

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.

У преобладающего числа больных (55,3%) был обнаружен респираторный ацидоз; другие нарушения КЩР (метаболический ацидоз, респираторный и метаболический алкалоз) выявлены менее чем у 10%. Нормальное КЩР констатировано у 36,6% всех больных.

Характерно, что частота и выраженность нарушений КЩР в решающей мере были обусловлены степенью легочной недостаточности (ЛН). Так, у 50 из 58 больных с ЛН1 изменений КЩР не было, у остальных сдвиги носили исключительно компенсированный характер; средние величины показателей КЩР существенно не отличались от нормы.

При ЛНII (56 больных) респираторный ацидоз как основное нарушение КЩР зарегистрирован у 69,5%, причем у каждого четвертого он был декомпенсированным. На долю остальных нарушений приходилось всего 14,4%, а частота нормального КЩР резко уменьшилась — 16,1%. Средние величины показателей КЩР достоверно изменились: рН крови составил $7,37 \pm 0,003$, pCO_2 — $47,6 \pm 0,66$ торр; компенсаторно повысился уровень SB — до $25,4 \pm 0,32$ *мэкв/л*.

При ЛНIII (47 чел.) респираторный ацидоз определялся почти у всех больных, причем у 83% он был декомпенсированным, а у 23,4% — осложнен метаболическим ацидозом. Присоединение последнего обусловлено, на наш взгляд, поступлением в кровь кислых валентностей из очага воспаления, а также наличием у таких больных гипоксемии, усугубляющейся еще и тем, что при ацидозе снижается сродство кислорода к гемоглобину.

У большинства больных с ЛНIII имела умеренная ацидемия (рН в среднем $7,29 \pm 0,003$) и заметно выраженная гиперкапния ($57,2 \pm 1,04$ торр). Изменения SB не носили закономерного характера ($23,6 \pm 0,50$ *мэкв/л*).

Показатели КЩР у больных разного пола практически не имели различий. У больных старше 50 лет выявлены более значительные патологические изменения по рН и pCO_2 , что обусловлено, очевидно, преобладанием среди них больных с более тяжелыми функциональными нарушениями (ЛНII и ЛНIII).

УДК 616.24—002.5

И. Р. Лупалова, Т. А. Штейн (Саратов). Вторичная флора бронхального дерева у больных туберкулезом легких

Целью данного исследования являлось изучение состава флоры бронхального дерева и чувствительности ее к антибиотикам у 101 больного туберкулезом легких. Полученные при поднаркозной бронхоскопии бронхальные смывы подвергали бактериологическому анализу. Посев промывных вод бронхов 33 больных (1-я группа) не дал роста. Промывные воды бронхов 2-й группы больных (68 чел.) мы исследовали по методике, позволяющей вести подсчет выросших колоний в большом объеме засеянного материала (А. Н. Марголин и Н. А. Анисимова, 1960). Посев производили стерильной пипеткой, по 0,5 мл промывных вод на чашку со средой. Частота роста неспецифической флоры во 2-й группе равна 80,8%. Чаще встречался стафилококк (35,2%); палочки найдены у 25% обследованных, стрептококки — у 22%, дрожжеподобные грибы *Candida* — у 8,8%, прочие виды — у 14%. Апатогенные штаммы стафилококков превалировали над патогенными (83,4 против 16,6%). Определение методом бумажных дисков показало высокую чувствительность стафилококка к мономицину и левомецитину (соответственно 100 и 89,4%). К пенициллину были чувствительны только 82,7%, а к стрептомицину и окситетрациклину — по 75,8% штаммов.

УДК 616.71—001.5

Т. Г. Купряшина (Саранск). Опыт лечения надмыщелковых переломов плечевой кости у детей

Под нашим наблюдением находилось 107 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, лечившихся на протяжении последних 10 лет по поводу переломов, при которых линия нарушения целостности плечевой кости располагалась непосредственно над надмыщелками.

Свежие переломы давностью до 5 дней, с выраженными острыми симптомами (резкая боль, отек и кровоподтеки, гемартроз) имелись у 70,6% детей. Переломы давностью от 5 дней до 2 недель после повреждения отнесены к застарелым (22,9%). В этот период острые клинические симптомы постепенно стихают. У 6,5% больных переломы давностью свыше 2 недель с клинической и рентгенологической картиной сращения кости при выраженной деформации и нарушении функции отнесены к неправильно сросшимся.

Свежие надмыщелковые переломы отмечались у мальчиков в 1,5 раза чаще, чем у девочек. Правая конечность подвергалась травме в 39,9%, левая — в 60,1%. Поднадкостничные переломы без смещения наблюдались у 7,8% детей. В стационар направлялись дети из районов Мордовской АССР с большими смещениями отломков или после неудачных 1—2-кратных репозиций переломов (92,2%).

Открытый перелом был лишь у 1 больного. У 3,3% пострадавших переломы сопровождались повреждением сосудов или нервов. Наблюдались повреждения