

В. А. Воробьева (Горький). Санаторное лечение в сельской местности детей с хронической пневмонией

С 1965 по 1970 г. под нашим наблюдением находилось 96 больных хронической пневмонией детей, проживающих в районе обслуживания Крившинской участковой больницы Вознесенского района Горьковской области. Проводимое им этапное лечение включало следующие звенья: стационар — поликлиника — фельдшерско-акушерский пункт. 52 ребенка были направлены в местные санатории «Большая Ельня» и «Криуша». 22 из них были в возрасте от 3 до 7 лет, 30 — от 8 до 14 лет. У 33 детей были начальные проявления бронхо-легочного процесса, у 19 — пневмосклероз с наличием бронхоэктазов.

Подготовку к санаторному лечению проводили в амбулаторном порядке с повторным обследованием: за 1,5 месяца и за 3—5 дней до отъезда в санаторий, что предотвращало возможность поступления больных в санаторий с явлениями обострения основного процесса.

Санаторное лечение дало благоприятные ближайшие и отдаленные результаты. У 48 из 52 детей было достигнуто значительное улучшение или улучшение состояния здоровья, и только у 4 оно осталось без перемен. Количество обострений на 1 ребенка в год сократилось в 1,5 раза по сравнению с группой детей, не прошедших санаторного лечения. К тому же в последней группе обострения протекали тяжелее и продолжительнее, число проводимых в стационаре койко-дней было в 1,3 раза больше.

Таким образом, пребывание сельских детей, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями бронхо-легочной системы, в местном санатории является важным звеном в их этапном лечении.

УДК 616.24—002:616.151.5

М. Д. Манькова (Саранск). Состояние свертывающей системы крови при крупозной пневмонии

Как известно, наряду с плазменными факторами в коагуляции значительную роль играют форменные элементы крови, особенно тромбоциты. В доступной нам литературе мы не обнаружили работ, посвященных изучению кровяных пластинок при крупозной пневмонии.

Нами изучены коагулирующие свойства крови в плазме с обычным и низким числом кровяных пластинок у 30 больных крупозной пневмонией (мужчин — 23, женщин — 7, возраст — от 15 до 76 лет) в 1-е сутки после госпитализации. Контрольная группа состояла из 15 практических здоровых лиц.

Время свертывания крови по Ли и Уайту у 23 больных оказалось укороченным (на 18,6%), у 4 — удлинненным, а у 3 изменений не было.

Гиперкоагулемия у больных крупозной пневмонией вы является и в большинстве других показателей свертывания крови. У них несколько выше степень тромботеста плазмы с обычным числом кровяных пластинок. Время рекальцификации тромбоцитной плазмы на 12,5% короче, чем у здоровых людей. Время утилизации протромбина в плазме с обычным числом тромбоцитов на 12,0% длиннее нормы, что свидетельствует о заметном повышении тромбопластической активности крови. Толерантность плазмы к гепарину на 29,0% выше, чем у здоровых лиц, что также указывает на усиление гемокоагуляции при крупозной пневмонии. Протромбиновое время плазмы у больных крупозной пневмонией существенно не меняется. Концентрация фибриногена при крупозном воспалении легких резко возрастает, превышая на 85,0% нормальный уровень. Чем тяжелее протекает пневмония, тем значительно возрастает концентрация фибриногена. При крупозном воспалении легких заметно увеличивается фибриновая активность крови. Так, время лизиса сгустка фибрин-полимера из плазмы с обычным числом кровяных пластинок в щавелевокислой мочеvine удлинняется на 23,4% по сравнению с контролем.

Фибринолитическая активность крови при крупозной пневмонии резко угнетается. Интенсивность лизиса кровяного сгустка уменьшается на 28,4%, а время растворения зуглобулиновой фракции удлинняется на 85,0% по сравнению с соответствующими тестами у здоровых людей. Торможение фибринолиза при крупозной пневмонии обусловлено, по-видимому, одновременным снижением содержания плазмина и повышением концентрации антиплазминовых соединений.

Число кровяных пластинок при крупозной пневмонии меньше нормы, однако абсолютное количество и процент адгезивных тромбоцитов заметно выше. У больных крупозной пневмонией тромбоциты слабее сокращают время рекальцификации и меньше увеличивают утилизацию протромбина, чем у здоровых людей. Если у лиц контрольной группы процент различия во времени рекальцификации обычной и бес-

тромбоцитной плазмы равен 103,0, а потребления протромбина — 54,3, то у больных он составляет соответственно 81,3 и 39,4. Это указывает на то, что при крупозной пневмонии тромбопластическая активность кровяных пластинок снижена. Возможно, что снижение тромбопластических свойств связано с некоторым уменьшением числа тромбоцитов при крупозном воспалении легких. Кровяные пластинки у больных в большей степени, чем у здоровых, ускоряют образование сгустка в гепаринизированной плазме при ее рекальцификации, что, видимо, связано с увеличением их антигепариновой активности. Фибриназная активность тромбоцитов снижается. Удаление кровяных пластинок из плазмы ускоряет лизис сгустка фибрин-полимера у здоровых людей на 36,5%, а у больных — только на 32,8%.

Фибринолитические свойства тромбоцитов при крупозной пневмонии, согласно результатам наших исследований, существенно не меняются. И у больных, и у здоровых время растворения эуглобулинового сгустка из бестромбоцитной плазмы удлиняется примерно на одну и ту же величину (на 23,7 и 21,0%).

Результаты наших исследований свидетельствуют, что крупозная пневмония протекает с выраженной гиперкоагулемией и с торможением фибринолитической активности крови.

УДК 616.153.962.4

Н. С. Русейкин (Саранск). Фибринолитические и фибринстабилизирующие потенции легочной паренхимы

В последние годы все больше внимания уделяется тканевым факторам свертывания крови, так как при оперативных вмешательствах нередко встречаются так называемые гипо- и афибриногемические кровотечения, патогенез которых связывают с поступлением в кровотоки тканевых соединений.

Мы изучили ткань легких 64 умерших не от заболеваний органов дыхания (возраст — 20—80 лет). Кусочки ткани, взятые при вскрытии, многократно (до обесцвечивания) отмывали от крови физиологическим раствором, высушивали фильтровальной бумагой, взвешивали, заливали десятикратным количеством физиологического раствора (по отношению к весу), гомогенизировали в ступке и центрифугировали при 1500 об./мин. в течение 5 минут. Для исследований использовали надосадочную жидкость (экстракт).

Фибринолитические свойства экстрактов исследовали в 6 сериях наблюдений. В 1-й серии в реагирующую смесь вносили 0,5 мл экстракта, во 2-й — 0,1 мл. В 3-й серии 0,1 мл экстракта добавляли непосредственно к эуглобулиновой фракции контрольной плазмы после растворения ее в буфере. В 4, 5 и 6-й сериях мы попытались найти то разведение экстрактов, в котором фибринолитические свойства исчезают. С этой целью в эуглобулиновую фракцию плазмы после ее растворения в буфере вносили по 0,1 мл экстрактов, разведенных в 100, 500 и 1000 раз. Последние 4 серии позволяют оценить фибринолитические свойства легочной ткани с учетом взаимодействия активаторов и ингибиторов фибринолиза.

В 1-й серии экстракты легочной ткани человека проявляли очень высокую фибринолитическую активность: они ускоряли лизис эуглобулинового сгустка в 9,5 раза. Добавление в реагирующую смесь 0,1 мл экстракта из легочной паренхимы (2-я серия) усиливало фибринолиз в 6,1 раза. В 3-й серии лизис ускорялся в 3,5 раза. Данные 4—6-й серий опытов показали, что экстракты стимулируют фибринолиз до разведения в 500 раз. Это свидетельствует о том, что легочная ткань богата тканевыми активаторами фибринолиза. Следовательно, можно предположить, что при фибринозно-кавернозном туберкулезе в фазе распада, а также при оперативном вмешательстве на органах грудной клетки может развиваться местный фибринолиз.

Скорость растворения фибрина зависит не только от активности плазмينا, но и от свойств самого фибрина. Стабилизированный фибрин образуется при участии плазменного фактора XIII (фибриназы). Нами установлено, что экстракты легочной паренхимы замедляют время растворения сгустка фибрин-полимера на 51% по сравнению с контролем ($P < 0,001$), что говорит о наличии в легочной ткани активной тканевой фибриназы.

УДК 616.24—002'

Доц. Г. Л. Хасис и В. М. Калинин (Кемерово). Кислотно-щелочное равновесие крови у больных хронической неспецифической пневмонией

Нами проанализированы данные кислотно-щелочного равновесия (КЩР) у 161 больного хронической пневмонией в фазе обострения (96 мужчин и 65 женщин в возрасте от 16 до 75 лет). У подавляющего большинства пациентов была диффузная форма при сочетании obstructивных и рестриктивных процессов в легких. Контролем служили нормативы показателей КЩР, выработанные нами на основании их определения у 406 взрослых жителей Кузбасса. Все исследования проведены на отечественном аппарате АЗИВ-1 и подвергнуты статистической обработке.