

Е. Д. БЛАВАТСКАЯ

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИЗОНА В СОЧЕТАНИИ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГЛАЗА

Выделенный Кендаллом (Kendall—1936 г.) и примененный на практике Хенчем (Hench—1948 г.) кортизон быстро и прочно вошел в число наиболее действенных лекарственных средств.

Среди разнообразных фармакологических свойств кортизона особенно важное значение имеет его влияние на мезенхимальные ткани. Установлено, что кортизон уменьшает проницаемость сосудистой стенки, серозных оболочек и клеточных мембран при воспалительных процессах, тормозит развитие соединительной ткани. Терапевтическое действие кортизона на многие аллергические заболевания и воспалительные процессы, особенно в выраженной эксудативной фазе, объясняется его способностью подавлять феномены аллергии и местные проявления воспалительной реакции.

Однако не во всех случаях противовоспалительные свойства кортизона оказывают положительное действие на патологический процесс. Так, уменьшение лейкоцитарной реакции и фагоцитарной активности ретикуло-эндотелиальной системы, а также подавление образования антител оказывают отрицательное действие при очаговых инфекциях. Ослабление барьерных свойств очага воспаления может вызвать генерализацию процесса; в этом отношении применение кортизона при туберкулезной инфекции может быть опасным. Изучение влияния кортизона на туберкулезные микобактерии в пробирке показало его стимулирующее действие на рост туберкулезных палочек даже в сочетании с антибиотиками.

Результаты экспериментальных исследований показали, что свойство кортизона ослаблять барьерные функции воспалительного очага были причиной того, что туберкулез причислялся к заболеваниям, непоказанным для лечения кортизоном. Лишь позднее клиницистами было отмечено благоприятное влияние кортизона на туберкулезный процесс, главным образом, в сочетании с антибиотиками и химиопрепаратами [10, 14 и др.].

Помимо непосредственного воздействия на мезенхимальную ткань и процессы обмена больного организма, кортизон ослабляет токсические свойства антибактериальных препаратов, повышая тем самым их переносимость [10]. Угнетая барьерную функцию очага воспаления, кортизон в то же время способствует лучшему доступу антибактериальных средств к месту поражения [9].

В офтальмологии кортизон нашел широкое применение при туберкулезно-аллергических («фликтенулезных», «скрофулезных») кератоконъюнктивитах и получил единодушную оценку быстро и поразительно благоприятно действующего препарата [1, 3, 4, 8, 12 и др.].

При метастатическом туберкулезе глаза кортизон стал применяться несколько позднее.

А. С. Жулинская и Н. А. Сидоров [7] провели лечение кортизоном 12 больных туберкулезным увеитом и отметили быстрое уменьшение воспалительных явлений, повышение остроты зрения.

Ю. И. Богданович [2] применял кортизон в сочетании с антибактериальными препаратами при лечении метастатического туберкулеза глаза у 41 больного и получил результаты значительно лучшие, чем при обычной антибактериальной или туберкулезной терапии.

Т. В. Шлопак [13] получил положительный результат при одновременном лечении стрептомицином и кортизоном 34 больных из 52 с различными формами туберкулеза глаза. Наименее эффективным лечение оказалось при увеитах, особенно хронических.

Отрицательное действие кортизона при метастатическом туберкулезе глаза у 3 больных приводит Н. И. Гришко [6]. Во всех случаях имело место обострение заболевания, усиление казеозного распада и распространение процесса по сосудистому тракту. Кортизон применялся в виде субконъюнктивальных инъекций, антибактериальная терапия не проводилась.

Под нашим наблюдением находилось 67 больных, которые в связи с туберкулезными заболеваниями глаза подверглись общепринятому лечению (внутримышечные инъекции стрептомицина, ПАСК, фтивазид, хлористый кальций, витамины), дополненному местным применением кортизона. Это были больные с тяжелыми туберкулезно-аллергическими кератитами (38 больных), больные с кератосклеритом (8), пластическим иридоциклитом (3) и увеитом (18).

Среди больных с туберкулезно-аллергическими кератитами преобладали дети. В возрасте от 10 мес. до 4 лет было 11 детей, от 5 лет до 14—13; двое больных были в возрасте 15 лет, пять—от 18 до 21 года, двое—28 лет; трое—40 лет; одной больной было 52 года, другому—61 год. Последний больной на протяжении многих лет имел открытый туберкулез шейных желез; у больной 52 лет имелись старые реберно-диафрагмальные спайки и тяжистость корней легких, резко положительная реакция Манту в разведении 1:100000. Только у 6 больных, в том числе четверо детей, перенесших незадолго до заболевания глаз корь, кожно-аллергические реакции были отрицательны.

При обследовании детей педиатром была установлена туберкулезная интоксикация первой и второй степени (4 больных), инфильтративный бронхоаденит (6 больных) и шейный лимфаденит (1 больной). У 13 больных (среди них 6 детей) кератит был рецидивный. У 4 женщин в возрасте от 18 до 28 лет заболевание глаз совпало с периодом лактации.

Клиническая картина кератитов была различна: преобладали мно-

жественные краевые инфильтраты в поверхностных и средних слоях роговой оболочки со значительно выраженной васкуляризацией; типичный «скрофулезный» паннус был у 2 больных; у 3 имел место упорный фасцикулярный кератит. Фликтены наблюдались только у 2 больных: у ребенка 3 лет, где изъязвившаяся фликтена привела к перфорации роговицы, и у больного 61 года с рецидивным кератитом и старыми бельмами.

Среди больных с рецидивом туберкулезно-аллергического кератита имели место интенсивные васкуляризированные бельма, резко снижавшие остроту зрения (6 больных) или нежные облаковидные помутнения.

Острота зрения не была исследована у группы детей до 4 лет; острота зрения других 27 больных с туберкулезно-аллергическим кератитом, из которых у 14 процесс был двусторонним, приведена в таблице.

Большая часть больных до поступления в стационар получала лечение в поликлиниках, в виде внутримышечных инъекций стрептомицина, местно атропин, дезинфицирующие средства в мазях и каплях.

В клинике назначались внутримышечные инъекции стрептомицина в дозировке, соответствующей возрасту, ПАСК, десенсибилизирующая терапия, аскорбиновая кислота, местно атропин, рибофлавин, фурациллин или левомецитин. Как правило, в условиях стационара через день-два отмечалось улучшение в состоянии глаза, но заметный, иногда разительный перелом в заболевании наступал после назначения инстилляций кортизона. Первые два дня кортизон закапывался 8 раз, следующие два дня—6 раз, а затем 4 раза в продолжении всего срока лечения.

Действие кортизона сказывалось уже в конце первых суток. Прежде всего уменьшалась перикорнеальная инъекция, отечность роговицы вокруг инфильтрации и иритация радужной оболочки. Позднее, через 2—3 дня, уменьшалось количество сосудов в инфильтрированной части роговицы. Взрослые больные сразу же отмечали значительное облегчение болевых ощущений, уменьшение светобоязни; дети становились спокойнее, лучше открывали глаза, улучшались сон и аппетит.

Сравнивая действие инстилляций кортизона с инстилляциями стрептомицина, можно отметить определенное сходство в характере действия этих препаратов, хотя стрептомицин не оказывает столь быстрого и abortивного влияния на воспалительный процесс, дольше держится перикорнеальная инъекция и особенно васкуляризация роговицы. Рассасывание же инфильтратов в обоих случаях требует достаточно продолжительного времени.

Блестящий эффект, который кортизон дает в первые дни применения, сменяется затем менее заметным, даже сомнительным действием его, но отмена инстилляций кортизона у некоторых больных вновь вызывает усиление гиперемии, эксудации и инфильтрации роговицы со всеми обычными при этом субъективными ощущениями. Поэтому четырехкратные инстилляции кортизона мы продолжали больным на протяжении всего срока пребывания в стационаре.

У всех 37 больных в сравнительно короткий срок заболевание за-

кончилось либо полным рассасыванием инфильтрации роговой оболочки, либо бельмами разной интенсивности, соответственно тяжести заболевания. Ни в одном случае не было показаний для применения субконъюнктивных инъекций стрептомицина, кортизона или каких-либо других дополнительных средств.

У 8 больных с керато-склеритом было заболевание одного глаза; у 2 больных заболевание было повторным. На втором глазу у 4 больных после перенесенного ранее кератита были старые бельма различной интенсивности.

Шесть больных были в возрасте 24—26 лет; двое других больных были 46 и 49 лет.

Реакция Манту в разведении 1:100000 была положительной у 7 больных; у двух больных были реберно-диафрагмальные спайки; у одного—рубцы после шейного лимфаденита, перенесенного в детстве. Больные получали обычную антибактериальную терапию, одному больному проводилась туберкулинотерапия, другая больная одновременно получала инъекции стрептомицина под конъюнктиву. Заболевание протекало медленно (больные провели в стационаре от 29 до 67 дней, в среднем 36) и упорно. Инстилляций кортизона назначались начиная с 8—15, а одному больному — с 24 дня пребывания в стационаре. Изменений в течении заболевания у 2 больных не наступило. Трое больных отметили значительное улучшение субъективных ощущений, объективно же резкого изменения в состоянии глаза не замечалось, но с момента назначения кортизона заметней стало постепенное улучшение процесса, на 5—6 день уменьшилась гиперемия, инфильтрация склеры и роговицы, больные были выписаны с хорошей остротой зрения (табл. 1) и почти без воспали-

Таблица 1

Острота зрения до и после лечения

Форма заболевания	До лечения							После лечения						
	до 0,01	0,02—0,05	0,06—0,1	0,2—0,3	0,4—0,5	0,6—0,8	0,9—1,0	до 0,01	0,02—0,05	0,06—0,1	0,2—0,3	0,4—0,5	0,6—0,8	0,9—1,0
Туберкулезно-аллергический кератит (27 больных, 41 глаз) . . .	8	7	12	7	4	3	—	—	5	7	7	7	9	6
Керато-склерит (8 больных) . . .	—	1	2	1	2	1	1	—	1	—	—	2	3	2
Пластический иридоциклит (3 больных)	1											1		
Увеит (18 больных, 21 глаз) . . .	4	2	3	8	1	2	1	3			2	3	3	10

тельных явлений. Только у 3 больных из 8 кортизон оказал быстрое, почти abortивное действие на воспалительный процесс.

У больных с пластическим иридоциклитом было обострение старого.

не раз повторявшегося процесса. Больные поступали в стационар с острыми болями и резкой инъекцией глазного яблока и радужной оболочки. Так как этиология заболевания была установлена в предыдущие пребывания в стационаре, больным сразу же назначались внутримышечные инъекции стрептомицина, ПАСК, кальций и частые инстилляций кортизона в глаз. Боли быстро успокаивались, хотя перикорнеальная гиперемия глаза продолжительное время оставалась значительной. У одного больного острота зрения поднялась с 0,04 до 0,4; у 2 других осталась без изменений.

Больных с туберкулезным увеитом, получавших лечение кортизоном в виде инстилляций или субконъюнктивальных инъекций, было 18 человек, среди них 4 больных в возрасте от 16 до 20 лет; 3—от 20 до 30 лет; 7 больных—от 30 до 40 лет и четверо—от 49 до 56 лет.

У большей части больных (14 человек) увеит был серьезный с различным количеством «сальных» преципитат и помутнениями в стекловидном теле различного характера и интенсивности. 4 больных переносили увеит повторно; у 3 больных процесс был двусторонним. Бугорковый иридоциклит был у 2 больных, серозно-фибринозный также у 2. Почти у всех больных были изменения со стороны бронхиальных желез, легких или плевры; у одного больного был туберкулезный спондилит, у другого туберкулез шейных желез; у 4 больных изменений со стороны внутренних органов не было обнаружено. Реакция Манту не была поставлена 5 больным с инфильтративным бронхоаденитом и больным с рецидивом заболевания, исследовавшимся ранее в клинике. У 11 больных реакция Манту в разведении 1:100000 была положительной и резко положительной и сопровождалась у 4 больных очаговой реакцией.

Действие кортизона далеко не у всех больных оказалось одинаковым, даже при однородности процесса. Тринадцати больным (в их числе больная с бугорковым и двое больных с серозно-фибринозными иридоциклитами) были назначены инстилляций кортизона на 10—14 день после поступления в стационар. Значительное улучшение, связанное с инстилляциями кортизона, наблюдалось у 5 больных: до назначения кортизона в течение 10—14 дней обычного лечения заметных изменений в состоянии глаза не отмечалось. На третьи-четвертые сутки применения кортизона начиналось рассасывание преципитат, помутнение стекловидного тела становилось менее интенсивным, к седьмому-девятому дню наступало значительное улучшение, оставались единичные мелкие преципитаты и нежные помутнения в стекловидном теле, острота зрения восстанавливалась до 0,9—1,0, и больные, проводя в клинике не более 1 месяца, выписывались с выздоровлением.

Следует отметить, что у одной больной, страдавшей на протяжении многих лет шейным лимфаденитом, был бугорковый иридоциклит; от субконъюнктивальных инъекций больная отказалась; она получала обычную общую терапию, местно атропин и с третьего дня заболевания—инстилляций кортизона. Через сутки после назначения кортизона про-

шли боли, почти исчезла перикорнеальная инъекция, хорошо расширился зрачок. Через неделю два крупных бугорка у зрачкового края стали уплощаться, и к концу третьей недели на месте их остались нежные рубцы. Больная перенесла 17 лет тому назад такой же бугорковый иридоциклит на другом глазу, для ликвидации которого потребовалось 6 месяцев упорного лечения. Несомненно, что столь быстрое выздоровление второго глаза настало в результате применения антибактериальных препаратов и кортизона.

У 5 других больных кортизон не оказал заметного действия на ход заболевания; наконец, у 3 больных назначение его вызвало ухудшение; кортизон был отменен и выздоровление через значительный срок (более 2 мес.) наступило в результате антибактериальной терапии. Интересно отметить, что у 2 из этих больных был серозно-фибринозный иридоциклит, у обоих была резко положительная реакция Манту с выраженной очаговой реакцией. У третьей больной 18 лет был первичный туберкулез легких, аллергический нефрит и двусторонний увеит, который мы также трактовали, как аллергический. Назначенный в каплях кортизон, вопреки нашему ожиданию, ухудшил состояние глаз.

Пяти больным кортизон был назначен в виде субконъюнктивальных инъекций. Это были больные с тяжелыми проявлениями увеита: бугорковый иридоциклит с большим количеством преципитат и увеальной катарактой, серозный иридоциклит с большим количеством «сальных» преципитат, хлопьевидными густыми помутнениями в стекловидном теле. Инъекции кортизона были начаты спустя 3—6 недель после начала специфической терапии; всего больные получили от 7 до 10 инъекций и одновременно инстилляций кортизона. До назначения кортизона в течении заболевания заметных сдвигов не отмечалось. После двух-трех инъекций уменьшилось количество преципитат, помутнений в стекловидном теле стало значительно меньше, расширилось поле зрения, повысилась острота зрения. Однако и к моменту выписки из стационара, к концу двух месяцев лечения, в стекловидном теле оставались нежные плавающие помутнения. У больного с бугорковым иридоциклитом после инъекций кортизона уменьшилось количество преципитат, бугорки же оставались в том же количестве.

Приведенные наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

- 1) Кортизон особенно эффективен при туберкулезно-аллергических кератитах. Быстрое, иногда abortивное действие его на процесс в глазу не должно служить поводом к отказу от общего лечения антибактериальными препаратами, так как заболевание глаз является лишь одним из проявлений общей туберкулезной инфекции.

- 2) Действие кортизона при туберкулезных увеитах не всегда одинаково, что, очевидно, связано с различными формами и тяжестью поражения сосудистого тракта глаза.

- 3) При туберкулезных увеитах кортизон наряду с положительным действием может вызвать обострение процесса в глазу.

4) Назначение кортизона всегда должно сочетаться с антибактериальной терапией. Субконъюнктивальные инъекции кортизона при увеитах более эффективны, чем инстилляции.

Кафедра глазных болезней
Ереванского института усовершенствования врачей

Поступило 10.IX 1963 г.

Ե. Դ. ՔԱՎԱՏՍՅԱՆ

**ԱՉՔԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿՈՐՏԻԶՈՆԻ
ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ԶՈՒԳՈՐԴՎԱԾ ՀԱԿԱՔԱԿՏԵՐԻԱԿ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՏ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աչքի եղջրենու տուբերկուլյոզային ալերգիկ բորբոքումների, աչքի մետաստատիկ տուբերկուլյոզի բուժման մեջ Կորտիզոնը վերջերս լայն կիրառություն է գտել: Կորտիզոնի ներգործության մասին դրական կարծիքների հետ միաժամանակ կան նաև բացասական կարծիքներ:

Հակաբազիլային բուժիչ դեղանյութերի (ստրեպտոմիցինի ներ մկանային սրսկում, ՊԱՍԿ, ֆտիվազիտ) զուգորդությամբ Կորտիզոնը օգտագործվել է 67 հիվանդների մոտ՝ աչքի կաթիլների ձևով, առաջին երկու օրը 8 անգամ, հետևյալ 2 օրը 6 անգամ, իսկ մնացած ամբողջ բուժման ընթացքում օրական 4 անգամ:

Ուվեիտով հիվանդ 5 հոգի կաթիլներից բացի ստացել են նաև Կորտիզոնի ենթակոնյուկտիվային սրսկումներ:

Տուբերկուլյոզային-ալերգիկ կերատիտով հիվանդ 38 հոգու մեծ մասը երեխաններ են եղել, որոնց մոտ հայտնաբերվել է նաև տուբերկուլյոզի ընդհանուր ախտահարում: Կորտիզոնը արագ, անվիճելի, երբեմն արտաթիվ բնույթի հակաբորբոքային ազդեցություն է ցույց տվել, վերացվել են ցավերը, արնալեցումը, նոր առաջացած անոթները:

Եղջրենու ինֆիլտրացիայի վրա Կորտիզոնը առանձնակի ազդեցություն չի գործել:

Տուբերկուլյոզային կեռատո-սկլերիտով հիվանդ 5 հոգուց 2-ի մոտ Կորտիզոնի օգտագործումը կաթիլների ձևով ազդեցություն չի ունեցել, 3-ի մոտ դիտվել են ապաքինման երևույթներ, իսկ մյուս 3-ի մոտ բորբոքային երևույթները միանգամայն վերացել են:

3 հիվանդի մոտ, որոնք ունեին հին պլաստիկ Իրիդոցիկլիտի սրացում, Կորտիզոնի օգտագործումը կաթիլների ձևով ցավերը հանգստացրել է, բայց հիվանդության ընթացքի վրա զգալի ազդեցություն չի գործել:

Տուբերկուլյոզային ուլեիտով 18 հիվանդներից 2-ը տուբերկուլներ են ունեցել ծիածանաթաղանթում, իսկ մյուսները սերոզ և սերոզ-ֆիբրինային բորբոքում: Սրանցից 13 հիվանդ Կորտիզոնի բուժում ստացել են կաթիլների ձևով, իսկ 5 հիվանդ՝ ենթակոնյուկտիվային սրսկումների ձևով:

Հիվանդների զգալի մասի մոտ (10 հոգի) Կորտիզոնը բավական արագացրել է պրեցիպիտատների և ապակենման մարմնի պղտորումների ներծծումը:

5 հիվանդի մոտ Կորտիզոնը ոչ մի ազդեցություն չի գործել, իսկ երեք հոգու մոտ վատացրել է պրոցեսը և հանվել է օգտագործումից:

Բոլոր դեպքերում Կորտիզոնը պետք է գործածել հակաբաղակերի առկայության պայմաններում և վիրամիջոցների զուգորդությամբ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аладжева Е. Н. Офтальмологический журнал, 1960, 5, стр. 340—342.
2. Богданович Ю. И. Вестник офтальмологии, 1960, 6, стр. 8—10.
3. Бугаева И. В. Вторая научная конференция офтальмологов в г. Орджоникидзе. 1959 г., стр. 145—148.
4. Волокитенко А. Е. Офтальмологический журнал, 1960, 5, стр. 287—291.
5. Глин Дж. Х. Кортизонотерапия. Медгиз, 1960 г.
6. Гришко Н. И. Вестник офтальмологии, 1960, 6, стр. 10—13.
7. Жулинская А. С. и Сидоров Н. А. Офтальмологический журнал, 1960, 4, стр. 219—222.
8. Захарченко Л. П. Офтальмологический журнал, 1961, 4, стр. 209—213.
9. Медник Г. Л. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1959 г., т. V, 5, стр. 3—7.
10. Модель Л. М. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. Медгиз, 1962 г.
11. Поппер М. и Лориан В. Антибиотики, 1958, 2, стр. 67—72.
12. Самопкина Н. В. Офтальмологический журнал, 1962, 2, стр. 222.
13. Шлопак Т. В. Офтальмологический журнал, 1960, 7, стр. 292—296.
14. Эйнис В. Л. Туберкулез. Медгиз, 1961.