

Eesti NSV Tervishoiuministeerium
ja Eesti NSV Vabariiklik Oftalmoloogide Teaduslik Selts
Министерство здравоохранения Эстонской ССР и
Республиканское научное общество офтальмологов Эстонской ССР

III EESTI NSV VABARIIKLIKU OFTALMOLOOGIDE
TEADUSLIK-PRAKTILISE

KONVERENTSI ETTEKANNETE TEESID

Tartus, 14.—15. detsembril 1959. a.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕ-
СКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГОВ
ЭСТОНСКОЙ ССР

Тарту, 14—15 декабря 1959 г.

Esti vabarüklon oftal-
moloogide tead-
konverents, 3.

A-24447 II

Eesti NSV Tervishoiuministeerium
ja Eesti NSV Vabariiklik Oftalmoloogide Teaduslik Selts
Министерство здравоохранения Эстонской ССР и
Республиканское научное общество офтальмологов Эстонской ССР

III EESTI NSV VABARIIKLIKU OFTALMOOLOGIDE
TEADUSLIK-PRAKTILISE

KONVERENTSI ETTEKANNETE TEESID

Tartus, 14.—15. detsembril 1959. a.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕ-
СКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГОВ
ЭСТОНСКОЙ ССР

Тарту, 14—15 декабря 1959 г.

2

Tartu Riikliku Ülikooli

Raamatukogu

58280

VIIRUSLIKEST NEUROGEENSETEST SILMAHAIGUSTEST

A. Taumi

Tallinna II Linna Haigla

Iga gripiepidemiaga kaasuvad erinevad haigusnähud silmades. Viimase nelja aasta jooksul täheldati polikliiniku silmakabinetis sarvkesta tüsistusi. Meie teostasime sarvkesta epiteeli intravitaalselt värvimist $\frac{1}{2}$ —1% violetse püoktaniini lahuga, mis lühiajalisel kasutamisel värvib kahjustatud pinda sarvkesta epiteeli rakkudevahelisi lümfiruume ja skleera «veesooni». Kahjustatud närvikiudude nähtavaks muutmiseks kasutasime sarvkesta pinna värvimist esmalt 2% fluorestseiniiga, selle järel 2% kollargooliga. Haiguse algstaadiumis tihti puudusid täielikult ärrituse objektiivsed tunnused. Hiljem tekkis silmamuna konjunktiivipindmiste ja sügavate veresoonte laienemine ning hüpeereemia levis laugude konjunktiivile, meenutades «kuiva konjunktiviidi» pilti.

Värvides sarvkesta pinda püoktaniiniga võis täheldada sarvkesta tsentraalse osa epiteelikihtides järgmisi nähte: rakkudevaheliste lümfiruumide laienemist teatud suunalise violetse võrgustiku näol, üksikute epiteelirakkude gruppide tolmutaolist värvumist või täielikku sarvkesta pinna violetseks värvumist — kuni kõikide epiteelikihtide eemaldumiseni Baumani membraani paljastumisega. Selle juures ka «veesooned» värvuvad violetseks peaaegu momentselt, muutudes 100%-lt palja silmaga nähtavaiks.

Esines juhte, mil peale püoktaniiniga värvimist said nähtavaks sarvkesta neurogeensed kahjustused puoksataoliste, punktikujuliste ja teiste neurogeensete keratiitide näol, samuti «kuiva konjunktiviidina».

Haiguskulus täheldati sagedamini sarvkesta hüperesteesiat, harvem hüpoesteesiat.

Arvame, et püoktaniin värvib eelistatult kahjustatud, täieliku vitaalsuse kaotanud sarvkesta rakke, epiteelikihtide rakkudevahelisi lümfiruume ja «veesooni». Fluorestseini ja sellejärgse kollargooliga värvimist tuleks kasutada sarvkesta närvikiudude seisundi hindamiseks.

Peaaegu alati selgus anamneesist, et silmahaigusele eelnes gripoosne seisund kõha, nohu ja vähese temperatuuri tõusuga, mille haiged põdesid «jalul».

KORTISOONI RAVITOIMEST MITMESUGUSTE SILMAHAIGUSTE PUHUL

dots. V. Savi, L. Schotter, O. Mandel

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.

1. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas kasutatakse kortisooni mitmesuguste silmahaiguste ravimisel 1957. a. alates. Kokku on rakendatud kortisooniravi 358-l haigel (statsioonaris 320-l, ambulatooriumis 38-l) järgmiste diagnoosidega: mitmesuguse etioloogiaga iridotsükliitidega 137-l, keratiitidega 117-l, keratoskleriitidega 37-l, pindmiste katarraalsete ja allergiliste silmapõletikkudega 29-l, sarvkesta söövitude ja põletuste puhul 9 haigel ja mitmesuguste silmaoperatsioonide järgselt 29-l haigel.

Kortisooni manustati lokaalselt: 1% silmatilkadena 5 korda päevas, 1% silmasalvina 3—5 korda päevas ning subkonjunktivaalselt 5—10 mg (0,2—0,4 ml) 3—5 päevaste vaheaegadega 2—6 süstet ravikuuri vältel.

2. Raviefekti hindasime väga heaks 158-l haigel, heaks 138-l, rahuldavaks 50-l haigel ja mitterahuldavaks 12-l haigel. Retsidiiv esines 9-l juhul.

Kõige efektiivsem oli kortisooni mõju reumaatiliste iridotsükliitide puhul, kus 64-st juhust saavutati väga hea efekt 35-l, hea 26-l, rahuldav 3-l juhul. Nendest 3-l tekkis siiski mõne kuu möödumisel retsidiiv. Väga hea efekt saadi ka skrofuloossete keratiitide korral, mis puhul 49-st haigest raviti 22 väga hea, 23 hea ja 4 rahuldava tulemusega.

Head ravitulemused saadi kortisooni kasutamisel ka blefariitide, konjunktiviitide, episkleriitide, mitmesuguste pindmiste ja parenhümatoosete (eriti lueetilise etioloogiaga) keratiitide puhul. Samuti saadi hea ravi-efekt sarvkesta söövituste ja põletuste korral ning mitmesuguste silmaoperatsioonide nagu keratoplastika, sarvkesta tätuaaži ning katarakti operatsiooni järgselt.

Vähemefektiivseks osutus kortisoon tuberkuloosse uveiidi korral, kus 6-st juhust ei saadud efekti 3-1 juhul. Herpeetiliste keratiitide ravimisel kasutati kortisooni 21-1 haigel, kus head tulemust võis märgata ainult 2-1 juhul, rahuldavat efekti 14-1, paranemist ei saadud 5 juhul. Retsidiiv tekkis nendest 2-1 juhul.

3. Kortisooni kasutamine lokaalselt on ökonoomne, efektiivne ega oma üldisi vastunäidustusi.

Meie kogemuste järgi kortisooni manustamine subkonjunktivaalselt andis paremaid ravitulemusi võrreldes manustamisega tilkade ja salvi näol.

Haigusprotsessi halvenemist silmas või mingit negatiivset kõrvaltoimet meie oma haigete juures kortisooni ravi vältel ei täheldanud.

Et kortisoon ei avalda mõju haiguse põhjusele ega väldi retsidiive, tuleb temaga paralleelselt kasutada ka etiopatogeneetilist ravi.

Arvestades kortisooni tugevat ja kiiret põletikuvas-
tast toimet, väärub kortisoon paljude silmahaiguste ravi-
misel laialdasemat rakendamist.

ANTIRETIKULAARNE TSÜTOTOKSILINE SEERUM (ATsS) SARVKESTA HAIGUSTE RAVIS

Med. tead. kand. J. Kropman, N. Toots

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Antiretikulaarne tsütotoksiline seerum akad. A. Bogomoletsi järgi stimuleerib füsioloogilise sidekoe süsteemi tegevust, soodustades tema troofilise, plastilise, antiblastomatoosse ja kaitsefunktsiooni avaldusi.

2. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas kasutatakse ATsS mitmesuguste silmahaiguste nagu sarvkesta haiguste, horioidiitide, macula lutea

degeneratsiooni, n. opticuse atroofia ja teiste silmahai-
guste ravis.

3. Antud töös käsitletakse ATsS'i rakendamise tule-
musi Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakon-
nas mitmesuguste sarvkesta haiguste kompleksravis
86 statsionaarsel ja 19 ambulatoorsel haigel.

4. ATsS soodustab sarvkesta patoloogiliste protses-
side paranemist ja nende tagajärjel tekkinud hägususte
selginemist.

INTERMEDIINI KASUTAMISEST MÖNINGATE SILMAHAIGUSTE PUHUL

E. Karu

Tallinna Vabariikliku Haigla silmaosakond.

1. Intermediini 5% lahus on näidustatud kirjanduslik-
kudel andmetel mitmete silmapõhja haigusprotsesside
ravis: veresoonkesta müoopilised ja tuberkuloossed
muutused, pigmentoosne retiniit, n. opticus'e atroofia jt.

2. Intermediini kasutati 27 haigel. Ravi teostati sõl-
tuvalt haigusprotsessi iseloomust 2—3 kuurina.

3. Positiivseid tulemusi saadi veresoonkesta müoo-
pilisel degeneratsioonil 3 ja kollastähni tuberkuloosel
haigestumisel 1 juhul. Paranemine oli põhiliselt subjek-
tiivne. Silma funktsioonides ja silmapõhja pildis olulisi
objektiivseid muutusi ei esinenud.

BINOKULAARSE NÄGEMISE PATOLOOGILISEST FÜSIOLOOGIAST *STRABISMUS CONCOMITANS*'i PUHUL

Med. tead. kand. J. Kropman

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. *Strabismus concomitans*'i puhul täheldatakse bino-
kulaarses vaateväljas skotoomid ja strabeeriva silma
kujutuse lokalisatsiooni omapärane iseloom.

2. Selline binokulaarse funktsiooni häire *strabismus
concomitans*'i puhul on füsioloogiliste mehhanismide,

mis toimivad normaalse binokulaarse nägemise puhul, moonдумise tulemuseks.

3. Üksik binokulaarne taju on normaalsetes tingimustes sünteesi tulemuseks nägemisanalüsaatori tegevuses.

4. Strabeeriva silma deviatsioonile tulemusena ilmneb *strabismus concomitans*'i puhul diferentseeriv nägemisanalüsaatori tegevus, mis tingib ühe silma taju osalist pidurdamist.

5. *Strabismus concomitans*'i puhul võib tekkida retina korrespondeerivate elementide ajukoore esinduste vaheliste normaalsete seoste asemel retina disparaatsete elementide ajukoore esinduste vaheline anormaalne seos. Silmaanalüsaatori sensoorse süsteemi ajukoore seoste moonдумine muudab strabeeriva silma retina ajukoore esinduste ruumilised omadused.

KUHNTI MEETODI MODIFIKATSIOON SEKUNDAARSE KATARAKTI LÕHESTAMISEL

L. Schotter

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas on rea aastate vältel kasutatud Kuhnti meetodi modifitseerimise sekundaarse katarakti, švartide, kilede või vikerkesta lõhestamisel kunstliku pupilli moodustamiseks. Üldse on teostatud 58 operatsiooni, kusjuures meetod osutus väga efektiivseks ja vähetraumeerivaks.

Haige ja operatsioonivälja ettevalmistamine on tavaline. Tuimestamiseks kasutatakse 0,5%-list dikaiini lahuse tilku. Soovitav on kasutada akineesiat ja retrobulbaarset anesteediat. Pupill laiendatakse maksimaalselt atropiini abil ja adrenaliini subkonjunktivaalse süstimisega või asetades konjunktivaalkotti vati, mis on niisutatud kokaiin-adrenaliini lahusega. Assistent fikseerib silmamuna pintseti abil.

Kahe küllalt kitsa distsisiooninoakesega (Knappi tüüpi, sissetorgete avasid tamponeerivad, tera pikkusega umbes 6 mm) teostatakse üheaegne sissetorge

sarvkesta perifeeria kaudu ühe meridiaani vastasotstel. Mõlemad noakesed viiakse eeskambrisse, kusjuures nende terad on horisontaalses tasapinnas ja on suunatud lõikeservaga teineteise poole. Ühega noakestest torgatakse kile läbi ta perifeerses osas ja viiakse noakene kile all edasi teise noakese suunas. Teine noakene viiakse eeskambris kile peal esimesele vastu. Mõlemad noakesed pööratakse nende pikitelje ümber umbes 60° võrra, nii et kile all asuva noakese lõiketera pöördu ülespoole, kile peal asuva noakese lõiketera aga allapoole.

Tõstes kile all asetseva noakese tera (tema käepidet langetades) ja lastes samaaegselt veidi allapoole kile peal asetseva noakese tera (käepidet tõstes) tõmmatakse ühe lõikeservaga mööda teist lõikeserva, lõigates seejuures läbi nende vahel asetseva kile.

Kui operatsioon teostatakse õigesti, on kilet, švarti või vikerkesta lõigata sama kerge kui kääre kasutades. Lõike servad on tasased. Tänu kudede, eriti vikerkesta elastsusele, jääb ava lahti. Lõike lõpetamisel eemaldatakse mõlemad noakesed kambrist üheaegse kiire liigutusega. Seejuures tühjeneb eeskamber vaid vähesel määral.

Lõike suuna ja koha valikul tuleb lähtuda järgmistest kaalutlustest. Kõige mugavam on lõiget teostada silma horisontaalsel või sellele lähedasel meridiaanil nii, et tegevusvabadus oleks võimalikult suur. Teisest küljest tuleb aga arvestada ka kudede elastsust ja lõigata võimaluse korral liidete ja säilunud dilataatori kiudude suhtes perpendikulaarselt. Kui saavutatud ava ei ole küllaldane, võib operatsiooni kohe või järgmisel seansil korrata, muutes lõike kohta ja suunda nii, et tekiks tähtede «V», «T» või «X» jne. kujuga.

Et kirjeldatud meetodi kasutamisel saadakse kilesse küllaldane ava minimaalse silma traumeerimisega — sarvkesta läbitorkamine ja kile tõmmeteta läbilõikamine — siis on see meetod näidustatud peamiselt tüsis- tunud juhtudel, kui kile lõhestamise võimalus tavalisel viisil on kahtlane, kestade ulatuslikum lahtilõikamine, teisi operatiivseid võtteid kasutades, pole aga soovitatav.

ANTIGLAUKOMATOOSSE OPERATSIOONI
IRIDENCEISIS'E EFEKTIIVSUSEST TARTU
VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA SILMAOSA-
KONNA ANDMEIL 1958—1959. a.

E. Rooks

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Fistuleerivate antiglaukomatoosete operatsioonide seas leiab üha laiemat rakendamist *iridencleisis*, seda eriti *glaucoma simplex*'i puhul.

2. 1958—1959. a. jooksul on teostatud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas *iridencleisis*'t 58 glaukoomi juhul (neist 37 *glaucoma simplex*). Hilisemaid vaatlusandmeid saadi 38 juhu kohta (17 *glaucoma simplex*).

3. Kliiniliselt ravilt lahkumisel oli silma siserõhk normaliseeritud 93,1% juhtudel (*gl. simplex* 100%). Hilisematel vaatlusandmetel oli silma siserõhk normaliseeritud 84,2% (*gl. simplex* 100%).

4. Visus oli kliiniliselt ravilt lahkumisel endine või paranenud võrreldes ravile saabumisel esineva visus'ega 70,5% juhtudel (*gl. simplex* 57,7%). Hilisematel vaatlusandmetel visus oli säilinud samal tasemel kliiniliselt ravilt lahkumisel olnud visus'ega või paranenud 76,9% (*gl. simplex* 76,4%).

5. Vaateväli oli endine või paranenud kliiniliselt ravilt lahkumisel võrrelduna kliinilisele ravile saabumisel esineva vaateväljaga 80,5% (*gl. simplex* 75%). Hilisemate vaatlusandmete alusel oli vaateväli võrdne kliiniliselt ravilt lahkumisel esinenud vaateväljaga või paranenud 75,0% (*gl. simplex* 70,6%).

6. Postoperatiivselt esines 21 juhul hüfeem, mis resorbeerus mõne päeva kuni paari nädala jooksul. Ühel *glaucoma secundarium*'i juhul tekkis hemoftalm. 5 juhul tekkis *ablatio chorioideae*, (neist 3 olid absoluutse glaukoomiga silmad).

7. Hilisvaatluse andmeil esines filtreeriv konjunktiivipadjand operatsiooni armi kohal 77,1% juhtudel.

8. Kõrvutades *iridencleisis*'e tulemusi meie osakonnas analüüsitud 136 *iridectomy ab externo* juhul tulemus-

tega osutub *iridencleisis* efektiivsemaks silma siserõhu normaliseerimise suhtes, kuna funktsioonide säilitamise mõttes seda kindlalt väita ei saa.

SARVKESTA SIIRDISTUTAMISE OPERATSIIOON TARTU VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA SILMAOSAKONNAS

L. Schotter, A. Gerassimova

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.
Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond

1. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas teostatakse sarvkesta siirdistutamise operatsioone alates 1948. aastast. Üldse on teostatud 43 operatsiooni 32 haigel 34 silmal. Viit silma opereeriti kaks korda, kaht silma kolm korda. Mehi oli 22, naised — 6, lapsed — 4. Haigete vanus kõikus 6—66 aastani, enamiku opereeritud haigete vanus oli 20 kuni 40 aastat.

2. Vastavalt akadeemik V. P. Filatovi ja D. G. Bušmitši klassifikatsioonile jagunesid meie haigete leukoomid järgmiselt: I kategooria — 1 leukoom, II kategooria — 3 leukoomi, III kategooria — 10 leukoomi, IV kategooria — 8 leukoomi, V kategooria — 12 leukoomi. Järelikult kuulus suurem enamus leukoomidest kahte viimasesse kategooriasse, mis on vähe sobivad siirdistutamiseks.

Leukoomide etioloogias esinesid kõige sagedamini söövitused — 11 juhtu, seejärel mehhaanilised vigastused — 6 juhtu, teadmata etioloogiaga leukoome oli 3 juhtu, trahhoomi, skrofuloosse ja parenhümatooesse keratiidi järgseid leukoome esines igapäev 2 korda. Sarvkesta düstroofiat ja keratokoonust esines samuti mõlemal kahel korral. Rosatsea ja herpeetilise keratiidi järgseid leukoome oli kumbagi ühel korral.

3. Eesmärgi järele teostati 26 optilist, 13 melioratiivset ja 4 tektoonilist siirdistutamist. Operatsiooni tehnika järel — 23 osalist läbistavat, 17 osalist ja täielikku kihilist ja 3 subtotaalset keratoplastikat. Peamiselt kasutati operatsiooni instrumentariumi ja meetodikat, mis on välja töötatud akadeemik V. P. Filatovi nimel.

Silmahaiguste Instituudis. Siirdistutamiseks kasutati surnu sarvkesta, mille konservatsiooni ajaks oli enamasti 3 ööpäeva. Mõningatel tuisistunud juhtudel veeldunud klaaskeha väljalangemise ohuga kasutati transplantaadi kindlamaks fikseerimiseks eelnevalt läbiviidud trepaaniseseid õmblusi (L. Schotter, 1950. a.). Trepaani paremaks stabiliseerimiseks ja lõike kvaliteedi paremustamiseks rakendati trepaan FM-III modifikatsiooni (L. Schotter, 1954. a.). Haiged said nii enne kui ka pärast operatsiooni üldtugevdavat ravi, vitamiine, kuderavi, mõningatel juhtudel transplantaadi algava hägustumise korral kasutati edukalt kortisoni.

4. Siirdistutamise optilised tulemused olid järgmised: 34-st opereeritud silmast nägemine paranes 21 silmal, nendest hea tulemus (visus 0,2—0,7) saadi 10-l silmal, vähene visuse suurenemine (0,01—0,03) oli 6 silmal ja 5-l silmal visus tõusis kuni sõrmede lugemiseni silme ees. Muutuseta jäi visus 10-l silmal ja halvenes 3-l silmal. Mõningatel juhtudel, vaatamata transplantaadi läbipaistvale või poolläbipaistvale külgekasvamisele oli mitteküllaldane visuse suurenemine tingitud olemasolevast amblüopiast või teistest silma muutustest. Komplikatsioonidest esikohal oli glaukoom (4 juhtu), seejärel transplantaadi kõrgseis (4 juhtu), piirderõnga fistel (1 juht), epiteliaalsed muutused transplantaadis (1 juht), transplantaadi irdumine supuratsiooniga esines ühel juhul kihilisel siirdistutamisel.

NAHAALUSE DIATERMOKOAGULATSIOONI MEE- TODI KASUTAMINE SPASTILISE SENIILSE ENTROOPIUMI RAVIKS

L. Schotter

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas kasutatakse spastilise seniilse entroopiumi raviks viimasel ajal edukalt nahaaluse diatermokoagulatsiooni meetodit. Meie poolt saavutatud väga head nii funktsionaalsed kui ka kosmeetilised tulemused, samuti meetodi erakorraline lihtsus, võimaldavad pidada teda laialdasema kasutuse vääriliseks.

Koagulatsiooni teostatakse meil järgmisel viisil:

Lokaalne tuimestus saavutatakse 0,5% dikaiini lahuse tilgutamise teel silma, alalau naha alla süstitakse 1—2 ml 2% novokaiini lahust adrenaliiniga. Jägeri plaat (parem mitte metallist) asetatakse alalau alla Mõne minuti jooksul masseeritakse laugu, oodates turse kadumist.

Koagulatsiooniks rakendatakse tavalist diatermokoagulatsiooni aparati, mis on kasutusel oftalmokirurgias. Aktiivseks elektroodiks on 4 cm pikkune ja 1 mm paksune terasnõel, mis on kogu ulatuses, väljaarvatud teravik, kaetud kindla isolatsiooniga, mis lubab nõela piirituses steriliseerida. Nõela teravik on 1,5 mm ulatuses isolatsioonivaba. (Et üleminek teraviku paljalt osalt isoleeritud osale oleks sile, tehakse nõelale enne isolatsiooni pealekandmist süvand. Tavalised diatermokoagulatsiooni nõelad, mida toodab meditsiinitööstus on meie kogemuste põhjal antud meetodi jaoks kõlbmatud).

Nõelte isolatsiooni kvaliteedist, samuti koagulatsiooni iseloomust ja levikust võib saada ettekujutuse toorel lihal ja munavalgel teostatud katsetega. Munavalge kalgendub ainult nõela teraviku ümber mõne mm läbimõõduga tombukeseks. Toores lihas on koagulatsioonikanali läbimõõt 2—3mm ja ta tekib kogu nõela liikumise teel. Koagulatsiooni aste ja tema ulatus sõltub nõela palja osa suuruselt ja voolu tugevusest.

Passiivne, tavaline elektrood kinnitatakse haige käele. Voolutugevus lau koagulatsioonil on 50—70 mA. Nõel torgatakse voolu sisse lülitamata silmapilu välimisest nurgast 5 mm välja ja allapoole. Nõel viiakse alalau koesse paralleelselt lauäärele ja sellest umbes 4 mm kaugusel kuni pisara punkti tasapinnani. Seejärel lülitatakse vool sisse ja nõela sujuval väljatõmbamisel koaguleeritakse nahaalust kudet ja lihast. Teise käe sõrmega vajutades kontrollitakse nõela õiget asetust. Sõrm tunneb selle juures soojust. Koagulatsioon peab toimuma sügavuses, naha vigastamine on ülearune. Sama sissetorke koha kaudu võib koaguleerida ka temporaalsele 1 cm ulatuses. Sissetorke koht määratakse 1% briljantrohelise lahuga 70° piirituses. Juba koagulatsiooni ajal saab märgatavaks teatav süvend piki lau

äärt vastavalt koagulatsiooni kanalile, mis on küllaldase koagulatsiooni tunnuseks.

Entropium kaob koheselt ning peale nōela ja luuplaadi eemaldamist on laug õiges asendis. Mingit sidumist ega edaspidist ravi haige ei vaja. Lau turse, mis tekib koagulatsiooni tulemusena, möödub mõne päevaga.

Meetodi toimemehhanism seisneb arvatavasti kudede kokkutõmbumises — algul valkude kalgendumisest, hiljem — koaguleeritud kudede armistumisest. Seetõttu peab koagulatsiooni ala asuma tarsuse alumise ääre läheduses. Võimalik, et leiab aset ka lau ääre juures asetsevate ja tema sissepoole pöördumist soodustavate lihaskiudude nõrgenemine mis on tingitud nende innervatsiooni osalisest häirest.

Meie teostasime võrdlemisi möödukat koagulatsiooni, lähtudes sellest, et hüperefekti parandamine võib osutada tülikaks. Kui aga vahelesegamine ei osutu küllaldaseks, ei tekita mõned minutid kestev protseduuri kordamine mingisugust raskust.

Nagu aga näitasid meie katsed toore munavalge ja liha kalgendamisega, suurenes koagulatsiooni tsoon ainult vähemärgatavalt üle 75 mA voolu puhul sama nōela kasutamisel.

Ülalpool toodud meetodika kohaselt on spastilise seniilse entropiumi parandamiseks Tartu Vabar. Kliinil. Haigla silmaosakonnas viimase aasta jooksul teostatud 26 koagulatsiooni 21 haigel (4-1 juhul mõlemal silmal ja ühel haigel kaks korda). Haigete vanus kõikus 48—88 a., enamus haigetest olid üle 70 a. vanad; naised oli 15, mehi 6. Entropiumi retsidiiv esines ainult ühel juhul 2 kuu möödumisel, kusjuures lau sissepöördumine likvideeriti kergesti teistkordse diatermokoagulatsiooniga.

METASTAATILISE SILMATUBERKULOOSI PATOGENEES JA RAVI

Med. tead. kand. J. Kropman

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Metastaatiline silmatuberkuloos on lokaalseks nägemisorgani kahjustuseks tuberkuloosse üldinfektsiooni puhul.

2. Organismi reaktsioon primaarsele tuberkuloosile infektsioonile väljendub spetsiifilise allergia tekkes ja antituberkuloosse immuniteedi kujunemises.

3. Tuberkuloosse protsessi kliiniline pilt ja kulg silmas on suurel määral tingitud organismi immuunbioloogilisest seisundist.

4. Silmatuberkuloosi ravi määravad protsessi iseloom silmas, tema kulu raskus ja organismi immuunbioloogiline häälestatus.

5. Mõningatel juhtudel võib silmatuberkuloosi puhul saavutada edu ainuüksi mittespetsiifilise desensibiliseeriva raviga, teistel juhtudel on teda vajalik kombineerida antibakteriaalse raviga. Eriti rasketel juhtudel võib mittespetsiifilist desensibiliseerivat ravi rakendada koos antibakteriaalse ja tuberkuliinraviga.

6. Silmatuberkuloosi ravi ei tohi piirduda haigestumise põletikulise puhangu likvideerimisega, vaid peab taotlema täielikku silma protsessi kliinilist tervistumist.

LIIKUV OTSIK HIIDELEKTROMAGNETITELE

L. Schotter.

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.

1. Peamisteks nõueteks, mida me esitame oftalmokirurgias tarvitavatele magnetitele on maksimaalne külgetõmbejõud ühenduses küllaldase liikuvusega, mis on vajalik operatsiooni vabaks sooritamiseks.

Raudsüdamikku omavad hiidelektromagnetid (Haabi, Folkmanni, Aronovi jt. süsteemid) on küll suure külgetõmbejõuga, kuid nende lühikesed ja tugevad otsikud on liikumatud, mis tekitab operatsiooni ajal ebamugavusi.

2. Suurema liikuvuse andmiseks hiidelektromagnetite teravikkudele kasutavad kirurgid juba ammust ajast mitmesuguse kujuga rauast lisapulki, «nokki», mille üks ots asetatakse vastu magneti teravikku. Saavutatakse küll suurem liikumisvabadus ja parem ülevaade operatsiooniväljast, kuid magneti külgetõmbejõud langeb tunduvalt. On ka raskusi «noka» õiges asendis hoidmisega, sest elektromagnet tõmbab teda pöörates tugevasti enda poole.

3. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas kasutatakse meie poolt konstrueeritud liikuvat otsikut, mis kujutab endast tervikuna mõningal määral väljavenitatud kolmest osast koosnevat koonust. Selle süsteemi üksikosad puutuvad kokku omavahel sobivaks lihvitud sfääriliste pindadega, mis annab teravikule üsna suure liikuvuse. Süsteemi esimese lüli paksema otsa läbimõõt vastab elektromagnetis südamikule läbimõõdule, mille külge ta kruvitakse. Kolmanda lüli teraviku paksus ja kuju vastavad lõikele, mida tavaliselt tehakse silmamuna seinas. Neid osasid valmistatakse mitu ja nad erinevad üksteisest teraviku kaliibri ja kuju poolest, mis on sirge või kõver. Meie otsik, mis on valmistatud keskmise suurusega Haabi elektromagnetiga, on 9 cm pikk. Otsik on valmistatud pehmest rauast, kaetud nikliga ja teda steriliseeritakse keetes. Magnetis külgetõmbejõud hoiab otsiku osad koos, andes talle samaaegselt ka küllaldase stabiilsuse.

5. Üldise vormeli järele magneti külgetõmbejõud

$$F = VKH \frac{dH}{dx},$$

kus V on võõrkeha maht, K — osakese magnetiline vastuvõtlikkus, mis sõltub ta materjalist, vormist ja magnetiseerituse astmest, H — magnetvälja tugevus ja $\frac{dH}{dx}$ — magnetvälja ebaühtlus killu piirides. Niisiis on killule mõjuv külgetõmbejõud võrdeline tema suuruse ja magnetilise vastuvõtlikkusega ning sõltub magnetvälja tugevusest, eriti aga tema ebaühtlusest.

6. Magnetvoog kulgeb kogu meie otsiku ulatuses mööda rauda, mille juhtivus magnettingjoonte suhtes on sadu kordi suurem kui õhul. Tavalise «noka» kasutamisel on raudosade kokkupuutepind väike, mistõttu

magnetiline juhtivus väheneb ja osa tungjooni suundub õhu kaudu. Sellepärast ületab magnetvälja tugevus H meie otsiku teraviku läheduses välja tugevust tavalise «lisanoka» teraviku juures, H suurenemisega suureneb aga ka magnetvälja ebaühtlus $\frac{dH}{dx}$ killu piirides. Niisiis peab meie otsiku külgetõmbejõud F olema suurem kui tavalisel «nokal».

7. Võrdlevad mõõtmised, mis teostati meie poolt esitatud liikuva otsikuga ja tavaliselt kasutatava «nokaga» tõendasid meie otsiku eeliseid. (Sealjuures valiti mõlemad süsteemid täpselt ühepikkused ja nende aluste ning teravike lõige oli ühesugune.) Katsed 32,5 mg kaaluva teraskuulikesega erinevat voolutugevust kasutades tõendasid, et meie otsiku külgetõmbejõud ületab tavalise «lisanoka» oma ja vastab suurima erinevuse punktis «noka» külgetõmbejõu 165-le protsendile.

KOOLIÕPILASTE TÖÖTINGIMUSTE UURIMINE TARTU LINNA KOOLIDE ÕPPETÖOKODADES JA TEHASTES

O. Kaik, L. Kaasik

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Partei ja valitsuse otsuse «Kooli ja elu sidemete tugevdamisest» ellurakendamine seab okulistide ette uusi ülesandeid silmatraumatismi profülaktika alal.

2. Laste silmade traumat esineb nägemisorgani üldtraumaga võrreldes Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonna andmetel 1945.—1957. a. 37,5% (Savi, Schotter, Mandel).

3. Rasketööstuses, eriti metallitööstuses asetleidvatest üldvigastustest esineb silma tööstuslikku traumatismi 7,8—31,6% (Šerševskaja).

4. Tootmisprotsessist osavõtvate kooliõpilaste nägemisorgani kaitsmise olukorra väljaselgitamiseks on läbi viidud kontroll Tartu koolide õppetöökodades ja nende tehaste tsehhides, kus töötavad uuele koolisüsteemile üleläänud Tartu koolide õpilased.

5. Koolide töökodade läbivaatamisel selgus, et pea-

aegu kõigis õppetöökodades esinevad järgmised puudused:

- a) ruumid on väikesed, ei võimalda tööpinkide õiget paigutamist, ei ole eri ruume puu- ja rauatööks;
- b) valgustus on mitteküllaldane;
- c) ventilatsioon on puudulik;
- d) ei jälgita sanitaarhügieeniliste nõuete täitmist;
- e) puudub silmade individuaalne ja kollektiivne kaitse.

6. Tehaste tsehhide töötingimuste uurimisel selgus:

- a) mõnedes ettevõtetes on õpilastele ette nähtud lubamatult pikk tööaeg — 8 tundi päevas;
- b) õpilased on lubatud tööle, ilma et oleks kontrollitud nende sobivust tootmistööks ja nägemisorgani seisundit;
- c) silmade individuaalse ja kollektiivse kaitse vahendid on puudulikud.

7. Mainitud puudusi arvesse võttes tuleb nõuda Tartu Linna TSN TK haridusosakonnalt, vastavate tehaste administratsioonilt ja koolide direksioonilt:

- a) kooliõpilaste silmade individuaalse ja kollektiivse kaitse organiseerimist tootmisprotsessis, mille puhul on olemas silmade vigastamise oht;
- b) õpilaste tööaja pikkuse reguleerimist;
- c) koolide õppetöökodade valgustuse ja ventilatsiooni parandamist; puu- ja rauatööks eri ruumide sisustamist, mis vastaksid suuruselt õpilaste arvule;
- d) kooliarstidel kontrollida (vajaduse korral okulisti kaasabil) õpilaste sobivust tootmistööks;
- e) sanitaaralase selgitustöö tegemist õppijate, pedagoogide ja lastevanemate hulgas.

SILMAHAIGUSTEST TINGITUD INVALIIDSUSE ANALÜÜS TALLINNA LINNAS, HARJU, RAPLA JA KEILA RAJONIDES 1958. AASTAL

I. Trofimova

Tallinna Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Antud töö materjaliks on kasutatud Tallinna Arstliku Töökspertiisi komisjoni läbivaatusakte 1958. aasta kohta. Analüüsitud on haigusjuhud, kus invaliidsusgrupi määramisel põhihaiguseks on silmahaigus.

2. Tallinna ATEK on läbi vaadanud 1958. aastal meditsiini-asutuste poolt suunatud 290 silmahaiguse põhidiagnoosiga haiget. Nendest on 268 haigele vormistatud invaliidsusgrupp. 70 juhul on grupp vormistatud jäädavalt, 198 juhul 1—2 aastase korduva järelevaatuse tähtajaga. 22 haige pretensioon saada invaliidsusgrupp on tagasi lükatud.

3. 268 haigest on I invaliidsusgruppi kuuluvaks tunnistatud 28 isikut (10,4%), II invaliidsusgruppi kuuluvaks 131 isikut (48,9%) ja III invaliidsusgruppi kuuluvaks 109 isikut (40,7%). Nendest mehi 141 isikut (52,8%) ja naisi 127 isikut (47,2%). Kõige enam on invaliidistunud isikuid 41—60 eluaasta vahel — 155 isikut (57,9%). Meeste suhteline ülekaal on kuni 40 eluaastani, naisi on suhteliselt enam invaliidistunud üle 40 eluaastates.

4. Kõige enam invaliidsust põhjustanud haiguseks on myopia magna. Haigus esineb 83 analüüsitud juhul (31,1%). Invaliidideks tunnistatud müoopidest on 53 isikut (64%) naised ja 28 isikut (36%) mehed. 78 haigusjuhul (94%) esineb tuisitusena müoopiline horioiretiniit.

5. Teisel kohal invaliidsuse põhjusena esineb trauma 72 juhuga (27,1%). Töövigastusi esineb 31 juhtu, nendest enamus (26 juhtu) meestel. Olustikulise silmatrauma tõttu on invaliidsusgruppi saanud 22 isikut (17 meest) ning silmavigastuse tõttu sõjas 19 isikut (17 meest). Valdav enamus (48 isikut) tunnistati III invaliidsusgruppi kuuluvaks.

6. Kolmanda koha silmahaigustest tingitud invaliidsuse põhjusena omavad seniilsed muutused silmas, peamiselt läätsas ning horioideas — 26 juhtu (9,7%).

7. Järgmiste invaliidsust põhjustavate haigustena esinevad mitmesuguse etioloogiaga *atrophia nervi optici* 12 juhtu — (4,7%), *glaucoma* 11 juhtu (4,3%), *scrophulosis* — 10 juhtu (3,6%), kongenitaalsed silmahaigused, *retinitis pigmentosa* ja tuberkuloosse etioloogiaga silmahaigused, igaüks à 9 juhtu — (3,2%). Ebaselge etioloogiaga keratiit 7 juhtu (2,6%). Silma pahaloomuline kasvaja 5 juhtu (1,5%). *Trachoma* põhjustab invaliidsust 2 juhul (0,75%), parenhümaatoosne keratiit 2 juhul (0,75%). Muud haigused esinevad 11 juhul (4,3%).

8. Vaatamata mitte suurele analüüsitud haigusjuhtude arvu üle võib saadud andmete põhjal teha teatud ettepanekuid edaspidiseks silmainvaliidsuse vähendamiseks:

a) myopia magna tagajärjel invaliidistunud isikute hulga vähendamiseks tuleb rohkem tähelepanu pöörata nägemise hügieenile koolis, perioodiliselt kontrollida õpilaste nägemist ning nõuda ametsoodustajate poolt prillide kasutamist.

b) silmatraumatismi alandamiseks tuleb teatud kutsealadel tugevdada ohutustehnilist režiimi, teha tööliste seas laialdast selgitustööd nägemisorgani kaitsmise vajadustest.

c) tuleb organiseerida üle 50 aastaste töötajate profülaktilisi läbivaatusi töökohal *glaucoma* ning degeneratiivsete silmapõhja muutuste väljaselgitamiseks.

Trahhoom, esinedes invaliidsuse põhjusena ainult 2 üle 65 a. inimesel, nimetamisväärse invaliidsuspõhjusena uuritud ENSV osas ei esine.

LÕUNA-EESTI ELANIKKONNA HAIGESTUMISEST SILMAHAIGUSTESSE TARTU VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA SILMAOSAKONNA POLI- KLIINILISE VASTUVÖTU ANDMETEL

1956—1957. a.

E. Rooks

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond.

1. Ajavahemikus 1956. a. aprillist 1957. a. aprillini TVKH silmaosakonnas polikliinilistest pöördumistest on analüüsitud 14 092, millistest 13 394 (95%) pärinesid Tartu linnast ja 17 TVKH teenendada olevast rajoonist (Abja, Antsla, Elva, Jõgeva, Kallaste, Mustvee, Otepää, Põltsamaa, Põlva, Räpina, Suure-Jaani, Tartu, Tõrva, Valga, Vastseliina, Viljandi, Võru).

2. 3747 juhul oli pöördumise põhjuseks refraktsiooni anomaalia korrektsiooni vajadus, 10 345 juhul silma haigestumine. Haigestumise tõttu pöördunudtel esinesid:

lauhaigused 1771 (17,1%)

pisarateede haigused 684 (6,6%)

konjunktivi haigused 2660 (25,7%)
sarvkesta ja skleera haigused 881 (8,5%)
soonkesta haigused 205 (1,9%)
läätse ja klaaskeha haigused 934 (9,0%)
glaukoom 500 (4,8%)
võrkkesta ja nägemisnärvi haigused 752 (7,3%)
silma välislihaste funktsiooni häired 434 (4,2%)
silmatrauma 748 (7,2%)
muud 776 (7,5%).

3. Haigestumise tõttu oli esmakordseid pöördumisi 7684 (74,3%).

4. Trahhoomi I—III staadiumis esines 0,7% esmakordsetest pöördumistest; võrreldes neid andmeid 1939. a. andmetega, mil meie osakonnas polikliinikuisse esmakordselt pöördunudel esines trahhoomi I—III staadiumis 8,1%, nähtub trahhoomi osatähtsuse järsk langus Lõuna-Eesti elanikkonna silmahaigete hulgas.

5. Skrofuloosi oli esmakordselt pöördunudest 197 (2,3%). Skrofuloosseid keratüte oli 25 juhtu, kusjuures 2—14 a. vanuses esinenud 10 keratiidist kuulus kliinilisele ravile 7, 15—40 a. grupis 14 keratiidist ainult 2.

6. Soonkesta haiguste tõttu 147 esmakordselt pöördunust esines 30,6% *iridocyclitis*, 22,4% *iritis*, 25,2% *chorioiditis*, 4,8% *uveitis*.

7. 197 glaukoomi haigest oli 140 naist (71,1%) ja 57 meest (28,9%). Tartu linnast oli pärit 61, rajoonidest 136.

8. Silmatrauma tõttu esmakordselt pöördunudel esines mikrotrauma 50,8%, söövituse ja põletuse — 9%, vana trauma 11%.

9. 736 haiget oli suunatud silmapõhja uurimiseks teistest raviastutustest või ATEK'ist, mis moodustab 9,6% esmakordselt haigestumise tõttu pöördunuist.

Morbus hypertonicus'e puhul konsultatsioonile suunatudest esinesid 26,3% hüpertoonilised muudatused.

OFTALMOLOOGILISE ABI ORGANISATSIOON
KOHTLA-JÄRVE LINNAS VASTAVALT LINNA
POLIKLIINIKU JA PÕLEVKIVITÖÖTLEMISE KOM-
BINAADI AMBULATOORIUMI ANDMETELE
1957. AASTAST

F. Tšernova

(Kohtla-Järve).

1. 1957. a. jooksul oli linna silmakabinettides 7790 külastust, neist 636 esmakordset haiget.

2. 1957. a. anti kokku välja 319 haiguslehte seoses nägemisorgani haigestumiste või traumatismiga. Nende üldine kestus oli 1639 päeva ja ühe haiguslehe keskmine kestus 5,1 päeva.

3. Põlevkivitöötlemise Kombinaadis on seoses nägemisorgani haigestumisega välja antud 53 haiguslehte üldise kestusega 241 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus on 4,5 päeva. Tootmisalase päritoluga traumatismide puhul on välja antud 30 haiguslehte üldise kestusega 92 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus võrdub 3 päevaga.

4. Kaevanduses Käva II on seoses nägemisorgani haigestumisega välja antud 27 haiguslehte üldise kestusega 210 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus on 7,7 päeva. Traumatismi puhul on välja antud 10 haiguslehte üldise kestusega 23 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus on 2,3 päeva.

5. Kukruse kaevanduses on seoses nägemisorgani haigestumisega välja antud 25 haiguslehte üldise kestusega 199 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus on 7,9 päeva. Traumatismi puhul anti välja 6 haiguslehte üldise kestusega 18 päeva. Ühe haiguslehe keskmine kestus oli 3 päeva.

6. 1957. a. esines silmade pisitraumatism kombinaadis ja kaevandustes. Nende ettevõtete administratsioon peab pöörama tõsist tähelepanu võitlusele mikrotraumatismiga.

7. Kuigi 1957. a. silmade trauma raskeid juhtumeid ei esinenud, näitasid 1958. ja 1959. a. kogemused, et silmade raskekujuline trauma leidis kaevanduses aset

tehnilise järelvalve hooletusse jätmise tõttu; administratsioon polnud tarvitusele võtnud küllaldasi abinõusid nägemisorgani raskekujuliste traumade vältimiseks.

SARVKESTA VÕÖRKEHADE EEMALDAMISE INSTRUMENTI MODIFIKATSIOON

L. Schotter

Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogia kateeder.

1. Meie poolt 1950. a. esitatud instrument sarvkesta võõrkehade eemaldamiseks on viimasel ajal mõningal määral muudetud seoses temale magnetiliste omaduste lisandamisega.

Instrumenti töötav osa kujutab endast hästiteritatud lamedat veidi ümmardatud servadega, peitlit. Tera laius teraviku juures on kolmest instrumendist koosnevas komplektis vastavalt 0,4; 0,7 ja 1,0 mm. Tera pikkus on umbes 15 mm. Silindrikujuline 60 mm pikkune ja 7 mm läbimõõduga käepide on valatud erilise sulamist ja magnetiseeritud. Magnetiliste omaduste paremaks säilitamiseks hoitakse peitlikesi, vastava, samuti magnetiseeritud klambri sisselõigetes, mistõttu magnetvoog sulgub. Komplekt on paigutatud karbikesse ja varustatud väikese luisuga.

2. Instrumenti konstruktsioon võimaldab teda kasutada järgmiselt:

a) võõrkeha äravõtmiseks, samuti nagu seda tehakse tavalise võõrkehade eemaldamiseks tarvitatava nõela või õõnespeitliga;

b) võõrkeha jäänuste eemaldamiseks kaevavate liigutustega, mida on raske läbi viia nõela kasutamisel, sest nõelal on väga kitsas töötav pind teraviku tipu näol. Viimane õnnestub paremini hästiteritatud õõnespeitli abil, mille teraviku kuju aga raskendab selle teritamist.

c) võõrkeha jäänuste («roosterõnga») väljakaapimiseks instrumenti roteerimise abil. Selline väljakaapimise võimalus puudub nii tavalise võõrkehade eemaldamiseks kasutatava nõela kui ka õõnespeitli tarvitamisel.

3. Väljakaapimise läbiviimiseks asetatakse instrument, mille kaliiber valitakse vastavalt antud juhule, haavakesele perpendikulaarselt sarvkesta pinna suhtes ja pööratakse teda sõrmede abil (ühelt poolt pöidla, teiselt poolt nimetis- ja keskmise sõrmega) ühele ja teisele poole. Selliseid pöördeid tuleb tavaliselt teostada mitu, vajutades kergelt instrumendile ja aeg-ajalt teda ära võttes tulemuste kontrollimiseks.

Kui instrumenti õigesti kasutada, puudub oht, et ta tungib liialt sügavalt sarvkesta koesse, sest roteerimise puhul tera mitte ei löika, vaid peamiselt kaabib kudet. Seejuures peab meeles pidama, et kitsas peitel tungib sügavamale kiiremini kui lai.

Instrumenti sellise kasutamise puhul on haavakese servad ja põhi kergesti puhastatavad võõrkeha jäämustest ja nekrootilisest koest. Sarvkesta defekt kujuneb ümmarguseks siledate servade ja põhjaga.

4. Meie instrumenti konstruktsiooni põhjendus on järgmine. Sarvkesta külge kleepunud võõrkehad (säde-med või smirgli tükikesed) ja nende ümber tekkiv põletus ning «roosterõngas» on tavaliselt ümmarguse kujuga. Sarvkesta sügavusse ulatuval ja eemaldamiseks kuuluval kahjustatud koel on läbilõikes samuti ligikaudu poolümmargune kuju. See tekib puhtfüsi-kalistel põhjustel metalliosakeste põlemisel ja sarvkesta koe põletusel.

5. Magnetiliste omaduste lisamine instrumendile osutus täiesti otstarbekaks. Kuigi väikest massi omava ja osaliselt magnetilised omadused kaotanud võõrkeha ning instrumenti peene teraviku vaheline külgetõmbejõud on väga väike, osutus võõrkehade eemaldamine magnetiseeritud instrumendiga, arvestades tema puhtmehhaanilisi positiivseid omadusi, veelgi mugavamaks. Sarvkesta magnetilised võõrkehad, milliseid meie ambulatooriumi viimaseil andmeil esineb 48%-l juhtudest, otsekui kleepuvad instrumenti teraviku külge ja haavakese puhastamine toimub hõlpsamini.

О ВИРУСНЫХ НЕВРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ

А. А. Тауми

Глазное отделение Таллинской II городской больницы

Каждая эпидемия гриппа сопровождается особыми клиническими явлениями со стороны глаз.

В течение последних четырех лет мы наблюдали в глазном кабинете поликлиники осложнения со стороны роговицы. Мы производили интравитальную окраску эпителия роговицы $\frac{1}{2}$ — 1% раствором фиолетового пиоктанина, который при кратковременном применении окрашивает пораженные поверхности роговицы, лимфатические межклеточные пространства эпителия роговицы, а также водяные сосуды на склере. Для выявления пораженных нервных стволов роговицы мы пользовались окрашиванием поверхности роговицы: 2% флуоресцеином и последовательно 1 — 2% колларголом.

В начальной стадии болезни часто совершенно отсутствовали объективные признаки раздражения. Вскоре появлялось расширение поверхностных и глубоких сосудов конъюнктивы глазного яблока, гиперемия распространялась на слизистую век, напоминая известную картину так называемого «сухого конъюнктивита».

Окрашивая роговичную поверхность пиоктанином, можно было определить в эпителиальных слоях центральной (широкой) зоны роговицы следующие явления: расширение межклеточных лимфатических пространств в виде фиолетовой сети сплетений определенного направления, пылевидное окрашивание группы клеток эпителия, или окрашивание сплошной поверхности роговицы — вплоть до отторжения всех слоев эпителиального покрова с обнажением поверх-

ности Бауменовой пластинки. При этом водяные сосуды почти моментально пропитываются фиолетовым раствором и становятся 100% видимы невооруженным глазом.

Бывали случаи, что после окрашивания пиоктанином стали видимы начальные (невидимые) неврогенные поражения роговицы в виде формы древовидного, точечного и других видов неврогенных кератитов или в виде «сухого конъюнктивита».

В течение болезни чаще наблюдалась гиперэстезия, реже гипэстезия роговицы. (В первом случае при вкапывании в глаз почти не раздражающих глаза средств, даже воды, можно было наблюдать судорогообразное быстрое оттягивание головы назад, как исключительно характерный признак для данной болезни). Полагаем, что пиоктанин предпочтительно красит пораженные, потерявшие полную витальность клетки роговицы, межклеточные лимфатические пространства в эпителиальных слоях и водяные сосуды. Двойное окрашивание флуоресцеином и последовательно колларголом следует применять для оценки состояния нервных стволов роговицы.

В анамнезе почти всегда можно было выяснить предшествующее заболеванию глаз гриппоподобное заболевание с явлениями насморка, кашля, небольшого повышения температуры, которое больные переносили «на ногах».

О ЛЕЧЕБНОМ ДЕЙСТВИИ КОРТИЗОНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ

доц. В. А. Сави, Л. Х. Шоттер и Ы. М. Мандель

Кафедра офтальмологии Тартуского государственного университета

1. В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы кортизон применялся при лечении различных заболеваний глаз с 1957 года. Лечение кортизоном было применено всего 358 больным (стационарно — 320, амбулаторно — 38) со следующими заболеваниями глаз: иридоциклитами разной

этиологии у 137 больных, кератитом у 117 б-ных, кератосклеритом у 37 б-ных, поверхностными катарральными и аллергическими заболеваниями глаз у 29 б-ных, по поводу ожога глаз у 9 б-ных, и после различных операций глаза у 29 больных.

Кортизон применялся местно: в виде 1% капель 5 раз в день, в виде 1% мази 4—5 раз в день и субконъюнктивально 5—10 мг (0,2—0,4 мл) с промежутками в 3—5 дней, от 2 до 6 инъекций на курс.

2. Эффект лечения мы оценили очень хорошим у 158 больных, хорошим у 138 б-ных, удовлетворительным у 50 и недостаточным у 12 больных. В 9 случаях отмечался рецидив заболевания.

Действие кортизона оказалось наиболее эффективным при ревматических иридоциклитах, где из 64 случаев был достигнут очень хороший эффект в 35 случаях, хороший — в 26 сл. и удовлетворительный — в 3-х случаях. Из них в 3-х случаях через несколько месяцев появился рецидив. Очень хороший эффект получен также при скрофулезных кератитах. При этом заболевании из 49 б-ных у 22-х получен очень хороший, у 23-х хороший и у 4-х удовлетворительный эффект.

Хорошие результаты получены при лечении кортизоном блефаритов, конъюнктивитов, эписклеритов, различных поверхностных и паренхиматозных (особенно сифилитической этиологии) кератитов. Хорошие результаты получены также при ожогах роговицы и после различных глазных операций, как например, кератопластика, тэтоваж роговицы, экстракция катаракты.

Мало эффективным кортизон оказался при туберкулезных увеитах, при которых из 6 случаев в 3-х эффект не был получен.

При лечении герпетических кератитов кортизон применялся в 21 случае. При этом заболевании хорошие результаты можно было отметить в 2 случаях, удовлетворительный результат в 14 случаях, улучшение не наступало в 5 случаях. Из них рецидив наступил в 2 случаях.

3. Местное применение кортизона экономно, эффективно и не имеет общих противопоказаний.

По нашим наблюдениям применение кортизона в

виде субконъюнктивальных инъекций дало лучшие результаты, чем в виде капель или мази.

Ухудшения процесса в глазу или каких-либо отрицательных побочных явлений мы при применении кортизона не отмечали.

Так как кортизон не оказывает влияния на причину заболевания и не предохраняет от рецидивов, необходимо параллельно с ним применять и этиопатогенетическое лечение.

Принимая во внимание значительное и быстрое противовоспалительное действие кортизона, последний заслуживает широкого применения при лечении различных заболеваний глаз.

АНТИРЕТИКУЛЯРНАЯ ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ СЫВОРОТКА (АЦС) В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ

Канд. мед. наук И. Л. Кропман и Н. Ю. Тоотс

Глазное отделение Тартуской республиканской
клинической больницы

1. Антиретикулярная цитотоксическая сыворотка (акад. А. А. Богомольца) стимулирует деятельность физиологической системы соединительной ткани, способствуя проявлению ее трофической, пластической, защитной и антибластоматозной функций.

2. В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы АЦС применяется при лечении заболеваний роговицы, дегенерации желтого пятна, атрофии зрительного нерва и других заболеваниях глаз.

3. В настоящей работе дается анализ результатов применения АЦС в комплексном лечении заболеваний роговицы различной этиологии 86 стационарным и 19 амбулаторным больным глазного отделения Тартуской республиканской клинической больницы.

4. АЦС способствует заживлению патологических процессов в роговице и прояснению ее помутнений.

О ПРИМЕНЕНИИ ИНТЕРМЕДИНА ПРИ НЕКОТОРЫХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Э. Кару

Глазное отделение Таллинской республиканской
клинической больницы

1. 5% раствор интермедина по литературным данным показан при лечении различных патологических процессов глазного дна: миопические и туберкулезные изменения сосудистой оболочки, пигментный ретинит, атрофия зрительного нерва и др.

2. Интермедин применялся 27 больным. В зависимости от характера заболевания было проведено 2—3 курса лечения.

3. Положительные результаты получены при миопических изменениях сосудистой в 3 случаях и при туберкулезном заболевании желтого пятна в 1 случае. Улучшение было в основном субъективное. В функции глаза и в картине глазного дна существенных объективных изменений не обнаружено.

К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ БИНОКУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ

Канд. мед. наук И. Л. Кропман

Глазное отделение Тартуской республиканской
клинической больницы

1. При содружественном косоглазии отмечается наличие скотом в бинокулярном поле зрения и своеобразный характер локализации изображения косящего глаза.

2. Такое нарушение бинокулярной функции при содружественном косоглазии является следствием извращения физиологических механизмов, действующих при нормальном бинокулярном зрении.

3. Одиочное бинокулярное восприятие в нормальных условиях является результатом синтеза в деятельности глазного анализатора.

4. При содружественном косоглазии в результате отклонения косящего глаза выявляется дифференци-

рующая деятельность глазного анализатора, обуславливающая частичное торможение восприятия одного глаза.

5. При содружественном косоглазии может возникнуть, вместо нормальной связи между корковым представительством корреспондирующих элементов сетчаток, аномальная связь между корковым представительством диспаратных элементов сетчаток. В результате такого извращения характера корковой связи в чувственной системе глазного анализатора меняются пространственные свойства коркового представительства сетчатки косящего глаза.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА КУНТА ПРИ РАССЕЧЕНИИ ВТОРИЧНЫХ КАТАРАКТ

Л. Х. Шоттер

Кафедра офтальмологии ТГУ

В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы в течение ряда лет применяется модификация способа Кунта при рассечении вторичных катаракт, шварт, пленок или радужки в целях образования искусственного зрачка. Всего произведено 58 операций, причем способ зарекомендовал себя как весьма эффективный и вместе с тем мало травмирующий.

Подготовка больного и операционного поля обычная. Анестезия капельная. Желательно применять акинезию и ретробульбарную анестезию. Зрачок расширяется максимально с помощью атропина и подконъюнктивальной инъекции адреналина или закладывания в конъюнктивальный мешок ватки, смоченной раствором кокаина-адреналина. Ассистент фиксирует глазное яблоко с помощью пинцета.

Двумя достаточно узкими дисцизионными ножничками (типа Кнаппа, тампонирующими отверстия вколов, с длиной лезвия около 6 мм) производится одновременно вкол через периферию роговицы на противоположных концах одного меридиана. Оба ножничка вводят в переднюю камеру, причем лезвия их лежат в горизонтальной плоскости и обращены режущим краем друг к другу. Одним из ножничков

прокалывают пленку в периферической ее части и продвигают его под пленкой по направлению к другому ножичку. Другой ножичек продвигают в передней камере над пленкой навстречу первому. Оба ножичка поворачивают вокруг своей продольной оси примерно на 60° так, что режущий край ножичка, находящийся под пленкой, поворачивается кверху, а режущий край ножичка, находящийся над ней, поворачивается книзу.

Поднимая лезвие (т. е. опуская рукоять) ножичка, находящегося под пленкой, и одновременно несколько опуская лезвие (т. е. поднимая рукоять) ножичка, расположенного над ней, проводят режущим краем одного ножичка по режущему краю другого, разрезая пленку между ними.

В случае правильного проведения операции пленка, шварты или радужка режутся так же легко, как при пользовании ножницами. Края разреза ровные. Благодаря эластичности тканей, главным образом радужки, отверстие остается зиять. По окончании разреза оба ножичка удаляются из камеры одновременно быстрым движением. При этом камера опорожняется лишь в незначительной мере.

При выборе места и направления разреза нужно исходить из следующих соображений. Наиболее удобно производить разрез в горизонтальном или косом меридиане глаза, так, чтобы иметь большую свободу действия. С другой стороны, следует считаться с эластичностью тканей и резать, по возможности, поперек спаек, перпендикулярно к волокнам сохранившегося дилататора. В случае, если разрез недостаточно зияет, операцию можно тотчас, или в другой сеанс повторить, изменяя место и направление разреза так, чтобы он получился в форме букв «Л», «Т», «Х», «П» и т. п.

Так как при пользовании описываемым методом значительное отверстие в пленке достигается при минимальной травме глаза — прокол роговицы, рассечение пленки без ее дергания — то способ показан, главным образом, в осложненных случаях, где возможность рассечения пленки обычными способами сомнительна, а более широкое вскрытие оболочек при пользовании иными оперативными приемами не желательно.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГЛАУКОМАТОЗНОЙ ОПЕРАЦИИ ИРИДЕНКЛЕЙЗИС НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1958 И 1959 гг.

Э. А. Роокс

Глазное отделение Тартуской республиканской
клинической больницы

1. Из фистулизирующих антиглаукоматозных операций все более широкое применение находит ириденклейзис, особенно при простой глаукоме.

2. В Глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы в 1958—1959 гг. была произведена операция ириденклейзис у 58 больных глаукомой (из них 37 случаев простой глаукомы). В 38 случаях получены данные более поздних обследований (17 случаев простой глаукомы).

3. При выписке из больницы внутриглазное давление было нормализовано в 93,1% случаев (при простой глаукоме 100%). При более позднем обследовании внутриглазное давление оставалось нормализованным в 84,2% случаев (при простой глаукоме 100%).

4. При выписке из больницы острота зрения оставалась без изменения или улучшалась по сравнению с остротой зрения при поступлении в 70,5% случаев (при простой глаукоме 57,7%). При более позднем обследовании острота зрения оставалась без изменения или улучшилась по сравнению с остротой зрения при выписке из больницы в 76,9% случаев (при простой глаукоме в 76,4%).

5. При выписке из больницы поле зрения осталось без изменения или расширилось по сравнению с полем зрения при поступлении в 80,5% случаев (при простой глаукоме в 75%). При более позднем обследовании поле зрения расширилось или осталось без изменения в 75% случаев (при простой глаукоме в 70,6%).

6. После операции в 21 случае образовалась гифема, которая рассосалась в течение срока от нескольких дней до пары недель. В одном случае вторичной глаукомы образовался гемофтальм. В 5 слу-

чаях образовалась отслойка сосудистой (из них в трех случаях была абсолютная глаукома).

7. При более позднем обследовании фильтрационная конъюнктивальная подушечка у места операционного рубца наблюдалась в 71,1% случаев.

8. Сравнивая результаты операции ириденклеизис с произведенным в нашем отделении анализом результатов 136 случаев иридектомии ab externo приходим к выводу, что операция ириденклеизис более эффективна в отношении нормализации внутриглазного давления, в то время как в отношении сохранения функции глаза этого нельзя с уверенностью утверждать.

ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕСАДКИ РОГОВИЦЫ В ГЛАЗНОМ ОТДЕЛЕНИИ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л. Х. Шоттер, А. В. Герасимова

Кафедра офтальмологии Тартуского государственного университета, глазное отделение Тартуской республиканской клинической больницы

1. В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы операция пересадки роговицы производится с 1948 года. Всего было сделано 43 операции на 34 глазах 32 больным. На 5-ти глазах операция была произведена два раза и на 2-х — три раза. Мужчин было 22, женщин — 6, детей — 4. Возраст больных был от 6 до 66 лет, большинство больных оперировано в возрасте от 20 до 40 лет.

2. Бельма наших больных распределялись согласно классификации акад. В. П. Филатова и Д. Г. Бушмиц по категориям следующим образом: I категории — 1 бельмо, II категории — 3 бельма, III категории — 10 бельм, IV категории — 8 бельм, V категории — 12 бельм. Таким образом, большинство бельм относилось к последним двум категориям, являющимся мало пригодными для пересадки. В этиологии бельм чаще всего имели место ожоги — 11 случаев, затем механические повреждения — 6 случаев. Неизвестной этиологии бельма были в 3-х случаях. Бельма после

трахомы, скрофулезного и паренхимотозного кератитов встречались по 2 раза. Врожденная дистрофия роговицы и кератоконус наблюдались также по 2 раза. Бельма после розацеа и герпетического кератита встречались по одному разу.

3. По целевой установке было произведено 26 оптических, 13 мелиоративных и 4 тектонических пересадок. По технике операции — 23 частичных сквозных, 17 частичных и полных послойных и 3 субтотальных. В основном пользовались инструментарием и методикой операции, разработанной институтом глазных болезней им. академика В. П. Филатова. Для пересадки употребляли трупную роговицу со сроком консервации чаще всего 3 суток. В некоторых осложненных случаях, с угрозой выпадения разжиженного стекловидного тела, в целях более надежной фиксации трансплантата были применены предварительно проведенные внутритрепаные швы (Л. Шоттер, 1950 г.). В целях лучшей стабилизации трепана и улучшения качества среза была предложена модификация трепана ФМ-III (Л. Шоттер, 1954 г.). Больные получали как перед, так и после операции общеукрепляющее лечение, витамины, тканевую терапию, в некоторых случаях при начинающемся помутнении трансплантата был применен с успехом кортизон.

4. Оптические результаты пересадок следующие: из 34 оперированных глаз улучшение зрения было на 21 глазу, из них хороший результат (острота зрения от 0,2 до 0,7) получен на 10-ти глазах, незначительное повышение зрения (до 0,01—0,03) было на 6-ти глазах и на 5-ти глазах зрение поднялось до счета пальцев у лица. Без изменений острота зрения осталась на 10-ти глазах и ухудшилась на 3-х глазах. В некоторых случаях, несмотря на прозрачное и полупрозрачное приживление трансплантата, было недостаточное повышение зрения вследствие имеющейся амблиопии или иных изменений глаза. Из осложнений на первом месте была глаукома (4 случая), затем выстояние трансплантата (4 случая), фистула пограничного кольца (1 случай), эпителиальные изменения в трансплантате (1 случай), нагноение и отторжение трансплантата имело место в одном случае послойной пересадки.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПОДКОЖНОЙ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО СТАРЧЕСКОГО ЗАВОРОТА ВЕКА

Л. Х. Шоттер

Кафедра офтальмологии Тартуского государственного
университета

В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы при лечении спастического старческого заворота века в последнее время с успехом применяется способ подкожной диатермокоагуляции. Полученные нами отличные как функциональные, так и косметические результаты, а также чрезвычайная простота метода, позволяют считать его достойным более широкого применения. Коагуляция производится нами следующим образом.

Местная анестезия достигается закапыванием в глаз 0,5% капель дикаина, под кожу нижнего века вспрыскивается 1—2 мл 2% раствора новокаина с адреналином. Пластинка Егера (лучше не металлическая) подводится под нижнее веко. Производя в течение нескольких минут массаж века, выжидают исчезновения отека.

Для коагуляции пользуются обычным диатермокоагуляционным аппаратом, употребляемым в офтальмохирургии. Активным электродом служит стальная игла в 4 см длиной и 1 мм толщиной, покрытая на всем протяжении, за исключением острия, надежной изоляцией, допускающей стерилизацию в спирту. Острый конец иглы на протяжении 1,5 мм свободен от изоляции. (Чтобы переход от обнаженного острия к изолированной части иглы был гладким, на игле до нанесения изоляции вытачивается несколько утонченная шейка. Выпускаемые медицинской промышленностью обычные иглы для диатермокоагуляции по нашему опыту совершенно не пригодны для данного метода).

О качестве изоляции иглы, а также о распространении и характере коагуляции можно получить представление на опытах с сырым яичным белком и мясом. Яичный белок свертывается в виде комочка с попе-

речником в несколько мм лишь у самого острия иглы. Коагуляционный канал в сыром мясе образуется также диаметром в 2—3 мм на протяжении всего пути движения иглы. Степень коагуляции и ее распространенность зависят от величины обнаженной части иглы и силы тока. Пассивный, обычный электрод, укрепляется на руке больного. Сила тока при коагуляции века равна 50—75 т А.

Вкол иглы производится без включения тока на расстоянии 5 мм кнаружи и книзу от наружного угла глазной щели. Игла проводится в ткани нижнего века параллельно ресничному краю и на расстоянии около 4 мм от него, до уровня слезной точки. Затем включается ток и при постепенном выведении иглы обратно, производится коагуляция подкожной ткани и мышцы. Придавливая пальцем другой руки веко, контролируется правильное положение иглы. При этом пальцем ощущается тепло. Коагуляция должна происходить в глубине, повреждение кожи излишне. Через то же место вкола можно произвести коагуляцию и по направлению к виску на протяжении в 1 см. Место вкола смазывается 1% раствором бриллиантовой зелени на 70° спирте.

Уже во время коагуляции становится заметным некоторое углубление вдоль края века соответственно коагуляционному каналу, что является показателем достаточной коагуляции.

Заворот исправляется немедленно, и по удалении иглы и костяной пластинки веко сохраняет правильное положение. Ни в повязке, ни в дальнейшем лечении больной не нуждается. Отек века, образующийся в результате коагуляции, проходит через несколько дней.

Механизм действия метода заключается, по-видимому, в стягивании тканей — вначале от свертывания белков, позже — в результате рубцевания коагулированных тканей. Область коагуляции должна поэтому находиться поблизости нижнего края хряща. Возможно, что имеет место и некоторое ослабление мышечных волокон, находящихся у края века и способствующих его завороту, что происходит за счет частичного нарушения их иннервации.

Мы производили сравнительно умеренную коагуля-

цию, исходя из того, что исправление гиперэфекта может оказаться кропотливым, в случае же недостаточности вмешательства, повторение процедуры, длящейся несколько минут, не представляло бы никакого затруднения. Однако, как показали наши опыты со свертыванием яичного белка и мяса, зона коагуляции увеличивалась лишь незначительно при токе выше 75 мА, в случае пользования той же иглою.

По вышеприведенной методике в целях исправления спастического старческого заворота в глазном отделении Т. Р. К. больницы в течение последнего года произведено 26 коагуляций 21 больному (в 4-х случаях на обоих глазах и у одного больного дважды). Возраст больных колебался от 48 до 88 лет, большинство больных было старше 70 лет; женщин было 15, мужчин 6. Рецидив заворота наблюдался лишь в одном случае спустя 2 месяца, причем заворот был легко устранен повторной диатермокоагуляцией.

ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ

Канд. мед. наук И. Л. Кропман

Глазное отделение Тартуской республиканской клинической больницы

1. Метастатический туберкулез глаз является местным поражением органа зрения при общей туберкулезной инфекции.

2. Реакция организма на первичную туберкулезную инфекцию выражается в появлении специфической аллергии и образовании противотуберкулезного иммунитета.

3. Клиническая картина и течение туберкулезного процесса в глазу в значительной степени определяется иммунобиологическим состоянием организма.

4. Лечение туберкулеза глаз должно определяться характером процесса в глазу, тяжестью его течения и иммунобиологической настроенностью организма.

5. В некоторых случаях туберкулеза глаза можно добиться успеха одной неспецифической десенсибилизирующей терапией, в других случаях ее необходимо

сочетать с антибактериальной терапией. В особо тяжелых случаях можно сочетать неспецифическую десенсибилизирующую терапию с антибактериальной и туберкулинотерапией.

6. Лечение туберкулеза глаз не должно ограничиваться ликвидацией воспалительной вспышки заболевания, но должно быть направлено на полное клиническое излечение процесса в глазу.

ПОДВИЖНОЙ НАКОНЕЧНИК ДЛЯ ГИГАНТСКИХ ЭЛЕКТРОМАГНИТОВ

Л. Х. Шоттер

Кафедра офтальмологии Тартуского государственного университета

1. Основными требованиями, которые мы предъявляем к магнитам, употребляемым в офтальмохирургии, являются соединение максимальной силы притяжения с достаточной подвижностью, необходимой для свободного проведения операции.

Гигантские электромагниты (системы Хааба, Фолькмана, Аронова и др.), имеющие железный сердечник, обладают наибольшей силой притяжения, однако короткие и сильные наконечники их неподвижны, что создает неудобство при операции.

2. Для сообщения большей подвижности острию гигантских электромагнитов хирурги пользуются издавна различной формы добавочными железными стержнями, «клювами», один конец которых приставляется к острию электромагнита. Свобода движений и обзореваемость операционного поля при этом увеличивается, но сила притяжения магнита значительно падает. Кроме того, удерживание клюва в желаемом положении не всегда легко, т. к. электромагнит с большой силой влечет клюв к себе, поворачивая его.

3. В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы в течение многих лет пользуются сконструированным нами подвижным наконечником, представляющим собой в целом несколько вытянутый конус, состоящий из трех частей. Отдельные части этой системы соприкасаются между собой полу-

сферическими шлифованными друг к другу поверхностями, допускающими значительную подвижность острия. Диаметр толстого конца первого звена системы соответствует диаметру сердечника данного электромагнита, на который он навинчивается. Толщина и форма острия третьего звена находится в соответствии с разрезом, производимым обычно в стенке глазного яблока. Этих частей изготавливается несколько, отличающихся калибром и формой острия, прямого или изогнутого. Длина нашего наконечника, изготовленного для электромагнита Хааба, небольших размеров, около 9 см. Наконечник изготовлен из мягкого железа, покрыт никелем и стерилизуется кипячением. Сила притяжения магнита удерживает отдельные части его вместе, сообщая ему одновременно достаточную стабильность.

4. По общей формуле сила притяжения магнита $F = \nu k H \frac{dH}{dx}$ где, ν — объем инородного тела, k — магнитная восприимчивость частицы, зависящая от ее материала, формы и степени намагничивания; H — напряженность магнитного поля и $\frac{dH}{dx}$ — неоднородность магнитного поля в пределах осколка. Таким образом сила притяжения, действующая на осколок, пропорциональна его величине, магнитной восприимчивости и зависит от напряженности магнитного поля и в особенности от его неоднородности.

5. Магнитный поток проходит на всем протяжении нашего наконечника по железу, проводимость которого для магнитных силовых линий во много сот раз больше, чем у воздуха. При пользовании обычным приставным «клювом» площадь соприкосновения железных частей мала, вследствие чего уменьшается магнитная проводимость его и часть магнитных силовых линий устремляется по воздуху. В результате напряженность магнитного поля H у острия нашего наконечника должна превосходить таковую у острия обычного приставного клюва, а вместе с увеличением H увеличивается и неоднородность его $\frac{dH}{dx}$ в пределах осколка. Таким образом сила притяжения F нашего

наконечника должна быть больше таковой обычного «клюва».

6. Сравнительные измерения, произведенные с предлагаемым подвижным наконечником и обычно применяемым «клювом», подтвердили преимущество нашего наконечника. (Обе системы были взяты при этом строго одинаковой длины и с одинаковым сечением основания и острия). Пробы со стальным шариком весом в 32,5 мг при различной силе тока показали, что сила притяжения нашего наконечника превосходит таковую приставного клюва и соответствует в точке наибольшего различия 165% его силы.

ИССЛЕДОВАНИЕ УСЛОВИЙ РАБОТЫ УЧАЩИХСЯ В ШКОЛЬНЫХ МАСТЕРСКИХ И НА ПРЕДПРИЯТИЯХ г. ТАРТУ

Ы. И. Кайк и Л. А. Каазик

Глазное отделение Тартуской республиканской
клинической больницы

1. Проведение в жизнь решения Партии и Правительства об укреплении связи между школой и жизнью ставит перед окулистами новые задачи в области профилактики глазного травматизма.

2. Детский травматизм глаз по отношению к общему глазному травматизму составляет по данным глазного отделения Тартуской республиканской клинической больницы за 1945—1957 гг. 37,5% (В. А. Сави, Л. Х. Шоттер, Ы. М. Мандель).

3. Промышленный травматизм глаз по отношению к общему травматизму в предприятиях тяжелой промышленности, особенно металлообрабатывающей промышленности, составляет от 7,8% до 31,6% (О. И. Шершевская).

4. Для выяснения состояния защиты органа зрения у школьников, принимающих участие в производственных процессах, проведено обследование школьных мастерских г. Тарту и тех цехов промышленных предприятий, в которых работают учащиеся тартуских школ, которые перешли на новую систему преподавания.

5. При обследовании школьных мастерских выяснилось, что почти во всех мастерских встречаются следующие недостатки:

- а) помещения тесные, вследствие чего невозможно правильно расставить рабочие станки. Столярные и слесарные работы производятся в одном помещении;
- б) освещение недостаточное;
- в) вентиляция отсутствует;
- г) не уделяется внимания санитарно-гигиеническим требованиям;
- д) отсутствует индивидуальная и коллективная защита глаз.

6. При обследовании условий работы учащихся в соответствующих цехах промышленных предприятий выяснилось следующее:

- а) в некоторых предприятиях для школьников предусмотрено недопустимо продолжительное рабочее время — 8 часов в день;
- б) школьники допускаются к работе без проверки их годности к этой работе по состоянию здоровья. У них не произведен осмотр состояния зрения;
- в) средства индивидуальной и коллективной защиты глаз недостаточны.

7. Принимая во внимание упомянутые недостатки, необходимо требовать от завед. Тартуским ГОРОНО, администрации соответствующих промышленных учреждений и директоров школ:

- а) организовать индивидуальную и коллективную защиту глаз для школьников при производственных процессах, связанных с опасностью повреждения глаз;
- б) регулировать продолжительность рабочего времени школьников;
- в) улучшить освещение и вентиляцию школьных мастерских. Оборудовать отдельные помещения для столярных и слесарных мастерских, которые по величине соответствовали бы количеству учащихся, работающих одновременно;
- г) школьным врачам провести обследование годности детей к производственному труду, привлекая, в случае надобности, к этой работе окулистов;
- д) провести соответствующую санпросветработу среди учащихся, преподавателей и родителей.

АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В г. ТАЛЛИНЕ И НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ ЭСТОНСКОЙ ССР В 1958 г.

И. Ю. Трофимова

Глазное отделение Таллинской республиканской
клинической больницы

1. Материалом для настоящей работы послужили акты осмотра Таллинской Врачебной трудовой экспертной комиссии за 1958 г. Анализу подверглись случаи, где основным заболеванием при назначении группы инвалидности было заболевание глаз.

2. Таллинская ВТЭК осмотрела в 1958 г. 290 больных, направленных медицинскими учреждениями, у которых основным диагнозом было заболевание глаз. Из них 268 больным была оформлена группа инвалидности. В 70 случаях группа инвалидности была оформлена бессрочно, в 198 случаях с повторным переосвидетельствованием через 1—2 года. 22 больным было отказано в получении группы инвалидности.

3. Из 268 больных 28 лицам (10,4%) была определена инвалидность I группы, 131 лицу (48,9%) — II группы, 109 лицам (40,7%) — III группы. Из них было: мужчин 141 человек (52,8%), женщин 127 (47,2%). Наибольшее количество инвалидов приходится на возрастную группу от 41 до 60 лет: 155 человек (57,9%). До 40-летнего возраста отмечается преобладание мужчин, женщины преобладают в возрастной группе старше 40 лет.

4. Наиболее частой причиной инвалидности является тюрора магна. Это заболевание встречается в 83 случаях (31,1%). Среди миопов, получивших группу инвалидности, имеется 53 женщины (64%) и 28 мужчин (36%). В 78 случаях (94%) миопия осложнена миопическим хориоидитом.

5. На втором месте в качестве причины инвалидности стоит травма: 72 случая (27,1%). Производственная травма была в 31 случае, из них в 26 случаях у мужчин. В результате бытовой травмы группу инвалидности получило 22 лица (17 мужчин) и в ре-

зультате повреждения глаз на войне — 19 лиц (17 мужчин). Значительное большинство (48 человек) признаны инвалидами III группы.

6. Третье место в качестве причины инвалидности занимают старческие изменения глаз, главным образом изменения хрусталика и сосудистой оболочки — 26 случаев (9,7%).

7. В качестве причины инвалидности встречаются также следующие заболевания глаз: атрофия зрительного нерва различной этиологии — 12 случаев (4,7%), глаукома — 11 случаев (4,3%), скрофулез — 10 случаев (3,6%), врожденные заболевания глаз — 9 случаев (3,2%), пигментный ретинит — 9 случаев (3,2%), туберкулез глаз — 9 случаев (3,2%), кератит неясной этиологии — 7 случаев (2,6%). Злокачественное новообразование в глазу — 5 случаев (1,5%), трахома — 2 случая (0,75%), паренхиматозный кератит — 2 случая (0,75%). Другие заболевания глаз — 11 случаев (4,3%).

8. Несмотря на то, что данный анализ охватывает сравнительно небольшое количество случаев, можно на основании полученных данных сделать определенные предложения для уменьшения инвалидности вследствие заболевания глаз.

а) для уменьшения числа лиц, становящихся инвалидами в результате туюриа тагна необходимо обращать больше внимания на школьную гигиену, периодически проверять зрение у школьников и требовать постоянного ношения очков амметропами;

б) для уменьшения глазного травматизма необходимо при определенных профессиях усилить режим техники безопасности, вести среди рабочих санпросветработу о необходимости защиты органа зрения;

в) необходимо организовать профилактический осмотр глаз у лиц старше 50 лет по предприятиям для раннего выявления глаукомы и дегенеративных изменений глазного дна. Трахома, вызвавшая инвалидность только у двух лиц старше 65 лет, в пределах обследованной части Эстонской ССР не является заслуживающей внимания причиной инвалидности.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1956—1957 гг.

Э. А. Роокс

Глазное отделение Тартуской республиканской
клинической больницы

1. Анализу подвергнуты 14.092 случая обращения в глазное отделение Тартуской республиканской клинической больницы за время с апреля 1956 г. по апрель 1957 г., из которых 13.394 (95%) проживали в г. Тарту или в районах, обслуживаемых указанной больницей (районы: Абья, Антсла, Эльва, Ыгева, Калласте, Муствээ, Отепяэ, Пылтсамаа, Пыльва, Ряпина, Сууре-Яани, Тарту, Тырва, Валга, Вастселлийна, Вильянди и Выру).

2. В 3747 случаях причиной обращения была необходимость в коррекции аномалии рефракции, в 10.345 случаях — заболевание глаз.

У обращающихся в поликлинику по поводу заболевания глаз были обнаружены:

заболевания век	в 1771 случае	(17,1%)
заболевания слезных путей	в 684	„ (6,6%)
„ конъюнктивы	в 2660	„ (25,7%)
„ роговицы и склеры	в 881	„ (8,5%)
„ сосудистой оболочки	в 205	„ (1,9%)
„ хрусталика и стек-		
ловидного тела	в 934	„ (9,0%)
глаукома	в 500 случаях	(4,8%)
заболевания сетчатой обо-		
лочка и зрительного нерва	в 752	„ (7,3%)
нарушение функции наруж-		
ных мышц глаза	в 434	„ (4,2%)
травмы глаза	в 748	„ (7,2%)
другие заболевания	в 776	„ (7,5%)

3. Первичных обращений по поводу заболеваний глаз было 7.684 (74,3%).

4. По поводу трахомы I—III ст. было 0,7% из общего числа первичных обращений. Сравнивая эти данные с данными 1939 г., когда трахома I—III ст.

составляла 8,1% общего числа первичных обращений в поликлинику нашего глазного отделения, убеждаем-ся в резком снижении заболеваемости трахомой среди населения Южной Эстонии.

5. Первичных обращений по поводу скрофулеза было 197 (2,3%). Со скрофулезным кератитом было 25 случаев, причем в возрасте 2—14 лет было 10 случаев кератита, из которых 7 подлежало стационарному лечению; в возрасте 15—40 лет было 14 случаев кератита, из которых подлежало стационарному лечению только 2 случая.

6. По поводу заболевания сосудистой оболочки было 147 первичных обращений, из которых 30,6% составлял иридоциклит, 22,4% — ирит, 25,0% — хориоидит и 4,8% — увеит.

7. Больных глаукомой было 197 человек, из них 140 женщин (71,1%) и 57 мужчин (28,9%). Жителей города Тарту было 61 человек, районов — 136.

8. Из первичных обращений по поводу травмы глаза было: микротравм 50,8%, ожогов 9,1% и старых травм 11%.

9. 836 больных было направлено другими лечебными учреждениями и ВТЭКом для исследования глазного дна, что составляет 9,6% из общего числа первичных обращений. Из направленных на консультацию по поводу гипертонической болезни, были обнаружены гипертонические изменения глазного дна в 26,3% случаев.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В г. КОХТЛА-ЯРВЕ НА ОСНОВАНИИ
ДАННЫХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
И АМБУЛАТОРИИ
СЛАНЦЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО КОМБИНАТА
ЗА 1957 г.**

Ф. З. Чернова

Поликлиническое отделение Кохтла-Ярвской городской больницы.

1. За 1957 год в глазных кабинетах города было 7790 посещений, из этого числа 636 первичных больных.

2. В 1957 г. было всего выдано 319 больничных

листов в связи с заболеваниями и травматизмом органа зрения общей продолжительностью 1639 дней. Средняя продолжительность 1 б/листа 5,1 дня.

3. На сланцеперерабатывающем комбинате по поводу заболеваний органа зрения выдано 53 б/листа, продолжительностью 241 день. Средняя продолжительность 1 б/листа = 4,5 дня. По производственному травматизму выдано 30 б/листов, продолжительностью в 92 дня. Средняя продолжительность 1 б/листа = 3 дням.

4. На шахте Кява II по поводу заболеваний органа зрения выдано 27 б/листов, продолжительностью 210 дней. Средняя продолжительность 1 б/листа = 7,7 дня. По травматизму выдано 10 б/листов, продолжительностью 23 дня. Средняя продолжительность 1 б/листа = 2,3 дня.

5. На шахте Кукрузе было выдано б/листов в связи с заболеванием органа зрения 25, продолжительностью в 199 дней; средняя продолжительность 1 б/листа = 7,9 дня; по травматизму выдано 6 б/листов, продолжительностью в 18 дней; средняя продолжительность 1 б/листа = 3 дня.

6. В 1957 году имел место мелкий травматизм глаз на комбинате и шахтах. Администрация этих предприятий должна обратить серьезное внимание на борьбу с мелким травматизмом.

7. Хотя в 1957 году тяжелых травм глаз не было, но опыт 1958 года и 1959 года указывает, что тяжелая травма глаз была на шахтах по причине недосмотра технического надзора; администрацией не было принято достаточных мер для предупреждения тяжелых травм глаз.

МОДИФИКАЦИЯ ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ РОГОВИЦЫ

Л. Х. Шотгер

Кафедра офтальмологии Тартуского государственного университета

1. Предложенный нами в 1950 году инструмент для удаления инородных тел роговицы подвергся в последнее время некоторым изменениям в связи с сообщением ему магнитных свойств.

Рабочая часть инструмента представляет собой остроотточенное плоское долотце с несколько закругленными краями. Ширина лезвия у его острия в наборе из трех инструментов равна соответственно 0,4; 0,7 и 1,0 мм. Длина лезвия около 15 мм. Рукоять цилиндрической формы с диаметром в 7 мм и длиной в 60 мм отлита из специального сплава и намагничена. Для лучшего сохранения магнитных свойств, долотца держат в пазах соответствующей, также намагниченной скобы, благодаря чему магнитный поток замыкается. Набор помещен в коробочку и снабжен оселком для подточки.

2. Конструкция инструмента позволяет пользоваться им следующим образом:

а) снимать инородное тело как это делается при пользовании обыкновенно употребляемыми иглой для удаления инородных тел или желобоватым долотцем;

б) удалять остатки инородного тела с помощью копающих движений, что трудно осуществляется при пользовании иглою, имеющей очень узкую рабочую поверхность в виде кончика острия. Последнее лучше удается при употреблении остроотточенного желобоватого долотца, форма острия которого, однако, затрудняет его точку;

в) производить выскабливание остатков инородного тела («ржавого кольца») вращательным движением инструмента. Возможность такого выскабливания отсутствует при пользовании как обычной иглой для удаления инородных тел так и желобоватым долотцем.

3. Для осуществления такого выскабливания инструмент, калибр которого выбирается соответственно данному случаю, ставится на ранку перпендикулярно к поверхности роговицы и с помощью пальцев (с одной стороны большого, с другой — указательного и среднего) вращается в ту и другую сторону. Таких поворотов приходится обычно производить несколько, слегка нажимая на инструмент и снимая его для проверки результатов.

При правильном пользовании инструментом возможность чрезмерного углубления его в ткань роговицы отсутствует, т. к. при вращении лезвие не столько режет, сколько скоблит ткань. Следует помнить при

этом, что узкое долотце углубляется быстрее чем широкое.

В результате такого употребления инструмента края и дно ранки легко очищаются от остатков инородного тела и некротической ткани. Дефект роговицы получается круглым, в виде лунки с ровными краями и дном.

4. Конструкция нашего инструмента имеет следующее обоснование. Припекшиеся к роговице раскаленные инородные тела (искры или окалины) и образующиеся вокруг них ожог и «ржавое кольцо» имеют обыкновенно округлую форму. Участок пораженной ткани, проникающий вглубь роговицы и подлежащий удалению, имеет в разрезе также приблизительно полукруглую форму. Происходит это в силу чисто физических причин при сгорании частиц металла и нанесении ожога ткани роговицы.

5. Сообщение инструменту свойств магнита оказалось весьма целесообразным. Хотя сила притяжения инородного тела, обладающего незначительной массой и частично потерявшего свои магнитные свойства, к тонкому острию инструмента невелика, удаление инородных тел намагниченным инструментом, в сочетании с чисто механическими положительными свойствами его, стало еще удобнее. Магнитные инородные тела роговицы, которых по последним данным нашей амбулатории оказалось 48%, сами как бы липнут к острию инструмента и ранка очищается лучше.

На эстонском и русском языках

Ladumisele antud 2. XI 1959. Trükkimisele antud 30. XI 1959. 54 × 84, 1/16. Trüki-
poognald 3,0. Trüklarv 200. MB-09277. Tellimise nr. 4577.
Hans Heidemanni nim. trükkikoda: Tartu, Ülikooli 17/19.

Tasuta

A-24447

Tasuta

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00359947 1