

М. В. ИСАЯН, Г. А. БАБАЯН

ВНУТРИНОСОВАЯ СПИРТ-НОВОКАИНОВАЯ ИНЪЕКЦИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Внутриносовая рефлексотерапия давно известна в медицине, и она в настоящее время применяется при различных патологических состояниях организма. Используя мощную сеть чувствительных рецепторов слизистой оболочки носа и воздействуя на них, раздражая или угнетая их проводимость, многие авторы получали определенный терапевтический эффект при местном применении различных лекарственных веществ. Так, например, Я. С. Темкин [11] предложил 2% раствор новокаина, Г. Л. Комендантов [4]—1% р—р новокаина, К. А. Дреннова [3] рекомендовала инъекции физиологического раствора, А. М. Брук [1] и М. И. Сутин [6] предложили местное применение кортизона при лечении вазомоторного ринита.

Данные литературы в отношении применения внутриносовой новокаиновой инъекции в офтальмологической практике скудны. З. А. Каминская и Л. А. Кацнельсон [5] применяли эндоназально инъекции новокаина по методу Я. С. Темкина у 165 больных с глаукомой.

С. И. Тальковский и С. Е. Шарц [10] применяли метод внутрислизистой новокаиновой инъекции в область *Agger nasi*, предложенный Я. С. Темкиным, у 116 больных с заболеваниями роговой оболочки, сосудистого тракта и с глаукомой.

Е. Н. Семеновская и Л. А. Кацнельсон [7] внутриносовую рефлексотерапию проводили путем инъекций 1% р—ра новокаина под слизистую, в область *Agger nasi* у 104 больных с глаукомой.

В офтальмологической литературе нам не удалось найти каких-либо указаний по вопросу эндоназальной инъекции спирта с новокаином. Основываясь на опыте ЛОР кафедры Ереванского медицинского института в применении эндоназальных инъекций раствором 2% новокаина с примесью 5% спирта у 195 больных, страдающих вазомоторным ринитом и невралгиями тройничного нерва (Бабаян Г. А. [2]), а также имея в виду положительный эффект этого метода, было решено совместно с кафедрой ЛОР применить эндоназальную спирт-новокаиновую инъекцию при некоторых глазных заболеваниях.

В обширной клинической литературе отмечена высокая эффективность новокаина при воспалительных процессах.

Методика внутриносовой инъекции заключается в следующем: 2% раствор новокаина с 5% примесью спирта в количестве от 0,5 до 1,0 с каждой стороны носа вводится в толщу слизистой переднего конца ниж-

ней носовой раковины. Технически это выполняется следующим образом: берется шприц с длинной тонкой иглой. Заостренная сторона иглы должна быть обращена к носовой перегородке. Раствор новокаина со спиртом вводится медленно, с ощущением некоторого давления на поршень. На месте укола появляется голубовато-белый пузырек, который исчезает через 20—30 сек. Больные обычно хорошо переносят инъекцию. У большинства больных почти сразу после укола (через 3—10 сек.) появляются легкие вегетативные реакции в виде ощущения жара, потливости тела и ладоней, иногда ощущение легкого опьянения и очень редко легкое головокружение и легкая головная боль в течение 2—3 мин. Курс лечения—3—8 инъекций с интервалом между инъекциями в 2 дня.

В клинике глазных болезней показанием к применению внутриносовой рефлексотерапии являлось тяжелое и длительное течение заболеваний глаза, которые не поддавались или плохо поддавались обычной комплексной терапии. Поэтому перелом в течении заболевания в сторону улучшения мы могли с определенным правом приписать спирт-новокаиновой инъекции. При оценке эффективности внутриносовой рефлексотерапии принимались во внимание сдвиги в клиническом течении заболевания (с использованием биомикроскопического метода исследования и определения чувствительности роговицы), улучшения функции глаза и субъективного состояния больного.

Внутриносовую рефлексотерапию мы применяли у 70 больных, которые были нами подразделены на 2 группы: в 1 группу входили 49 больных с кератитами, вторую группу составляли 21 больной с язвами роговой оболочки. Из 70 больных 29 лечились в стационаре и 41—амбулаторно.

По давности заболевания больные распределены следующим образом: от 15 до 30 дней—37 больных, от 41 до 60 дней—18 больных, от 3 до 5 мес.—11 больных, от 7 до 8 мес.—3 больных, до 2 лет—1 больной.

На основании осмотра ЛОР врача у наших больных установлено следующее: искривление носовой перегородки без нарушения носового дыхания—у 15 больных, гипертрофия нижней носовой раковины—у 14 больных, искривление носовой перегородки с гипертрофией нижних носовых раковин и с их полипозным изменением, а также с затруднением дыхания—у 1 больного. У остальных больных ЛОР органы без патологии.

Разбор 1 группы больных: из 49 больных с кератитами у 12 больных кератит был на почве травмы, у 12 больных—рецидивирующие кератиты на лейкоматозных глазах, у 1 был точечный кератит, у 4—Keratitis rosacea и у 20 больных—герпетический кератит в виде дисковидного, звездчатого и только у 4 больных из них этиология заболевания осталась невыясненной. У 38 больных этой группы боль в глазах полностью прошла после 1 инъекции в первые 5 ч., у 7 больных от 6 до 12 ч., у 3 больных—на 2-й день, а у 1 больного—на 3-й день после 1 блокады. Инъекция глаза, светобоязнь, слезотечение прошли у 27 больных после 1

инъекции, у 17 больных—после 2-й инъекции и у 5 больных—после 3-й инъекции. После лечения на роговице остались нежные облаковидные помутнения у 33 больных, помутнения в виде пятен—у 13 больных, частичные бельма—у 3 больных. О результатах хорошего лечебного эффекта и восстановления нормальной структуры роговицы говорят сравнительные данные остроты зрения до лечения и после лечения, что наглядно представлено в табл. 1.

Таблица 1

Острота зрения	До лечения	После лечения
$\frac{1}{\infty}$ Р. С. — 0,04	16	7
0,05—0,1	22	5
0,2—0,5	9	13
0,6—1,0	2	24
В с е г о:	49	49

Об улучшении трофики роговичной ткани говорит восстановление чувствительности роговой оболочки. Для определения чувствительности роговицы глаз мы пользовались пробными волосками Фрея силой давления в 1,0 и 10,0 гр на 1 мм² поверхности. Исследовалось 13 точек роговицы соответственно схеме проф. Самойлова.

Основываясь на данных А. Н. Чичкановой, которая для лиц пожилого возраста отметила нечувствительность роговицы к волоску в 0,3 г мм², и на наших наблюдениях, мы совершенно отказались от измерения чувствительности с помощью самого слабого волоска с силой давления в 0,3 гр на мм².

Таблица 2

Чувствительность роговицы глаз до лечения

Ч и с л о ч у в с т . т о ч е к																
Волоски	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Об- щее число	Сред. число
1,0	9	—	3	1	5	12	5	9	4	1	—	—	—	—	49	5,0
10,0					3	2	1			2	1			40	49	11,7

На приведенной таблице представлены данные исследования волосковой чувствительности роговицы 49 глаз больных с кератитами до лечения спирт-новокаиновой инъекцией в отношении двух волосков.

Как видно из таблицы, средняя чувствительность роговицы при кератитах составляет 5,0 почувственного касания для волоска в 1,0 на 1 мм², что значительно ниже нормальных средних цифр (11,0). Средняя чувствительность наших случаев для волоска в 10,0 на 1 мм²—11,7

почувствованного касания, которое нормальным глазом неизменно чувствуется во всех 13 точках.

После лечения отмечается полное восстановление нормальной чувствительности у 2 больных после 1 инъекции, у 7—после 2, у 13—после 3, у 8—после 4, у 7—после 5, у 6—после 6, у 4—после 7 и у 2 больных—после 8 инъекций. Можно отметить, что нарушение чувствительности роговицы находилось в максимальном соответствии со степенью тяжести процесса.

После проведенного лечения у 38 больных отмечается выздоровление, у 11 больных—улучшение. Количество инъекций определялось тяжестью и длительностью заболевания; к каждому больному был проявлен индивидуальный подход. Среднее количество инъекций при кератитах составляет 6—7 раз.

В качестве показательного примера положительного лечебного эффекта от эндоназальных спирт-новокаиновых инъекций можно привести следующее клиническое наблюдение.

Больной Е. Г., 9 лет, история болезни № 49.

Впервые заболел герпетическим кератитом в 1956 г.; вновь заболел в ноябре 1962 г., вследствие чего в течение трех месяцев постоянно лечился, из коих 20 дней в стационаре, а в остальное время амбулаторно, обычными методами лечения. Присоединение к проводимой комплексной терапии 7-кратной эндоназальной спирт-новокаиновой терапии; последнее способствовало быстрому прекращению болей, эпителизации дефекта роговицы (причем дефект роговицы занимал всю зрачковую и парацентральную область роговицы), рассасыванию инфильтрации, восстановлению чувствительности роговицы. Зрение повысилось от счета пальцев у лица до 0,4.

Положительное влияние эндоназальной блокады мы наблюдали *keratitis rosacea*.

Больная А. А., 50 лет, история болезни № 1293. Больны оба глаза. Впервые заболела в 1960 г. Периодически болели оба глаза (почти в месяц 1 раз). До поступления в клинику больная в течение последних двух месяцев лечилась безуспешно. После того, как в предыдущей терапии была присоединена 7-кратная эндоназальная спирт-новокаиновая инъекция, глаза успокоились, инъекция прошла, рассосавшиеся инфильтраты роговицы после себя оставляли нежные помутнения на фоне бывших стойких помутнений, чувствительность роговицы полностью восстановлена. Острота зрения правого глаза от 0,4 поднялась до 0,9, а левого—от 0,2 до 1,0.

Разбор II группы касается 21 больного с язвами роговой оболочки, причем у 16 больных заболевание протекало по типу гнойных язв, из коих у 7 больных язвы сопровождались гипопионом, у 5 больных язва была рецидивирующей на лейкоматозных глазах.

Этиология заболевания следующая: у 16 больных была травма, у 1—трахома, у 1—после тифа, у 1—после гриппа, а у 2 больных—невыясненной этиологии. Преимущественным местом локализации язв является парацентральная зона роговицы—9 больных, язвы центральной зоны наблюдали у 6 больных, периферическое расположение язвы—у 4 больных, а почти полное поражение—у 2 больных. Величина язвы была 2—4 мм у 19 больных, а у 2—тотальная.

При исследовании бактериальной флоры язв роговицы у 4 больных были обнаружены стрептококки, у 4—стафилококки, а у 13 микробы не были обнаружены.

После примененной спирт-новокаиновой инъекции боли в глазу прошли у 11 больных в первые 5 ч., после 1 инъекции от 6 до 12 ч.—у 7 больных, на 2-й день—у 2 больных, на 3-й день—у 1 больного. Язвы роговицы очищались (от гнойной инфильтрации) после 1 инъекции у 14 больных, после 2—у 1, после 3—у 1 больного. Полностью язвы роговицы эпителизировались после 1 инъекции у 3 больных, после 2—у 7, после 3—у 3, после 4—у 5, после 5—у 1 и после 6 инъекций—у 2 больных.

Гипопион рассосался у 2 больных после 1 инъекции, у 4—после 3 блокады, а у 1 больного после 6 инъекций. На месте бывших язв на роговице остались нежные облаковидные помутнения у 12 больных, помутнения типа пятен—у 7 больных, а бельма—у 2 больных.

Визуальный эффект представлен в табл. 3.

Таблица 3

Острота зрения	До лечения	После лечения
$\frac{1}{\infty}$ Р. С. — 0,04	6	4
0,05—0,1	4	1
0,2—0,5	5	1
0,6—1,0	—	9
Без изменений	6	6
В с е г о:	21	21

Как видно из таблицы, у 6 больных острота зрения оставалась без изменений из-за заращения зрачка, из-за старых помутнений роговицы и глубоких сред глаза.

При определении чувствительности роговицы для нас большой интерес представлял вопрос восстановления чувствительности роговицы под влиянием соответствующего лечения. Исследования чувствительности роговицы до лечения представлены в табл. 4.

Таблица 4

Чувствительность роговицы до лечения

Ч и с л о п о ч у в с т в . т о ч е к

Волоски	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Об- щее число	Сред. число
1,0	5	—	2	3	2	—	4	3	2	—	—	—	—	—	21	5,1
10,0	2	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	16	21	10,7

Из таблицы видно, что средняя чувствительность роговицы при язвах составляет 5,1 почувствованного касания для волоска в 1,0 гр на 1 мм², а для волоска в 10 гр.—10,7 почувствованного касания.

После лечения отмечается полное восстановление нормальной чувствительности у 3 больных после 2 инъекций, у 6 — после 3, у 3 — после 4 блокад, у 5 — после 5 инъекций, у 2 — после 6, у 1 — после 7, а у 1 больного после 8 инъекций. Полное заживление язвы роговицы имело место у всех больных. Среднее количество инъекций 6—7 раз.

В качестве положительного примера кратко приведем наиболее характерное наблюдение.

История болезни за № 1296 больного с гнойной язвой роговой оболочки—гипопионом. Впервые заболел в 1961 г. после травмы глаза. Лечился амбулаторно, после чего глаз успокоился. До поступления в клинику в течение одного месяца лечился амбулаторно безуспешно и не мог освободиться от мучительных болей, светобоязни и слезотечения. После того, как к проводимой ранее терапии была присоединена эндоназальная 4-кратная спирт-новокаиновая инъекция, боль в глазу прошла, язва роговицы очистилась, эпителизировалась, гипопион рассосался, чувствительность роговицы восстановилась, зрение от 0,07 поднялось до 0,8.

Анализ нашего материала показывает, что почти у всех больных с перечисленными заболеваниями глаз от эндоназального спирт-новокаинового лечения наступало выздоровление или улучшение. Эффективность этого метода лечения в частности подчеркивается тем, что он применялся на фоне безуспешной предшествующей терапии. Уменьшение или исчезновение болей в глазу отражалось не только на местном течении воспалительного процесса, но и улучшало общее состояние больных.

Параллельно с уменьшением болей исчезали светобоязнь, слезотечение, инъекция глаза. Инфильтраты роговицы истончались, рассасывались полностью или оставляли после себя в основном нежные помутнения. Язвы очищались, эпителизировались, появлялись репаративные сосуды, которые подвергались обратному развитию, восстанавливалась чувствительность роговицы.

Что касается данных повышения остроты зрения, об этом было представлено в соответствующих таблицах. Количество инъекции мы назначали в зависимости от тяжести заболевания и быстроты исчезновения субъективных жалоб и клинической картины воспалительного поражения роговицы.

Этот метод лечения в глазной клинике применяется в течение последних 6 мес. За этот небольшой период мы не имели ни одного рецидива, что также говорит не только о хорошем, но и относительно стойком эффекте, хотя о стойкости речь может идти только при изучении отдаленных результатов наблюдения.

На основании предварительных данных, полученных при проведении этой работы, мы можем позволить себе сделать некоторые выводы:

1. Положительный лечебный результат эндоназальной спирт-новокаиновой инъекции мы наблюдали при упорных, трудно поддающихся лечению обычными методами кератитах и язвах роговой оболочки.

2. Во всех случаях в течение 5—6 мес. наблюдения не было рецидивов.

3. Спирт-новокаиновая эндоназальная инъекция технически проста и может быть успешно применена также в офтальмологической практике в стационарных и амбулаторных условиях.

Кафедра глазных болезней
Ереванского медицинского института

Поступило 8.VI.1963 г.

Մ. Վ. ԻՍԱՀԱՆ, Գ. Ա. ԲԱՐԱՅԱՆ

ՆԵՐՔԹԱՅԻՆ ՍՊԻՐՏ-ՆՈՎՈԿԱԻՆՈՎԱՅԻՆ ՆԵՐԱՐԿՈՒՄՆԵՐՆ ԱԶՔԻ ՈՐՈՇ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Բժշկական ինստիտուտի աչքի և քիթ-կոկորդի հիվանդությունների ամբիոնները 1962 թ. զբաղվել են ներքթային ներարկումներով 2 տոկոս նովոկայինի և 5 տոկոս սպիրտի լուծույթի խառնուրդի, կեռատիտով, եղջրաթաղանթի խոցային հիվանդությունների ժամանակ: Ընդամենը բուժման են ենթարկվել 70 հիվանդ: Բուժման ենթարկված հիվանդները գտնվել են մեր հսկողության տակ 4—5 ամիս, որի ընթացքում ուղիղիվներ չեն նկատվել: Բուժման ենթարկված 70 հիվանդներից 52-ի մոտ ստացվել է կատարյալ առողջացում, իսկ 18 հիվանդների մոտ լավացում: Ստացված արդյունքները թույլ են տալիս պսելու, որ սպիրտ-նովոկայինային ներքթային ներարկումները ունեն բարձր թերապևտիկ հատկություն կեռատիտների աչքի եղջրաթաղանթի խոցային հիվանդությունների ժամանակ: Ներարկման ամենահարմար կետը հանդիսանում է ստորին խեցու լորձաթաղանթը:

Սպիրտ-նովոկայինային բլոկադան տեխնիկապես դյուրին է, հաջողությամբ կարելի է կիրառել, թե ստացիոնար, թե ամբուլատոր պայմաններում:

Առաջարկված մեթոդի կիրառման ժամանակ բարդություններ չեն նկատվել:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Брук А. М. О местном применении кортизона при лечении больных вазомоторным ринитом. ВОРЛ, 1961, 1, стр. 11—15.
2. Бабаян Г. А. Внутриносовая рефлексотерапия при вазомоторном рините и невралгиях тройничного нерва. Тезисы научной сессии Ереванского мединститута, 1963.
3. Дреннова А. А. Цитировано в работе: Опыт назально-рефлекторной терапии в офтальмологии. Вестник офтальмологии, 1960, 6, стр. 14—19.
4. Комендантов Л. Е. Внутриносовая новокаиновая блокада. ВОРЛ, 1937, 6, стр. 676—679.
5. Каминская З. А., Павлова З. А., Кацнельсон Л. А. Эндоназальная спирт-новокаиновая блокада при глаукоме. Труды Всероссийского совещания глазных врачей XX научной сессии Гос. научно-исследовательского института глазных болезней им. Гельмгольца, 1956, стр. 100—104.

6. Сутин М. Н. Опыт применения кортизона при вазомоторном рините. ВОРЛ, 1961, 1, стр. 16—19.
7. Семеновская Е. Н., Кацнельсон Л. А. О механизме действия внутриносовой новокаиновой блокады при глаукоме. Ученые записки, М., 1961, в. VI, стр. 263—266.
8. Самойлов А. Я. Волосковая чувствительность нормальной роговицы. РОЖ, 1930, т. X, 2, стр. 163.
9. Тальковский С. И., Шарц С. Е. Назорефлекторная терапия. Медицинский работник от 8 мая 1962 г.
10. Тальковский С. И., Шарц С. Е. Опыт назально-рефлекторной терапии в офтальмологии. Вестник офтальмологии, 1960, 6, стр. 14—19.
11. Темкин Я. С. Внутриносовая новокаиновая блокада. ВОРЛ, 1954, 1, стр. 24—27.