

ники синусотрабекулоэктомии дает высокий гипотензивный эффект. Операция технически несложная, малотравматичная, почти не дает осложнений. Она показана при глаукоме с различной локализацией участков ретенции (трабекула, синус, интрасклеральные пути) и их комбинациями. Универсальность данной операции несомненно важна для практических врачей, которым в большинстве случаев затруднительна дифференциация патогенетических форм глаукомы.

Различные участки ретенции являются причиной повышения внутриглазного давления лишь в начальных стадиях заболевания, и только в этих случаях патогенетически направленные операции дают хороший гипотензивный эффект. По мере же прогрессирования заболевания не только при открытоугольной, но и при закрытоугольной форме постепенно в процесс вовлекаются трабекула, синус, интрасклеральные пути [2, 4]. В этих стадиях стойкую нормализацию офтальмотонуса могут дать операции, направленные на одновременное устранение нескольких пораженных участков. Такой операцией является синусотрабекулоэктомиа. Предложенный нами вариант значительно уменьшает тенденцию к блокированию фильтрующего окна со стороны угла передней камеры, предотвращает склеивание лоскута склеры из поверхностных слоев с собственной склерой, а при закрытоугольной глаукоме способствует также расширению угла передней камеры.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Груша А. В., Соколовский Г. А. Вестн. офтальмол., 1978, 4. —
2. Краснов М. М. Там же.—3. Нестеров А. П., Федорова Н. В., Батманов Ю. Е. Офтальм. журн., 1971, 6. —4. Нестеров А. П. Первичная глаукома. М., «Медицина», 1973.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 617.7—007.681—08:615.217.5

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФОРМОЙ АРМИНА

*Л. Е. Краснов*

*Кафедра офтальмологии (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Результаты клинических исследований показали, что пролонгированная форма армина, используемая в качестве медикаментозного средства при открытоугольной глаукоме, оказывает более выраженный гипотензивный эффект, чем водный раствор армина. Пролонгированный раствор армина при длительном применении не вызывает каких-либо побочных реакций и хорошо переносится больными.

**Ключевые слова:** открытоугольная глаукома, армин, оксипропилметилцеллюлоза.

Для лечения глаукомы был предложен пролонгированный раствор армина (0,005% армина на 0,5% растворе оксипропилметилцеллюлозы — ОПМЦ). Настоящее исследование имело целью сопоставить гипотензивное действие пролонгированного и водного растворов армина.

В первой серии наблюдений, проведенной на 10 больных (16 глаз) с открытоугольной глаукомой (возраст — от 43 до 73 лет), мы изучали результат однократной инстилляцией пролонгированной формы препарата. Констатировано снижение офтальмотонуса на 3—9 мм рт. ст. (в среднем на 5 мм) в течение 12—36 ч.

Вторая серия исследований проведена на 59 глазах с открытоугольной глаукомой (возраст больных — от 55 до 79 лет, в среднем 67 лет). В этой серии мы сравнивали действие обычного и пролонгированного 0,005% раствора армина двойным слепым методом. Тонотографию проводили по инстилляцией миотических средств и в конце лечения, тонометрию — до и в течение всего курса лечения. Больным на 3 дня отменяли всякое лечение. Затем назначали инстилляцией 0,005% водного раствора армина 2 раза в день, а через 6—7 дней, если лечение водным раствором армина было недостаточно эффективным, после повторной тонографии назначали пролонгированный препарат на 6—7 дней. По данным суточной тонометрии рассчитывали среднюю величину офтальмотонуса за период, когда больной не получал лечения, и за период лечения указанными выше препаратами. Инстилляцией водного раствора армина снижали внутриглазное давление по сравнению с исходным уровнем на 5,62 мм рт. ст., а пролонгированный препарат — дополнительно еще на 2,31 мм рт. ст. ( $P < 0,001$ ).

Следует отметить, что выраженное гипотензивное действие армина проявилось на 37 глазах из 59, а на 22 гипотензивный эффект отсутствовал либо был в пределах ошибки измерения (от 1,5—2,0 мм рт. ст.).

Коэффициент легкости оттока (КЛО) повысился при применении водного раствора армина до  $0,13 \pm 0,01 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм рт. ст.}^{-1}$  (исходная величина равнялась  $0,10 \pm 0,02 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм рт. ст.}$ ). Под влиянием пролонгированного препарата КЛО возрос до  $0,16 \pm 0,01 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм рт. ст.}^{-1}$ . Минутный объем водянистой влаги до лечения равнялся  $1,44 \pm 0,05 \text{ мм}^3/\text{мин}$ , под влиянием инстилляций водного раствора армина он уменьшился до  $1,31 \pm 0,05 \text{ мм}^3/\text{мин}$ , а после лечения пролонгированным препаратом армина — до  $1,19 \text{ мм}^3/\text{мин}$ .

Под нашим наблюдением находилось также 30 больных (31 глаз) с открытоугольной глаукомой, которые длительное время получали инстилляций 0,005% армина на 0,5% растворе ОПМЦ (возраст больных — от 44 до 76 лет). После 6-месячного лечения внутриглазное давление понизилось на 6,4 мм рт. ст. У 18 больных (19 глаз) было исследовано внутриглазное давление после 6—12 мес лечения. В этой группе офтальмотонус понизился на 6,6 мм рт. ст.

Наши наблюдения показывают, что при длительном применении 0,005% армина на 0,5% растворе ОПМЦ гипотензивное действие его не уменьшается. Достигнутое в начале лечения понижение внутриглазного давления стабильно сохраняется в течение всего периода наблюдения. Компенсация офтальмотонуса при лечении от 1 до 6 мес наступила у 51,7%, умеренно-повышенное давление оставалось у 43,9%, высокое сохранялось у 4,4% пациентов.

Тонографические исследования показали, что КЛО камерной влаги при сроке наблюдения 1—6 мес (32 глаза) увеличивался до  $0,15 \pm 0,09 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм}^{-1} \text{ рт. ст.}$  при исходной величине, равной  $0,08 \pm 0,07 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм рт. ст.}^{-1}$ . Через 6—12 мес лечения пролонгированным препаратом армина (19 глаз) КЛО камерной влаги увеличился на  $0,08 \text{ мм}^3 \cdot \text{мин}^{-1} \cdot \text{мм рт. ст.}^{-1}$  от исходной величины.

Минутный объем водянистой влаги через 1—6 мес лечения оставался без изменений ( $1,21 \pm 0,07 \text{ мм}^3/\text{мин}$ ). Острота зрения при лечении в течение 1—6 мес не изменилась на 16 глазах, увеличилась от 0,01 до 0,2 на 8 глазах, ухудшилась на 2 глазах. Поле зрения после лечения в течение 1—6 мес расширилось на  $48^\circ$ , а через 6—12 мес — на  $55^\circ$ . При биомикроскопическом исследовании после длительной инстилляций препарата не выявлено катарактальных изменений в хрусталике.

Результаты исследования позволяют рекомендовать пролонгированный раствор армина к использованию в клинической практике.

Поступила 22 мая 1979 г.

УДК 612.115.12+547.962.4

## ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ОЛИГОМЕРНОЙ ПРИРОДЫ ФИБРИНОГЕНА Б

*Р. И. Литвинов*

*Кафедра биохимии (зав.— проф. Д. М. Зубаиров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра терапии № 1 (зав.— проф. Л. А. Щербатенко-Лушникова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Исследование с применением хроматографического и иммунохимического методов показало, что фибриноген Б, осаждаемый β-нафтолом из плазмы крови больных людей, имеет олигомерную природу. Эти данные с учетом химического состава фибриногена Б позволяют утверждать, что фибриноген Б представляет собой вариант растворимых комплексов фибрин-мономера. Это определяет клиническое значение пробы с β-нафтолом как экспресс-метода диагностики тромбозов.

Ключевые слова: фибриноген Б, химическая природа.  
2 рисунка. Библиография: 20 названий.

**Фибриногеном Б называют белок, который осаждается из патологической плазмы крови при добавлении раствора β-нафтола в этаноле. Фибриноген Б часто обнаруживается у больных с признаками внутрисосудистой активации свертывания крови [4, 7, 8 и др.], что позволяет использовать реакцию на фибриноген Б для диагностики гиперкоагулемии.**