

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 1,5×1,0 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