

О КРИТЕРИЯХ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТРАХОМЫ¹

Канд. мед. наук Е. Д. Эпштейн

Республиканский трахоматозный диспансер Министерства здравоохранения ТАССР (главврач — Ю. П. Прищенко)

В настоящее время, даже при больших общих успехах в борьбе с трахомой, критерии ее излеченности все же имеют большое значение.

Несмотря на кажущуюся простоту, постановка диагноза «трахома IV стадии» иногда встречает затруднения даже у опытных окулистов, а снятие больного с учета является нередко вопросом спорным. Это хорошо подчеркнуто в разделе «О классификации трахомы» Н. М. Павловым, где он говорит, что самое слабое место в классификации трахомы это ее IV стадия.

В диагнозе «излеченная трахома» нет полной ясности потому, что такие больные не гарантированы от рецидива заболевания, а тем самым — не может быть гарантирована безопасность и окружающих их лиц. И действительно, на практике у больных трахомой IV стадии, получающих противорецидивное лечение, а также у больных, снятых с учета, встречаются рецидивы заболевания. Многие окулисты считают, что при излеченной трахоме рецидивов быть не должно, а если рецидив наступает, значит трахома была не излечена или же возникло вторичное заражение.

В связи с этим К. И. Цыкуленко выдвигает такое положение, что установленный срок противорецидивного лечения следует считать условным, со снятием с учета спешить нельзя, а необходимо наблюдать больных систематически неопределенное время.

Казанский научно-исследовательский трахоматозный институт (ныне Республиканский трахоматозный диспансер) особенно в последние годы изучает критерии излеченности трахомы.

Так, в 1955 г. Л. В. Колсанова и М. М. Зубаиров провели наблюдения над 306 излеченными от трахомы больными. Из них 206 находились на противорецидивном лечении, 82 были сняты с учета от 1 до 5 и свыше лет тому назад и 18 чел. были спонтанно излеченной трахомой. Авторы фиксируют внимание на том, что, несмотря на длительные сроки после излечения, биомикроскопически у ряда больных можно было видеть в роговице истонченные, облитерированные и, наряду с ними, наполненные кровью сосуды. Особенно часто эти изменения встречались в период противорецидивного лечения, что авторы связывают с раздражающим действием лекарств. Так как среди наблюдаемых больных не было рецидивов заболевания, авторы приходят к выводу, что оставшиеся сосуды в роговице не противоречат диагнозу «трахома IV».

Как обстоит дело с диагнозом трахомы IV стадии в наших районах? Мои наблюдения в 4 районах ТАССР и отчеты других врачей нашего диспансера, сотрудников кафедр Казанского медицинского института и ГИДУВа, также выезжавших в районы по борьбе с трахомой, показывают следующее:

В 1958 г. из контрольно осмотренных нами 5537 больных трахомой IV стадии, находящихся на противорецидивном лечении, преждевременно переведенных, причисленных к этой стадии оказалось 10%. Из 2246 больных трахомой, снятых с учета, как оздоровленных, рецидивы заболевания выявлены у 241 (9,1%).

В 1959 г. из 2892 больных, получавших противорецидивное лечение, недолеченная трахома выявлена у 513 (17,7%). Из 2664 ранее излеченных и снятых с учета с IV стадией рецидивы заболевания обнаружены у 272 (10%).

Аналогичное соотношение между количеством больных, преждевременно отнесенных к IV стадии трахомы, и количеством рецидивов заболевания имеется и по некоторым другим районам ТАССР. Так, в Дрожжановском районе 12:9, в Больше-Тарханском 19:10 и т. д.

В чем выражался рецидив заболевания?

В большинстве случаев обнаружилась остаточная инфильтрация в области конъюнктивы нижних, реже — верхних век, в области полулунной складки и слезного мясца. В отдельных случаях встречались единичные фолликулы, иногда в грибовидных утолщениях конъюнктивы нижних век. В этих утолщениях, остающихся в результате грубых экспрессий, могла оставаться замурованной инфильтрация, которая при неблагоприятных условиях давала рецидивы болезни.

У некоторых при законченном рубцовом процессе в конъюнктиве имелся активный паннус, или гнойный дакриоцистит.

Как следовало полагать (и что подтвердилось в беседах с больными), по установлении диагноза трахомы IV стадии больные считают себя уже вполне здоровыми и не стремятся получать аккуратно противорецидивное лечение; одновременно ослабевает контроль и со стороны медицинских работников за систематическим посещением больными амбулатории.

Из приведенных данных явствует, что критерий излеченности трахомы в наших районах не находится на должной высоте, а процент зарегистрированных рецидивов

¹ Доложено на заседании офтальмологического общества ТАССР 12/III-59 г.

заболевания не отвечает действительности, так как в число рецидивов включается и недолеченная трахома.

По нашим наблюдениям, основные причины преждевременного перевода больных трахомой в IV стадию в районах ТАССР следующие:

Не всегда учитываются отдельные очаги инфильтрации, остающиеся в области конъюнктивы век, глазного яблока и переходных складок, нередко проводится осмотр роговицы лишь макроскопически, и не обращается достаточного внимания на состояние слезных путей. Недостаточно проводится и противорецидивное лечение.

На основании собственных наблюдений, отчетных данных врачей, выезжавших в районы ТАССР по борьбе с трахомой, и литературных сообщений, можно сделать следующие предварительные выводы:

1. Основными критериями излеченности трахомы являются законченное рубцовое изменение конъюнктивы век без воспалительных очагов инфильтрации и отсутствие активного паннуса.

2. Для установления состояния излеченности, то есть IV стадии трахомы, и последующего перевода больных на противорецидивное лечение необходимо тщательно осматривать полудунную складку, слезное мяско, конъюнктиву глазного яблока у верхней переходной складки, обращать внимание на состояние слезных путей; обязательно осматривать и роговицу с помощью увеличительных стекол.

3. Необходимо учитывать возможность латентных форм трахомы, при которых могут быть незаметные воспалительные очажки в конъюнктиве, вызывающие рецидивы заболевания при неблагоприятных условиях.

4. При противорецидивном лечении необходим постоянный контроль за его систематичностью.

5. Самым верным способом определения излеченности являются длительные сроки наблюдения за больными, переведенными в IV стадию трахомы, и за снятыми с учета после противорецидивного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафарова К. И. Сб. Казанского трахом. ин-та и глазн. к-ки ГИДУВа, 1941.—
2. Колсанова Л. В. и Зубаиров М. М. Сб. инф.-мет. мат., 1956.—
3. Павлов Н. М. Трахома и борьба с ней, 1950.—
4. Цыкуленко К. И. Вестн. офт., 1941, XVIII.

Поступила 19 декабря 1959 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ОБ ИСТИННЫХ РАЗРЫВАХ СЕРДЦА

А. М. Чарный

(г. Жданов)

По мнению авторов (А. И. Абрикосов, М. И. Касьянов, С. Г. Моисеева, О. И. Глазова, Мак-Куэй), истинные разрывы сердечной мышцы обычно наблюдаются при инфарктах миокарда и очень редко — при одной лишь жировой инфильтрации или жировой дистрофии сердечной мышцы.

По данным О. И. Глазовой (1949), разрывы сердечной мышцы при инфаркте миокарда наблюдаются только в 3,06% случаев, по С. Г. Моисееву (1955) — в 3,1%, а по А. М. Кочетову — даже в 7,8% случаев.

Клинически истинные разрывы сердца диагностируются чрезвычайно редко; обычно они обнаруживаются лишь на вскрытии, так как больные очень быстро погибают.

По большинству авторов (С. Г. Моисеев, А. И. Абрикосов, М. И. Касьянов, Г. Ф. Ланг, В. Е. Незлин), разрывы миокарда происходят при некрозе почти всей толщи стенки сердца.