

считают наиболее целесообразным оперативное лечение. Лапаротомия должна быть произведена своевременно (по возможности раньше), хотя иногда и поздняя операция может спасти больную. В случае Крупского и Савицкого больная была в очень тяжелом состоянии, при операции было резецировано 304 см тонких кишок и все же жизнь больной была спасена. Несмотря на отдельные успешные случаи мы не можем согласиться с выводами Мусатова, что при непроходимости кишок во время беременности нужно произвести консервативное родоразрешение; в случаях Тарновского, Мейера, Абрамсона и Бара больные после родоразрешения *per vias naturales* погибли; Горнунгу и Жаботинскому после консервативного родоразрешения все же пришлось делать лапаротомию, так как явления *ileus'a* не проходили. Если мы примем во внимание, что выздоровление после операции во многом зависит от длительности заболевания и что с каждым часом шансы на выздоровление уменьшаются, то станет понятным, что не следует медлить с операцией.

**Выводы.** 1. *Ileus* при беременности может возникнуть на почве механического сдавления кишки беременной маткой.

2. При наличии общих причин, способствующих *ileus'u* (спайки, запоры, длинная брыжейка), беременные особенно предрасположены к этому заболеванию, ввиду нарушения физиологического электролитного равновесия и смещения кишок растущей беременной маткой.

3. Диагноз *ileus'a* при беременности затруднен, поэтому акушеры должны хорошо знать симптоматику и клинику *ileus'a*.

4. Несмотря на наличие случаев чисто механического сдавления кишки беременной маткой, когда одного родоразрешения бывает достаточно для излечения, надо предпочесть лапаротомию, дающую в два раза меньшую смертность.

Поступила в ред. 22.XII. 1937.

---

Из глазной клиники Винницкого медицинского института (зав. доц. И. А. Данилевский) и Вин. филии Укр. ин-та неотложной хирургии и переливания крови (зав. проф. Г. М. Гуревич).

## Переливание крови при некоторых глазных заболеваниях.

Л. В. Прицкер.

Трансфузия крови, давно и успешно применяемая как лечебный метод в хирургии, терапии и других отраслях медицины, проникла в офтальмологию относительно недавно.

Первые шаги в этом направлении сделаны В. Н. Архангельским, применившим в 1931 году переливание крови при помутнениях стекловидного тела. Дальнейшие сообщения немногочисленны и касаются главным образом помутнений стекловидного тела (Баташев, Крылов).

При симпатической офталмии в 2 случаях переливание применено П. Ф. Архангельским<sup>1)</sup>.

С тех пор вышло еще три работы, касающиеся скрофулезных заболеваний глаз и рецидивирующих кровоизлияний в стекловидное тело<sup>2)</sup>.

В нашей клинике наблюдения над действием переливания крови при различных глазных заболеваниях, главным образом при увеитах, проводятся с 1936 г.

Результаты, полученные как вышеупомянутыми авторами, так и нами, в большинстве случаев благоприятны и побуждают к дальнейшим наблюдениям в этом направлении.

Данная статья касается результатов переливания крови 12 больным при увеитах разной этиологии, симпатической офталмии и помутнениях стекловидного тела, при высоких степенях близорукости с патологическими изменениями глазного дна.

Больные предварительно всесторонне обследовались клинически и лабораторно. Во внимание принимались противопоказания со стороны сердечно-сосудистой системы, легких, почек и проч. Трансфузия проводилась сотрудниками Вин. филии Укр. института переливания крови небольшими дозами по 200—250 см<sup>3</sup>, в тяжелых случаях повторно 2—3 раза с интервалами в 8—14 дней. Кровь употреблялась консервированная. Срок консервации не позже 3—4 дней.

Как правило, больные переносили трансфузию хорошо, отвечая на нее некоторым подъемом температуры (редко выше 38,5°), легким ознобом, головной болью. Обычно все эти явления проходили к утру следующего дня. Угрожающих явлений мы не наблюдали ни разу.

Следует отметить, что в начале наших клинических наблюдений мы прибегали к трансфузии крови, как к *ultimum refugium*, лишь по исчерпанию всех средств общего и местного лечения, оставшихся без должного эффекта. Но часто отмечаемое нами благоприятное влияние, а иногда и резкий перелом в патологическом процессе, при отсутствии осложнений со стороны общего самочувствия больного — побудили нас ввести трансфузию в обиход наряду с другими стимулирующими средствами и даже предпочтительно перед ними, особенно в случаях хронически протекающих инфекций.

По поводу увеита переливание сделано 4 больным, из них одному с внутриглазным инородным телом в единственном глазу. Привожу краткие выдержки из историй болезни:

1. Б-ой К., 38 лет (ист. бол. № 895), поступил в клинику 4/III 1937 г. с диагнозом: *uveitis oc. utr.* Продолжительность заболевания 3 месяца. RW — отрицательная, р. Манту — слабо положительная.

О. d: отсутствие воспалительных явлений; задние синехии, помутнение стекловидного тела; дно неясно видно. Vis. = 0,2 при эмметропии. Tensio в пределах нормы.

<sup>1)</sup> Литература по данному вопросу приведена в моей работе „Переливание крови при увеитах“ (В. О. 1937, т. V).

<sup>2)</sup> Чутко, В. О. 1938, т. XII, в. I. Котельников, там же. Волович и Гринглаз, там же, в. 2.

O. s: слабая перикорнеальная гиперемия; изменение цвета радужки; неправильная форма зрачка; обильные помутнения в стекловидном теле. Tensio ниже нормы. Visus = 0,02. R = E. Под влиянием местного лечения в состоянии больного в течение 10 дней не наступило улучшения.

14/III произведена трансфузия 200 см<sup>3</sup> консервированной крови.

19/III ослабление воспалительных явлений на левом глазу и значительное прояснение стекловидного тела обоих глаз.

Vis. o. d. = 0,4; Vis. o. s. = 0,05. В последующие дни улучшение быстро прогрессирует, и зрение повышается на правом глазу до 0,8; на левом — до 0,1.

2/III повторно переливается 200 см<sup>3</sup> консервированной крови, после чего вполне проясняется стекловидное тело правого глаза и частично — левого.

При выписке 6-ого 31/III зрение правого глаза достигает 1,0, левого — 0,2. Таким образом, под влиянием двукратного переливания крови за короткое время улучшилось состояние глаз и повысилась их зрительная функция.

2. Б-ой Ж., 47 лет (ист. бол. № 235). Поступил в клинику по поводу увеита правого глаза, длящегося 2-й год. В анамнезе отсутствие инфекционных заболеваний. Рот, нос и околоносовые пазухи — норма. RW — отрицательная. Клиническое и рентгеноскопическое исследование легких не обнаруживает патологических изменений.

Status praesens 6-ого глаза: перикорнеальная гиперемия, масса мелких преципитатов на десцеметовой оболочке; часть их темного цвета. Узкий, неправильной формы зрачок; задние синехии; гиперемия сосудов радужки. Глазного дна не видно из-за обильных помутнений стекловидного тела. Зрение равно движению руки. Левый глаз здоров. Зрение его нормально. В результате обычного местного лечения несколько расширился зрачок и зрение повысилось до 0,02.

После двукратного переливания крови по 200 см<sup>3</sup> исчезли воспалительные явления; уменьшилось количество преципитатов; оставшиеся преципитаты, рассматриваемые в щелевую лампу, имеют звездчатую зазубренную форму. Стекловидное тело значительно прояснилось, видно глазное дно. Зрение с 0,02 поднялось до 0,2.

В некоторых случаях нам приходилось применять переливание крови при очень тяжелых, далеко зашедших процессах, где не было никакой реальной надежды на восстановление глаза в функциональном отношении и где к переливанию мы прибегали для скорейшей ликвидации воспалительных явлений, хотя бы и без восстановления функции глаза. Таковы 2 нижеследующих случая хронического увеита.

3. Б-ой В., 34 лет (ист. бол. № 2441). Диагноз: uveitis oc.—s. Начало заболевания в 1935 году; периодическое воспаление глаза; постепенное ослабление зрения. Последнее обострение началось в мае 1937 года, и сопровождается нестерпимой болью. Месяц тому назад глаз перестал видеть. RW — отрицательная. Р. Манту — отрицательная. Этиология заболевания осталась невыясненной. Предполагалась связь с больными зубами, но удаление двух зубов облегчения больному не принесло.

Больной поступил в клинику 29/VI 1937 года. Общее состояние подавленное. Плачет от боли. При исследовании левого глаза констатируется: резкая перикорнеальная гиперемия; гиперемия и стертость рисунка радужки; зрачок средней ширины; рефлекс со дна глаза очень слабый, вследствие помутнения стекловидного тела. Резкая болезненность в области цилиарного тела. Tensio пальпаторно ниже нормы. Зрение равно светоощущению. Проекция света неправильна.

В день поступления больного в клинику, 29/VI, извлечено из левого виска льявкой Гертлу 10 см<sup>3</sup> крови, и через 3 часа сделано переливание 200 см<sup>3</sup> крови.

30/VI общее самочувствие больного бодрое. Боль в глазу прекратилась, уменьшились явления раздражения глаза. 3/VII зрачок шире, рефлекс со дна глаза ярче.

В данном случае однократное переливание сразу купировало мучительную боль и ослабило воспалительные явления в сле-

том глазу. Надо полагать, что обусловленное трансфузией ослабление воспалительных явлений уменьшает сдавливание окончаний чувствительных нервов, чем и объясняется часто отмечаемое нами аналгетическое действие переливания крови.

4. Б-й М., 13 лет (ист. бол. № 459), поступил в глазную клинику 25/1 1937 г. с явлениями увеита на единственном правом глазу. Согласно анамнезу оба глаза были ранены при взрыве капсуля в 1935 году, причем левый глаз был удален на следующий день после ранения, а правый, в котором предполагался небольшой медный осколок, не обнаруживаемый рентгеном, сохранил при выписке 0,04 зрения и был вполне спокоен в течение 2 лет. Явления со стороны больного глаза при поступлении в клинику: резкая светобоязнь и слезотечение, перикорнеальная гиперемия; помутнение влаги передней камеры; зрачок узок; рефлекс с глазного дна отсутствует; болезненность в области цилиарного тела. Зрение равно светоощущению, при правильной светопроекции. 26/1 произведено переливание 230 см<sup>3</sup> консервированной крови. На следующий же день уменьшение воспалительных явлений; при просвечивании — красный рефлекс. Улучшение зрения до счета пальцев в 10 см от глаза. После повторного переливания, произведенного 1/11, зрение постепенно повышалось и больной выписался 26/II с совершенно спокойным глазом и зрением 0,2. Несомненное улучшение, наблюдавшееся у данного больного, носило, как и можно было ожидать при наличии инородного тела в глазу, только временный характер. Через два месяца появилась отслойка сетчатки, и глаз в функциональном отношении погиб.

Эти случаи подтверждают наблюдение о благоприятном влиянии трансфузии на течение хронических увеитов. В ближайшие дни после переливания (2—3-й день) отмечается обычно субъективное и объективное улучшение, выражающееся в уменьшении болевых ощущений, ослаблении воспалительных явлений, рассасывании экссудатов во внутриглазной жидкости и в повышении функции глаза.

Менее благоприятны были результаты, полученные нами при переливаниях крови больным с симпатической офталмией. Переливание сделано 4 больным, в зависимости от тяжести и продолжительности процесса — от одного до трех раз. У трех больных отмечалось незначительное улучшение, обычно наступавшее через 3—4 дня после переливания, продолжавшееся короткое время, после чего болезнь опять вступала в свои права. Улучшение это выражалось в ослаблении явлений раздражения и воспаления и ослаблении боли. Иногда отмечалось прояснение влаги передней камеры, большая четкость рисунка радужки и незначительное улучшение зрения. Отнести все эти явления за счет обычных, свойственных симпатической офталмии ремиссий, мы не считаем возможным, принимая во внимание ту закономерность, с которой они наблюдались в связи с повторными переливаниями и в определенные сроки после них. В одном случае симпатической офталмии, выдержки из истории болезни которого мы приводим ниже, улучшение, отмеченное после переливания крови, носило более стойкий характер.

Б-ой К., 33 лет, 2/V 1937 г. поранил правый глаз ножом в области лимба. Через 25 дней больной впервые заметил затуманивание зрения на втором глазу, но не мог решиться на рекомендованное врачом удаление раненого глаза. 8/VI 1937 года больной принят в клинику с такими явлениями: правый глаз уменьшен в размере, гиперемирован, болезнен в области цилиарного тела. Через лимб на 12 часах проходит втянутый роговично-склеральный рубец.

длиной в 6 мм. Радужка втянута в рубец. Зрачок неправильной формы, поднят вверх, закрыт пленкой эксудата. Tensio пальпаторно ниже нормы. Левый глаз: умеренная перикорнеальная гиперемия; роговица прозрачна; зрачок сужен; при боковом освещении видны преципитаты. Стекловидное тело прозрачно. Зрение равно 0,7. Исследование больного, клиническое и лабораторное, не обнаруживает хронических инфекционных заболеваний. На следующий день после поступления больного в клинику произведена энуклеация правого глаза. В течение ближайших 5 дней улучшения в состоянии симпатизированного глаза не отмечается: зрачок узок, несмотря на инотилиацию атропина; преципитаты в большом количестве. 14/VI перелито 220 см<sup>3</sup> консервированной крови, после чего стали угасать воспалительные явления, рассосались почти все преципитаты, и больной через 2 недели выписался с единичными преципитатами и зрением, равным 1,0. При контрольном исследовании через 2 и 6 месяцев глаз оказался вполне здоровым.

Несомненно, что в данном случае свежесть заболевания и его легкая форма (отсутствие изменений в стекловидном теле и хорошее зрение) не остались без влияния на благоприятный исход.

Что касается влияния трансфузий крови на прояснение помутнений стекловидного тела при высоких степенях близорукости, то у нас создалось впечатление, что они мало или вовсе не эффективны. По поводу помутнения стекловидного тела переливание произведено 4 больным, из них трем с высокою степенью близорукости и резко выраженными патологическими изменениями глазного дна. Хотя у одного из наблюдавшихся нами больных зрение несколько улучшилось и частично прояснилось стекловидное тело, но улучшение это мы не решаемся отнести за счет трансфузии, так как оно не наступило в ближайшие дни после переливания и могло быть связано с другими методами лечения, применявшимися после трансфузии.

Отсутствие положительного эффекта в этих случаях объясняется, возможно, тем, что анатомическим субстратом помутнений стекловидного тела при высоких степенях близорукости наряду с кровоизлияниями могут быть деструктивные изменения фибриллярной основы стекловидного тела.

Кроме того, следует принять во внимание и следующее соображение: в отношении своего обмена веществ стекловидное тело зависит от окружающих его тканей, главным образом от сосудистого тракта, который при высоких степенях близорукости патологически изменен.

Суммируя результаты наших наблюдений, констатируем:

1) Отмечаемое другими авторами и нами более быстрое рассасывание помутнений стекловидного тела касается, главным образом, кровоизлияний и воспалительных продуктов в нем; при помутнениях же на почве близорукости, связанных с деструктивными изменениями стекловидного тела, эффект трансфузии крови ничтожен.

2) Эффект переливания крови при хронических увеитах различной этиологии благоприятен.

3) При симпатической офталмии отмечаются ремиссии под влиянием трансфузии, а в отдельных случаях — стойкое улучшение в патологическом процессе.