

У подавляющего большинства обследованных сульфамометоксин обнаруживался в порциях желчи до 36 часов после приема. Только у 3 больных во всех порциях желчи, полученных ранее этого срока, выявить препарат не удалось. Содержание сульфамометоксина в желчи колебалось от следов до 2,7 мг%, причем почти у всех больных оно было значительно выше в порциях Б, чем в других. Это указывает на способность желчного пузыря концентрировать сульфамометоксин. Значительно дольше препарат обнаруживался в порциях желчи, полученной из фистулы желчевыводящих путей. Его удавалось найти уже через полчаса после приема, и он продолжал выделяться в течение 84 часов (а у 1 больного — до 96 часов) в концентрациях, близких к тем, которые обнаруживались в порциях Б дуоденального содержимого.

В порциях мокроты, взятых у больных с хроническими заболеваниями бронхолегочного аппарата в сроки от 15 мин. до 4 часов после приема 0,5 г сульфамометоксина, ни в одном случае его обнаружить не удалось.

На группе больных (21 чел.) изучалась длительность выделения сульфамометоксина на фоне курса лечения им в течение 7—8—9 дней (8,0—9,0 г). Препарат обнаруживали в крови всех больных через час после его приема в концентрациях 0,15—2,6 мг%. Наиболее высокие концентрации выявились от 20 до 72 часов. В моче через 2 часа после приема первой дозы препарата его содержание составляло от 0,85 до 23,4 мг, а в дальнейшем оно нарастало, достигая максимума на 4—5-й день лечения. Сульфамометоксин обнаруживали в моче в течение 4 дней по прекращении курса лечения.

В мокроте сульфамометоксин находили только с 3—4-го дня лечения (в концентрации 0,3—3 мг%) и в течение 1—2 дней по окончании курса.

У 1 больной, страдавшей тяжелой формой урологического сепсиса, был начат курс лечения сульфамометоксином. Всего она приняла 4 г препарата и на 3-й день лечения скончалась. Взятые во время аутопсии органы умершей были исследованы на содержание сульфамометоксина, при этом в стенке тонкого кишечника обнаружено 3,6 мг%, толстого кишечника — 1,7, в печени 1,2, в желчи — 0,78, в почке — 0,3, в стенках бронхов — 0,45, в ткани легкого — 0,72, в бронхиальном лимфатическом узле — 0,5, в головном мозгу — 0,4 мг%.

ВЫВОДЫ

1. При введении разовой дозы сульфамометоксина (0,5 г) он обнаруживался в крови через 1 час и продолжал циркулировать в крови в значительных концентрациях от 12 до 54 часов; с мочой выделялся начиная с 1-го или 2-го часа, на протяжении 144—156 часов, достигая наиболее высоких цифр в сроки от 24 до 96 часов.

2. В порциях дуоденального содержимого сульфамометоксин был обнаружен начиная с 4-го часа до 36 часов после приема разовой дозы препарата. При этом, как правило, в порциях Б его концентрации были более высокими, чем в других порциях дуоденального содержимого. Это дает основание считать, что в желчном пузыре происходит концентрация препарата.

3. Сульфамометоксин циркулирует в крови и выделяется с мочой на протяжении всего курса лечения, а также по окончании курса в течение 3—4 дней.

4. В мокроте препарат обнаруживали начиная с 3—4-го дня лечения и 1—2 дня по окончании курса лечения.

5. Сульфамометоксин в наибольших количествах депонируется в печени, бронхолегочном аппарате и стенке кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенник Л. И. В кн.: Методы экспериментальной химиотерапии. Медгиз, М., 1959.—2. Падейская Е. Н., Полухина Л. М., Першин Г. Н. Фарм. и токс., 1966, 4.

УДК 611.45.6—616—073.75

О ДИАГНОСТИКЕ ДОБАВОЧНОЙ ДОЛИ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ МЕТОДОМ ФЛЮОРОГРАФИИ

Доц. Ю. Г. Шендрик, И. Н. Братель, А. М. Файзуллин

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—доц. Ю. Г. Шендрик)
Целиноградского медицинского института

Добавочная доля непарной вены представляет аномалию развития легочной ткани, которая возникает в правом легком из-за необычного прохождения v. azygos. По нашим данным она выявлялась в 0,34% случаев. Добавочная доля непарной вены обладает характерной рентгенологической картиной и прослеживается довольно отчетливо

на крупнокадровых флюорограммах в прямой передней проекции. Справа по парастернальной линии, чаще на уровне 1-го межреберья (иногда на уровне хрящевой части 1 или 2-го ребра) определяется небольшая в форме вытянутой капли тень (от 0,3 до 0,8 мм ширины и от 0,6 до 2,5 мм длины) с четкими контурами. Эта «капля», заостряясь кверху, переходит в нежную (волосяную) линейную тень добавочной междолевой щели; она направлена кверху и дугообразно изгибается выпуклостью кнаружи.

Анатомическим субстратом указанной выше тени является тангенциально расположенная непарная вена и плоскость добавочной междолевой щели, совпадающей с ходом рентгеновского луча. При этом линейная тень добавочной междолевой щели пересекает верхушечное поле, разделяя его на наружную и внутреннюю части. Степень выпуклости кнаружи добавочной междолевой щели бывает различна, что сказывается на размерах добавочной доли непарной вены. Иногда в области линейной дугообразной тени определяется несколько подобных ей волосяных линейных теней, проходящих параллельно или перекрещивающихся. Возникновение их обусловлено совпадением хода рентгеновского луча с направлением плоскости междолевой щели, изменяемой в различных местах от разной степени пневматизации.

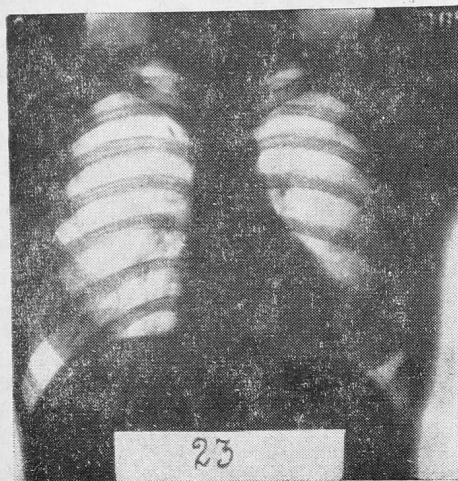


Рис. 1. Шелевидная полоска тени непарной вены расположена на уровне 1-го ребра, отступая от грудины на 1,5 мм. Дугообразная линейная тень добавочной междолевой щели прослеживается до головки 3-го ребра и отделяет до $\frac{1}{5}$ части верхушки правого легкого.

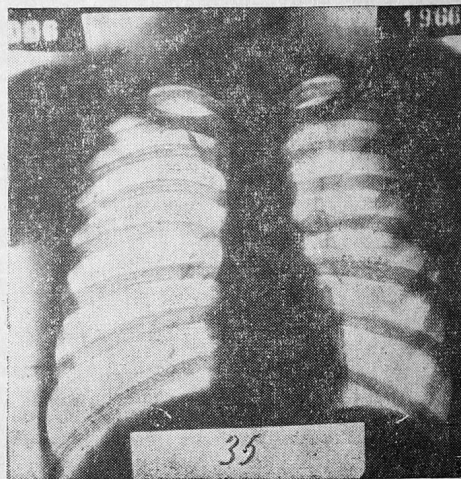


Рис. 2. Каплеобразная тень непарной вены расположена на уровне 1-го ребра, отступая от грудины на 3 мм. Дугообразная линейная тень добавочной междолевой щели отделяет до $\frac{1}{3}$ верхушки легкого.

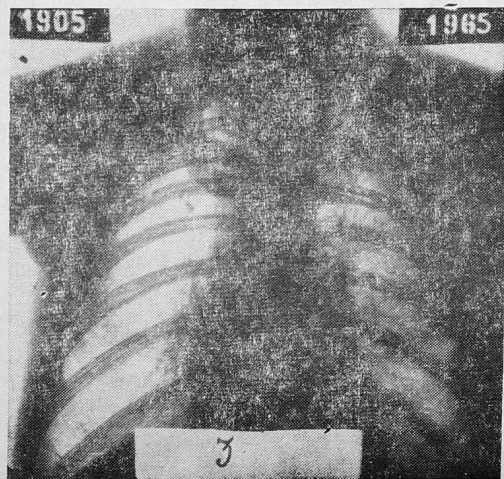


Рис. 3. Тень непарной вены (формы перевернутой запятой) проецируется на уровне 2-го ребра, по нижнему контуру его. Дугообразная линейная тень добавочной междолевой щели прослеживается по середине 2-го ребра и отделяет всю верхушку легкого.

Нами произведена интерпретация 110 560 крупнокадровых флюорограмм грудной клетки (размер кадра — 62×62 мм), выполненных практически здоровым людям с профилактической целью в Целиноградском областном флюорографическом центре и флюорографических кабинетах городских поликлиник. Среди обследованных было 54960 мужчин и 55600 женщин.

Рентгенологические признаки добавочной доли непарной вены выявлены у 377 чел., что составляет 0,34% (0,36% — у женщин, 0,33% — у мужчин). Частота выявления рентгенологических признаков добавочной доли непарной вены увеличивается с возрастом. Такое нарастание, очевидно, связано с лучшей видимостью более уплотненной у пожилых дубликатуры плевры.

У 16 (4,2%) обследованных в проекции добавочной доли непарной вены были определены плотные тени, у 9 (2,4%) — петрификаты.

Дообследование лиц, проводившееся при подозрении на наличие туберкулезной рентгенологической симптоматики, не выявило дополнительно ни одного случая добавочной доли непарной вены. Это позволяет заключить, что на крупнокадровой флюорограмме достоверно можно установить наличие добавочной доли непарной вены.

Изображение проекции непарной вены и добавочной междолевой щели на флюорограмме имело различную форму (капли, щелевидной полоски, перевернутой запятой и т. д.).

Наиболее часто встречалась форма «капли» (67,1%) и крайне редко — щелевидной полоски (3,0%).

Преобладающей локализацией проекции непарной вены и добавочной междолевой щели является уровень 1-го ребра справа по парастернальной линии (рис. 1, 2, 3).

УДК 616.151.514

АУТОКОАГУЛОГРАММА КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Доктор биол. наук М. А. Котовщикова, канд. мед. наук В. С. Абрамов

Лаборатория свертывания крови (зав.—ст. научн. сотр. З. Д. Федорова)
и хирургическая клиника (зав.—проф. Н. Г. Карташевский) Ленинградского НИИ
гематологии и переливания крови

Исследование аутокоагулограммы крови еще не нашло широкого применения в лабораторной практике при клиническом обследовании больных с нарушениями в свертывающей системе крови. Между тем этот тест очень прост для выполнения и ценен тем, что в нем используется только оксалатная плазма больного и «гемолизат» из эритроцитов той же плазмы, т. е. исключается влияние биологических реактивов, добавляемых во многих других реакциях, например в тесте генерации тромбопластина.

Техника постановки аутокоагулограммы и измерения ее основных параметров описана в предыдущих наших работах. Параметры аутокоагулограммы характеризуют активацию свертывания, главным образом тромбопластинообразования, и, в нисходящей ветви, фибринолитическую антикоагулянтную активность.

В табл. 1 приведены нормальные пределы колебаний и статистические показатели параметров аутокоагулограммы.

Таблица 1

Нормальные пределы колебания и статистические показатели параметров аутокоагулограммы

Параметр	Число вариант.	Статистические показатели			
		M	m	σ	пределы колебаний $M \pm \sigma$
A, % (активность свертывания на 2-й минуте инкубации)	24	25,8	3,4	16,6	9,2—42,4
MA, % (максимальная активность)	25	90,06	2,9	14,5	75,5—104,5
T, мин. (время наступления 1/2 MA)	23	3,2	0,17	0,8	2,4—4,0
F, мин. (время, в течение которого MA уменьшится в 2 раза после максимума)	23	36,8	3,6	17,2	20—54 ¹

¹ Параметр F претерпевает наибольшие колебания и в группе здоровых; это объясняется, по-видимому, тем, что на него оказывает влияние большое число факторов, определяющих гипокоагуляцию и фибринолиз.