

О ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СКРОФУЛЕЗНЫХ КЕРАТИТАХ

Кандидат медицинских наук Н. И. ГРИГОРЬЕВА

Работами академика Филатова В. П. и его учеников установлено благоприятное действие имплантаций консервированных тканей при многих глазных заболеваниях, в том числе и при кератитах различного происхождения.

Ни один из известных в настоящее время способов лечения скрофулезных кератитов не предохраняет от рецидивов болезни, иногда очень тяжелых и ведущих к резкому понижению зрения и трудоспособности. Поэтому указания Бродского и Кашука о благоприятном действии консервированных тканей при скрофулезе привлекли наше внимание. Бродский получил положительный эффект в 9 из 10 случаев скрофулеза, леченных пересадкой консервированной кожи; Кашук применил этот способ у трех скрофулезных больных и получил полное выздоровление.

Приступая к тканевой терапии при скрофулезных кератитах, мы рассчитывали не только на благоприятное действие ее на течение и исход глазного заболевания, но также и на улучшение общего состояния больных. Имплантация консервированных тканей, по наблюдениям В. П. Филатова и его школы, сильно стимулирует организм в его борьбе не только с глазными, но и общими заболеваниями. С этой точки зрения преимущество тканевой терапии является особенно ценным при тех заболеваниях глаз, которые этиологически тесно связаны с общими заболеваниями организма, к каковым относится и скрофулезный кератит.

Предназначенный для имплантации кусок плаценты находился на льду при температуре 2—4° выше нуля в банке с притертой пробкой в течение 7 дней; в день операции ткань подвергается автоклавизации в течение 1 часа. Только шести первым больным была сделана им-

плантация плаценты без автоклавизации. Кусочек ткани величиной $3 \times 3 \times 2$ мм имплантировали под конъюнктиву склеры; при имплантации под кожу предплечья брался кусочек $3 \times 3 \times 1$ см. Как правило, имплантация переносилась больными хорошо, не вызывая никаких местных осложнений или общих явлений в виде повышения температуры, недомогания и т. д.

Имплантация консервированной плаценты сделана 19 больным: 1 больному четыре раза, 2 — по три раза, 4 — по два раза и 11 — по одному разу. Под конъюнктиву сделана имплантация 7 раз, под кожу предплечья — 22 раза. Срок наблюдения — от 14 дней до 2 лет. Многие из леченных больных являлись для повторного осмотра в назначенные сроки, часть больных смогла ответить на посланные письма.

Кроме консервированной плаценты, мы применили у 19 больных внутримышечные инъекции консервированной крови. Кровь, полученная от доноров Свердловской станции переливания крови, консервировалась в пробирках на льду при температуре от $+2^\circ$ до $+4^\circ\text{C}$ в течение 4—6 дней и вводилась внутримышечно в ягодицы — у взрослых, начиная с 3,0 к. с., у детей — с 2,0 к. с., через день. При каждой последующей инъекции доза увеличивалась на 1,0 к. с.; высшей дозой для взрослого было введение 10,0 к. с., для детей — 6,0 к. с.; большинство больных получило 10 инъекций, одному больному сделано 4 инъекции и двум — по 8 инъекций. Группа крови при внутримышечном введении значения не имеет. Больные с язвами роговой оболочки получали пилокарпин или прозерин, остальные $\frac{1}{4}\%$ раствор цинковых капель.

У всех 38 больных заболевание носило рецидивирующий характер, отличалось тяжелым течением и у большинства началось в детстве. Возраст больных различный — от 5 до 27 лет. Из 19 больных, леченных консервированной плацентой, у 5 была язва роговой оболочки, у 8 — скрофулезный паннус, у 5 — очень мелкие, видимые только при помощи лупы, сосуды в роговице и помутнение последней в виде центрального пятна, у одного больного было частично сращенное бельмо роговой оболочки одного глаза и простое бельмо второго глаза после скрофулезной язвы. Оба глаза болели у 14 человек, один у 5 человек. У трех были тяжелые лимфадениты шейных желез, у шести — заболевания кожи лица.

У 7 больных, леченных консервированной кровью, были язвы роговицы, у 9 — скрофулезный паннус с мелкими поверхностными инфильтратами роговицы, у 3 — фликтенулезный керато-конъюнктивит. У 8 человек процесс был односторонний, у 11 — двусторонний. По тяжести заболевания обе группы больных (одна группа — больные, леченные консервированной плацентой, вторая — леченные инъекциями консервированной крови) были одинаковы.

Результаты лечения приведены в таблице 1.

Таблица 1

Название консервированной ткани	Результаты лечения			
	выздоровление	улучшение	без перемен	ухудшение
Плацента	—	16	2	1
Кровь	6	12	1	—

Улучшение начиналось постепенно с уменьшения светобоязни, блефароспазма, перикорнеальной инъекции и васкуляризации роговицы и рассасывания инфильтратов. После имплантации плаценты улучшение начиналось через 5—7 дней и продолжалось в течение 1—1½ месяцев. При инъекциях консервированной крови оно чаще всего отмечалось после 4—5 инъекций.

В таблице 2 приведены изменения остроты зрения после лечения.

В таблице указана острота зрения 33 глаз больных, леченных имплантацией плаценты, и 28 глаз больных, леченных консервированной кровью. У одного ребенка 5 лет определить остроту зрения не удалось. У большинства больных острота зрения после лечения увеличилась. У многих из них, кроме основного заболевания, были стойкие помутнения роговицы после перенесенного ранее скрофулезного кератита, острота зрения была понижена и после исчезновения воспалительных явлений вследствие старых пятен и бельм роговой оболочки.

После проведенной тканевой терапии мы отмечали уменьшение этих старых помутнений. Это рассасывание в наших случаях никогда не было полным, отмечалось после имплантации плаценты и после проведения курса

Таблица 2

Острота зрения		Количество случаев		Острота зрения		Количество случаев	
до лечения	после лечения	леченных плацентой	леченных кровью	до лечения	после лечения	леченных плацентой	леченных кровью
1	0,05	1	—	0,05	0,5	—	1
1	0,07	1	—	0,06	0,3	1	—
1	0,2	—	1	0,08	0,2	—	1
0,01	0,02	1	1	0,1	0,1	2	—
0,01	0,03	1	1	0,1	0,2	5	2
0,01	0,04	—	1	0,1	0,3	5	—
0,01	0,1	3	2	0,1	0,4	—	1
0,01	0,2	1	—	0,2	0,2	—	1
0,02	0,05	—	1	0,2	0,3	—	1
0,02	0,1	1	—	0,2	0,5	—	1
0,02	0,2	1	—	0,2	0,8	—	1
0,03	0,07	1	—	0,3	0,4	—	1
0,03	0,1	1	1	0,3	0,5	—	1
0,03	0,3	—	2	0,5	0,5	1	1
0,04	0,2	1	—	0,5	0,7	—	1
0,04	0,3	—	1	0,6	0,8	—	1
0,05	0,1	3	—	0,7	0,7	1	—
0,05	0,2	1	—	0,7	0,9	—	1
0,05	0,3	1	—	1,0	1,0	—	2

инъекций консервированной крови и особенно отчетливо проявлялось на тех глазах, где не было никаких воспалительных явлений.

Приведу краткие выписки из историй болезни некоторых больных:

Больному П., 27 лет, с детства страдавшему тяжелым скрофулезным кератитом обоих глаз и лечившемуся в течение многих лет, была сделана имплантация плаценты 4 раза. Первый раз, при наличии бельма роговицы обоих глаз и при остроте зрения правого глаза $\frac{1}{x}$, левого 0,01, имплантация сделана под конъюнктиву правого глаза. Острота зрения через один месяц после этого повысилась до 0,06 на правом и 0,02 на левом глазу. Через полгода сделана по-

вторная имплантация под конъюнктиву правого глаза; через месяц после нее развился скрофулезный паннус правого глаза с понижением остроты зрения до светоощущения; сделана имплантация ткани под кожу предплечья. Острота зрения правого глаза повысилась до 0,05, явления кератита исчезли. В дальнейшем воспалительные явления не повторялись. Через 1 год после первой имплантации сделана последняя, четвертая имплантация. Через 2 года после первой имплантации острота зрения правого глаза 0,05, левого — 0,03.

Больная К., 17 лет, заболела скрофулезным кератитом обоих глаз около 1½ лет тому назад. В течение 10 месяцев применяла дионин и желтую ртутную мазь, но зрение не улучшалось. При осмотре небольшое количество мелких кровеносных сосудов у лимба в нижне-наружном квадранте и центральное пятно роговицы обоих глаз; острота зрения обоих глаз — 0,01. Через 8 дней после имплантации консервированной автоклавизированной плаценты под конъюнктиву склеры правого глаза острота зрения обоих глаз повысилась до 0,2. В дальнейшем зрение значительно улучшилось, судя по письму, присланному больной.

Больная К., 20 лет, больна с детства; лимфаденит шейных желез; пятно роговицы правого глаза, частично сращенное бельмо роговицы левого глаза, двусторонний скрофулезный паннус. Безрезультатно лечилась желтой ртутной мазью; альбуцид натрия сначала дал временное улучшение, но вскоре состояние снова ухудшилось, и больная после длительного амбулаторного лечения была принята в стационар, где ей проведен курс инъекций консервированной крови. Улучшение после 5-й инъекции. При выписке острота зрения правого глаза — 0,4 (при поступлении 0,3), левого — 0,2 (при поступлении — светоощущение). Больная показала через 1 год, рецидивов не было; острота зрения такая же, как и при выписке; отмечает значительное улучшение общего состояния.

Больному В., 23 лет, страдавшему тяжелым скрофулезным кератитом правого глаза, имплантация плаценты сделана дважды безрезультатно.

У больного Т., 18 лет, после имплантации плаценты под конъюнктиву, отмечено быстрое распространение язвы роговицы в глубину, усиление болей, блефароспазма и светобоязни.

У большинства больных все же, как упомянуто выше, отмечено улучшение. К сожалению, у 12 больных после имплантации плаценты и у 9 больных после инъекций консервированной крови наблюдались рецидивы. Улучшение общего состояния могли отметить только трое больных после имплантации плаценты и 8— после консервированной крови.

На значительное улучшение общего состояния при тканевой терапии обратил внимание, кроме В. П. Филатова и его учеников, Ченцов, проводивший тканевую терапию при глазных заболеваниях у больных глазной клиники 1 ММИ. Весьма вероятно, что проводимая нами тканевая терапия в виде имплантации консервированной

плаценты, сделанной в большинстве случаев однократно, была недостаточна при очень тяжелых формах скрофулезных кератитов у наших больных. Возможно, что мы получили бы значительно лучшие результаты, если бы смогли всем нашим больным повторить имплантацию несколько раз.

У нас сложилось впечатление, что тканевая терапия в виде имплантации консервированной плаценты и инъекций консервированной крови дает лучший терапевтический результат при пятнах и бельмах роговицы, образовавшихся после скрофулезного кератита; в свежих же случаях последнего действие ее менее эффективно, но все же благоприятно.

И тот и другой вид тканевой терапии можно рекомендовать при лечении скрофулезных кератитов, как подсобный метод лечения.

Литература

1. Филатов В. П., Оптическая пересадка роговицы и тканевая терапия. Медгиз, стр. 87 и 133, 1945 г.
2. Ченцов А. Г., Тканевая терапия по данным глазной клиники 1 Московского ордена Ленина медицинского института. В. О. т. XXV, вып. 1, стр. 30.
3. Сборник трудов Украинского экспериментального института глазных болезней. Медгиз, стр. 13. 1947 г.
4. Ершкович И. Г., Лечение боевых травм глаза инъекциями консервированной гомокрови. Там же, стр. 65.
5. Филатов В. П., Тканевая терапия, 1948 г.