

Изменение со стороны глазодвигательных нервов, а также зрачков отмечали Э. А. Эдельштейн, Е. Н. Ковалев и др.

Шести больным сделана спинномозговая пункция. У всех было повышенное давление, у одного — кровянистая жидкость, у другого ксантохромная, у остальных — прозрачная, цитоз — от 3 до 18, количество белка не превышало нормы.

На фоне повышавшегося иногда лейкоцитоза (18800) у всех была ускоренная РОЭ (от 21 до 30 мм/час), в лейкоформуле изменений не было.

Результаты патологоанатомических вскрытий с гистологическим исследованием препаратов мозга во всех наших случаях подтвердили отек и набухание мозга.

Наши материалы подтверждают, что патология со стороны центральной нервной системы при вирусном гриппе возникает за счет нарушения мозгового кровообращения вследствие поражения сосудистого аппарата и приводит к развитию церебрального гипертензионного синдрома.

Учитывая патогенез гриппозных энцефалитов, следует предпринять самые срочные меры по борьбе с отеком мозга и, наряду с дегидратационной терапией, применять противовоспалительные средства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. 1952.—
2. Елецкая З. Я. Мед. журн. Узбекистана, 1959, 12.—
3. Жданов В. М. и Ритова В. В. Клин. мед., 1959, 12.—
4. Ковалев Е. Н. Сб. научн. раб., Рязань, 1959, т. 1.—
5. Лисица Ф. М. Клин. мед., 1959, 9.—
6. Морозкин Н. И. Врач. дело, 1959, 4.—
7. Шаргородский Л. Я. Клиника острых заболеваний центральной нервной системы, 1957.—
8. Эдельштейн Э. А. Педиатрия, 1957, 1; Журн. неврол. и псих. им. Корсакова, 1958, 7.

Поступила 24 января 1961 г.

### ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТРАХОМЫ

*Проф. А. Н. Круглов, канд. мед. наук М. С. Зарбева*

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. А. Н. Круглов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Целый ряд антибиотиков (синтомицин, левомицетин, биомицин, тетрациклин и тетрациклин), а также сульфаниламидных препаратов (альбуцид, этазол, норсульфазол и др.) весьма эффективен при лечении трахомы как в свежих ее случаях, так и в поздних, когда нет тяжелых поражений роговицы.

При тяжелых поражениях роговицы мы проводили тканевую терапию на фоне обычного лечения (закладывание за веки 5—6 раз в день 1% тетрациклиновой мази).

Тканевую терапию мы применяли в виде имплантации тщательно измельченной ткани под конъюнктиву переходной складки и глазного яблока, вблизи лимба, и одновременно под кожу.

Ткань готовится перед самой операцией при соблюдении полной асептики. Берется консервированная, автоклавированная ткань пуповины, тщательно измельчается и растирается в ступке с прибавлением нескольких капель изотонического раствора

хлористого натрия до получения полужидкой равномерной массы. Затем измельченная ткань в количестве 0,5—1 мл вводится шприцем (игла с широким просветом) под конъюнктиву переходных складок. В таком же количестве вводится и под конъюнктиву глазного яблока вблизи лимба от 9 до 3 ч. с образованием тонкого слегка возвышающегося валика. Имплантация ткани производилась нами после предварительной эпибульбарной анестезии 1% раствором дикаина и введением под конъюнктиву 1% раствора новокаина в количестве 0,5 мл. Одновременно ткань вводилась под кожу в количестве 1,5 мл. Имплантация проводилась 3—4 раза с месячным промежутком.

В 1960 г. под наблюдением находилось 48 больных с тяжелой формой трахомы III стадии с выраженными изменениями со стороны роговой оболочки. Мужчин было 20, женщин 28. До 20 лет было 2, от 21 до 40—9, от 41 и старше — 37.

Клинически наблюдались распространенное рубцевание, выраженная инфильтрация конъюнктивы век и умеренное разрастание сосочковых тел. Тяжелый паннус с распространением почти на всю роговицу был у 42 больных и тонкий паннус — у 6.

У большинства отмечалось резкое понижение остроты зрения: светоощущение — 0,05 на 18 глазах, 0,06—0,2 — на 58, 0,3—0,5 — на 14, 0,6—1,0 — на 6.

Перед лечением установлено резкое понижение чувствительности роговой оболочки у больных с тяжелым паннусом и более легкое понижение при тонком паннусе.

Больные находились на стационарном лечении в течение 3—4 месяцев.

В результате лечения у 40 больных получено полное излечение трахомы (83,3%). Конъюнктура век становилась ровной, гладкой, с законченным рубцеванием, без признаков инфильтрации. У части больных можно было отметить полное просветление роговой оболочки, у других — значительное просветление с остаточными явлениями в виде отдельных облитерированных сосудов вблизи лимба и стойких ограниченных, нежных помутнений в роговице.

У 8 больных (16,6%) отмечены остаточные явления инфильтрации в конъюнктиве и в роговой оболочке.

Острота зрения повысилась у 40 больных: до 0,2 на 18 глазах, 0,3—0,5 — на 48, 0,6—1,0 — на 14.

У большинства повысилась чувствительность роговой оболочки, что свидетельствует об устранении трофических расстройств.

Мы полагаем, что применение тетрациклина и тканевой терапии ведет к стимуляции защитных и обменных процессов, что благоприятно влияет на рассасывание инфильтрации в конъюнктиве и роговице, усиливает регенеративные процессы в тканях, устраняет трофические расстройства, в итоге — ведет к излечению трахомы, просветлению роговицы и хорошему визуальному исходу. Указанный метод может быть применен в условиях стационара районной больницы при тяжелых формах трахомы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Копп И. Ф. Вестн. офтальмологии, 1940. — 2. Костенко Ф. М. Уч. зап. УЭИГБ, 1949, т. I, Одесса. — 3. Кудояров Г. Х. Сб. научн. тр. Башкирского НИТИ, Уфа, 1947. — 4. Покровский А. И., Олонцева М. В. Вестн. офтальмологии, 1946, 1. — 5. Спасский В. И. Сб. научн. тр. Башкирского НИТИ, 1954. — 6. Спасский В. И., Бродский Б. С., Кудояров Г. Х. Сб. научн. раб., посвящ. 70-летию акад. В. П. Филатова, Одесса, 1946. — 7. Филатов В. П. Оптическая пересадка и тканевая терапия. М., 1945.

Поступила 20 мая 1961 г.