

ный эффект в результате саморегуляции процессов свертывания может не проявляться. В этих условиях, по-видимому, преобладает стимулирующее действие прямых переливаний крови. Снижение активности фибриназы после трансфузии у ряда больных на фоне повышения коагулирующей активности крови, на наш взгляд, является приспособительной реакцией, препятствующей превращению внутрисосудистого свертывания крови в тромбообразование. На это указывает тот факт, что увеличение ФСФ у 8 больных сопровождалось ускорением фибринолиза. Видимо, такой же приспособительной реакцией, или саногенетической реакцией 2 порядка по М. С. Мачабели, является увеличение антитромбопластинной активности, которая в ряде случаев выходит за пределы, необходимые для нормальной регуляции процессов свертывания, и превращается в патологическую реакцию, приводящую к резкому снижению тромбопластинообразования. Это подтверждается тем, что прямое переливание 200—225 мл крови, т. е. введение определенного количества тромбопластина, не вызывало увеличения антитромбопластинной активности, и только увеличение количества вводимого тромбопластина при переливании 450 мл крови приводит к ответному повышению активности антитромбопластинов. Возможно, что повышение антитромбопластинной активности является, наряду с другими факторами, одним из вероятных механизмов кровотечений после массивных переливаний крови.

ВЫВОДЫ

1. Прямые гемотрансфузии вызывают усиление коагулирующей активности крови у больных хроническими лейкозами, поэтому могут быть использованы для борьбы с кровоточностью у этих больных.

2. У больных острыми лейкозами прямые переливания крови дают менее выраженный кровоостанавливающий эффект, что связано с резким повышением антитромбопластинной активности после переливания.

3. Прямые переливания крови в дозе 200—225 мл обладают лучшим гемостатическим действием у больных лейкозами, чем в дозе 450 мл.

УДК 616—002.77

ЭКСКРЕЦИЯ 5-ОКСИИНДОЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Х. С. Ахмерова

*Кафедра педиатрии № 1 (зав.—доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина. Научные руководители — проф. И. М. Рахматуллин
и доц. Р. М. Мамиш*

Согласно экспериментальным данным, в развитии ряда воспалительных и аллергических реакций наряду с медиаторами нервной системы важная роль принадлежит биогенным аминам, среди которых особое внимание привлекает серотонин (5-окситриптами́н). Свободный серотонин быстро окисляется моноаминоксидазой и выводится с мочой в виде 5-оксиндолоксусной кислоты (5-ОИУК). На 5-ОИУК приходится примерно 50% метаболизма серотонина. По количеству 5-ОИУК, выделенному с мочой, можно судить об интенсивности обмена серотонина в организме.

Мы изучали суточную экскрецию 5-ОИУК с мочой по методу Уленфринда у 30 детей, больных ревматизмом (III ст. активности процесса), у 20 здоровых и у 10 страдающих хроническим тонзиллитом (возраст — от 7 до 14 лет).

У большинства детей, больных ревматизмом, был возвратный эндомиокардит, у 10 — проявления полиартрита и у 10 — недостаточность кровообращения II—III ст.

Определение содержания 5-ОИУК в моче у больных ревматизмом проводили в динамике в сопоставлении с клиническим течением болезни, с учетом вида терапии и с общепринятыми тестами активности ревматического процесса (сиаловые кислоты, С-протеин, реакция Вельтмана, белковые фракции сыворотки крови, РОЭ). Больные получали противоревматическое лечение с включением пенициллина, витаминов С, В₂, В₁₂, В₆, в части случаев им назначали также стероидные гормоны (преднизолон), сердечные препараты, а также симптоматические средства. Мочу брали при поступлении, затем через каждые 2—3 недели в течение 1,5—2 месяцев.

Суточная экскреция 5-ОИУК у здоровых детей колебалась в пределах 4,5—13,4 мг (в среднем $6,8 \pm 0,5$ мг). Содержание 5-ОИУК в моче у детей, больных хроническим тонзиллитом, оказалось близким к норме (4—11 мг в сутки, в среднем $6,2 \pm 0,5$ мг).

Течение ревматического процесса оказывало влияние на динамику содержания 5-ОИУК в моче (см. табл.).

В активной фазе ревматизма выделение 5-ОИУК снижено, причем более заметно — у больных с нарушением кровообращения II—III ст. ($3,3 \pm 0,4$, $P < 0,02$). По мере

Исследованная группа	Число детей	Содержание 5-ОИУК, мг		
		1-я неделя	3—4-я неделя	1,5—2 мес.
Ревмокардит, активность III ст.	30	$5 \pm 0,6$ $P < 0,02$	$7 \pm 0,65$ $P < 0,02$	$6,4 \pm 0,4$ $P < 0,6$
В том числе:				
Ревмокардит, активность III ст. с недостаточностью кровообращения II—III ст.	10	$3,3 \pm 0,4$ $P < 0,02$	$8,6 \pm 1,1$ $P < 0,01$	$7 \pm 0,8$ $P < 0,4$

уменьшения активности ревматического процесса (на 3—4-й неделе лечения) наблюдается нарастание 5-ОИУК в моче. Сравнительно более резкое нарастание 5-ОИУК в моче, превышающее норму (в среднем до $10 \pm 0,5$ мг, $P < 0,001$), возникает у больных, получавших преднизолон. К 1,5—2 месяцам среднее содержание 5-ОИУК в суточной моче у больных ревматизмом составляет $6,4 \pm 0,4$ мг; у больных ревматизмом с проявлениями нарушения кровообращения — $7 \pm 0,6$ мг.

Следовательно, экскреция 5-ОИУК с суточной мочой у детей, больных ревматизмом в активной фазе заболевания, снижена. На фоне лечения выделение 5-ОИУК с мочой нарастает и приходит к норме к 1,5—2 месяцам. Содержание 5-ОИУК в суточной моче может явиться дополнительным тестом для оценки активности ревматического процесса.

УДК 616.2—615.7

О СУДЬБЕ ЭФИЦИЛЛИНА В ОРГАНИЗМЕ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Проф. С. И. Ашбель, канд. мед. наук И. А. Богословская, И. И. Азовская,
канд. биол. наук В. Г. Соколова*

Клинический отдел (зав.—проф. С. И. Ашбель) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний

Одним из наиболее часто применяемых и эффективных антибиотиков является пенициллин. Однако этот антибиотик при введении его в организм обычным (внутримышечно) путем, циркулируя в крови в достаточных концентрациях, не проникает в легочную ткань и особенно в просвет бронхов (Б. Е. Вотчал, 1963). Между тем одно из производных пенициллина — эфициллин¹ (йодистоводородная соль диэтиламинового эфира бензилпенициллина) обладает способностью более избирательно накапливаться в легочной ткани и более длительно удерживается в ней, чем другие препараты пенициллина.

Такая пневмотропность эфициллина побудила нас проследить судьбу этого препарата в организме. При этом обращалось особое внимание на длительность циркуляции в организме и способность проникать в просвет бронхов. Эти исследования были проведены на 50 больных с различными хроническими неспецифическими инфекционно-воспалительными заболеваниями легких. Эфициллин вводили однократно внутримышечно в дозе 600 000 ед. (в среднем 10 000 на 1 кг веса). Через различные промежутки после введения препарата определяли содержание пенициллина в биосубстратах (см. табл.), так как в организме эфициллин гидролизуетсся с освобождением пенициллина.

¹ Синонимы эфициллина — леоциллин, эстопен, неопенил, пенестер, бронхоциллин, ригациллин.