

о влиянии применения гипосульфита натрия и пирамидона на клеточную реакцию сенсibilизированных кроликов. В этих опытах (Казанск. мед. журнал № 9, 1937) мы получили резкое снижение числа гистиоцитов в составе форменных элементов содержимого плевральной полости.

Приведенные результаты исследований показывают, что стрептоцид способствует определенному направлению характера клеточной реакции сенсibilизированного животного, а именно поддерживает гистиоцитарный характер этой реакции и в высокой степени усиливает эту тенденцию.

В настоящее время гистиоцитарный тип клеточной реакции оценивается, как показатель аллергического характера реакций. При заболеваниях, в патогенезе которых аллергический момент играет видную роль, гистиоциты доминируют в составе клеточных элементов, участвующих в воспалительной реакции, вызванной заболеванием. Например, при остром ревматизме Ашофская гранулема констатируется главным образом из гистиоцитов. При феномене Артюса, получающемся после разрешающей инъекции, инфильтрат точно также характеризуется энергичным участием в нем гистиоцитов.

В связи с этими данными тот факт, что стрептоцид оказывает стимулирующее действие на гистиоцитарную реакцию организма, следует расценивать как показатель того, что стрептоцид способствует усилению состояния сенсibilизации организма и в частности содействует мобилизации мезенхимных элементов, принимающих участие в защитных реакциях организма. Весьма вероятно, что этот момент, приводящий к усилению клеточного иммунитета, имеет важное значение в механизме терапевтического действия стрептоцида при инфекционных заболеваниях, вызываемых стрептококком и некоторыми другими возбудителями.

Казань, ул. Чернышевского, 17, кв. 77.

Е. А. ВЕРБИЦКАЯ, М. Э. КАШУК и И. А. ВАССЕРМАН

Лечение пигментного ретинита по методу Лаубера в комбинации с ретинолом и церебрином

Из Украинского института экспериментальной офтальмологии
(директор — засл. деятель науки академик В. П. Филатов).

В 1935 и 1936 году Лаубер опубликовал работы, в которых высказал свой взгляд на сущность табетической атрофии зрительных нервов и пигментного ретинита. Он считает, что в основе этих страданий лежит артериальная гипотония, которая ведет к нарушению нормального соотношения между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом. Согласно исследованиям Лаубера и Собанского, между указанными величинами в норме существует разница, по крайней мере, в 20 мм Hg. При пигментном

ретините, как и при табетической атрофии зрительных нервов, эта разница оказывается ниже 20 мм Hg, что вызывает нарушение кровообращения в сетчатке и расстройство ее питания с последующим нарушением функций.

Основываясь на своих исследованиях Лаубер считает, что лечение табетической атрофии зрительных нервов и пигментного ретинита должно быть направлено к повышению кровяного давления тонизирующими средствами (стрихнин, кофеин и др.) и к понижению внутриглазного давления миотиками или оперативно — циклодиализом. Лаубер успешно применил свой метод лечения не только в случаях табетической атрофии зрительных нервов, но и в 13 случаях пигментного ретинита.

Наш метод лечения по Лауберу также дал удовлетворительные результаты в нескольких случаях пигментного ретинита. Однако, при этом мы обнаружили ряд моментов, позволяющих несколько иначе обосновать успех, полученный при лечении по этому методу.

Данные других авторов, аналогично нашим нижеприведенным, расходятся с данными Лаубера и Собанского. Так, Ашер, исследовавший 18 табетиков с атрофией зрительных нервов, нашел, что у них соотношение между диастолическим давлением центральной артерии сетчатки и офталмотонусом такое же, как у 28 исследованных им табетиков без атрофии зрительных нервов. На основании этого он считает, что данные Лаубера и Собанского подлежат еще проверке и дальнейшему изучению.

Теоретические обоснования Лаубера и Собанского не подтверждаются также работами Альбриха и Кукана. Подробно разобрав случаи атрофии зрительных нервов, приведенные Собанским, названные авторы указывают на отсутствие в большинстве из них общей и местной гипотонии. Эти случаи давали улучшение и тогда, когда недостаточная по Лауберу разница между диастолическим давлением центральной артерии сетчатки и офталмотонусом под влиянием лечения еще больше уменьшалась, а не увеличивалась. На этом основании, а также из анализа собственных наблюдений они приходят к заключению, что методу лечения, предложенному Лаубером и Собанским, следует дать иное теоретическое обоснование.

По данным Кашука, физиологическое соотношение между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом не представляет собой постоянной величины, равной 20 мм Hg, а колеблется вокруг этой цифры в довольно значительных пределах в зависимости от возраста; для молодых людей до 30 лет разница между этими величинами в среднем составляет лишь 13—14 мм.

Лечение по Лауберу было проведено нами у 11 стационарных больных пигментным ретинитом. В течение первых 3-х дней пребывания в клинике каждый больной подвергался исследованию функций глаза (острота зрения, поле зрения, адаптация), измерению суточных колебаний внутриглазного давления-тонометром Маклакова, исследованию общего кровяного давления максимального и минимального сфигмоманометром Буллита, среднего кровяного давления прибором Пашона и давления в центральной артерии сетчатки офталмодинамометром Байллиарта. Начиная с 4-го дня больные получали инстиляции 2%-ного пилокарпина 3 раза в день и подкожные инъекции стрихнина (1:1000) ежедневно. Через 2 недели после начала лечения в каждом случае добавочно назначались внутрь органопрепараты — церебрин или ретиноль. Все вышеуказанные исследования систематически и регулярно повторялись всегда в одинаковых условиях.

На нижеприведенных таблицах представлены данные диастолического кровяного давления, общего и местного, офталмотонуса и функций сетчатки до лечения, через 15 дней после лечения по Лауберу, а для некоторых больных — эти же данные после прибавления ретиноля или церебрина в течение последующих 15 дней.

Больные	Время исследования	Диагност. давл. в плечевой ар-терии	Диагност. давл. центр. артер. сетчатки	Офтальмотонус	Разница между давлением и офтальмотонусом	Острота зрения	Поле зрения	Адаптация
в мм ртутного столба								
Сл. 1. Больной Д., 28 лет (ист. болезни № 820)	До лечения по Лауберу	70	Od 31,5 Os 32	Od 16,5 Os 16,5	Od 15 Os 15,5	OU—0,3 Od Os	Сужено Od до 6°—7° Os до 9—10°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дн. лечения	80	35 36	15,3 16,3	19,7 19,7	0,48 0,42	без измен.	Без изм.
	После прибавления ретинола в течение послед. 15 дней	68	33 33	17,0 17,2	16 15,8	0,6 0,6	без измен.	без изм.
Сл. 3. Больной С-кий, 27 лет (ист. болезни № 862).	До лечения по Лауберу	90	OU—48	18,7 19,8	29,3 28,2	OU—0,6	сужено до 2°—3° конц.	Понижена в 10000 раз
	Через 15 дней лечен.	85	OU—50	OU—20,4	29,6 29,6	OU—1,2	Без измен.	Без изм.
	После прибавления церебрина в течение 15 дней	90	OU—50	20,7 20,4	29,3 29,6	OU—1,2	сужено до 8°—10°	Понижена в 1000 раз
Сл. 8. Больная А-жи (ист. бол. № 636).	До лечения по Лауберу	70	41 39	24,5 21,0	16,5 18,0	OU—0,7	сужено до 10°—15°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дней лечен.	70	42 42	22,3 21,0	19,7 21,0	OU—0,7	Без измен.	Без изм.
	После прибавления ретинола в течение 10 дн.					OU—0,65	Без измен.	Без изм.
Сл. 10. Больной Ц-ин, 30 л. (ист. бол. № 882).	До лечения по Лауберу	70	52 52	23,0 23,0	29 29	OU—0,6	сужено до 10°—12°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дней лечения (кофеин)	65	45 44	21,7 21,0	23,3 23,0	OU—0,6	Без измен.	Без изм.
	После 15 инъекций стрихнина	70	43 43	23,0 22,3	20,0 20,7	OU—0,8	OD значительно расшир. до 12°—35°. Просветл. на перифер.	Без изм.

В 5 случаях из 11 разница между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом была не менее 20 мм Hg, и даже значительно больше этой величины (случаи 3, 4, 5, 10 и 11). В остальных случаях, хотя разница была и меньше 20 мм Hg, однако, согласно данным Кашука, она лишь в двух случаях оказалась патологически уменьшенной (в случае 6—8 мм Hg и 10,3 мм Hg и в случае 9-м—12,4 мм Hg и 12,7 мм Hg. В результате лечения по Лауберу у 7 больных из 11 отмечалось повышение остроты зрения. Остановимся подробнее на некоторых из них. В случаях 3, 4 и 5-м мы получили заметное повышение остроты зрения, соответственно на 0,6, 0,2 и 0,1. При этом разница между диастолическим давлением крови в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом под влиянием лечения почти не изменилась. Следует отметить, что эта разница в случаях 3 и 4-м еще до лечения значительно превышала норму Лаубера и Собанского. В случае 8-м мы констатировали достигнутое лечением увеличение разницы между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом до нормы, установленной Лаубером и Собанским (с 16,5 мм Hg до 19,7 мм Hg на правом глазу и с 18 мм Hg до 21 мм Hg на левом глазу). Однако, как раз в этом случае улучшения функций сетчатки не наблюдалось.

Приведенные случаи позволяют считать, что при пигментном ретините нередко наблюдаются нормальные соотношения между местным кровяным давлением и офталмотонусом, и что пигментный ретинит может протекать при явлениях местной гипертонии. Уже одно это положение позволяет искать иное теоретическое обоснование лечебного эффекта, получаемого при применении метода Лаубера. Основываясь на своих наблюдениях, мы пришли к выводу, что повышение остроты зрения, отмечаемое в большинстве случаев лечения по Лауберу, можно приписать не изменению условий кровообращения в сетчатке, а лишь действию стрихнина. Для проверки этого положения мы провели несколько контрольных наблюдений. В 2 случаях (10 и 11) пигментного ретинита, леченных по Лауберу, мы заменили инъекции стрихнина инъекциями 10%-го кофеина, кроме того, в 2-х случаях мы провели лечение лишь одним стрихнином.

Как видно из вышеприведенной таблицы в случаях при замене стрихнина кофеином почти никакого улучшения функций не наступило.

Приводим данные, полученные при применении одного лишь стрихнина. Убедившись, что больному Ц. (случай 10-й) лечение по Лауберу при замене стрихнина кофеином повышения зрения не дало, мы провели ему лечение одними лишь подкожными инъекциями стрихнина в руку. Под влиянием стрихнина разница между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки не увеличилась, а, наоборот, уменьшилась. Однако, острота зрения обоих глаз повысилась с 0,6 до 0,8. Поле зрения обоих глаз значительно расширилось. Кроме того, мы применили лечение исключительно стрихнином у больной Р. (амбулаторная карточка № 3036), не леченной предварительно по Лауберу. После 10 инъекций стрихнина зрение левого глаза повысилось с 0,25 до 0,4.

Улучшение функции сетчатки при применении стрихнина в наших случаях выражалось преимущественно в повышении остроты зрения; поле зрения расширилось лишь в одном случае. Адаптация во всех

случаях оставалась почти без изменений. По предложению акад. В. П. Филатова, к лечению вышеуказанным методом были присоединены органопрепараты церебрин и ретиноль. Акад. В. П. Филатов основывался на том, что раздражающее действие стрихнина на нервную систему является благоприятным моментом, способствующим усвоению данного органопрепарата, как это указал Герке для нейросмона.

В 7 случаях к лечению по Лауберу был прибавлен ретиноль. Дальнейшее повышение зрения наблюдалось у 5 больных, расширение поля зрения у 4-х, повышение адаптации у 2-х. В 2 случаях лечения по Лауберу был прибавлен церебрин. У обоих больных поле зрения расширилось. У одного из них получилось повышение адаптации.

На основании вышеприведенных данных можно сделать вывод, что применение органопрепаратов — ретиноля и церебрина одновременно со стрихнином усиливает его (стрихнина) эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. В а с с е р м а н, Лечение пигментного ретинита по Lauber'y. Вестр. Офт. XI, 6. 1937.
- 2. К а ш у к, Взаимоотношения между общим кровяным давлением, офталмотонусом и давлением в центральной артерии сетчатки. Диссертация. — 3. A l b r i c h и K u k a n, Klin. Mon. f. Augenh. Bd. 100. 1938. — 4. A r r u g a, Kl. M. f. Augenh. 79, 1936. — 5. A s c h e r, Arch. f. Ophth. S. 62, Bd. 139. 1938. — 6. G e h r k e, Münch. med. Woch. № 25. 1929. — 7. L a u b e r, Sitzung von 21 Mai 1935 Ophth. Ges. in Wien Kl. M. f. Augenh. Bd. 95 1935. — 8. L a u b e r, Arch. of Ophth. v. 16, № 4. 1936. — 9. S o b a n s k i, Klinika Oczna, z. 11. 1936.

Одесса, ул. К. Маркса 85, кв. 3. М. Э. Кашук.

С. И. ТАЛЬКОВСКИЙ и А. Б. КОЛЕНЬКО

Клинико-экспериментальные данные к патогенезу и терапии скрофулезных поражений глаз

Из Государственного центрального института офтальмологии им. Гельмгольца (директор — засл. деятель науки академик М. И. Авербах) и клиники глазных болезней 3-го Московского мед. института (зав. кафедрой проф. З. А. Каминская).

В детском возрасте частота скрофулезных поражений глаз по данным крупнейших глазных амбулаторий колеблется между 13 — 18%, по данным же стационара она еще выше.

За последние 3 года в детском отделении Государственного Центрального института офтальмологии им. Гельмгольца среди 538 б-ных насчитывалось 291 скрофулезный (54%).

Трудности и разочарования, которые приходится испытывать в процессе лечения этих больных, хорошо знакомы каждому врачу. В связи с этим не прекращаются поиски более верных и доступных средств, гарантирующих получение стойкого терапевтического эффекта.

Среди всевозможных средств, применяемых в терапии скрофулеза, как известно, особое широкое распространение имеет рыбий жир. Его применяют в виде мазей, инстилляций в конъюнктивальный мешок,