

шение или значительное уменьшение болей отмечалось у 54 из 60 больных. Более быстрое исчезновение болей наступало под влиянием лечения антиферментными препаратами. У больных улучшался аппетит, нормализовалась деятельность кишечника, они прибавляли в весе. Незначительная болезненность при пальпации поджелудочной железы сохранилась у трети больных.

УДК 616.7—007.681

Л. Е. Краснов (Казань). Действие миотического препарата фосфолин-йодида на зрачок и внутриглазное давление

Фосфолин-йодид (эктоиофат-йодид) был впервые синтезирован в США в 1957 г. Л. Э. Таммелином. В 1973 г. аналогичный препарат получен в ИОФХ им. А. Е. Арбузова АН СССР под руководством акад. Б. А. Арбузова и канд. хим. наук О. Н. Нуретдиновой.

По химическому строению препарат представляет собой йодметилат диэтилового эфира 2-диметиламиноэтилтиолфосфорной кислоты.

Это кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде; обладает сильным антихолинэстеразным действием.

Мы изучили влияние 0,1% раствора препарата на 10 кроликах. После закапывания препарата в конъюнктивальный мешок через 5—10 мин. начинается постепенное сужение зрачка, максимальный миоз (с 4,5 до 1,5 мм) наступает через 35—45 мин. Резкое сужение держится 6—12 часов, а затем зрачок постепенно расширяется и к 72 часам восстанавливается до исходной величины.

Внутриглазное давление у кроликов после одноразового закапывания 0,1% раствора фосфолин-йодида изменялось незначительно. Из 10 животных у 7 офтальмотонус понизился на 2—3 мм рт. ст., у 2 было кратковременное повышение давления, у 3 тензия не изменилась.

Через 24 часа внутриглазное давление возвращалось к исходной величине. Со стороны конъюнктивы и роговицы изменений не было, не отмечено также симптомов общей интоксикации.

Полученные данные свидетельствуют о сильном миотическом действии фосфолин-йодида и об отсутствии выраженного побочного эффекта. Это доказывает целесообразность проведения клинических испытаний препарата.

УДК 617.713

С. И. Сюняева (Уфа). Состояние прекорнеальной пленки при герпетических заболеваниях глаз

Предметом настоящей статьи является выяснение средней продолжительности времени увлажнения роговицы в норме и при герпетических заболеваниях глаз, особенно в случаях наслонения герпеса на законченный трахоматозный процесс.

Под наблюдением находилось 120 пациентов с различными клиническими проявлениями офтальмогерпеса; у 17 из них диагностирована трахома IV стадии.

Прекорнеальную пленку мы изучали в свете биомикроскопа. Перед началом осмотра обследуемым предлагали несколько раз сомкнуть веки, затем веки фиксировали. Время появления сухих очажков на роговице отмечали с помощью секундомера. Контрольную группу составляли здоровые лица в возрасте от 20 до 50 лет без каких-либо патологических отклонений со стороны глаз.

Сухие островки различной конфигурации на роговице появлялись у здоровых в среднем через $91 \pm 11,6$ сек., у больных с «чистым» герпесом глаза — через $16,0 \pm 1,9$ сек., при наслонении герпеса на законченный трахоматозный процесс — через $15,5 \pm 2,4$ сек. ($P < 0,001$).

Проба Ширмера № 1 у здоровых лиц колебалась в пределах 1—1,5 см. В остром периоде у больных она была повышенной (3 см и более). После клинического выздоровления у большинства из них испаряемость прекорнеальной пленки, проба Ширмера № 1 нормализовались.

У 5 из 17 больных с трахомой IV стадии и у 2 с «чистым» офтальмогерпесом явления дискомфорта в глазах не исчезли. Субъективно ощущалась сухость в глазах по утрам, резь, затуманивание. У всех больных был глубокий рецидивирующий герпетический процесс, протекающий с поражением конъюнктивы век (в патогистологических препаратах воспалительный процесс распространялся на тарзальную ткань и в долики мейбомиевых желез). Помимо этого, при клиническом обследовании в устьях мейбомиевых желез отмечалось накопление вязкого фиксированного секрета в виде кистовидных образований, жировых капель.

Через год у 4 больных чувство дискомфорта в глазах уменьшилось, у 3 улучшение не произошло. Сохранились также повышенная испаряемость прекорнеальной пленки и пониженная проба Ширмера № 1.