

у больных с аналогичными формами процесса, выделяющих чувствительные к этим препаратам штаммы микобактерий.

Это обстоятельство позволяет рекомендовать этамбутол для лечения больных преимущественно хроническими формами туберкулеза легких, выделяющих с мокротой микобактерии, устойчивые к туберкулостатическим средствам, и при их переносимости. При тех же условиях оправданно применение этого препарата и у впервые выявленных больных. Между тем при использовании этамбутола в сочетании со стрептомицином и тубазидом у впервые выявленных больных, выделяющих чувствительные штаммы микобактерий, отмечаются такие же результаты, как и при лечении только 3 основными препаратами.

Поступила 2 октября 1972 г.

УДК 616.36—002

ПОКАЗАТЕЛИ АЗОТИСТОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, ЛЕЧЕННЫХ ПРЕДНИЗОЛОНОМ

Т. Н. Фомина

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии МЗ СССР

В лечении больных среднетяжелой и тяжелой формами вирусного гепатита используется главным образом преднизолон. Между тем до сих пор недостаточно изучен вопрос о влиянии кортикостероидотерапии на показатели азотистого обмена.

Мы сопоставили показатели аммиака крови, азота аминокислот, мочевины сыворотки крови и мочи у больных вирусным гепатитом до и после лечения. Все больные были мужского пола, возраст их колебался от 17 до 61 года, 81,7% составляли лица до 40 лет. Ни у кого из них не было сопутствующих и перенесенных заболеваний почек, ревматизма, гипертонической болезни, туберкулеза.

В зависимости от лечения все обследованные разделены на 2 группы. Больные 1-й гр. (20 с легкой формой вирусного гепатита, 57 со среднетяжелой и 6 с тяжелой) получали глюкозо-витаминную терапию, 2-й (8 со среднетяжелым течением болезни Боткина и 6 с тяжелой) — глюкозо-витаминную терапию в сочетании с преднизолоном.

Изотонический (5%) раствор глюкозы вводили внутривенно капельно по 1 л. Витамин В₆ (пиридоксин) больные получали в виде 1% раствора внутримышечно по 2 мл в чередовании с витамином В₁₂, вводившимся также внутримышечно по 100—200 г сутки. Преднизолон назначали больным с выраженной интоксикацией, интенсивной, длительной желтухой, высокой или прогрессивно нарастающей билирубинемией, при отсутствии эффекта от предыдущей терапии и больным, находившимся в состоянии печеночной комы и прекомы. Максимальная суточная доза глюкокортикоида для больных среднетяжелой формой вирусного гепатита равнялась 30—40 мг, тяжелой формой — 40—210 мг.

Показатели азотистого обмена исследовали у больных до лечения (в разгаре болезни), на 5—8-й день лечения глюкозой и витаминами и на 5—7-й день преднизолонотерапии. Аммиак крови определяли по А. П. Хохлову и соавт., азот аминокислот — методом Поупа и Стивенса в модификации Шредера, мочевину крови и мочи — методом Б. А. Рашкована в модификации С. Г. Гасанова.

За норму были приняты показатели азотистого обмена 20 здоровых людей. Аммиак крови у них был $0,147 \pm 0,019$ мг%, азот свободных аминокислот сыворотки крови — $6,68 \pm 0,37$ мг%, мочевина крови — $29,78 \pm 0,37$ мг%, суточная экскреция последней с мочой — $20,04 \pm 1,26$ г.

Средние уровни аммиака крови больных легкой и среднетяжелой формами вирусного гепатита через 8 дней глюкозо-витаминной терапии были в пределах нормы, без достоверной разницы с показателями, полученными у здоровых людей и у больных до лечения. Гипераммониемия при лечении глюкозой и витаминами наблюдалась у больных с сохраняющейся интоксикацией, гипербилирубинемией и гиперферментемией. У больных тяжелой формой вирусного гепатита содержание аммиака в крови на фоне глюкозо-витаминной терапии было выше, чем до лечения: $0,261 \pm 0,027$ против $0,232 \pm 0,02$ мг%. У всех больных тяжелой формой болезни Боткина это лечение было неэффективным, поэтому одновременно с ухудшением их состояния гипераммониемия сохранялась или нарастала.

После лечения глюкозой, цианкобаламином, пиридоксином мы не отметили динамики общего азота аминокислот сыворотки крови у тех больных, у которых аммиак до лечения был нормальным или слегка повышенным (до 8,0 мг%). Такая закономерность наблюдалась в основном при легкой и среднетяжелой формах гепатита. При тяжелом течении болезни азот аминокислот, до лечения значительно повышенный — $12,20 \pm 2,80$ мг%, на фоне глюкозо-витаминной терапии снижался до $9,56 \pm 0,03$ мг% (разница статистически недостоверна).

До лечения (в периоде разгара болезни) содержание мочевины в сыворотке крови и суточном количестве мочи было сниженным при всех формах болезни, но прямо пропорционально тяжести поражения печени. К 8-му дню глюкозо-витаминной терапии у больных легкой и среднетяжелой формой болезни Боткина одновре-

но с улучшением состояния регистрировалась положительная динамика мочевиносинтетической функции печени: при небольшом нарастании мочевины в сыворотке крови значительно увеличилась, достигая нормы, суточная экскреция мочевины с мочой.

При тяжелом течении вирусного гепатита после лечения больных глюкозой и витаминами средний уровень мочевины сыворотки крови стал еще ниже, чем до лечения: $16,12 \pm 2,76$ против $20,57 \pm 2,12$ мг%. Суточная экскреция мочевины с мочой у этих больных оставалась по-прежнему сниженной: $14,71 \pm 4,25$ г.

У 14 больных вирусным гепатитом (среднетяжелой и тяжелой формами) показатели азотистого обмена определены на фоне глюкозо-витаминной терапии в сочетании с преднизолоном. Средний уровень билирубина сыворотки крови в 1-й подгруппе больных составлял $14,45$ мг%, во второй — $11,8$ мг%. К моменту назначения кортикостероида у них были резко нарушены ферментативные, осадочные тесты, 4 из 6 больных тяжелой формой гепатита были в состоянии печеночной комы и прекомы.

Средние показатели аммиака крови больных среднетяжелой формой болезни Боткина при лечении только глюкозой и витаминами после присоединения к этой терапии преднизолона были почти одинаковыми: $0,152 \pm 0,01$ и $0,151 \pm 0,012$ мг%. У больных тяжелой формой вирусного гепатита до кортикостероидной терапии уровень аммиака крови, будучи значительно выше, чем в предыдущей группе, — $0,253 \pm 0,015$ мг%, после преднизолонотерапии снижались до $0,179 \pm 0,025$ мг%. У больных, находившихся в состоянии печеночной комы и прекомы, аммониемия сохранялась без изменений, высокой ($0,211 - 0,256$ мг%).

Содержание азота аминокислот в сыворотке крови больных со среднетяжелым течением гепатита до приема кортикостероида (на фоне глюкозо-витаминной терапии) было без отклонений от нормы у всех пациентов, а средний уровень был ниже, чем у здоровых лиц ($5,06 \pm 0,13$). После проведения лечения в сочетании с преднизолоном в течение недели и при сохранении суточной дозы гормона не ниже 20 мг у 5 из 7 больных отмечалось повышение аминокислот азота в сыворотке крови. Разница средних показателей для этих сравниваемых видов лечения статистически достоверна ($5,06 \pm 0,13$ и $7,87 \pm 1,08$ мг%, $P < 0,05$).

У больных тяжелой формой вирусного гепатита до глюкокортикоидной терапии содержание азота аминокислот было в 2 раза выше, чем при среднетяжелой форме: $12,03 \pm 3,52$ против $5,06 \pm 0,13$ мг%. Особенно высокие показатели были у больных, находившихся в состоянии печеночной комы, — $19,81 - 21,54$ мг%. После лечения больных глюкозой, витаминами в сочетании с преднизолоном аминокислот азот крови снижался до $7,58 \pm 0,81$ мг%, но был не менее уровня больных среднетяжелой формой гепатита.

Во время кортикостероидной терапии содержание мочевины в сыворотке крови увеличивалось до нормы у тех больных со среднетяжелым течением болезни, у которых до лечения этот показатель был снижен. Средний уровень мочевины крови для этой подгруппы составлял $30,15 \pm 2,15$ мг%.

У больных тяжелой формой вирусного гепатита после преднизолонотерапии наблюдалось незначительное, статистически недостоверное нарастание мочевины в сыворотке крови в сравнении с исходными данными.

Суточная экскреция мочевины с мочой на фоне глюкозо-витаминной терапии в сочетании с преднизолоном у больных со среднетяжелым течением болезни увеличивалась с $17,74 \pm 2,88$ до $32,13 \pm 3,46$ г ($P < 0,05$), у больных с тяжелым течением — с $9,97 \pm 2,56$ до $15,86 \pm 3,36$ г.

У больных с дистрофией печени содержание мочевины в моче оставалось постоянно низким до и после приема преднизолона — $5 - 9$ г, в то время как концентрация мочевины в крови увеличивалась, что обусловлено, видимо, прогрессирующим нарушением функций почек.

Восстановление мочевиносинтетической функции печени на фоне глюкозо-витаминно-кортикостероидной терапии происходило параллельно с улучшением общего состояния больных, нормализацией других функциональных печеночных проб.

Поступила 29 сентября 1972 г.

УДК 616.151.514:615.38/39

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛИИ

Докт. мед. наук С. Г. Конюхов, канд. биол. наук Л. Н. Тарасова,
Н. М. Сергеев, В. М. Шилова

Кировский научно-исследовательский институт переливания крови

Метод получения нативного криопреципитата, использованный нами, предельно прост, так как не требует сложного оборудования, дорогостоящих дефицитных реактивов и длительного времени. Плазму, полученную плазмаферезом, заготавливали по 250 мл в пластиковые мешки емкостью 500 мл и тотчас замораживали при темпе-