

го нерва. Кровоизлияния стали рассасываться. На 52-й день температура и пульс нормальны, общее состояние удовлетворительное. Глазное дно вернулось к норме на 57-й день.

На этом примере отчетливо видна взаимосвязь между динамикой застойного соска и состоянием внутричерепного давления, причем симптомы со стороны глазного дна несколько запаздывают в сравнении с течением неврологического состояния.

Нужно отметить, что во многих случаях, где клинически или на секции были обнаружены ранние осложнения, в виде менингита или лейкоменингита, со стороны зрительного нерва были видны только застойные явления. Воспалительные явления в виде неврита наблюдались очень редко. Это, по видимому, связано с тем, что при травме мозга долго длящийся отек и воспалительный экссудат повышают внутричерепное давление. Большое прогностическое значение имеет картина глазного дна при раннем осложнении в виде пролапса мозга. Наши наблюдения указывают, что при доброкачественном пролапсе, который скоро исчезает, глазное дно остается нормальным. Если же имеется пролапс мозга с ликворреей, а застойный сосок не имеет тенденции к регрессу, то прогноз обычно очень плохой. Всегда в этих случаях наступал летальный исход.

Долго длящийся застойный сосок с кровоизлиянием наблюдался большей частью при травматических абсцессах мозга.

Картина глазного дна имеет большое значение при решении вопроса о транспортабельности раненого. Опыт Отечественной войны показал, что только те раненые были вполне транспортабельны для эвакуации из армейского района, у которых наряду с удовлетворительным общим состоянием глазное дно было нормальным. Если же обнаружены патологические изменения на дне глаза, то эвакуация раненого или выписка в часть противопоказана.

В заключение необходимо указать, что однократный осмотр глазного дна дает

малоценные результаты. Только постоянное совместное наблюдение нейрохирурга, невропатолога и окулиста за сложным симптомокомплексом черепно-мозговой травмы в динамическом разрезе может быть эффективным.

Выводы:

1) При анализе клиники черепно-мозговой травмы необходимо учитывать динамику изменений глазного дна, так как однократный осмотр имеет небольшое значение.

2) На первичный отек мозга непосредственно после травмы зрительный нерв реагирует редко. Изменения глазного дна даже при тяжелых травмах черепа наблюдались не раньше 3-го дня. Последующее бурное набухание мозга или ранние инфекционные осложнения имеют свое отражение в патологии глазного дна в виде застойного соска.

3) При ранениях мягких тканей головы глазное дно нормально в 100 проц. Патология глазного дна при этих случаях указывает на повреждение самой мозговой ткани. При ранениях костей черепа патология на дне глаза обнаружена в 20 проц. при ранениях мозга изменения глазного дна обнаружены в 60 проц., главным образом, в виде застойных явлений со стороны зрительного нерва.

4) Застойные соски при ранениях мозга обнаружены в 20 проц. и, главным образом, при травматических абсцессах мозга.

5) Нормальное глазное дно указывает на благоприятное течение черепно-мозговой травмы.

6) Долго длящийся застойный сосок при пролапсе мозга или ликворрее является грозным симптомом в отношении прогноза.

7) Картина глазного дна имеет важное диагностическое и прогностическое значение и может служить подспорьем при решении вопроса о необходимости срочного оперативного лечения ранних осложнений или возможности эвакуации раненого из армейского района.

МЕТОДИКА УЧЕТА НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ (Предварительное сообщение)

Акад. В. П. Филатов, мл. научный сотр В. А. Рукин и Л. А. Малюга

Из Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова
(Директор — засл. деятель науки академик В. П. Филатов)

Успешность работы научного медицинского учреждения в значительной мере зависит от того, насколько хорошо поставлена в нем регистрация клинических материалов, на основе которых строятся научные работы.

Необходимо создать такую систему статистического учета, которая, будучи исчерпывающе полной, была бы в то же время предельно простой и наглядной.

Предлагаемая нами система вкратце заключается в следующем:

На больного, поступающего для лечения в стационар или амбулаторию, заполняется особый учетный листок, повторяющий в самом сжатом виде основные данные истории болезни или амбулаторной карточки.

После выписки больного учетный листок сдается в научно-статистический отдел и служит первичным документом для дальнейшей разработки.

Результаты разработки учетных листков в определенные сроки (у нас ежемесячно) выносятся на специальные таблицы, находящиеся в кабинете директора института.

Эти таблицы отражают клиническую и научную деятельность института и позволяют научному руководителю учреждения быть в курсе работы как отдельных сотрудников, так и всего учреждения в целом.

Особенность этих таблиц заключается в том, что как клетки, предназначенные для заполнения цифрами, так и все надписи в горизонтальных и вертикальных графах (диагнозы, виды тканевой терапии, названия операций, фамилии врачей) сделаны в виде съемных табличек. Это позволяет, по мере необходимости, менять содержание таблиц и пользоваться ими без замены, целый ряд лет.

При надобности зафиксировать цифровой материал на какой-нибудь определенный момент, с таблицы делается фотоснимок.

Идея устройства подобного рода передвижных таблиц была впервые предложена профессором Н. Н. Псащенко, доц. Е. Д. Дубовым и проф. А. З. Коздоба и опубликована ими в сборнике «Проблемы клинической онкологии» (Одесса, 1938).

Позже (в 1942—1943 г.г.) на принципе этих таблиц были устроены таблицы, применявшиеся в Украинском экспериментальном институте глазных болезней, восстановленном в Ташкенте на базе эвакуационного госпиталя 1262, академиком В. П. Филатовым и б. секретарем института Л. А. Малюга.

В дальнейшем, после возвращения института в Одессу, академик В. П. Филатов поручил детальную разработку как устройства самих таблиц, так и организацию всей системы учета научных материалов заведующему научно-статистическим отделом института мл. научному сотруднику В. А. Рукину.

Применив для наших таблиц идею устройства таблиц, применявшихся перед войной в Одесском онкологическом институте, мы совершенно изменили их форму и содержание, внесли ряд конструктивных изменений и упрощений и сделали съемными не только цифровой материал, но и почти все надписи текста.

На этом принципе у нас построены таблицы, отражающие важнейшие клинические проблемы, разрабатываемые институтом, эффективность тканевой терапии, операций и других методов лечения.

Кроме того, нами предложена отдельная оригинальная таблица для учета

выполнения научной тематики института.

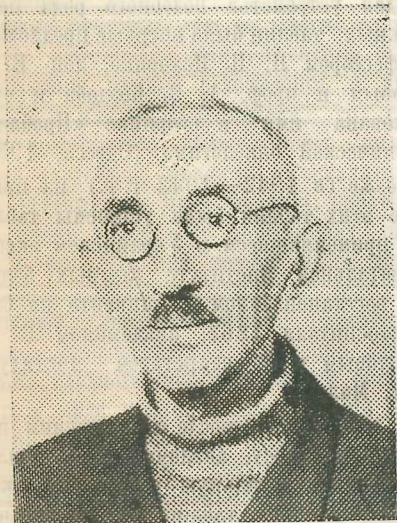
Эта таблица состоит из отдельных карманов, прикрепленных к фанерной доске.

Каждая тема имеет отдельный карман; в него вкладывается учетная карточка, на которой ежемесячно отмечается, что

сделано по теме выполняющим ее научным сотрудником.

Вышеописанная система учета клинических и научных материалов осуществляется в Украинском экспериментальном институте глазных болезней имени академика Филатова с 1 января 1946 года.

Л. П. ШМУЛЬЯН



3 января 1946 г. скончался один из старейших сотрудников глазной клиники Одесского гос. мединститута доцент Лев Петрович Шмульян.

Лев Петрович родился 4 апреля 1891 г. С момента окончания Одесского гос. мединститута в 1921 г. до августа 1939 г. Лев Петрович работал в глазной клинике Одесского гос. мединститута в качестве ординатора и ассистента. В июне 1937 г. он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Частичная сквозная пересадка роговицы от трупа».

В сентябре 1939 г. он был избран доцентом кафедры глазных болезней ОМИ и в этой должности работал до августа 1941 г. В годы Великой Отечественной войны работал начальником глазного отделения эвакогоспиталя в Дер-

бенте. Осенью 1945 г. Лев Петрович возвратился в Одесский гос. мединститут на свою прежнюю должность доцента кафедры глазных болезней.

Неожиданно и преждевременно оборвалась его беспримерная по честности и скромности, безупречная трудовая жизнь. Прекратилась его высокополезная 23-летняя деятельность в качестве врача, педагога, научного и общественного работника.

Как врач, Лев Петрович сочетал в себе высокую квалификацию, всестороннюю эрудицию, большой практический опыт и необыкновенное обаяние его большой, прекрасной души. Поэтому среди пациентов глазной клиники он всегда пользовался любовью, уважением, доверием и авторитетом.

Как педагог, он в течение многих лет участвовал в воспитании студентов и молодых врачей, с любовью посвящал преподавательской работе свои силы, способности и знания.

Как научный работник, Лев Петрович оставил литературное наследие в виде 38 научных работ, выполненных со свойственной ему исключительной добросовестностью и тщательностью.

На общественной работе Лев Петрович, как коммунист, был всегда примером дисциплинированности и преданности гражданскому и партийному долгу.

Расставившись с дорогим другом и товарищем, мы свято храним светлую память о нем, а прожитая им безупречная трудовая жизнь будет долго служить для нас образцом трудовой доблести, врачебного и общественного долга.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
От редакции	3
<i>Академик В. П. Филатов, В. А. Бибер и В. В. Скородинская</i>	
Об одном новом источнике биогенных стимуляторов	7
<i>Проф. С. Ф. Кальфа</i>	
Значение изменений эластонометрических кривых в характеристике глаукоматозного процесса	13
<i>Проф. А. Г. Васютинский</i>	
Пенициллин при тромбозе пещеристых синусов мозга	25
<i>Ст. научный сотр. И. Г. Еришковиц</i>	
Тканевая терапия контузионных хориоретивитов	26
<i>Ст. научный сотр. Д. Г. Бушмич</i>	
Выдавливание трахоматозных зерен и тканевая терапия в лечении трахомы	31
<i>Ст. научный сотр. М. Э. Кашук</i>	
Тканевая терапия глазных осложнений гипертонической болезни	36
<i>Доцент Б. С. Бродский</i>	
К вопросу о внедрении в глазную практику постоянных магнитов Бродского — Кальфа	40
<i>Майор мед. сл. Ш. Ю. Збарский</i>	
Глазное дно при свежих огнестрельных ранениях черепа	43
<i>Акад. В. П. Филатов, мл. научный сотр. В. А. Рукин и Л. А. Малюга</i>	
Методика учета научных материалов в научно-исследовательском клиническом учреждении	47
Памяти доцента Л. П. Шмульяна	48

колком разрывной пули в правый глаз. К нам поступил 14.X 1944 г. Правый глаз: имеется ранение свободного края наружной трети нижнего века. Соответственно этому месту ранение проникает через склеру в глазное яблоко на 7 часах у переходной складки. Глаз инъецирован, хемоз, радужка изменена в цвете, зрачок расширен, рефлекса нет, глаз мягкий и болезненный, зрение — 0. Рентген, произведенный у нас, обнаружил металлический осколок 0,2 на 0,4 см несколько впереди и выше турецкого седла. Левый глаз: норма, зрение — 1,0. Больной также прибыл в отделение, как ходячий.

№ 10. С—о И. К., сержант, 1923 г. рождения. История болезни № 5731. 31.VIII 1944 г. ранен осколком в левый глаз. Был без сознания. В ЭГ 1967 поступил 24.X 1944 г. с диагнозом: после энуклеации левого глаза. На предыдущем этапе после энуклеации перенес менингит. Рентген, произведенный у нас, показал: осколок локализуется слева на уровне турецкого седла; перелом основания черепа и задне-верхней стенки левой глазницы.

№ 11. С—д Н. И., ст. лейтенант, 1919 года рождения. История болезни № 5755. Ранен 7.X 1944 г. осколком снаряда в правый глаз и левую ключицу. В ЭГ 1967 поступил 24.X 1944 г. Имеется рассеченная рана в области левой ключицы. Рубчик в ниже-наружном углу правой орбиты на нижнем веке. Правый глаз: гемофтальм, зрение 1,0. Левый глаз: норма.

Рентген, произведенный у нас, показал: два металлических инородных тела; одно 2 на 0,4 см интракраниально в теменной области справа, второе 0,8 на 0,2 см у наружной стенки правой орбиты. Здесь же отмечается костная деструкция, распространяющаяся книзу. Диагноз: Слепое осколочное ранение в области ниже-наружного угла правой глазницы с повреждением стенки орбиты и контузией правого глаза. Ранение, проникающее в череп. Ранение в области левой ключицы.

Больной также был направлен в глазное отделение, как ходячий.

№ 12. З—в Г. Н., мл. сержант, 1920 года рождения. История болезни № 6015. Ранен 13.X 1944 г. осколком мины в правый глаз, левое бедро и правую голень. В ЭГ 1967 поступил 28.X 1944 г. Правый глаз: атрофичный, видно прободное ранение в области склеры на 12 часах, зрение — 0. Левый глаз: норма, зрение — 1,0.

Рентген, произведенный у нас, показал: металлический осколок 0,5 на 0,5 см интракраниально в левой лобной области.

Также поступил в глазное отделение, как ходячий.

№ 13. Ф—в А. Т., рядовой, 1912 года рождения. История болезни № 6123. Ранен 18.X 1944 г. осколком фугасной гранаты в правый глаз. В глазное отделение ЭГ 1967 поступил 6.XI 1944 г. Правый глаз: верхнее веко не поднимается, имеется след ранения в внутреннем углу орбиты на 2 мм выше внутренней спайки; движения глаза не ограничены; имеется субконъюнктивальная геморрагия, преломляющие среды прозрачны; со стороны дна имеется небольшая смывистость границ соска; наружная половина соска слегка побледневшая; имеется кровоизлияние на дне; зрение — 0,1. Левый глаз: норма, зрение — 1,0. Левая носогубная складка сглажена, паралич левой руки и пониженная активность левой ноги.

Рентген, произведенный у нас, показал: инородное тело размером 0,4 см в полости черепа справа в лобной области; перелом нижнего края правой орбиты; второе инородное тело размером 0,8 на 0,4 см под основанием черепа вблизи 1-го шейного позвонка.

№ 14. К—й С. О., рядовой, 1921 года рождения. История болезни № 6241. Ранен 2.XI 1944 г. осколком мины в область правой орбиты. К нам поступил 11.XI 1944 г. Правый глаз: у наружного края орбиты имеется слепое осколочное ранение величиной 2 на 2 см; глаз держит закрытым; верхнее веко опущено, отеком, не поднимается; приподняв веко

всклоподъемником, можно видеть разможенный глаз с разорванной склерой. Левый глаз: норма, зрение — 0,7.

Рентген показал: дефект костей и ткани наружного края правой орбиты с наличием металлического осколка 0,1 на 0,2 см у дна передне-черепной ямки.

№ 15. Привожу случай майора мед. службы Александровского, любезно сообщенный мне:

Рядовой З—в П. Б., 1920 года рождения, был ранен 20.III 1942 г. осколком авиабомбы в левый глаз. Через 6 часов был доставлен к нему в глазное отделение, где на второй день ему была произведена энуклеация. Через два дня после операции явления менингита, а на

третий день больной умер. На вскрытии оказался осколок в мозгу.

Выводы:

1) Каждый больной с прободным ранением глаза должен рассматриваться как черепной больной, особенно, когда имеется слепое ранение в области надбровной дуги.

2) Все больные, подлежащие операции энуклеации вследствие ранения глаза, должны обязательно пройти через рентгеновский кабинет с обязательным исследованием орбиты и мозгового черепа.

3) Больные с прободными ранениями глаз и слепыми ранениями в области надбровной дуги подлежат эвакуации лежа.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПИГМЕНТНОГО РЕТИНИТА

Ассистент А. Ю. Липкина

Из Украинского экспериментального института глазных болезней им. акад. В. П. Филатова (Директор—академик В. П. Филатов) и глазной клиники Одесского медицинского института (Директор—академик В. П. Филатов)

Терапия пигментной дегенерации сетчатки до настоящего времени считается бесперспективной.

Как консервативное лечение этого заболевания (антилютеическая терапия, стрихнин, электротерапия, амилнитрит, холин, гормональная терапия и др.), так и оперативное (экстирпация верхнего шейного узла, периферическая симпатэктомия и др.) остается безэффективным.

В кандидатской диссертации ассистента Вербиной «О лечении пигментного ретинита консервированными тканями» проведено наблюдение над 110 больными, получавшими тканевую терапию по методу академика Филатова.

Лечение проводилось в виде межмышечных инъекций рыбьего жира, имплантации плаценты под конъюнктиву, имплантации плаценты под кожу и пересадки консервированной кожи. Процент успеха выразился в 77,3. (См. табл.).

В наших наблюдениях лечение проводилось тканями консервированными, а за-

тем автоклавированными. Водный экстракт из листьев алоэ готовился следующим образом: листья алоэ, завернутые в

Метод терапии	Колич. случаев	Колич. случаев успеха
Инъекция рыбьего жира	60	52
Имплантация плаценты под конъюнктиву . .	22	22
Имплантация плаценты под кожу	6	—
Имплантация консервированной печени под кожу	5	4
Пересадка кожи	17	7
Всего	110	85

бумагу, кладутся на 15 суток в темноту, в предуктовое отделение ледника, затем колочки с листьев срезаются, листья обтираются спиртовым раствором бриллиантовой зелени, режутся ножницами на куски, растираются в ступке в кашичу и оставляются в ней на 1,5 часа для настаивания, затем разводятся дистил-

диффузной водой в пятикратном размере, кипятятся в течение 5 минут, фильтруются, оставляются на 8 часов для отстаивания, снова фильтруются, кипятятся в течение 3 минут и разливаются в стерильные ампулы, которые запаиваются и ставятся в автоклав на 1 час при

плантацией консервированной автоклавируемой кожи трупа или животного. Другие комбинации — инъекции экстракта алоэ с инъекциями рыбьего жира, фоликулина и др. проводились в единичных случаях и потому я останавливаться на них не буду.

Таблица 1

Фамилия больного	Колич. инъекц.	Зрение до лечения		Зрение по- сле лечения		Чтение на близ- ком рас- стоянии до лече- ния	Чтение на близком расстоянии после лече- ния	Поле зрения	Адапта- ция
		пр. гл.	лев. гл.	пр. гл.	лев. гл.				
В—ко	30	0,6	0,6	1,0	1,0	Шр. № 7	Шр. № 1	Расш.	Б. изм.
Р—н	23	0,03	0,06	0,06	0,06	Не чит.	Без измен.	Расш.	Б. изм.
П—ый	40	0,01	0,01	0,3	0,2	Не чит.	Шр. № 10	Расш.	Повыс.
В—н	25	0,05	0,05	0,1	0,1	Не чит.	Шр. № 9	Расш.	Повыс.
Ш—ро	50	Непр. проект.	0,4	0,1	0,55	Шр. № 9	Шр. № 6	Расш.	Б. изм.
К—в	50	0,1	0,01	0,3	0,1	Не чит.	Шр. № 9	Расш.	Б. изм.
Л—т	31	0,2	0,2	0,3	0,3	Шр. № 10	Шр. № 9	Расш.	Повыс.
М—ч	22	0,5	0,7	0,5	0,7	Шр. № 6	Шр. № 6	Б. изм.	Б. изм.
Д—х	17	Движ. руки не увер. пр. свет.		0,01	0,01	Не чит.	Не читает	Расш.	Б. изм.
Х—ч	18	0,1	0,1	0,1	0,2	Не чит.	Шр. № 10	Расш.	Б. изм.
Г—кая	9	0,1	0,5	0,6	0,65	Шр. № 4	Шр. № 4	Б. изм.	Б. изм.
А—ва	15	0,2	0,2	0,35	0,35	Не чит.	Шр. № 10	Расш.	Б. изм.
С—к	12	0,03	0,03	0,08	0,05	Не чит.	Не читает	Расш.	Б. изм.
С—в	21	0,05	0,06	0,08	0,07	Не чит.	Шр. № 10	Расш.	Б. изм.
Ж—ва	30	0,02	0,02	0,06	0,06	Не чит.	Не читает	Расш.	Б. изм.
Г—к	30	0,3	0,3	0,8	0,55	Шр. № 7	Шр. № 3	Расш.	Повыс.

120 град. при давлении в 1,5 атмосферы. Имплантации производились либо консервированных автоклавируемых таким же способом листьев алоэ, либо кожи трупа или животного. Кожа консервируется в течение 7 суток в леднике при температуре 2—4 гр. выше 0, подкожная клетчатка срезается, кожа кладется в чашку Петри и автоклавируется. Рыбий жир для межмышечных инъекций тиндализуется в течение 3 дней в водяной бане при температуре 70—90 град. по 1 часу ежедневно.

Материал, представленный в данной работе, состоит из 30 случаев: 14 мужчин и 16 женщин. Лечение проводилось либо только инъекциями водного экстракта консервированных автоклавируемых листьев алоэ, либо в комбинации с им-

плантацией консервированной автоклавируемой кожи трупа или животного. Другие комбинации — инъекции экстракта алоэ с инъекциями рыбьего жира, фоликулина и др. проводились в единичных случаях и потому я останавливаться на них не буду.

Таблица 1 представляет сводные данные лечения 16 больных с пигментным ретиinitом инъекциями консервированного автоклавируемого водного экстракта листьев алоэ. При разборе таблицы следует отметить, что зрение вдаль повысилось у 15, чтение шрифтов на близком расстоянии улучшилось у 12, поле зрения расширилось у 14, адаптация повысилась у 4 больных. Только у 1 больного (табл. 1, № 8) ни одна из функций не изменилась. Это — больной 58 лет, у которого сохранились в относительно хорошем состоянии все функции и проявление заболевания было отмечено им в виде наступления гемералопии 10 — 12 лет назад.

На таблице 2 представлено 8 больных, которым, кроме инъекций алоэ, было сде-

Таблица 2

Сводная таблица данных лечения пигментного ретинита инъекциями алоэ в комбинации с имплантацией консервированной автоклавируемой кожи гомо- или гетерогенного происхождения

Фамилия больного	Колич. имплант. и инъекц.	Зрение до лечения		Зрение по- сле лечения		Чтение на близ- ком рас- стоянии до лече- ния	Чтение на близком расстоянии после лече- ния	Поле зрения	Адапта- ция
		пр. гл.	лев. гл.	пр. гл.	лев. гл.				
Н—ский	3 импл. 32 ин.	0,2	0,2	0,25	0,25	Шр. № 10	Шр. № 8	Расш.	Б. изм.
Ш—кая	3 импл. 35 ин.	0,04	0,05	0,09	0,2	Не чит.	Шр. № 10	Расш.	Повыс.
Ш—па	1 импл. 11 ин.	0,2	0,5	0,25	0,7	Шр. № 8	Шр. № 8	Б. изм.	Б. изм.
П—ва	1 импл. 15 ин.	0,2	0,2	0,2	0,2	Шр. № 4	Шр. № 4	Расш.	Повыс.
О—в	1 импл. 11 ин.	0,1	0,1	0,3	0,4	Не чит.	Не чит.	Б. изм.	Б. изм.
П—кий	2 импл. 33 ин.	0,03	0,03	0,05	0,08	Не чит.	Не чит.	Расш.	Б. изм.
К—ч	2 импл. 15 ин.	0,06	0,07	0,07	0,1	Не чит.	Не чит.	Расш.	Б. изм.
Б—в	2 импл. 30 ин.	0,02	0,03	0,06	0,05	Не чит.	Не чит.	Расш.	Повыс.

лабь некоторое количество имплантаций. Только одному больному (№ 6) произведены были 2 имплантации гетеро-кожи. Анализируя таблицу, видим, что острота зрения повысилась у 7, чтение шрифтов улучшилось у 2, поле зрения расширилось у 6, адаптация повысилась у 3 больных.

Остальные 6 больных получили комбинационное лечение в виде инъекций экстракта алоэ в комбинации с имплантацией листа алоэ, инъекций алоэ в комбинации с инъекциями рыбьего жира: иногда к инъекциям того и другого присоединялась и имплантация кожи трупа; в одном случае прибавлены были инъекции фоликулина и т. д. Ввиду того, что эти разнообразные комбинации проводились одному и тому же больному, мы не останавливаемся на разборе результатов лечения. В каждом отдельном случае терапия неизменно начиналась с инъекций алоэ, число инъекций доходило до 5—8. Если к этому сроку ни одна из функций не давала улучшения, к инъекциям алоэ добавлялась имплантация кожи, либо на-

чиналось чередование инъекций алоэ с инъекциями рыбьего жира, либо имплантация листьев алоэ.

Из 30 больных, подвергшихся лечению, 4 больных наблюдались по одному году, 2 — по 10 мес., 1 — 7 мес., 1 — 6 мес., остальные 22 наблюдения — менее 6 месяцев. Срок наблюдения начинает исчисляться с момента обращаемости, так как мы приступали к инъекциям всегда сразу, учитывая бытовые условия больных, которые в большинстве случаев являлись многогородными и срок их пребывания всегда был ограниченным.

Из приведенных таблиц видно, что наибольшее количество больных (16 чел.) получили терапию в виде инъекций водного экстракта алоэ. Лечебный эффект выражался в повышении остроты зрения, расширении поля зрения, улучшении чтения на близком расстоянии и улучшении темновой адаптации. Эта последняя труднее всего поддается улучшению. В случаях, когда она повышалась после проведенной терапии, повышался начальный порог и копечный ее уровень, но неизменно она оставалась значительно

ниже нормальной и держалась всегда на крайне низких цифрах. В отношении остроты зрения количественно эффект выражался в повышении зрения с движения руки у лица до 0,02—0,03, с 0,03 до 0,2, с неправильной проекции света до 0,1, с 0,01 до 0,3, с 0,3 до 0,8. Там, где у больных зрение выражалось в сотых, острота зрения не подымалась выше 0,2—0,3; там же, где зрение было выражено в десятых, острота зрения прибавлялась иногда и на 0,5.

Когда речь идет о расширении поля зрения, то отмечалось его расширение концентрически на 10—15—20 град., иногда в поле зрения на периферии появлялись участки, в которых больной видит объект, иногда абсолютная центральная скотома переходила в относительную, иногда исчезала относительная скотома. Наиболее эффективными оказались инъекции консервированного автоклавируемого водного экстракта алоэ. У большинства больных повышение какой-либо функции наступало между 5—8—10 инъекциями и повышалось некоторое время. После 40—50 инъекций наступала стабилизация процесса и мы прекращали инъекции, отпуская больного домой, предупреждая в каждом отдельном случае больного, что при начале снижения достигнутых результатов курс лечения следует повторить. Непременная связь с больными не прекращалась с их отъездом. Только один из уехавших больных почувствовал снижение функций после ванн и грязевых воротников, принимавшихся им по поводу неврологического заболевания, и вернулся для повторного курса лечения.

Анализируя материал, надо сказать, что больные почти все, за редкими исключениями, представляют чрезвычайно тяжелые случаи, как в смысле резкого падения всех функций, так и в смысле длительности процесса. У 1 больного не удалось выяснить начало заболевания, у 10 больных болезнь длилась до 10 лет, у 9 больных срок заболевания от 10 до 20 лет, у 6—срок заболевания от 24 до 30 лет, у 4—выше 30 лет. Очень незна-

чительное количество больных подвергалось какому бы то ни было лечению в прошлом. Лишь некоторым до войны проводились межмышечные инъекции рыбьего жира в Институте экспериментальной офтальмологии в Одессе, причем больными отмечалось неизменное улучшение, длившееся в течение нескольких лет.

Из сочетаний с другими заболеваниями отметим: в 1 случае—хроническая воспалительная глаукома (оперированная) и начальная катаракта, в 6—задняя полярная катаракта, в 4—помутнения в стекловидном теле, в 2—нистатм, в 1—расходящееся косоглазие, в 1—миопический астигматизм, в 2—миопия и 2 случая представляли атипическую картину: пигментный ретинит без пигмента.

На нашем материале случаев неуспешной терапии не было, за исключением одного больного (табл. 1, № 8), у которого все функции остались без изменения. У 6 больных, не вошедших ни в одну из таблиц и получивших смешанную терапию несколькими тканями, также неизменно получалось улучшение той или иной из функций.

Позволю себе остановиться на двух историях болезни, представляющих особый интерес, так как в них речь идет о повышении зрения с неправильной проекции света до 0,1 в одном случае и с 0,01 на оба глаза до 0,3 и 0,2—в другом. В последнем случае речь идет о больном, в течение ряда лет не имевшем возможности по вечерам передвигаться без провожатого, неработоспособного, которому инъекции алоэ вернули способность работать, читать и писать.

1. Больной П—ный, 29 лет (амб. карт. № 57999). Считает себя больным с детства. Особенно резко стало падать зрение с 1938 г., после контузии. В 1939 г. лечился инъекциями стрихнина без эффекта, затем получил 15 инъекций рыбьего жира с некоторым улучшением. С тех пор не лечился. Объективно: сосочки зрительных нервов обоих глаз бледны, с восковидным оттенком, артерии резко сужены, на правом глазу едва видны, склероз сосудов хориоидеи, боль-

ное количество пигментных очагов в виде «костных телец». Острота зрения каждого глаза равна 0,01, поле зрения концентрически сужено до 5 град. Шрифтов никаких не читает. С 17.II 1945 г. больной получал через день инъекции водного экстракта консервированного автоклавируемого алоэ по 0,5 куб. см через день в течение 3 месяцев. Всего получил 40 инъекций. Все функции постепенно нарастали, к концу лечения острота зрения правого глаза с 0,01 возросла до 0,3, острота зрения левого глаза с 0,01 до 0,2. Поле зрения расширилось концентрически на обоих глазах с 5 гр. до 12—14—12—13. Больной читает шрифт Сивцева № 10. Адаптации опять до начала лечения у больного не удавалось. После окончания лечения адаптационная кривая: начало—4, конец—98; гемералопия у больного имеется, но менее резко выражена, чем в начале. Больной получил способность писать. Поступил на работу в качестве ночного(!) сторожа. Кроме того дома занимается сапожным ремеслом. Особо следует отметить, что больной в течение ряда лет страдал ежедневными приступами малярии, сопровождавшимися потерей сознания на период до получаса. До и после приступа головная боль и боли в области сердца. Малярия проверена лабораторно, имеется кардионевроз. Уже после 10-й инъекции приступы малярии и сопровождавшие их сердечные припадки стали все реже, а после 20 инъекций совершенно исчезли. Лабораторно плазмодий малярии обнаружен и в конце лечения. Срок наблюдения 9 месяцев.

2. Больной Ш—ро, 35 лет (амб. карт. 60573). 11.VII 1945 г. обратился с жалобами на гемералопию с детства и падение центрального зрения с 1941 г. Не лечился. При офтальмокопии типичная картина пигментного ретинита. Правый глаз в положении дивергенции, острота зрения его равна неправильной проекции света. Острота зрения левого глаза равна 0,4. Поля зрения правого глаза взяты

не удалось, поле зрения левого глаза сужено концентрически до 10 гр. Левым глазом с трудом читает шрифт Сивцева № 9. Адаптационная кривая начинается на 3, доходит на середине исследования до 245, к концу исследования на уровне 8. Большой получил 50 инъекций алоэ. Острота зрения правого глаза поднималась с неправильной проекции света до 0,1, острота зрения левого глаза поднималась с 0,4 до 0,55. Поле зрения правого глаза ранее не могло быть снято, к концу лечения взято объектом в 5 мм, сужено в пределах 5 гр.; поле зрения левого глаза концентрически расширилось на 4-5 гр. Читает правым глазом шрифт № 10, левым глазом—шрифт № 6. Адаптационная кривая на том же уровне. Срок наблюдения 5 месяцев.

Выводы:

1. Инъекции водного экстракта консервированного автоклавируемого алоэ являются эффективным терапевтическим средством в борьбе с таким тяжелым прогрессирующим дегенеративным процессом в сетчатке, как пигментный ретинит.

2. Благоприятные результаты, полученные на таком тяжелом материале, какой представлен в настоящей работе, дает право думать, что в более легких и свежих случаях эффект от тканевой терапии может быть еще сильнее.

3. При помощи тканевой терапии можно добиться сохранения, а иногда и возвращения утраченной трудоспособности при таком безнадежно прогрессирующем заболевании, как пигментный ретинит.

4. На нашем материале оказалось, что наиболее эффективным являются дозы в 0,5 куб. см через день.

5. По эффекту действия комбинация инъекции водного экстракта алоэ с имплантациями кожи стопт из следующем месте после применения чистого алоэ.

Настоящая работа является первым сообщением о действии автоклавируемых тканевых материалов при пигментном ретините.