось сужение калибра сосудов и исчезновение их из роговицы. В общем, создалось впечатление, что наиболее заметный положительный результат нашей терапии получался при случаях паннуса, обострившихся новыми инфильтратами, язвами, явлениями смешанной инъекции. Значительно менее эффективным по темпам и результатам просветления роговицы оказывалось лечение «спокойного» паннуса, но и при последнем альбucidная терапия намного превосходила по своим исходам привычную для нас медикаментозную и хирургическую терапию. В среднем с момента лечения альбucidом до начала заметного влияния на калибр сосудов понадобилось 4,3 койкодня, а с начала до окончания лечения альбucidом затрачивалось 14,2 койкодня.

На коечном лечении находилось:

	от 3—10 дней	от 11—15 дней	от 16—20 дней	от 21—25 дней	от 26—30 дней
С тонким паннусом	9	7	1	2	—
С сосудистым паннусом	9	19	5	5	4
С мясистым паннусом	1	2	1	1	2

Из нижеприведенной таблицы видно, на какой день выявилось сужение калибра сосудов.

На какой день	2	3	4	5	6	7	8	9
с тонким паннусом	3	11	1	2	1	1	—	—
с сосудистым паннусом	2	15	6	5	5	6	1	2
с мясистым паннусом	—	4	1	1	1	—	—	—

В среднем с момента лечения альбуцидом до начала заметного влияния на калибр сосудов понадобилось 14,2 койкодня. Выздоровление, т. е. микроскопическое исчезновение из роговиц не только инфильтратов, но и сосудов, при тонком паннусе наблюдалось в 9 роговицах, при сосудистом паннусе — в 12 и при мясистом — в 1 роговице.

У больной К-вой, 23 лет, с трахомой и сосудистым паннусом обоих глаз, альбуцидная терапия на левом глазу проводилась с 12/II по 4/III 1946 г., но не дала улучшения. На этом глазу сделана имплантация плацентарной ткани под конъюнктиву глазного яблока. На 10-й день наступило заметное улучшение в состоянии роговицы. Улучшение в этом случае мы относим за счет тканевой терапии. На втором глазу, примерно с такой же тяжестью поражения роговицы, альбуцидная терапия дала улучшение за несколько дней до операции на левом глазу. Острота зрения, как правило, от альбуцидной терапии значительно повышалась.

Острота зрения при тонком паннусе

До лечения	0,01	0,02	0,05	0,07	0,08	0,09	0,1
После лечения	0,02	0,1	0,2	0,1	0,4	0,3	0,1
Количество случаев	1	2	2	1	1	1	4

До лечения	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4
После лечения	0,2	1,0	0,1	0,3	0,3	0,6
Количество случаев	1	1	1	1	2	1

Острота зрения при сосудистом паннусе

До лечения	Дв. руки	Дв. руки	0,01	0,01	0,01
После лечения	0,01—0,4	0,1	0,01	0,02	0,07
Количество случаев	4	1	1	3	2

До лечения	0,01	0,02	0,02	0,02	—0,03
После лечения	0,2	0,08	0,4	0,02	—0,03
Количество случаев	2	3	2	3	

До лечения	0,03—0,04	0,04	0,04	0,06	0,1	0,1
После лечения	0,1	0,2	0,3	0,07	0,1	0,2
Количество случаев	2	1	1	3	2	2

До лечения	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	—0,4
После лечения	0,3	0,5	0,2	0,3	0,4	—0,8
Количество случаев	2	1	2	1	4	

Острота зрения при мясистом паннусе

До лечения	1	0,01	0,02	0,02	0,09	0,2	0,3
После лечения	0,04	0,2	0,1	0,4	0,3	0,5	0,5
Количество случаев	1	1	1	1	1	1	1

Конечно, значительное повышение остроты зрения в небольшой части случаев следует отнести за счет заживления язв, не связанных с паннусом, и за счет уменьшения слезотечения, светобоязни и т. д. Эти единичные случаи не противоречат, однако, очевидным фактам о повышении остроты зрения после непродолжительной альбукдотерапии, о способности его с большой быстротой рассасывать инфильтраты или замещать их соединительной тканью, о безусловном воздействии альбукцида на калибр сосудов в короткие сроки. Вопрос о влиянии альбукцида на облитерацию, сужение и исчезновение сосудов не только в роговице, но и в конъюнктиве заслуживает большого внимания и изучения.

Приведем несколько типичных кратких выписок из историй болезней.

Больной С.-ов, 12 лет. Трахома II и тонкий паннус обоих глаз. Пятно роговицы. При поступлении острота зрения правого глаза = 0,08, острота зрения левого глаза = 0,09. На 3-й день лечения исчезла светобоязнь обоих глаз, уменьшилась инъекция глазных яблок. На 4-й день — исчезновение инфильтратов роговицы. Острота зрения правого глаза = 0,1; острота зрения левого глаза = 0,2. На 7-й день паннус обоих глаз уменьшился. На 11-й день исчез полностью паннус левого глаза. На 13-й день остался тонкий паннус правого глаза у лимба. Острота зрения правого глаза = 0,4; острота зрения левого глаза = 0,3; всего альбукдотерапия продолжалась 13 дней.

Больной Я.-к, 26 лет, трахома III и сосудистый паннус правого глаза. Отсутствие левого глазного яблока. При поступлении острота зрения правого глаза = 0,01; через 2 дня лечения — уменьшение светобоязни, инфильтратов роговицы и инъекции глазного яблока. Через 3 дня исчезла светобоязнь правого глаза. Паннус правого глаза уменьшился. Через 4 дня исчезли инфильтраты и сосуды роговицы, инъекция глазного яблока исчезла. Острота зрения правого глаза 0,07. Альбукдотерапия длилась 11 дней.

Больная Ш.-ва, 14 лет, трахома II и мясистый паннус обоих глаз. При поступлении острота зрения правого глаза = 0,3; острота

зрения левого глаза = 0,2. На 3-й день лечения можно было отметить уменьшение светобоязни, инъекции глазных яблок и васкуляризации роговиц. На 6-й день — исчезновение инъекции глазных яблок, уменьшение васкуляризации и инфильтратов роговиц; острота зрения правого глаза = 0,3; острота зрения левого глаза = 0,4. На 7-й день заметное уменьшение васкуляризации обеих роговиц. На 11-й день еще заметен тонкий паннус обеих роговиц у лимба, но инфильтраты роговицы исчезли. Острота зрения правого глаза = 0,5; острота зрения левого глаза = 0,5.

За период стационарного лечения мы наблюдали 4 случая обострения паннуса. Приведем один из них.

Больная Г-на, 32 лет, трахома II обоих глаз, сосудистый паннус правого глаза, эктазированное полное бельмо роговицы левого глаза. При поступлении острота зрения правого глаза = 0,2; острота зрения левого глаза = 0. На 3-й день лечения стало хорошо заметным уменьшение васкуляризации роговицы правого глаза. На 5-й день — уменьшение инъекции глазного яблока. На 7-й день — паннус значительно уменьшился (уменьшение васкуляризации роговиц и инфильтратов роговицы); острота зрения левого глаза = 0,03. На 9-й день появился инфильтрат роговицы у лимба. На 10-й день лечения и 2-й день после появления инфильтрата стало ясным, что инфильтрат роговицы уменьшился, паннус тоньше, острота зрения правого глаза = 0,07. На 13-й день лечения альбунидом инфильтрат исчез на 5-й день после появления, но появились 4 инфильтрата в верхнем внутреннем квадранте роговицы величиной каждый с точку; острота зрения правого глаза = 0,08. На 17-й день появился инфильтрат роговицы у лимба на 8 часах. На 18-й день альбунидотерапии и на другой день после появления инфильтрат стал меньше. На 19-й день альбунидотерапия, и на 3-й день после исчезновения инфильтрата с исходом в пятно появился новый инфильтрат, отступил от лимба на 2 мм. На 22-й день паннус роговицы — тоньше (облитерация и уменьшение количества сосудов). На 25-й день альбунидотерапии исчез инфильтрат у 1 часа. На 30-й день отмечены тонкие сосуды у лимба; острота зрения правого глаза = 0,1. Следовательно, у больной Г-ной на 9, 13, 17-й день альбунидотерапии появились кратковременные обострения, усилилась инъекция глазных яблок и появились свежие инфильтраты в роговице. Несмотря на это, терапия продолжалась, и больная выписана на 30-й день с пятнами роговицы и с законченным патологическим процессом. После выписки больная к нам не являлась.

У двух больных, кроме основного процесса, при поступлении оказалась суперинфекция в виде острого конъюнктивита. В течение нескольких дней до начала лечения альбунидом мы прижигали слизистую век 1% раствором ляписа. Гурвич наблюдал хорошие результаты от лечения трахоматозного паннуса ляписом. В наших случаях ляпис мог оказать действие только на слизистую век, так как терапия продолжалась несколько дней и проводилась обычным способом, т. е. прижигалась только слизистая вывернутого века с одновременной защитой

роговицы от попадания на нее ляписа прижатыми друг к другу переходными складками верхнего и нижнего век. Что касается методики Гурвича, то она требует орошения трахоматозной роговицы ляписом. Следовательно, эти случаи мы считаем чистыми и не относим их к комбинированной терапии.

На трахоматозный процесс в конъюнктиве, судя по нашему материалу, альбуцидотерапия не имеет особенно благоприятного влияния по сравнению с обычно принятой, что находится в резком противоречии с нашими наблюдениями над действием альбуцида при трахоматозном паннусе. А между тем, есть все основания считать паннус истинной трахомой. Очевидно, разницу в воздействии на один и тот же патологический процесс следует отнести за счет разного анатомического строения конъюнктивы и роговицы.

Из сказанного можно сделать следующие выводы о действии альбуцида при трахоматозном паннусе.

Альбуцид натрия способствует исчезновению или уменьшению количества инфильтрата, укорочению, сужению или исчезновению сосудов из роговицы, быстрому просветлению роговицы и повышению остроты зрения, прекращению светобоязни, слезотечения и инъекции. Из 68 леченных глаз процент неудач сравнительно незначителен.

Полное излечение при тонком паннусе равнялось 50%; при сосудистом — 28%; при мясистом — 14%. Благоприятные результаты получаются в короткие сроки. Частота выздоровления при тонком паннусе значительно выше, чем при сосудистом и мясистом. То обстоятельство, что в период лечения альбуцидом имелись случаи обострения трахоматозного паннуса, не позволяет надеяться на безрецидивное течение после лечения.
