

Обследование проводили при поступлении больных в стационар и через 1—3 месяца от начала заболевания.

У больных паратрахомой обнаружено статистически достоверное понижение β -глобулиновой фракции белков крови в сравнении с контролем. При герпетическом и скрофулезном кератоконъюнктивитах проявляется тенденция к уменьшению α_1 , α_2 - и β -глобулиновых фракций. При острых конъюнктивитах установлено недостоверное снижение количества альбуминов за счет повышения содержания глобулинов. У пациентов с придоциклитами неизвестной этиологии выявлено увеличение почти всех глобулиновых фракций крови. По-видимому, эти заболевания были вызваны инфекционными агентами.

УДК 616.145.154—005.6

Канд. мед. наук Е. А. Каргашева, М. К. Цветкова (Москва).
Биомикросциклоскопия у больных тромбозом центральной вены сетчатки

Нами разработана контактная призма для непосредственного осмотра отростков цилиарного тела глаза. С ее помощью произведено исследование у 63 лиц с тромбозом центральной вены сетчатки и у 13 больных с посттромботической глаукомой. У последних в острой стадии заболевания осмотр обычно был затруднен из-за отека роговицы. Однако после нескольких закапываний в течение 5 минут 40% раствора глюкозы и глицерина роговица делалась более прозрачной, и цилиарное тело удавалось увидеть.

У 4 больных посттромботической глаукомой отростки были конусовидными или кочковидными, низкими, расстояние от вершины до основания их было уменьшено почти вдвое: в среднем до 2 мм при норме 3,8 мм (приводится величина изображения, видимого в щелевую лампу, один из окуляров которой заменен окуляром от светового микроскопа с нанесенными на нем делениями). У 5 пациентов отростки не были укороченными, но оказались неравномерными как по высоте, так и по ширине. Часто они не прилежали плотно друг к другу по всей окружности глазного яблока, как в норме, а несколько отстояли местами друг от друга. Многие отростки были изогнутыми или переплетались с соседними. Как укороченные, так и неравномерные, измененные по форме отростки были светлее, чем в норме, имели сглаженный рисунок.

Описанные изменения свидетельствуют об атрофии цилиарных отростков. Данные тонографии, проведенной у этих больных, показывают резкое снижение оттока и секреции камерной влаги.

У 2 больных посттромботической глаукомой глазное яблоко было энуклеировано из-за невыносимых болей. На гистологических препаратах обоих глаз отростки цилиарного тела оказались резко атрофичными.

У 4 пациентов с посттромботической глаукомой при биомикросциклокопии обнаружены отчетные цилиарные отростки цилиндрической или конической формы высотой в среднем 3,9 мм. У основания отростков были видны новообразованные сосуды; у 2 из этих пациентов новообразованные сосуды просвечивали и через ткань отростков, располагаясь вдоль их «стержня». Отростки имели, как правило, ржаво-коричневый цвет в отличие от темно-коричневого в норме у молодых людей. У 3 человек этой группы при тонографии обнаружено увеличение секреции ($F = 5,8 \pm 0,4$). В 2 глазах, энуклеированных впоследствии у пациентов с повышенной продукцией камерной влаги, отростки цилиарного тела оказались отчетными, гиалинизированными. При тромбозе центральной вены сетчатки цилиарные отростки были или нормальными (у 27 чел.), или чаще атрофичными (у 36): светло-серыми, неравномерными по высоте и ширине, неодинаковыми по форме, расположенными на разном расстоянии друг от друга. Атрофию отростков можно объяснить пожилым возрастом большинства больных. У основания отростков, а иногда и на всем их протяжении часто были видны желтые блестящие отложения, а также псевдоэксфолиации. Показатели тонографии у этих больных были нормальными.

УДК 612.111.7:615.771.6:615.388+615.38/39

Канд. мед. наук Г. Я. Левин (Горький).
Содержание компонентов фибринолитической системы в тромбоцитах донорской и фибринолизной крови

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение основных компонентов фибринолитической системы в тромбоцитах донорской и кадаверной крови. В суспензии и экстракте тромбоцитов, полученных обычным способом (концентрация донорских и кадаверных тромбоцитов была одинакова), определяли антиплазминовую, антиактиваторную активность, активность проактиватора, содержание профибринолизина и активатора плазминогена.

Было установлено наличие в тромбоцитах как антиплазминов, так и антиактиваторов. Их содержание в экстракте тромбоцитов (при средней концентрации кровяных пластинок $600 \cdot 10^9$ в 1 мкл) намного ниже, чем в плазме: антиплазминов в 3—4 раза, антиактиваторов — в 10—14 раз. Этим данным соответствуют результаты исследования ингибиторной активности в бестромбоцитарной плазме и в плазме со средним со-

держанием тромбоцитов $300 \cdot 10^3$ в 1 мл. После повторного замораживания и оттаивания ингибиторная активность последней повышалась лишь на 8—10%. Антиплазмины и антиактиваторы тромбоцитов весьма устойчивы: они выдерживают длительное (до 6 месяцев) хранение тромбоцитов при минус 30—40°C, причем антиактиваторная активность оказалась более стабильной в процессе консервации.

При многократном (до 20 раз в течение двух суток) промывании тромбоцитов ингибиторная активность сохранялась (уменьшаясь не более чем в 1,5 раза). Это свидетельствует, что в тромбоцитах содержатся не только адсорбированные из плазмы, но и эндогенные ингибиторы фибринолиза.

Нами установлено также наличие в тромбоцитах довольно высокой концентрации проактиватора плазминогена, являющегося достаточно устойчивым в процессе длительной консервации и сохраняющегося в тромбоцитах при их многократном промывании. При этом отмывается около 30% проактиватора. Проактиваторная активность связана, по-видимому, с мембраной тромбоцита, так как она идентична в суспензии и в экстракте кровяных пластинок.

Активность изучаемых факторов фибринолитической системы (антиплазминов, антиактиваторов и проактиваторов) в тромбоцитах кадаверной крови не отличалась от нормы, несмотря на то, что в самой трупной крови резко снижена как ингибиторная активность, так и концентрация проактиватора плазминогена. Эти исследования еще раз подтверждают наши данные о том, что антиплазмины, антиактиваторы и проактиваторы являются эндогенными факторами кровяных пластинок.

Обнаружено, кроме того, что активатор плазминогена и сам плазминоген содержатся в небольших количествах лишь в некоторых пробах тромбоцитов и быстро исчезают даже при 3-кратном промывании.

Наличие в тромбоцитах довольно большого количества проактиватора плазминогена заставляет с определенной осторожностью относиться к использованию кровяных пластинок для коррекции повышенного фибринолиза, например при передозировке стрептазы. Для этой цели более эффективными могут оказаться консервированные тромбоциты, так как ингибиторы фибринолиза более устойчивы в процессе хранения.

Тромбоциты кадаверной крови не отличаются от донорских по содержанию компонентов фибринолитической системы, что подтверждает целесообразность их применения в клинике с гемостатической целью.

УДК 612.13.612.117.2

Канд. мед. наук М. А. Постникова (Горький).
Влияние скорости кровотока на показатели вязкости крови

С помощью ротационного микровискозиметра проведено сравнительное изучение вязкости крови здоровых мужчин (30) и женщин (30) при скоростях кровотока, близких к физиологическим (см. табл.). Возраст мужчин и женщин был примерно одинаков: $25,1 \pm 1,4$ года и $25,5 \pm 0,9$ года соответственно.

Вязкость крови здоровых мужчин и женщин, измеряемая при различных скоростях кровотока

Пол	Вязкость крови (в сантипуазах, $M \pm m$) при скорости кровотока (в сек. ⁻¹):									
	в капиллярах		в мелких венах		в артериолах		в мелких артериях		в крупных артериях	
	0,325	0,680	1,43	3,00	6,28	13,2	27,6	35,5	45,5	58,0
Мужчины	28,8 $\pm 2,3$	21,6 $\pm 1,1$	18,1 $\pm 1,0$	15,3 $\pm 0,7$	12,5 $\pm 0,5$	9,8 $\pm 0,3$	7,5 $\pm 0,2$	7,2 $\pm 0,2$	6,4 $\pm 0,1$	5,7 $\pm 0,04$
Женщины	26,1 $\pm 1,6$	19,0 $\pm 1,1$	14,6 $\pm 0,9$	11,9 $\pm 0,8$	9,4 $\pm 0,4$	7,5 $\pm 0,2$	5,5 $\pm 0,1$	5,3 $\pm 0,1$	5,0 $\pm 0,1$	4,8 $\pm 0,1$
	P>0,05	P>0,05	P>0,02	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01	P<0,01

Данные таблицы указывают на уменьшение вязкости крови у мужчин и женщин с ростом скорости сдвига. Кроме того, при всех скоростях, соответствующих току крови в артериях, артериолах, мелких венах и капиллярах, отмечены различия вязкости крови у мужчин по сравнению с женщинами: у первых вязкость крови выше. Эти различия оказались статистически достоверными для скоростей кровотока на уровне мелких вен, артериол, мелких и крупных артерий.

Так как изменения вязкости крови зависят от агрегации эритроцитов, то очевидно, что обнаруженная разница может быть связана с более высоким гематокритом мужчин ($48,7 \pm 0,7\%$) по сравнению ($P < 0,01$) с гематокритом женщин ($43,3 \pm 0,5\%$). Вероятно, эта особенность может иметь некоторое значение в более раннем развитии инфаркта миокарда у мужчин по сравнению с женщинами.