

Л. В. Колсанова

Республиканский трахоматозный диспансер (научный руководитель — проф. А. Н. Круглов, главврач — Ю. П. Прищенко) МЗ ТАССР

При сопоставлении лечебного действия антибиотиков в отношении трахомы III ст. Т. И. Воинова, Н. Д. Зацепина, А. В. Мизина (1957) пришли к выводу, что наиболее эффективными являются тетрациклин и тетрациклин. По их данным, лечение этими препаратами у 80% больных трахомой приводит к излечению в течение 1,5—2 месяцев.

Ю. Ф. Майчук и А. И. Данилкова (1959) при двухмесячном лечении трахомы 1% тетрациклиновой мазью получили излечение в 64%.

Из препаратов тетрациклинового ряда наименее токсичным и более стойким является тетрациклин.

Переносимость тетрациклина тканями глаза испытана Ю. Ф. Майчук и А. И. Даниловой в лабораторных условиях на кроликах. Оказалось, что применение тетрациклина в виде нативного препарата в глазной практике невозможно, так как порошок тетрациклина вызывает тяжелый ожог конъюнктивы с последующим некрозом и помутнением роговицы. 10% мазь тетрациклина, приготовленная только на вазелине, также вызывает резкое раздражение конъюнктивы с помутнением роговицы. Но тканями глаза кролика хорошо переносится 1% и даже 10% тетрациклиновая мазь, приготовленная на сложной мазевой основе, состоящей из дистиллированной воды, вазелинового масла, ланолина и белого вазелина.

По данным этих авторов, 1% тетрациклиновая мазь сохраняет свою активность не более 10—15 дней.

Дальнейшие клинические наблюдения подтвердили полную безвредность 1% и 10% тетрациклиновой мази, приготовленной на сложной мазевой основе.

В 1959 г. в Республиканском трахоматозном диспансере проводилось местное лечение больных трахомой 1% тетрациклиновой мазью, приготовленной на сложной мазевой основе со сроком хранения не более двух недель. Нами применялась методика, разработанная сотрудниками научно-исследовательского института глазных болезней им. Гельмгольца (Т. И. Воинова, Н. Д. Зацепина, А. В. Мизина, 1958), предусматривающая наименьшую травматизацию тканей и состоящая в пятикратном закладывании мази за веки без массажа.

Всего под нашим наблюдением было 233 больных (мужчин — 109, женщин — 124). До 16 лет было 9 больных, с 17 до 30 лет — 131; с 31 до 50 лет — 42; с 51 до 70 лет — 42 и старше — 9.

Трахома I ст. была у 5 больных (2,1%); II — у 7 (3%); III — у 221 (94,9%); причем с трахомой III 4+ было 3 больных (14%); III 3+ — 31 (14%); III 2+ — 68 (30,8%); III+ — 119 (53,8%). Тонкий панныс был у 21; сосудистый — у 25. С другими осложнениями на роговице было 5 больных, из них один — с язвой роговицы. С осложнениями на слезных путях было 6 больных, из них 5 — с гнойными дакриоциститам. С заворотом и трихиазом век было 38 больных.

Всем, нуждающимся в оперативном лечении, кроме местного лечения тетрациклиновой мазью, были сделаны соответствующие операции.

Среднее пребывание больных на койке составляло 47,9 койко-дня.

По клинической картине в основном преобладала смешанная форма трахомы, то есть трахома с рубцами и инфильтрацией, с единичными фолликулами и с незначительно или умеренно выраженной сосочковой гипертрофией.

Через 10—14 дней от начала лечения производилась шадающая экспрессия, если к этому времени еще оставались фолликулы. Обычно за весь период лечения делалось не более 1—2 экспрессий. При умеренной и незначительной инфильтрации лечение проводилось без экспрессий.

Следует отметить быстрое (на 2—3 день) исчезновение явлений вторичной инфекции: гиперемии конъюнктивы, слизисто-гнойного отделяемого, отека ткани, что совпадает с литературными данными.

К концу второй недели заметно рассасывалась инфильтрация, фолликулы и сосочки уплощались, частично рассасывались и заменялись тонкими рубчиками. В дальнейшем происходило истончение хрящей, еще более уменьшалась инфильтрация и сглаживались рубцы. К концу месяца, иногда через 1,5 месяца, оставалась незначительная инфильтрация в виде очажков по верхнему краю хрящей верхних век. Иногда это состояние минимальной инфильтрации ликвидировалось в течение двух недель — месяца; реже оно затягивалось на более продолжительное время, чаще всего не больше 1,5 месяцев.

По мере уменьшения явлений воспаления в слезистой век улучшалось состояние роговицы, сосуды панныса суживались и запустевали, острота зрения повышалась.

¹ Доложено на заседании офтальмологического общества Казани 18 февраля 1960 г.

Побочного действия тетрациклина, и в частности аллергической реакции, ни в одном случае не наблюдалось.

Большинство наших больных ранее длительно лечилось различными средствами; многие из них неоднократно находились на стационарном лечении.

Из 233 излечено 162, что составляет 69,1%, выписаны с трахомой III+ — 72, или 30,9%.

Среди больных III стадией трахомы преобладал контингент больных с минимальной, остаточной инфильтрацией (119). Несмотря на кажущуюся легкость заболевания у этих больных, они при лечении прежними методами часто длительно не поддавались лечению.

В этой группе встречалось немало больных с явлениями реактивного раздражения со стороны конъюнктивы, что зависело от длительного применения различных медикаментозных средств и механотерапии. Методика лечения тетрациклиновой мазью, исключая момент механического раздражения, благотворно влияла на течение трахоматозного процесса у этих больных.

Больных с трахомой III+ излечено 88 (74%), с трахомой III 2+ — 42 (61,8%); со значительной инфильтрацией — III 3+ и III 4+ — 21 (61,7%).

Из 162 излеченных больных большинство (131) лечилось не более двух месяцев, 23 больных — от двух до трех месяцев, и только 8 — более трех месяцев.

Следовательно, средняя продолжительность лечения тетрациклином — 1—2 месяца.

Среди излеченных больных преобладал молодой возраст. До 40 лет было 118 больных, более старшего возраста — 14.

Только в группе больных от 17—20-летнего возраста около трети (18) лечились от 2 до 3 месяцев. В основном это были больные с длительным, упорным течением трахомы, с грубыми рубцами, которые ранее систематически лечились различными средствами, многократно лежали в стационарах, подвергались длительной механотерапии.

Из 71 неизлеченного больного 29 лечились менее месяца, так как вынуждены были прекратить лечение по различным семейным обстоятельствам. Отсутствие эффекта у этих больных можно отнести за счет недостаточности срока лечения. У остальных 42 неизлеченных больных была тяжелая форма трахомы с роговичными и другими осложнениями.

Применение для лечения трахомы тетрациклина является перспективным. Кратковременность срока лечения, простота методики, отсутствие длительного механического раздражения — большие преимущества тетрациклина по сравнению с другими противотрахоматозными средствами. Однако для окончательного суждения об эффективности лечения трахомы тетрациклином необходимо изучить отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиева Г. А. Уч. зап. и информ.-метод. материалы, № 5, М., 1957.
2. Воинова Т. И. Вест. офтальмол., 1957, 5. — 3. Воинова Т. И., Зацепина Н. Д., Мизина А. В. Сов. мед., 1957, 9; Они же. Уч. зап. и информ.-метод. материалы, № 5, М., 1957. — 4. Войшвилло Р. Ф. Сб. науч. тр. Башкирского трахоматозного ин-та, Уфа, 1957. — 5. Дюдина З. Т. Вестн. офтальмологии, 1957, 6. — 6. Зацепина Н. Д. Вест. офтальмол., 1959, 5. — 7. Лазарева Е. Н. Уч. зап., М., 1957. — 8. Линецкая Е. Э. и Копит Р. З. Офтальмол. журн., 1958, 7. — 9. Майчук Ю. Ф. и Данилкова А. И. Сб. раб. клиники глазных болезней им. проф. Л. Ф. Парадоксова, 1959. — 10. Пухнер А. Ф. Сб. Антибиотикотерапия трахомы, 1955. — 11. Чумаков М. П. Там же.

Поступила 4 апреля 1960 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДОБАВОЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ДОЛИ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ (LOBUS AZYGOS) ¹

Асс. А. Я. Логинова

Кафедра рентгенологии и радиологии № 2 (зав. — проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Возникновение аномалии верхней доли правого легкого обусловлено необычным прохождением непарной вены. В процессе эмбрионального развития непарная вена первоначально располагается в заднем средостении справа от позвоночника, доходит

¹ Доложено в обществе рентгенологов и радиологов ТАССР 13 октября 1960 г.