

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.

Через 10 дней больной поступил в отделение в пятый раз с теми же явлениями, но уже на левом глазу.

Правый глаз без патологии. Острота зрения = 1,0. Левый глаз: выраженный отек век. Глазная щель сомкнута. Кожа век слегка гиперемирована. Отек конъюнктивы преимущественно в наружной половине глазной щели. Определяется небольшое опущение слезной железы. Она плотнoэластической консистенции, безболезненная, не спаяна с окружающими тканями. Подвижность глазного яблока ограничена снаружи. Отмечается незначительный экзофтальм. Глазное яблоко (и глазное дно) без патологических изменений. Внутриглазное давление нормальное. Острота зрения = 0,9. К 25/III отек век уменьшился, а к 30/III почти исчез. Оставалось небольшое опущение слезной железы.

Появление отека век левого глаза позволило предположить, что рецидивирующий отек у нашего больного имеет аллергический характер. Исходя из того, что проводимая ранее терапия (хлористый кальций внутрь и внутривенно, димедрол, адрезон и соответствующая диетотерапия) не предотвращала рецидивов, нами был применен адреналин. Мы руководствовались мнением Шторм ван Левена, Г. Кеммерера и др., которые адреналин считали наиболее действенным средством для лечения острых аллергических заболеваний.

На инстилляцию адреналина в конъюнктивальный мешок реакции не последовало. Тогда было введено под конъюнктиву левого глазного яблока 0,15 мл 0,1% раствора адреналина. Через пять часов, вопреки ожидаемому улучшению, отек век значительно увеличился, появились головная боль, отек в области лобной пазухи справа и на лбу, соответственно средней трети левой надбровной дуги.

1/IV появился зуд по всему телу. На передней поверхности шеи, коже передней брюшной стенки, в межлопаточной области определялись элементы уртикарной сыпи, быстро мигрирующей и исчезнувшей к вечеру 2/IV. Одновременно исчез и отек век.

Усиление отека у нашего больного соответствовало указанию Кордеса и др. о токсичности адреналина. Кордесу легко удавалось вызвать в эксперименте на животных резкий отек глазницы и экзофтальм подкожным введением адреналина.

Больной находился под наблюдением в течение пяти месяцев. Рецидива отека за этот период не было, хотя условия жизни мальчика оставались прежними.

Описываемый больной представляет интерес затруднениями в диагностике и своеобразным началом заболевания, которое совпало с ушибом области правого глаза, что склоняло связать отек с травмой.

Описание подобных уплотнений в веках в доступной нам литературе удалось найти только у Е. Г. Лазарева и М. И. Авербаха.

Е. Г. Лазарев наблюдал девушку, у которой рецидивирующий отек век сопровождался появлением непосредственно под кожей плотных образований. Последние сравнительно быстро исчезали и появлялись вновь. Гистологического исследования автору произвести не удалось.

М. И. Авербах наблюдал мальчика 10 лет, у которого, наряду с экзофтальмом, появились плотные узловые образования за веками. Гистологическое исследование узлов выявило только явления отека. Нами гистологическое исследование не производилось, но по клиническим проявлениям течение болезни во многом тождественно вышеупомянутому. Поэтому мы склонны думать, что «загадочное рецидивирующее воспаление подкожной клетчатки век» Е. Г. Лазарева, «невротический отек глазницы» М. И. Авербаха и заболевание описанного нами больного являются проявлением одного и того же заболевания — «ангионевротического» отека глаз (Quince).

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М. И. Русск. офтальм. журн., 1922. 2. Кеммерер Г. Аллергические диатезы и аллергические заболевания. М., 1936. — 3. Лазарев Е. Г. Вестн. офтальмол., 1911, 1.

Поступила 10 декабря 1959 г.

ГИГИЕНА

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ В ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ШУГУРОВСКОГО РАЙОНА ТАССР

Орд. Н. Ш. Курамшина-Бичурина

Кафедра общей гигиены (зав.— проф. В. В. Милославский)
Казанского медицинского института

Первые наблюдения по эндемическому зобу в Шугуровском районе относятся к 1935 г. Полянцев и Полянцева провели обследование населения деревень Шугуровского района, расположенных по реке Шешме (Сугушлы, Каркали, Шугур, Сходнево,