

торое возможно лишь в условиях, когда и больной может трудиться по своим возможностям. Г., несмотря на глубочайшую патологию, имел постоянный посильный труд и находился под опекой и заботой всего коллектива. Это, в свою очередь, обеспечивало ему спокойную, благоустроенную жизнь и способствовало долголетию.

Поступила 27 декабря 1959 г.

ТУБЕРКУЛЕМА КУЛЬТИ СКЛЕРЫ, СОПРОВОЖДАВШАЯСЯ ОЧАГОВЫМ МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТОМ

Канд. мед. наук Н. С. Орлова

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. А. Колен) Новосибирского
медицинского института и дорожная больница Новосибирска
(главврач — А. А. Вишневская)

В офтальмологической литературе последних лет нам не удалось найти описаний солитарных туберкулов глазного яблока (туберкулем), поэтому мы считаем небезынтересным поделиться своим наблюдением.

А., 38 лет, поступил 28/VIII-1953 г. с жалобами на боли в левом глазу, слезотечение.

Объективно острый серозно-пластический увеит левого глаза со снижением зрения глаза до 0,02. Правый глаз здоров, зрение — 0,9.

В течение мая и июня 1953 г. больной дважды перенес грипп. При исследовании обнаружен Гоновский очаг в среднем поле правого легкого.

Hb — 74%, Э — 5 070 000, ц. п. — 0,74, Л. — 8 200, э. — 1%, п. — 8%, с. — 51%, л. — 36%, м. — 4%, РОЭ — 20 мм/час.

Уд. вес. мочи 1010, следы белка. RW отрицательна, реакция Пирке слабо положительна. При осмотре больного терапевтом, ларингологом, невропатологом отклонений от нормы не обнаружено.

В стационаре, несмотря на энергичное местное и общее лечение (энергичная атропинизация, тепловые процедуры, УВЧ, инъекции пенициллина под конъюнктиву, пирамидон внутрь, внутримышечно пенициллин 3 млн. ед. и стрептомицин — 3,5 млн. ед., уротропин внутривенно, гемотрансфузия), состояние больного глаза ухудшалось — нарастали боли, в стекловидном теле появился экссудат, кровь в передней камере. Зрение упало до 0. Затем присоединилось повышение внутриглазного давления, и началось растягивание глазного яблока — выпячивание, а затем обширное гнойное расплавление и растяжение роговой оболочки и склеры в верхнем отделе глаза.

11/XII-53 г. произведена эвисцерация — удалено гнойно-расплавленное содержимое глазного яблока. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в хорошем состоянии и 1/I-54 г. приступил к работе.

6/IV-54 г. больной вновь поступил по поводу тупых болей в левой половине головы, изредка — тошноты. В течение последних недель резко исхудал, появилась шаткость походки. Одновременно заметил увеличение культи левого глаза.

Через закрытые веки видна и прощупывается округлая плотная опухоль; при открывании век на месте глазного яблока виден склеральный мешок, выполненный розовой тканью, которая покрыта гнойным налетом. Увеличенная культа имеет размер крупного волошского ореха, подвижна. Правый глаз здоров, глазное дно его нормально.

Hb — 70%, Э. — 4 300 000, Л. — 5 000, п. — 3%, с. — 55%, э. — 2%, п. — 36%, м. — 4%. РОЭ — 30 мм/час, удельный вес мочи — 1010, белок — 0,26‰ (позднее количество белка возросло до 0,53‰), 2—3 мало измененных эритроцита в поле зрения.

Рентгенография черепа — норма, рентгенография придаточных пазух носа — норма.

Осмотр фтизиатра: очаговый туберкулез легких в стадии уплотнения.

Осмотр уролога: двусторонний эпидидимит, по-видимому, туберкулезной этиологии.

9/IV произведена биопсия разрастания склеральной культи. Установлен туберкулезный процесс.

14/IV люмбальная пункция, жидкость вытекает частыми каплями: цитоз — 4, реакции Панди и Нонне — Аппельта резко положительные, белок — 1,06‰.

Со дня поступления больному назначены вливания растворов хлористого натрия, глюкозы, внутримышечные инъекции пенициллина. Однако состояние неуклонно ухудшалось — увеличилась слабость, больной потерял возможность ходить, усилились головные боли, появилась частая рвота. Изменилось глазное дно справа — границы соска зрительного нерва ступеньвались, особенно в верхнем и нижнем отделах соска — по ходу сосудистых пучков.

Неврологический статус: легкое ограничение отведения правого глаза кнаружи, горизонтальный нистагм влево и вправо. Сглажена левая носогубная складка, язык

по средней линии. Парезов конечностей нет. Слева атаксия при пальце-носовой пробе. Брюшные рефлексы довольно живые. Мышечный тонус нормальный. Снижено обоняние с обеих сторон, резче справа.

Предположен перифокальный менинго-энцефалит лобной области мозга. Рекомендовано энергичное специфическое лечение.

Назначен стрептомицин внутримышечно, внутрь — паск, фтивазид, после чего началось медленное улучшение — прекратились рвоты, стали уменьшаться и исчезли головные боли, в моче исчезли белок и кровь, нормализовалась РОЭ, постепенно пришло к норме глазное дно правого глаза, культия левого глаза вновь сморщилась, исчезли патологические симптомы со стороны нервной системы.

Процесс в мозгу мог явиться результатом гематогенного распространения инфекции — у больного обнаружен туберкулез легких, эпидидимит, или же скорее (учитывая совпадение во времени) поражение мозга возникло вследствие непосредственного перехода инфекции по зрительному нерву и его оболочкам. О такой возможности пишут Бирх-Гиршфельд, А. В. Лотин, Г. Г. Логинов.

24/VI больной выписан в удовлетворительном состоянии, получив 22 млн. стрептомицина внутримышечно, 216,0 паска внутрь.

В декабре 1958 г. произведен контрольный осмотр. Жалоб не предъявляет. Упитан, со здоровой, розовой окраской кожи. Правый глаз здоров. Слева — сморщенная маленькая склеральная культия, протез сидит хорошо. Осмотр невропатолога — остаточные явления очагового (преимущественно базального) менинго-энцефалита в лобной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Логинов Г. Г. Вест. офт., 1952, 2. — 2. Лотин А. В. Рус. офт. журн. 1928, 1.

Поступила 14 апреля 1959 г.

СЛУЧАЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ГЛАЗ (КВИНКЕ)

Асс. В. А. Пазюк

Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. Б. Коленько)
Калининского медицинского института

Многообразие клинических проявлений данного заболевания нередко затрудняет его распознавание. В связи с этим мы считаем небезынтересным описать следующее наблюдение.

И., 8 лет, в январе 1959 г. во время игры получил удар хоккейной шайбой по правому глазу. Вскоре появился отек век этого глаза. Мальчик был дважды госпитализирован в глазном отделении Калинина.

2/II — отек век правого глаза появился в третий раз, по поводу которого поступил в клинику глазных болезней 16/II.

Общее состояние хорошее. Со стороны внутренних органов патологии не найдено. В подчелюстной и переднешейной областях справа определяются множественные, умеренно увеличенные, подвижные, безболезненные лимфатические узлы. Правый глаз: положение глаза правильное, умеренный отек век, кожа над ним слегка гиперемирована, подвижность глазного яблока слегка ограничена кнаружи и кверху, легкий отек слизистой глазного яблока, конъюнктивы век гладкая, блестящая; глазное дно без патологии, острота зрения = 1,0; внутриглазное давление нормальное. В левом глазу патологических изменений отметить не удается. RW в крови отрицательна; анализ мочи — без отклонений от нормы.

Нб — 81%, Л. — 4550, э. — 4%, п. — 1%, с. — 51%, л. — 38%, м. — 6%. РОЭ — 17 мм/час.

К 19/II отек верхнего века значительно увеличился. Кожа века по-прежнему слегка гиперемирована. Болей и болезненности в правом глазу не было.

На обзорном рентгеновском снимке правой орбиты патологии не найдено. Придаточные пазухи носа равномерно пневматизированы. Патологических изменений не найдено и при ЛОР-исследовании.

После лечения (согревающий компресс, парафиновые аппликации и 30% раствор альбумида в правый глаз) отек века значительно уменьшился. Кожа над ним приобрела почти нормальную окраску, а к 25/II отек окончательно исчез.

4/III мальчик поступил в отделение в четвертый раз с теми же симптомами, появившимися без видимой причины.

С 6/III отек век стал уменьшаться, а к 9/III почти исчез. Вместе с ним исчезло и уплотнение, определявшееся в верхнем веке. Но появилось безболезненное плотное, эластичное, подвижное образование в виде валика под кожей нижнего века правого глаза на уровне нижнего края хряща.

К 14/III отек век и уплотнения в них исчезли.