

У всех детей в начале продромы и до появления регионарного аденита РОЭ равнялась 28—36 мм/час. Отмечался небольшой лейкоцитоз (10—12 тыс.) с увеличением лимфоцитов (58—67%) и моноцитов (11—23%). В более поздних гемограммах (3—9-й месяцы) отклонения от нормы, за исключением незначительного лимфоцитоза и моноцитоза, не отмечено.

2 больных получали пенициллин (до 5 млн. ед.), 3 — биомидин и тетрациклин (до 4 млн. ед.). Купирующего эффекта от указанных препаратов не получено. На конгломераты лимфоузлов назначали УФО, УВЧ, согревающие компрессы с 10% водным раствором ихтиола, мазью Вишневского; после вскрытия гнойников — повязки с гипертоническими растворами. В порядке интерференции 2 детям были проведены прививки оспенного детрита (по 2 раза с интервалом в 10 дней) и 5 инъекций антикоревого гаммаглобулина (по 1,5 мл). Именно у этих детей полный регресс регионарного аденита наблюдался в более ранние сроки (6 и 8 месяцев).

Катамнестические данные через 5 и 11 месяцев, 2 и 3 года показали полное благополучие бывших больных вирусным аденитом. При этом полное рассасывание пакетов лимфатических узлов наступило у 2 больных через 6 и 8 месяцев, у 1 — через 10 месяцев, у 2 с нагноившимися конгломератами — через 12 и 5 месяцев. Кошки, послужившие источником заражения, в одном доме прожили 3 года, в другом — около 2 лет; у них признаков заболевания не было отмечено.

УДК 617.7—007.681

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОТТОКА ЖИДКОСТИ ИЗ ГЛАЗА ПРИ СМЕЩЕНИИ КПЕРЕДИ ИРИДО-ХРУСТАЛИКОВОЙ ДИАФРАГМЫ

*Проф. А. П. Нестеров, канд. мед. наук Г. А. Киселев*

*Кафедра глазных болезней (зав.—проф. А. П. Нестеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Известные кольцевые компрессионные тесты, применяемые в офтальмологии [1, 2, 3, 4], оказывают давление на передний отдел глаза, поэтому иридо-хрусталиковая диафрагма должна смещаться кзади. Все авторы используют компрессоры в виде непрерывного кольца. Это вызывает блокаду дренажных путей, и результаты зависят не столько от оттока, сколько от образования внутриглазной жидкости.

Целью данного предложения является создание способа, который позволял бы исследовать отток водянистой влаги при равномерном смещении кпереди иридо-хрусталиковой диафрагмы и точно дозированной компрессионной нагрузке. Таким образом создаются условия для нарушения циркуляции внутриглазной жидкости в глазу, предрасположенном к глаукоме.

Сущность способа заключается в следующем. После тонометрии (тонометр Маклакова 10,0 г) на глаз накладывают компрессор, имеющий вид кольца с внутренним диаметром 16 мм и наружным диаметром 17 мм; контактная поверхность его слегка скошена кнутри и представляет собой не сплошное, а прерывистое кольцо. Вес компрессора — 50,0 г, площадь контактной поверхности — 16 мм<sup>2</sup>. Компрессия продолжается в течение 3 мин., после чего проводят повторную тонометрию. По данным тонометрии до и после компрессии определяют величину изменения объема глаза ( $\Delta V$ ) так же, как при выполнении компрессионно-тонометрической пробы по М. Б. Вургафту. Перерывы (окна) в кольце сделаны для того, чтобы не блокировать дренажные пути и циркуляцию крови на поверхности глазного яблока. Благодаря большому диаметру внутреннего кольца компрессора основные дренажные пути находятся вне зоны сдавления, а деформация склеры возникает позади от иридо-хрусталиковой диафрагмы на равном расстоянии от нее. Положение компрессора на глазу показано на рис. 1.

Во время компрессии повышается давление в заднем отделе глаза, и иридо-хрусталиковая диафрагма смещается кпереди (рис. 2). В глазах

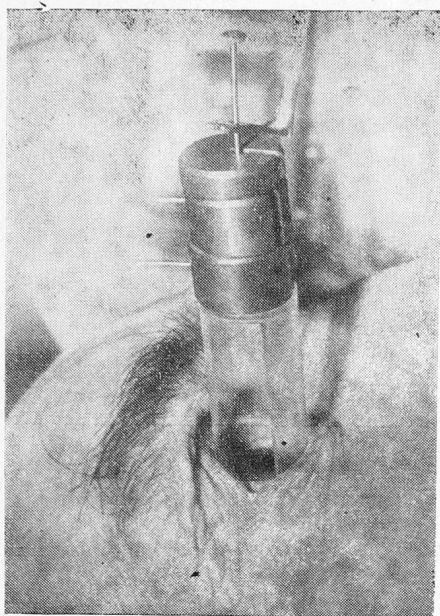


Рис. 1. Положение компрессора на глазу.

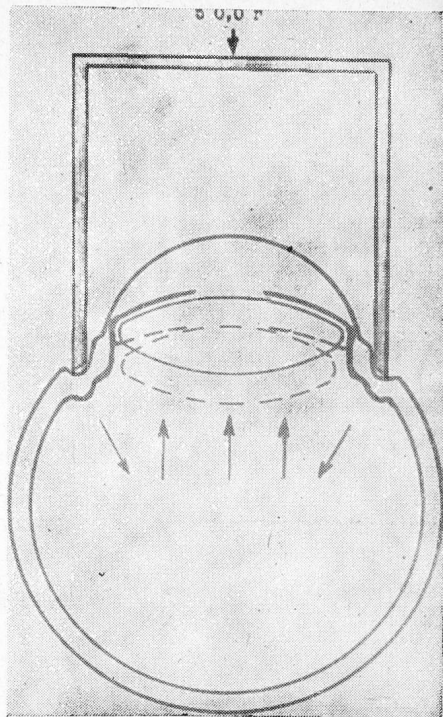


Рис. 2. Схема действия на глаз новой компрессионной пробы.

с явной и латентной закрытоугольной глаукомой угол передней камеры в той или иной степени блокируется радужкой или экватором хрусталика, и отток жидкости из глаза резко ухудшается. Таким образом, проба не влияет на отток у здоровых лиц и резко затрудняет его при закрытоугольной глаукоме. Большая разница в показаниях между здоровыми и глаукоматозными глазами облегчает диагностику этой формы глаукомы.

Исследования выполнены на 50 здоровых глазах (45 чел.) у лиц в возрасте 40—86 лет. Истинное внутриглазное давление снизилось в среднем на  $5,0 \pm 1,7$  мм рт. ст., а  $\Delta V = 8,9 \pm 2,4$  мм<sup>3</sup>. Исследовано 30 глаз (18 чел.) с закрытоугольной глаукомой, из них 19 глаз с начальной глаукомой и 11 — с развитой. На 25 глазах вместо понижения давления наблюдалось повышение, а на 5 глазах давление не изменилось. Приrost истинного внутриглазного давления составил  $3,4 \pm 1,5$  мм рт. ст., а  $\Delta V = 2,4 \pm 1,1$  мм<sup>3</sup>. Следовательно, разница в показаниях для здоровых лиц и для страдающих закрытоугольной глаукомой в среднем составляет для истинного внутриглазного давления 8,4 мм рт. ст., а для  $\Delta V = 11,3$  мм<sup>3</sup>.

Эти данные показывают, что способ исследования оттока жидкости из глаза в условиях смещенной кпереди иридо-хрусталиковой диафрагмы эффективен в диагностике закрытоугольной глаукомы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубин Г. С. Уч. зап. ин-та глазных болезней им. Гельмгольца. М., 1965.—
2. Киселев Г. А. Материалы юбилейн. научно-практ. конф. офтальмологов г. Москвы. Медицина, М., 1967.—
3. Rosengren B. Trans. ophthalm. Soc. un. kingdom. London, 1956, 56.—
4. Sobanski J., Swetliczko J., Szosland M. Ophthalmologica (Basel), 1957, 133.