

**Ю. К. Разумовский, О. А. Флоринская и Ф. М. Хисматуллина (Лениногорск).
Отравление беллоидом ребенка 11 мес.**

6/VIII 1965 г. отец, забавляя 11-месячного ребенка, дал ему коробочку, в которой находились драже беллоида. Оставив коробку у ребенка, отец ушел. Через два часа родители нашли ребенка в тяжелом состоянии. В коробочке не хватало 40 драже. В 20 час. 6/VIII ребенок поступил в детскую больницу. Сознание отсутствует. Цианоз кожи и слизистых. Зрачки резко расширены. Дыхание частое, клочущее, выслушиваются множественные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 140, нитевидный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Язык и слизистые полости рта сухие, гиперемизированные.

Срочно промыт желудок водой с раствором марганцовокислого калия. Многократно ставились высокие очистительные клизмы. Введено 7 мл 20% раствора глюкозы внутривенно, большое количество физиологического раствора и 5% раствора глюкозы подкожно. Сделано кровопускание. Введен прозерин, гаммаглобулин, кордиамин. Дав кислород.

7/VIII в 1 час 20 мин. ребенок умер при явлениях отека легких.

УДК 616.151.5—615.761

Н. А. Боначенко (Калинин). Тромбоэластография при лечении циклометиазидом

Мы изучали влияние нового мочегонного препарата циклометиазид на коагуляционные показатели крови. Диуретическое действие препарата обусловлено уменьшением реабсорбции натрия и хлора в извитых канальцах почек и угнетением реабсорбции калия и бикарбонатов.

Препарат давали в дозе от 0,5 до 2 мг в сутки, циклами по 3—10 дней. Под нашим наблюдением находилось 53 больных (36 женщин и 17 мужчин в возрасте от 27 до 74 лет) с различной патологией сердечно-сосудистой системы.

Положительный диуретический эффект был получен у 49 больных. Наилучшее мочегонное действие препарата отмечено у больных со II ст. недостаточности кровообращения. У 27 больных наблюдались диуретические кризы (2—3,5 л мочи за сутки при количестве выпитой жидкости 500—800 мл), у 22 больных — постепенное схождение отеков.

Свертывающую систему крови мы изучали методом тромбоэластографии на аппарате ИСК-1. У большинства больных исходные показатели тромбоэластографии оказались в пределах нормы. У части больных, у которых было обострение хронической инфекции, протекающее с повышением температуры, или болевой синдром, что, как известно, вызывает повышение коагуляционных свойств крови, свертываемость была повышенной. У больных с выраженными цирротическими изменениями в печени, с III ст. недостаточности кровообращения показатели свертывающей системы крови были несколько снижены.

Изменения показателей в динамике оценивались нами по отношению к исходным данным, а не к нормальным величинам, ибо в большинстве своем колебания их наблюдались в пределах допустимой нормы.

Установлено, что в случаях с постепенным и умеренным нарастанием диуреза свертываемость крови или не меняется, или несколько понижается. Значительный диурез (выше 2,5 л) часто приводит к повышению коагуляции крови.

Р. Н. Нургалеева (Казань). Изменения холинэргической реакции при травматических повреждениях

Установление исходного уровня активности плазменной холинэстеразы у больных, которым предстоит оперативное вмешательство под наркозом с применением деполаризующих мышечных релаксантов, имеет не только теоретическое, но большое практическое значение с точки зрения выбора дозы кураризирующих средств.

Мы определяли холинэстеразную активность крови по методике Э. Ш. Матлиной и В. М. Прихожан (1961) в первые три дня после поступления на стационарное лечение у 140 больных с травматическими повреждениями (44 женщины и 96 мужчин в возрасте от 9 до 83 лет).

Кроме того, мы исследовали кровь у 32 доноров для определения нормальной активности сывороточной холинэстеразы, которая, по нашим данным, равняется 0,475 мг ацетилхолина, что мало отличается от литературных (Э. Ш. Матлина, 1961).

Исследованные нами больные условно подразделены на три группы. В I гр. (79 чел.) вошли больные, у которых не наблюдалось развитие шокового состояния. II гр. (15 чел.) составили больные с травматическими повреждениями конечностей, осложненными шоком I—II степени. В III гр. включены 46 больных с закрытыми травмами черепа и головного мозга (сотрясение головного мозга легкой и средней тяжести).

Статистическая обработка результатов исследований показала, что независимо от характера и тяжести травмы холинэстеразная активность крови у всех больных была снижена. У больных с травматическим шоком псевдохолинэстераза крови имела активность только 64,3% нормы ($P < 0,001$). У больных I гр. холинэстеразная активность сыворотки крови продолжала снижаться на 2-й и 3-й дни после травмы. Если в 1-й день она равнялась 84,2% ($P < 0,001$), то к 3-му дню она составляла лишь 66,6% ($P < 0,001$).

У больных с черепномозговой травмой активность сывороточной холинэстеразы угнетена сильнее, чем у больных I гр. Она еще больше снижается на 2-й день, с этого срока отмечается некоторое повышение ферментативной активности сыворотки крови. Подобная динамика активности псевдохолинэстеразы крови была отмечена и Ю. Т. Помельниковой (1962).

Закономерное угнетение активности плазменной холинэстеразы после травмы объясняется, по-видимому, нарушением функции печени и гипопроteinемией, изменением объема циркулирующей крови и кровопотерей. Первое, как нам кажется, является одним из основных факторов снижения ферментативной активности сыворотки крови, так как носителем ее служат альбумины и мукопротеиды, синтезируемые в печени.

ОБЗОР

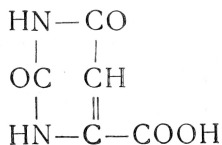
ОРОТОВАЯ КИСЛОТА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

В. Е. Анисимов

*Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В последнее время оротовая кислота тщательно изучается биологами и клиницистами.

Оротовая кислота — 2,6-диоксипиримидин-4-карбоновая кислота — является дери-
ватом пиримидина, точнее урацила. Ее структурная формула —



Впервые она была выделена Бискарро и Беллони (Италия) из коровьего молозива еще в 1905 г., а синтетически получена Мюллером в 1897 г. и Велером в 1907 г. В 1930 г. ее структура и идентичность с препаратами, полученными из естественных источников, были доказаны Бахштедом. Свое название оротовая кислота получила от греческого слова *orotós* — сыворотка и должна бы по праву называться горотовой, но итальянцы, не имеющие гортанного звука *h*, назвали ее *acido orotico*, и в такой транскрипции она утвердилась в литературе.

Оротовая кислота — кристаллическое вещество без запаха, слабо растворимое в воде (соли растворимы лучше), не растворимое в обычных органических растворителях. Применяется в виде водной суспензии. В терапевтических целях используется калиевая соль оротовой кислоты (диорон) — белый кристаллический порошок, плохо растворимый в воде. В Советском Союзе оротовая кислота синтезирована в 1959 г. во ВНИХФИ (К. И. Чхиквадзе и О. Ю. Магидсон).

Кроме молока оротовая кислота найдена также в дрожжах, в экстрактах печени, в плесневых грибах и бактериях, в сыворотке крови, в моче. В коровьем молоке содержание ее равно 79—105 мкг/мл, в козьем — 324 мкг/мл, в женском — 7 мкг/мл, в экстракте печени — от 1600 до 2000 мкг/мл, в экстракте из дрожжей — до 2670 мкг/мл (Райт, 1950; Хелленгер, 1953; Рабби, 1958).

Некоторыми микроорганизмами оротовая кислота синтезируется, для других она является экзогенным веществом, одним из «факторов» их роста. Ее влияние на рост проявляется не только на микробах, но и на высших животных. Так, при добавлении оротовой кислоты к корму увеличивается рост и вес мышей (Макино, 1953; Манна, 1953), крыс (Растимаманга, 1956; Жинольяк, 1957; Чнанконе, 1958), цыплят (Комбс, 1954; Фриц, 1954; А. О. Натансон и соавт., 1967), телят (Вайнг, 1955), норок (О. Л. Раппопорт, 1967). Однако Миякава (1962) считает, что прирост веса обуславливают лишь малые дозы препарата, а большие влияния на привес не оказывают. По Торигое (1955) избыточное введение оротовой кислоты приводит к замедлению роста животных. В то