

Из глазной клиники (директор проф. А. Н. Мурзин) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Наблюдения над применением стрептоцида при глазных заболеваниях.

М. В. Рождественский.

В течение последних пяти—шести лет внимание врачей различных специальностей все более и более привлекает к себе новый хемотерапевтический препарат—стрептоцид—пронтозил—рубиазол. Препарат этот впервые был открыт Кларером и Митчем в 1932 году в Германии и назван ими „пронтозилом“. У нас в Союзе тот же самый препарат был синтезирован Магидсоном и Рубцовым в 1935 г. в научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте в Москве и получил название „стрептоцида“ (с.). Во Франции тождественный препарат добыт Жираром и назван им „рубиазолом“. Позднее этот первый препарат получил название красного с., т. к. были предложены новые модификации с., имеющие иные физико-химические свойства (растворимый с., белый с.).

Мы применяли с. у 42 больных со следующими заболеваниями:

Наименование болезни	Число случ.	По полу:		Детей до 1 года	Детей до 10 л.	Возбудитель				
		М.	Ж.			Стреп- тококк	Пневмо- кокк	Стафи- лококк	Проч. микробы	Не ис- следо- вано
Флегмонозный дакриоцистит	13	2	11	—	—	12	13	—	—	—
Язвы роговицы	6	3	3	—	—	3	6	—	—	—
Панопталмит	5	4	1	1	1	4	4	—	—	1
Рецид. ячмени и язвен. блефариты	8	4	4	—	—	2	—	7	—	1
Хронич. дакриоцистит	5	2	3	—	—	1	4	2	—	—
Прочие заболевания	5	3	2	—	—	—	—	—	—	5
Итого	42	18	24	1	1	22	27	9	—	7

С. (красный) применялся per os по 0,3 от 3 до 5 раз в день. Лечебное действие с., наблюдавшееся нами при флегмонозных дакриоциститах, подобно действию, описанному рядом авторов, применявших с. при ограниченных гнойных процессах (мастит, флегмонозный перитонзилит и др.). Эффект этот заключается в следующем: часто уже к концу первых суток после приема с. и не позднее вторых суток все больные отмечали значительное улучшение самочувствия; при плохом сне в течение последних 1—2 ночей из-за сильных болей, сравнительно спокойно засыпали, хотя полного созревания и вскрытия абсцесса не было; отмечалось также более быстрое развитие и созревание гнойника; во многих случаях приходилось наблюдать, что

накануне еще был плотный инфильтрат, а на следующий день больные являлись с самостоятельно вскрывшимся абсцессом. Остановку болезненного процесса с быстрым обратным развитием воспалительных явлений нам пришлось наблюдать всего лишь два раза, когда с. был применен не позднее вторых суток от начала заболевания. Во всех остальных случаях воспаление слезного мешка проделало свой цикл до конца и закончилось вскрытием гнойника. После вскрытия абсцесса во всех случаях под влиянием с. наблюдалось более быстрое исчезновение воспалительных явлений и закрытие свища. Свищ во всех 13 случаях полностью закрылся не позднее 8—10-го дня после вскрытия гнойника, и на месте его оставался нежный, часто едва заметный рубчик.

В 11 случаях после флегмонозного дакриоцистита остался хронический дакриоцистит, который в большинстве случаев также предшествовал развитию флегмоны слезного мешка. В 2 случаях явления хронического дакриоцистита исчезли, и больные жаловались лишь на умеренное слезотечение, как следствие сужения слезоотводящих путей.

Из общего числа флегмонозных дакриоциститов 9 было первичных, а 4 повторных; причем в этих последних случаях в течение 1—2—3 месяцев воспалительные явления в области слезного мешка полностью никогда не исчезали, а по временам усиливались или ослаблялись в зависимости от состояния свища. Во всех этих случаях применением с. удалось быстро ликвидировать острые воспалительные явления, получить закрытие свища и в дальнейшем произвести операцию экстирпации слезного мешка. После исчезновения острых воспалительных явлений все больные продолжали принимать с. в течение 5—10 дней. При исследовании флоры в 12 случаях были обнаружены стрептококк и пневмококк, а в одном случае только пневмококк; надо отметить, что в этом последнем случае мы, по нашему впечатлению, получили наиболее слабый „стрептоцидный эффект“.

Для иллюстрации считаю необходимым привести следующие истории болезни.

Наблюдение 14. Больная С., 50 лет, русская, уборщица. Обратилась 5/II 38 г. на амбулаторный прием. 4 года тому назад в левом глазу появилось незначительное слезотечение; последнее постепенно усиливалось, и через 2 года больная стала отмечать, что при давлении на область левого слезного мешка из слезных точек выделяются слеза и гной. 2/II 38 г. в области левого глаза появились боли, отек век и покраснение кожи, эти явления с каждым днем усиливались, и две последние ночи из-за сильных болей больная не могла спать. Самочувствие плохое, общая разбитость и упадок сил. Status praesens: правый глаз: кожа век несколько отечна и гиперемирована; глазная щель сужена; конъюнктив век слегка инъцирована. V=0,9. Левый глаз: кожа век левой щеки и спинки носа гиперемирована; значительный отек век и левой щеки. Глазная щель полностью закрыта. В области слезного мешка плотный, болезненный инфильтрат. Осмотреть глазное яблоко вследствие резкой болезненности не удалось (в дальнейшем установлено, что со стороны самого глазного яблока изменений не было).

Диагноз: Dacryocystitis phlegmonosa sin. В отделяемом найдены стрептококк и пневмококк. Назначение: колларгол 2% 2 раза в день по 1—2 капли в левый глаз; Streptocidum tubrum 0,3×4 раза в день.

6/II. Ночь больная провела значительно спокойнее, чем предыдущие; спала; боли значительно слабее. Самочувствие лучше. Отек тканей и гиперемия кожи в области левого глаза без изменений. Книзу и кнутри от внутреннего угла левого глаза определяется размягчение инфильтрата. Во время протирания кожи ватным тампоном абсцесс вскрылся. Лечение то же. В последующие дни воспалительные явления быстро стихают.

14/II. В области левого слезного мешка остатки инфильтрата; кожа несколько гиперемирована. Свищ слезного мешка полностью закрылся. Из слезного мешка ничего не выдавливается. С. принимала в течение 2 недель.

29/IV. Обострения воспалительных явлений не было. У внутреннего угла левого глаза нежный рубчик, свища нет. Из слезного мешка выдавливается несколько капель слизисто-гнойной отделяемого. Предложена операция экстирпации слезного мешка или дакриоцисториностомии.

Наблюдение 3. Больная С., 20 лет, русская, колхозница. Обратилась на прием 16/XII-37 г. В течение последних 3 лет отмечала слезотечение и слизисто-гнойное отделяемое со стороны правого глаза. 11/XII 37 г. в области правого глаза появились сильные боли, кожа век покраснела, и „глаз закрылся“. Последние 3 ночи спать не могла—сильные боли.

Status praesens: левый глаз нормальный.

Правый глаз: глазная щель закрыта, веки отечны, кожа век и спинки носа гиперемирована. В области слезного мешка болезненный плотный инфильтрат. Диагноз: Dacryocystitis phlegmonosa dex.

Назначение: колларгол 2% в прав. глаз 2 раза в день по 1—2 капли; Streptocidum tubum по 0,3 4 раза в день.

После приема с. уже к вечеру 17/XII боли исчезли почти полностью, и больная спокойно уснула. Образовавшийся абсцесс самостоятельно вскрылся в ночь с 18/XII на 19/XII. В отделяемом из свища обнаружены стрептококк и пневмококк. В последующие дни быстрое стихание воспалительных явлений.

27/XII свищ закрылся; в области слезного мешка незначительный инфильтрат, гиперемия кожи; из слезного мешка ничего не выдавливается. Слезотечение.

4/II 38 г жалобы на слезотечение и наличие умеренного слизисто-гнойного отделяемого в правом глазу. В области слезного мешка нежный рубчик. Из слезного мешка ничего не выдавливается. В мазке с конъюнктивы микробов не обнаружено.

Наблюдение 20. Больная О., 34 лет, русская, уборщица. Обратилась на амбулаторный прием 21/III 38 г.

В течение последних 2—3 лет отмечала умеренное слезотечение из левого глаза; при давлении на область левого слезного мешка и слезных точек выдавливался гной. В последних числах февраля у внутреннего угла левого глаза появились припухлость и краснота; эти явления с каждым днем усиливались, появились сильные боли, ночи спать не могла. Через несколько дней образовался и самостоятельно вскрылся гнойник. Опухоль и краснота стали уменьшаться, боли исчезли. 17/III вновь все явления усилились, опять образовался абсцесс, вскрывшийся уже через 2 дня.

Status praesens: правый глаз нормальный.

Левый глаз: веки несколько отечны, глазная щель сужена. Кожа у внутреннего угла глаза гиперемирована; здесь же имеется уходящая в глубь к слезному мешку инфильтрация мягких тканей; инфильтрат плотный, мало болезненный. В центре инфильтрата имеется свищ 2 мм в диаметре, из которого выделяется желтый гной с примесью слезной жидкости. Из слезных точек ничего не выдавливается. В отделяемом из свища—стрептококк и пневмококк.

Диагноз: Dacryocystitis phlegmonosa sin. Назначение: Streptocidum tubum по 0,3 3 раза в день.

25/III. Субъективно чувствует улучшение; боли совсем исчезли; гиперемия кожи, инфильтрат в области мешка значительно меньше. Свищ закрылся; пальпация почти безболезненна; из слезных точек ничего не выдавливается.

14/IV на месте свища нежный рубчик; из слезного мешка выдавливается слизисто-гнойное отделяемое в скудном количестве. Предложено оперативное лечение. Больная принимала с. по 10/IV с перерывами на 4—5 дней через каждые две недели. Никаких осложнений, кроме желтовато-красной окраски кожи, не наблюдалось.

Из пяти находившихся под наблюдением больных с паноптал-

митом у четверых были найдены стрептококк и пневмококк, у одного исследование не производилось. В этой группе больных с. дал тот же лечебный эффект, что и при флегмонозном дакриоцистите. Больные отмечали уже на вторые сутки после первого приема с. значительное уменьшение болей и улучшение общего самочувствия. Лишь у одного больного ребенка 6 месяцев мы не могли отметить какого-либо эффекта; надо сказать, что этому ребенку, не зная еще в то время точной дозировки с. у грудных детей, мы давали явно преуменьшенные дозы. В течение ближайших дней после начала применения с. воспалительные явления в глазном яблоке и окружающих тканях довольно быстро стихали; в результате у троих больных дело обошлось без оперативного вмешательства, у упомянутого выше ребенка была произведена эвисцерация глазного яблока и одному больному пришлось произвести энуклеацию (начинающийся панопталмит и инородное тело внутри глаза).

Вкратце привожу одну историю болезни.

Наблюдение 13. Больная Н., 44 лет, русская, прачка (история бол. № 7, 1938). Поступила в глазную клинику 9/1 38 г.; выписалась 15/II 38 г.

Диагноз (при поступлении): Ос. d.—trachoma III; pannus asculosus. Ос. sin.: trachoma III; pannus vasculosus; ulcus corn. serpens.

Несмотря на предпринятое энергичное лечение язва прогрессировала, и 24/I начался панопталмит. Резкие боли. Спать больная не может. Предложена операция эвисцерации глазного яблока, от которой больная отказалась.

2/I с. по 0,3 5 раз в день. 27/I ночью боли в глазу, спать не могла; к утру боли стихли. 29/I болей совершенно нет. Самочувствие хорошее. Гиперемия кожи век исчезла; отечность век значительно меньше. Больная открывает глаз сравнительно легко. Инфильтрация роговицы на периферии значительно меньше. В последние дни воспалительные явления постепенно уменьшались, гнойно-расплавленные части роговицы отторгались; и 15/II больная выписана с явлениями атрофии левого глазного яблока.

У больных с язвами роговицы мы применяли с. в шести случаях; причем здесь кроме с. проводилось и обычное лечение, т. к. мы не считали возможным оставить больных с этим тяжелым заболеванием без местного лечения. При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании в трех случаях был найден пневмококк, а в других трех—пневмококк и стрептококк. В этой группе больных того „стрептоцидного эффекта“, который наблюдался в случаях с панопталмитом и флегмонозным дакриоциститом, отметить не удалось. На пневмококковые язвы с. не оказал никакого действия. Из числа больных с язвой роговицы, вызванной смешанной инфекцией стрептококком и пневмококком, один больной отметил уменьшение болей, но объективно со стороны язвы каких-либо изменений в сторону улучшения отметить не удалось. Возможно, что отсутствие лечебного эффекта при язвах роговицы объясняется наличием в глазу гемато-офтальмического барьера. Как уже ранее указывалось, мы применяли красный с., который плохо проникает через гемато-энцефалический барьер, и нужно полагать, что и гемато-офтальмический барьер не является для него безразличным. Нам думается, что при язвах роговицы более показанным является белый с., который, по литературным данным (Пребстинг), гемато-

энцефалическим барьером не задерживается; этот препарат мы получили лишь в самые последние дни и в настоящее время приступаем к проверке наших предположений.

Применяя с. у пяти больных с хроническим дакриоциститом, мы не получили абсолютно никакого эффекта, что подтверждает указание многих авторов об отсутствии лечебного значения с. при хронических заболеваниях.

Имея в виду те затруднения, с которыми мы часто встречаемся при лечении больных с язвенными блефаритами и рецидивирующими ячменями, мы сделали попытку испытать действие с. и у этой категории больных. Под нашим наблюдением находилось 8 человек; из них у пяти был найден стафилококк, у двух—стафилококк и стрептококк и в одном случае исследование не проводилось; лечение состояло исключительно в применении с., местные средства были отменены. Надо сказать, что непосредственный результат, полученный у больных с язвенными блефаритами и рецидивирующими ячменями, оказался довольно благоприятным; воспалительные явления при язвенных блефаритах в течение нескольких дней значительно уменьшились, а ячмени исчезали; но, как и следовало ожидать, четверо больных уже через 2 месяца после лечения явились вновь с теми же явлениями, что и в первый раз. Другая же половина больных, из которых отдельные лица находятся под наблюдением до шести месяцев, избавились от ячменей, которыми они страдали в течение нескольких месяцев. Приписать это излечение полностью с. едва ли возможно. К числу прочих заболеваний, при которых мы применяли с., относятся главным образом травмы глаза, где с. назначался профилактически.

Выводы: 1. При флегмонозных дакриоциститах и панопталмитах, вызванных стрептококком, иногда совместно с пневмококком, с. дает типичный „стрептоцидный эффект“.

2. При язвах роговицы, как стрептококковых, так и пневмококковых, красный с. заметного лечебного эффекта не дает.

3. Имея в виду указания в литературе на лучшую проницаемость белого с. через гемато-энцефалический барьер, а также и на его терапевтическое значение при пневмококковых заболеваниях, необходимо провести дополнительное наблюдение над действием этого препарата на язвы роговицы.

4. При язвенных блефаритах и рецидивирующих ячменях с. не дает, повидимому, стойких результатов.

5. При хронических дакриоциститах с. не имеет никакого лечебного значения.

6. Учитывая безусловный терапевтический эффект с., надо полагать, что он окажет и профилактическое влияние при различного рода травмах глаза как случайных, так и операционных.