

Грипп предшествовал развитию герпетического кератита у 11 больных, травма — у 3.

25 больных поступили с рецидивом герпетического кератита, у 15 заболевание развилось впервые.

У большинства больных наблюдалась тяжелая форма герпетического кератита. Поражение древовидного типа было у 7, дисковидная форма — у 6. Чувствительность роговой оболочки в местах инфильтрации и помутнения или была в значительной степени понижена, или полностью отсутствовала.

В большинстве случаев больные поступали в отделение после длительного безрезультатного амбулаторного лечения.

Мы применяли не только местное симптоматическое лечение, но и общую стимулирующую терапию и новокаиновую блокаду.

Новокаин вводили ретробульбарно (2 мл 1% раствора) или перивазально в темпоральную область (4—5 мл 1% раствора).

Отдельным больным проводили курс внутримышечных инъекций 1% раствора димедрола.

У 19 больных с тяжелыми герпетическими кератитами нами применены подконъюнктивальные инъекции пенициллина с аутокровью по следующей методике: пенициллин в концентрации 100 000 ед. в 1 мл с аутокровью больного, взятой из вены ее темпореае, в смеси по 0,5 мл вводили под конъюнктиву глазного яблока ближе к переходной складке. В зависимости от тяжести заболевания инъекции повторялись через 3—4 дня, максимально 5 раз за курс лечения.

Непосредственно после инъекции больные отмечали боли, которые исчезали через 4—5 мин. Иногда уже после первой инъекции субъективно и объективно наблюдалось улучшение состояния роговицы.

По нашим наблюдениям, подконъюнктивальные инъекции пенициллина с аутокровью больного способствовали более быстрому рассасыванию инфильтрации роговицы и последующей эпителизации язвенной поверхности.

Каких-либо осложнений от указанных инъекций мы не наблюдали. После курса лечения, как обычно, проводилась рассасывающая терапия, чаще всего ионофорез с дионином или йодистым натрием.

## ВЫВОДЫ

Подконъюнктивальные инъекции пенициллина с аутокровью при герпетических формах кератита ускоряют рассасывание инфильтрации и эпителизацию и могут быть рекомендованы как дополнительный способ лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман И. А. Вестн. офт., 1959, 3. — 2. Кацнельсон А. Б. Там же, 1959, 3; там же, 1962, 3. — 3. Лаврентьева А. М., Маевская Т. М. Там же, 1963, 3. — 4. Маланова Н. Л. Мат. I Всерос. съезда офтальм. М., 1963. — 5. Ривкина Е. О. Офтальм. журн., 1963, 4.

## СИДЕРОЗ ГЛАЗА

УДК 617.7—001

Л. З. Рубинчик

*Глазное отделение (зав. — А. Н. Копылов) Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников), Казань*

Более 100 лет назад Грефе впервые описал изменение цвета радужной оболочки вследствие внедрения в глаз железного осколка. Бунге (1890) для характеристики изменений, происходящих в глазу под влиянием попавших в него железных инородных тел, ввел термин «сидероз». С тех пор опубликовано несколько сот работ о сидерозе глаз.

В настоящее время благодаря своевременной диагностике, наличию мощных электромагнитов получена возможность удалять железные осколки, попавшие в глаз, поэтому случаев сидероза глаз встречаются довольно редко.

Приводим наше наблюдение.

К., 34 лет, шофер, в мае 1963 г. во время работы получил проникающее ранение левого глаза металлическим осколком. Обратился в участковую больницу, где врач сказал первую помощь и назначил капли в глаз. Передний отрезок глаза был совершенно спокоен, ни на роговице, ни на склере врач не обнаружил места прони-

кающего ранения, и подозрение на наличие инородного тела в глазу не возникло. С марта 1964 г. больной стал замечать ослабление зрения левого глаза, особенно ночью; изменился цвет радужки. В апреле 1964 г. больной был принят на стационарное лечение с диагнозом: сидероз левого глаза, инородное тело в глазу.

Левый глаз — легкая светобоязнь, глазное яблоко несколько инъецировано, роговица прозрачна, передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна, радужная оболочка ржаво-коричневатого цвета, рисунок смазан. Зрачок расширен, вяло реагирует на свет. При осмотре щелевой лампой на передней капсуле хрусталика по краю расширенного зрачка определяются желтовато-коричневые пятнышки. Легкое диффузное помутнение стекловидного тела, глазное дно не изменено. Внутриглазное давление 26 мм (по Маклакову). Поле зрения сужено на 10—15° в верхненаружном квадранте. Темновая адаптация значительно понижена, острота зрения = 0,5. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0.

Произведены рентгенографические исследования левой глазницы. На переднем снимке с протезом Балтина тень инородного тела едва просматривалась, на боковом снимке была яснее. Более четко она просматривалась на бесскелетном снимке переднего отрезка глаза по Балтину. При наложении схем-измерителей Балтина удалось установить, что инородное тело  $1,5 \times 1,0$  мм находится по меридиану 7 час. на глубине 6 мм, на расстоянии 11,5 мм от анатомической оси, следовательно, в цилиарном теле. Произведено диасклеральное удаление инородного тела постоянным магнитом. Извлечен окислившийся железный осколок, сразу же распавшийся на мелкие крошки. В послеоперационном периоде больной чувствовал себя хорошо. В глаз закапывали дезинфицирующие и рассасывающие средства. Помутнение стекловидного тела частично рассосалось, инъекция глазного яблока исчезла, острота зрения возросла до 0,9.

Наше наблюдение показательное в том отношении, что при возникновении подозрения на наличие металлического инородного тела в глазу следует своевременно производить рентгенографическое исследование.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.12—008.313

### И. Л. Поверенный (Златоуст). К клинике мерцательной аритмии

При изучении 240 историй болезни нами установлено, что мерцательная аритмия осложняет течение атеросклеротического коронарокардиосклероза в 30%, митральных пороков — в 27%, тиреотоксикоза — в 8%, гипертонической болезни — в 5% всех наблюдений.

При коронарокардиосклерозе мерцательная аритмия в 81,5% возникает в срок до 5 лет, а при митральной болезни у 80% больных — после 10 лет, при гипертонической болезни у 78% больных также после 5 лет.

Наибольшее количество больных с мерцательной аритмией при коронарокардиосклерозе и гипертонической болезни встречается в возрасте 60—69 лет, тогда как до 50 лет при указанных заболеваниях мерцательная аритмия не наблюдалась. При митральной болезни наибольшее количество больных падает на возраст 40—49 лет.

Для клиники мерцательной аритмии характерна тетрада жалоб: сердцебиение, боли в сердце, головокружение и слабость. Мерцательная аритмия чаще (72%) встречается у женщин, чем у мужчин, при этом не столько у больных с митральной болезнью (66%), которая чаще встречается у женщин, сколько у больных с коронарокардиосклерозом (90%).

УДК 616.127—002

### А. С. Зиновьев (Омск). К клинике и патологической анатомии идиопатического миокардита

Идиопатический миокардит чаще возникает у здоровых лиц с крепким телосложением в возрасте 20—30 лет.

Наиболее принятой является теория аллергического происхождения заболевания в связи с различными инфекционными процессами (тонзиллит, вирусные заболевания) и интоксикациями (прием лекарственных препаратов и др.).

Приводим наше наблюдение.

А., 23 лет, поступил 23/XI 1963 г. с жалобами на боли в груди, одышку, кашель, головную боль. Болен в течение 6 дней. Заболевание связывает с простудой. Вначале