

## ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев В. А., Ярош С. И. Акушер. и гинекол., 1980, 11, с. 3.
2. Николаев А. П. Акушерская и экстрагенитальная патология. М., 1968.
3. Степанов В. С., Чернуха Е. В., Воронцова Г. М., Соловьева М. С. Акушер. и гинекол., 1977, 5, с. 19.
4. Тыкочинская Э. Д. Основы иглорефлексотерапии. М., 1979.
5. Филимонов В. Г., Акинъшина В. С. Акушер. и гинекол., 1980, 8, с. 24.
6. Cseisendorf W., Lederrey P., Voegeli H. Bull. Fed. Soc. gynec. et d'Obst., 1957, 9, 1, 84.
7. Kespi Y. G., Darras J. C. Norv. Rev. int. Acupunct., 1973, 8, 9.
8. Fries K., Schwammerger K. Zbl. Gynäk., 1961, 7, 253.

УДК 617.721—002—08

Н. Д. ГЗГЗЯН, С. М. МУРАДЯН, М. В. ИСАЯН, А. Е. МАКАРЯН

### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИРИДОЦИКЛИТОВ

Для лечения травматических иридоциклитов предложено дополнительно применять пирогенал (внутримышечно), дексазон (парабульбарно) и индометацин (внутрь). Подобная комплексная методика дает стойкий терапевтический эффект.

Лечение травматических иридоциклитов сопряжено со значительными трудностями. Это связано с тем, что травматические процессы протекают тяжелее, удлиняют сроки лечения и могут быть причиной гибели глаза, а в некоторых случаях и симпатического воспаления второго глаза. Поэтому требуются эффективные лечебные мероприятия, ведущие к быстрой ликвидации воспалительного процесса.

Одним из средств, оказывающих достаточно хороший лечебный эффект на течение воспалительного процесса вообще и травматического, в частности, является пирогенал. В офтальмологии пирогенал впервые успешно применен в 1961 г. Е. В. Пацких [3] при кератитах, увеитах, блефаритах, а в 1965 г.—при кератитах, иридоциклитах, заболеваниях зрительного нерва, блефаритах и ячменях. Ю. И. Богданович, Г. С. Панамирчук [1] считают, что пирогенал следует рекомендовать как весьма эффективное средство в лечении травматических иридоциклитов. Р. С. Копциовская [2] отмечает хорошие результаты при лечении пирогеналом тяжелых ожогов глаз, последний способствует рассасыванию помутнений роговицы, предупреждает образование симблефарона. А. И. Хвойницкий [5] считает, что пирогенотерапия является эффективным вспомогательным методом патогенетического лечения эндогенных увеитов, кератитов и их последствий, послеожоговых и посттравматических поражений роговицы. Поэтому мы применили пирогенал при посттравматических иридоциклитах. Лечение пирогеналом по предлагающейся методике проводилось в комплексе с дексазоном парабульбарно и в виде инстилляций индометацином внутрь.

Пирогенал применяли ежедневно внутримышечно в нарастающих дозах от 50 до 250 мг с увеличением при последующих инъекциях до 10 мг в течение 15—30 дней в зависимости от тяжести за-

болевания. Дексазон вводился по 0,5 мл парабальбарно через день в течение 10—15 дней. В глаз закапывали дексазон 1:10—4 раза в день. Индометацин назначался по 1 таблетке 3 раза в день внутрь в течение 2—3 недель. Следует отметить, что во всех случаях больные получали терапию по предлагаемой методике на фоне предшествующего безрезультативного лечения различными средствами.

Под нашим наблюдением находилось 28 больных с травматическими иридоциклитами, из коих 9 имели проникающее ранение роговицы, радужки, 8—ранение роговицы, радужки и хрусталика, 7—ранение роговицы, склеры, радужки с выпадением стекловидного тела, 2—ранение роговицы, склеры с внутриглазным инородным телом и 2 больных были после контузии глазного яблока.

Оперативное вмешательство (хирургическая обработка ран, экстракция травматической катаракты, удаление внутриглазных инородных тел) было произведено 25 больным. Больные были в возрасте от 5 до 50 лет, давность заболевания—от 1 месяца до 2 лет. В стационарных условиях лечилось 25, амбулаторно—3 больных. Больные поступали в стационар с жалобами на боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, объективно—конъюнктивальная и перикорнеальная инъекции, отек роговицы, иногда преципитаты на эндотелий роговицы, гиперемия радужки, задние синехии, экссудат в области зрачка, гипотония и помутнение в стекловидном теле.

У большинства больных на 1—2-й день после лечения прекращались боли в глазу, наблюдалось рассасывание экссудата в передней камере, восстановление прозрачности влаги, а также расширение зрачка, разрыв спаек, начиналось рассасывание помутнений в стекловидном теле. После 3—4-й инъекции отмечалось прекращение светобоязни, слезотечения, отека роговицы, гиперемии радужки, а также нормализовалось внутриглазное давление, что наблюдалось в половине случаев. После 5—6 инъекций наблюдалось рассасывание преципитатов и повышение остроты зрения.

Визуальные данные лечения травматических иридоциклитов представляются затруднительными, т. к. снижение зрения зависело от положения роговичного рубца, наличия травматической катаракты, положения зрачка, помутнения в стекловидном теле. Оптический эффект оказался следующим: у 11 больных отмечено повышение остроты зрения от 0,3 до 1,0, у 4—от движения руки у лица до 0,2, у 8—равно движению руки у лица, у 5 больных равно 0 (до и после лечения).

В результате лечения по нашей методике получен положительный эффект у 21 больного, у 5 пациентов терапевтический эффект был нестойким. Двум больным, у которых состояние глаз при поступлении квалифицировалось как крайне тяжелое (вялотекущий торпидный процесс с наличием гноя в передней камере и стекловидном теле, гипотония с тенденцией к уменьшению глазного яблока), после безуспешного лечения мы были вынуждены произвести энуклеацию.

Приведенные выше данные дают основание считать, что предложенная нами комплексная методика является эффективным средст-

вом в лечении травматических иридоциклитов и может с успехом применяться в тех случаях, когда другие методы борьбы с этими тяжёлыми процессами оказываются неэффективными.

Кафедра глазных болезней  
Ереванского медицинского института

Поступила 24/VI 1988 г.

Ն. Դ. ԳՁԳԶԱՆ, Ս. Մ. ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ, Մ. Վ. ԻՍԱՅԱՆ, Ա. Ե. ՄԱԿԱՐՅԱՆ  
ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ԻՐԻԴՈՑԻԿԼԻՏԵՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍՍՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ինդամետացիների և պիրոգենալի կիրառմամբ կոմպլեքսային բուժման կուրս ստացող հիվանդների կլինիկական հետազոտությունների հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ այն մեծ հաջողությամբ կարելի է կիրառել տրավմատիկ իրիդոցիկլիտով տառապող հիվանդներին բուժման համար, այն զեպրերում, երբ բուժման այլ եղանակներն արդյունք չեն տալիս:

N. D. GZGZIAN, S. M. MOURADIAN, M. V. ISAYAN, A. Ye. MAKARIAN  
THE COMPLEX TREATMENT OF TRAUMATIC IRIDOCYCLITIS

For the treatment of traumatic iridocyclitis it is suggested to use additionally pyrogenal (intramuscularly), dexason (parabulbary) and Indometacin (per os). This complex method has a stable therapeutic effect.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Богданович Ю. И., Панамирчук Г. С. В кн.: Пирогенал. М., 1965, с. 254.
2. Копциовская Р. С. Там же, с. 273.
3. Пацких Е. В. Вестн. офтальмол., 1961, 4, с. 65.
4. Пацких Е. В. В кн.: Пирогенал. М., 1965, с. 265.
5. Хвойницкий А. И. Вестн. офтальмол., 1969, 4, с. 80.

УДК 616.935(47.925)

С. М. АГАДЖАНЫАН, Л. М. МХИТАРЯН

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ  
В АРМЯНСКОЙ ССР

Представлена характеристика некоторых клинико-эпидемиологических особенностей острой дизентерии у взрослых в АрмССР. Обнаружена изменчивость этиологической структуры дизентерии с тенденцией к снижению удельного веса серотипа Флекснера 1в и повышению высеваемости более вирулентных серотипов 2а и 6. Выявленная закономерность объясняет возрастающую в последние годы тяжесть клинического течения дизентерии.

Неослабевающий интерес к изучению шигеллёзов связан с отсутствием стойких положительных результатов в борьбе за снижение заболеваемости [7] и их доминированием в этиологической структуре острых кишечных инфекций [4]. В условиях Армянской ССР клинико-эпидемиологические особенности дизентерии изучены недостаточно. Это приводит к тому, что реализация профилактических мероприятий проводится без оперативного выявления основных детерми-