

пературе + 10°. Образовавшийся осадок промывается холодным безводным спиртом, эфиром и высушивается в теплом месте.

2. Измельченное сырье экстрагируют в аппарате Сакслета (объем 150—300 мл) метиловым спиртом в течение 16—20 часов. Затем растворитель отгоняют до 40—50 мл. Остаток переносят в колбу емкостью 300 мл и туда же добавляют 200 мл эфира (осаждение сапонинов). Колбу закрывают корковой пробкой и содержимое перемешивают, после чего оставляют на холоде до следующего дня. Жидкость сливают, остаток эфира удаляют или в вакууме, или на водяной бане при температуре около 50°, осадок сушат при 100—105°.

При обоих способах получается аморфный порошок светло-желтого цвета, растворимый в воде и дающий при взбалтывании пену.

Был испытан метод выделения опухолевых клеток, основанный на гемолизе эритроцитов при помощи 1% раствора порошка, полученного из мыльного корня. На исследование брали кровь пациента из вены локтевого сгиба. 1% раствор сапонина добавляли из расчета 0,4 мл на 1 мл осадка после центрифугирования. Смесь выдерживали 5 мин, вновь центрифугировали, жидкость над осадком отсасывали, осадок промывали 0,85% раствором поваренной соли, после центрифугирования осадок переносили на предметное стекло и готовили мазок. Окраску проводили по Романовскому-Гимза.

Произведено около 300 исследований крови у 184 больных различными опухолевыми заболеваниями методом гемолиза при помощи 1% раствора сапонина. При сравнении гемолитической активности импортного препарата и полученного любым из указанных выше способов мы отличия в силе действия не обнаружили.

Преимущество сапонина перед стрептолизином заключается в том, что сапонин можно применять в опытах на животных, в то время как стрептолизин не действует на кровь животных гемолитически.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная фармакопея СССР, Медгиз, М., 1961.— 2. Скворцов В. И. Курс фармакологии. Медгиз, М., 1948.— 3. Турова А. Д., Гладких А. С., Гордеева С. П. В кн. «Материалы докладов Всесоюз. научн. конф., посвященной 90-летию Казанского ветеринарного института». Казанский ветеринарный ин-т, Казань, 1963.— 4. Турова А. Д. Лекарственные средства из растений. Медгиз, М., 1962.— 5. Engell H. C. Acta chir. Scandinav. Supp. 1955, 201, 1—70.— 6. Fawcett D. W., Vallee B. L. and Soule M. H. Science. 1950, 111, 34—36.— 7. Malmgren R. A. a. o. J. Nat. Cancer inst. 1958, 20, 6, 1203—1206.— 8. Ransom F. Deutsche med. Wschr., 1901, 13, 194—196.— 9. Roberts S., Watne A., Mc Grath R., Mc Grew E. and Cole W. H. Arch. Surg., Chicago. 1958, 76, 3, 334—346.— 10. Romsdahl M. M., Hume R., Chu E. W., Smith R. R. J. nat. Cancer inst. 1961, 26, 1, 19—22.— 11. Sato H. Bull. Wld. Hlth Org., 1962, 26, 5, 675—681.— 12. Seal S. H. Cancer. 1959. 12, 590—595.— 13. Soost H. I., Mad H. Krebsarzt. 1960, 7/8, 273—283.— 14. Vallee B. L., Hughes W. L., and Gibson J. G. Blood Spec. Issue no 1, 1947, 82—88.— 15. Whang J. Ztschr. Krebsforsch. 1958, 62, 4, 397—407.

Поступила 10 января 1964 г.

К МЕТОДИКЕ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ЗАГОТОВЛИВАЕМОЙ АНТИРЕЗУСНОЙ СЫВОРОТКИ

Врач Р. Г. Ганелина и лаборант Н. А. Черменская

Сывороточная лаборатория (зав.—Р. Г. Ганелина) Республиканской станции переливания крови (г. Казань)

В настоящее время определение резус-принадлежности получило очень большое распространение. В женских консультациях города все беременные женщины исследуются на резус-принадлежность и резус-отрицательные находятся под особым наблюдением; у них регулярно исследуется кровь на наличие специфических антирезусных антител, но по-прежнему препятствием в этой работе является ограниченное количество стандартных сывороток антирезус.

Так как источники получения антирезусной сыворотки очень ограничены, мы стали изыскивать новые: у большого берем кровь в сухой флакон, сыворотку с антирезусными антителами сливаем в другую банку и консервируем борной кислотой 2—3%, а оставшийся кровяной сгусток разрезаем стеклянной палочкой и заливаем сывороткой АВIV группы или одноименной, слегка размешиваем покачиванием и оставляем на сутки в холодильнике для более полного перехода антител с эритроци-

тов в сыворотку. Этот метод получения антирезусной сыворотки путем залива сгустка применяется нашей лабораторией с 1962 г.

У донора С. (01 гр. крови), сенсибилизированной повторными беременностями, мы взяли кровь в сухой флакон в количестве 450 мл. Титр антител антирезусных в сыворотке 1 : 16. После отделения сыворотки сгусток залили сывороткой АВIV из расчета на 100 мл сгустка 50 мл сыворотки. Мы получили антирезусную сыворотку с титром 1 : 8 АII группы. Иногда мы сгусток заливаем повторно; это зависит от титра антирезусной сыворотки.

Больная К. с группой крови АВIV была сенсибилизирована к резус-фактору переливанием крови без учета резус-фактора. Взятая у нее кровь в количестве 100 мл с титром антител антирезус 1 : 64. После отделения сыворотки сгусток был залит сывороткой АВIV группы в количестве 50 мл, и мы получили сыворотку, антирезусную с титром 1 : 8, затем сгусток залили повторно и получили антирезусную сыворотку с титром 1 : 4.

Полученные антирезусные сыворотки с низким титром мы смешиваем по методу Белорусского научно-исследовательского института и получаем антирезусную сыворотку с допускаемым рабочим титром.

Больная Ш., сенсибилизированная к резус-фактору повторными беременностями, неоднократно давала нам кровь для изготовления антирезусной сыворотки. В каждом случае мы используем не только сыворотку, но и сгусток, как было упомянуто выше. Можно привести еще много подобных примеров. Нам удалось заготовить дополнительно в 1963 г. 1000 мл антирезусной сыворотки.

Таким образом, оказалось возможным получение антирезусной сыворотки в антирезусных лабораториях путем залива сгустков крови сывороткой АВIV группы или одноименной. Полученные нами специфические антирезусные сыворотки пригодны для работы при использовании конглотинационного (чашечного) метода.

Поступила 4 апреля 1963 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

А. И. Германов. «Негемоглобиновое железо сыворотки крови в практике внутренних заболеваний». Куйбышев-обл., 1962 г. 120 стр.

В отечественной литературе это первая монография, знакомящая практического врача с изучением обмена железа в клинике внутренних болезней. В книге подытожен 10-летний опыт работы коллектива, руководимого проф. А. И. Германовым. Во вступительных к клинической патологии главах в сжатой форме изложено современное состояние вопроса об обмене железа в организме человека, диагностическое значение определения негемоглобинного железа сыворотки крови. Весьма тщательно, со всеми практическими указаниями, приведена методика исследования сывороточного железа по Баркану. Глава о нормальном содержании негемоглобинного железа сыворотки крови пополнена статистически обработанными данными сотрудников клиники на значительном материале с включением результатов резорбционных кривых (с нагрузкой по М. С. Дульцину) и показано значение последних при более углубленном изучении обмена железа.

Клинический раздел монографии содержит исследование негемоглобинного железа при анемических состояниях, у доноров, при лейкозах, при заболеваниях печени, при гастритах, язвенной болезни желудка, при раке внутренних органов, при заболевании сердечно-сосудистой системы, почек, при эндокринных болезнях и беременности. Особый интерес представляет глава об анемических состояниях. Показано, что для более полного представления о регенераторной способности костного мозга, помимо исследования гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя и количества ретикулоцитов, весьма важное значение приобретает исследование негемоглобинного железа сыворотки крови.

Неменьший практический интерес и значение имеет исследование негемоглобинного железа сыворотки крови при болезни Боткина, ее рецидивах и в дифференциальном диагнозе желтухи при раке головки панкреаса, что является новой деталью дифференциального диагноза. То же можно сказать о ценности исследования негемоглобинного железа сыворотки крови в дифференциальном диагнозе язвенной болезни и рака желудка. Материалы автора расширяют представление о патогенетических факторах анемии при болезни Брайта.

Весьма кратко упоминается о возможной патогенетической значимости так называемой скрытой дефицитности железа при ряде функциональных расстройств нервной системы, таких, как астенические синдромы, вегетативные расстройства систем и органов. Как известно, больные с такого рода патологией составляют немалую часть в терапевтических и невропатологических стационарах. К сожалению, в рецензируемой монографии не приведен фактический материал. Надо полагать, что эти