

талым, увеит, пигментная дегенерация сетчатки. Нередко указанные изменения сочетаются с нистагмом и косоглазием.

На стационарном лечении в глазном отделении Республиканской клинической больницы в ноябре 1961 г. находились сестра, 4 лет, и ее брат, 1 года 9 м-цев. Родители — колхозники; туберкулез, венерические и другие злокачественные болезни у себя и у родственников отрицают. Мать имела всего 2 беременности, которые, как и роды, протекали нормально. Дети ничем не болели, но оба ребенка с рождения видят только свет. Физическое и умственное развитие детей соответствует возрасту. Никаких признаков отставания в развитии не обнаружено. Дети правильного телосложения, хорошей упитанности, общительные, сообразительные, ласковые.

У девочки со стороны окружающих глазницу частей, век, глазной щели, конъюнктивы век и склеры, слезных органов патологии не обнаружено. Форма и размер глазного яблока не изменены, движения его во всех направлениях сохранены; горизонтальный нистагм. Глазные яблоки несколько отклонены вверх. Со стороны склеры, лимба, роговицы передней камеры, радужки патологии не обнаружено. Зрачки расширены. Содружественная и прямая реакции на свет не выражены. Хрусталик, стекловидное тело прозрачны. На дне обоих глаз в области желтого пятна — дегенеративные изменения в виде очень мелких светлых очажков несколько овальной формы с точечной пигментацией. Пигментации чуть больше по краям очажков. Такие же изменения, но в большем количестве, обнаружены по всему глазному дну. Сосок зрительного нерва розовый с ясными границами. Сосуды сетчатки сужены, слегка атрофичны.

На оба глаза сохранилось лишь светоощущение с правильной проекцией. Рефракция эмметропическая. Внутриглазное давление пальпаторно нормальное.

У мальчика — горизонтальный нистагм обоих глаз. Зрачки расширены, содружественная и прямая реакции на свет не выражены. В остальном со стороны переднего отдела, преломляющих сред обоих глаз отклонений от нормы не обнаружено. На дне обоих глаз изменения такие же, как у сестры, но дегенеративных очажков меньше, и они бледнее. Кроме того, сосок зрительного нерва у него бледно-розовый, с легкой завуалированностью границ. Сосуды сетчатки сужены.

На оба глаза имеется лишь светоощущение с правильной проекцией. Рефракция гиперметропическая. Внутриглазное давление пальпаторно нормальное.

За период стационарного обследования у детей и у родителей произведен общий анализ крови, мочи, произведена рентгенография грудной клетки. Отклонений от нормы не обнаружено. У родителей и девочки исследована кровь на RW. Результаты отрицательные. Произведена рентгенография черепа матери и обоих детей. Кальцификаты в мозгу не обнаружены.

Дети проконсультированы педиатром, причем со стороны физического, умственного развития и внутренних органов патологии не обнаружено.

Поставлена аллергическая внутрикожная проба с токсоплазмином, у матери она оказалась положительной, у девочки — слабоположительной, у отца и мальчика — отрицательной. Реакция связывания компонента с токсоплазминным антигеном у матери — слабоположительная (+ +), у детей и отца — отрицательная. У матери установлен латентно протекающий токсоплазмоз.

Наиболее эффективным средством при лечении токсоплазмоза считается хлоридин или дароприм. Проведен цикл лечения хлоридином в комбинации с сульфодимезином.

После проведенного цикла лечения заметных улучшений в объективном состоянии глаз не обнаружено. Создалось впечатление, что мальчик стал лучше ориентироваться в окружающей обстановке.

УДК 617.7—007

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Р. И. Исмагилова

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. Н. Круглов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За последние годы внимание представителей многих специальностей привлекают заболевания, вызванные токсоплазмозом. Токсоплазмоз органа зрения в отечественной литературе подробно охарактеризован З. А. Каминской-Павловой и Л. Г. Степановым (1961).

Считаем заслуживающим внимания следующее наше наблюдение.

Х., 7 лет, поступила 1/XI-62 г. с жалобами на плохое зрение обоих глаз, хуже видит правым. Плохое зрение у ребенка родители заметили впервые в 1962 г. С первых месяцев жизни у ребенка замечено отставание в развитии правой ножки, по поводу чего девочка длительное время лечилась стационарно с диагнозом «полиомиелит». Перенесла корь, коклюш, пневмонию. Страдает ночным недержанием мочи.

Родители здоровы.

Физическое и умственное развитие ребенка соответствует возрасту. Отмечается бледность кожных покровов. Правая нога укорочена на 3 см, имеется атрофия мышц. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Правый глаз — острота зрения = 0,04 эксцентрично, рефракция миопическая в 3,0, стекла зрения не улучшают. Внутреннее содружественное косоглазие в 30°, горизонтальный нистагм. Преломляющие среды прозрачны. На глазном дне в области желтого пятна виден неправильной овальной формы хориоретинальный очаг размером в 5—6 диаметров соска, аспидно-серого цвета, слегка проминирующий в стекловидное тело, с вполне четкими границами. Очаг окружен широким пигментным кольцом, с наличием пигментных глыбок по всей поверхности очага. Ближе к соску от него имеется зернистая пигментация, окружающая беловатый тяж, идущий от соска к очагу. Сосок зрительного нерва бледно-розовый, сосуды узкие. Внутриглазное давление в норме.

Левый глаз — острота зрения = 0,3, рефракция гиперметропическая в 1,0, стекла зрения не улучшают. Микрофтальм, микрокорнея, горизонтальный нистагм. Преломляющие среды прозрачны. На глазном дне в нижнем наружном отделе — хориоретинальный очаг неправильной овальной формы размером в 7—8 диаметров соска с довольно четкими границами, слегка проминирующий в стекловидное тело, аспидно-серого цвета, окруженный пигментным кольцом, а также наличием пигментных глыбок в центре очага. Сосок бледно-розовый, сосуды узкие. Внутриглазное давление в норме.

Реакция связывания комплемента на токсоплазмоз слабоположительная, внутрикожная проба с токсоплазмином — положительная.

У матери реакция связывания комплемента слабоположительная, внутрикожная проба с токсоплазмином — положительная.

По заключению невропатолога, у матери энцефаломиелитический синдром токсоплазмоза.

При рентгенографии черепа ребенка выявлены кальцинаты в области боковых желудочков и усиление пальцевых вдавлений.

Проводилось лечение препаратами сульфаниламидной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каминская-Павлова З. А. Вестн. офтальмол. 1956, 5. — 2. Степанов Л. Г. Казанский мед. ж., 1961, 2.

УДК 618.7—005.1

НАЛОЖЕНИЕ КИСЕТНОЙ ШЕЛКОВОЙ ЛИГАТУРЫ НА ШЕЙКУ МАТКИ ПРИ АТОНИЧЕСКИХ И ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

И. А. Капланский

Акушерско-гинекологическое отделение Рославльской горбольницы
(главврач — П. Д. Костенко) Смоленской области

Наиболее радикальный метод борьбы с атоническим кровотечением — ампутация или экстирпация матки — не получил широкого распространения, так как к этой операции акушеры обычно прибегают лишь как к последнему героическому средству, когда родильница находится в состоянии, близком к агонии. Кроме того, производство такой большой операции родильнице, находящейся в состоянии шока, лишь ускоряет смертельный исход.

Поэтому в последние годы с целью остановки атонических кровотечений при терминальных состояниях некоторые акушеры применяют перевязку сосудов, питающих матку (И. Ф. Жордания, Д. Р. Цицишвили, М. С. Цирульников).

Несмотря на преимущество этой операции перед ампутацией матки, она требует некоторого времени для подготовки и осуществления ее. За это время у роженицы может произойти значительная кровопотеря, которая на фоне уже развившегося шока может быть роковой.

Прижатие сосудов матки путем наложения клемм на параметры по Генкелю или кишечных зажимов по Тиканадзе, а также наложение кетгутовых швов на маточные артерии через влагалище по Зяблову многие акушеры не применяют ввиду опасности повреждения мочеточников и недостаточной эффективности этих методов.

При тяжелых атонических кровотечениях некоторые авторы (З. Г. Петренко) с успехом применяют наложение поперечного шва на заднюю губу шейки матки по В. А. Лосяцкой.