

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 улучшения не произошло. Сохранились также повышенная испаряемость прекорнеальной пленки и пониженная проба Ширмера № 1.

ВЫВОДЫ

1. Явления высыхания ПКП, наблюдаемые и в норме, ускоряются при поражении глаза вирусом простого герпеса.

2. Усугубление нейротрофических изменений при неоднократных рецидивах герпетических кератоконъюнктивитов, особенно в глазу с трахомой IV стадии, а также воспалительные изменения в тарзоконъюнктивальной ткани и в дольках мейбомиевых желез в ряде случаев могут привести к гипофункции основной секреторной системы глаз.

УДК 616.154.19:616.132

Г. А. Измайлов (Казань). Эмболия бифуркации аорты

На долю эмболии бифуркации аорты приходится 16% всех эмболий. Ее источником являются пристеночные тромбы левой половины сердца (чаще левого предсердия и его ушка) и реже — атероматоз. Так называемых перекрестных, или парадоксальных, эмболий в литературе не описано.

Клиника эмболии бифуркации аорты проявляется тяжелыми общими и локальными симптомами. Начало заболевания молниеносное. Возникают боли внизу живота, иррадиирующие в нижние конечности и промежность, затем — боли и чувство похолодания, онемения в ногах. Больные лишаются возможности двигать ногами и вынуждены держать их в вытянутом положении. Констатируется нарушение всех видов чувствительности на ногах, выраженная бледность кожи, отсутствие пульсации периферических сосудов и снижение температуры.

Лечение больных необходимо начинать с консервативных мероприятий. Хорошие результаты наблюдаются при неполной закупорке бифуркации аорты с рефлекторным спазмом сосудов конечности и дальнейшим развитием продолженных тромбов.

Консервативное лечение особенно показано в первые 6 часов заболевания, при неясной клинической картине, невозможности проведения операции или при наличии абсолютных противопоказаний к ней (крайне тяжелое общее состояние), а также в виде вспомогательного лечения до и после эмболектomie. Одновременно оно является и предоперационной подготовкой.

Радикальным методом лечения является оперативное удаление эмбола. В последние годы появились сообщения об успешном удалении эмбола при помощи ретроградного зондирования через бедренные артерии. Для этих целей наилучшим инструментом является атрауматичный катетер Фогарти с раздувающимся резиновым баллончиком на конце.

Терапевтический комплекс включает строгий постельный режим, паранефральные новокаиновые блокады, введение тромболитических препаратов и антикоагулянтов прямого и непрямого действия, анальгетиков, протеолитических ферментов, спазмолитических средств, изотонических растворов глюкозы, антигистаминных средств. Каких-либо согревающих компрессов, укутываний конечности мы не применяем.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных с эмболией бифуркации аорты (женщин — 3, мужчин — 2; 4 чел. старше 50 лет).

У 1 пациента молодого возраста, у которого была неполная закупорка аорты, консервативная терапия несколько улучшила кровообращение в конечностях, но он вскоре умер от повторных эмболий.

4 больных были оперированы в первые 16 часов от начала эмболии. Из них умерло 2 в 1-е сутки после операции эмболектomie от развившейся сердечно-сосудистой недостаточности.

Практика показала, что больные требуют усиленной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию сердечно-сосудистых нарушений, функциональной деятельности почек, на детоксикацию, снятие сосудистого спазма и болей, предупреждение вторичного продолженного тромбоза, локальное снижение обмена веществ в тканях пораженных конечностей путем охлаждения их.

2 пациента после успешно проведенной эмболектomie были выписаны в удовлетворительном состоянии. Приводим одно из наблюдений.

С., 59 лет, длительно страдающая ревматизмом, поступила в клинику через 6 часов после возникновения острых болей внизу живота и в нижних конечностях. Беспокойна, кричит от болей, бледная. Акроцианоз. Ноги холодные на ощупь, движения и всякая чувствительность отсутствуют. Пульсация на периферических артериях не определяется, пульсация брюшной аорты выше пупка усилена.

Границы сердца расширены. На верхушке выслушивается систоло-диастолический шум. Пульс 82, аритмичный, АД 135/85. Печень увеличена на 4 см, плотная, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочепускание безболезненное, учащенное.

Диагноз: эмболия бифуркации аорты, комбинированный митральный порок 3-й ст. по Бакулеву — Дамиру, атеросклероз, коронаросклероз.

После консервативной терапии боли уменьшились, больная успокоилась, наступило улучшение общего состояния. Однако через 8 час. вновь появились сильные боли