

инфекционного гепатита. У детей с легкой формой ИГ и у взрослых отмечается умеренное повышение активности ЩФ. Следует отметить, что у взрослых наблюдается более замедленная, чем у детей, нормализация показателей активности ЩФ.

Мы полагаем, что определение активности ЩФ крови при ИГ, кроме известного дифференциально-диагностического значения, может служить в детской практике как вспомогательный критерий оценки состояния тяжести и выздоровления.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 616.61—002.151

КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Д. Х. Хунафина

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— доц. Р. Ф. Абдурашитов) Башкирского
медицинского института*

Реферат. Изучена суточная динамика показателей кислотно-основного равновесия (КОР) у 22 больных тяжелой формой ГЛПС. В периоде геморрагических и почечных проявлений выявлен метаболический ацидоз субкомпенсированного и некомпенсированного характера. Включение в лечебный комплекс 4% раствора гидрокарбоната натрия способствовало быстрой нормализации КОР и функции почек. Повторное вливание раствора бикарбоната натрия в течение суток рекомендуется осуществлять под контролем изучения показателей КОР.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, кислотно-основное равновесие.

Библиография: 1 название.

В клинической картине геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) важное место занимает патология почек. Целью настоящей работы явилось изучение суточной динамики показателей кислотно-основного равновесия (КОР) у больных тяжелой формой ГЛПС на фоне корригирующей терапии. КОР исследовали на аппарате АЗИВ-1 с использованием номограммы Зиггард-Андерсена у 22 больных ГЛПС. Все больные поступали в клинику в тяжелом состоянии с выраженными симптомами интоксикации. В периоде геморрагических и почечных проявлений количество выделяемой мочи уменьшалось от 200 до 60 мл вплоть до анурии. Больных беспокоила тошнота, рвота, ухудшение зрения, боли в животе, пояснице. Была характерна азотемия по 107,1—142,8 ммоль/л. Исследование КОР показало наличие у 6 больных некомпенсированного метаболического ацидоза, pH крови равнялся 7,28—7,29, дефицит оснований 8—10 ммоль/л, стандартные бикарбонаты снижались до 16—18 ммоль/л. Одновременно констатирован компенсированный дыхательный алкалоз со снижением напряжения углекислоты до 4,8—4,5 кПа. У остальных 16 больных выявлен субкомпенсированный метаболический ацидоз: pH 7,30—7,34; BE 6—8 ммоль/л, SB 18—19 ммоль/л, pCO₂ 5,0—4,9 кПа.

С целью коррекции метаболического ацидоза больным на фоне комплексной терапии вводили 4% раствор гидрокарбоната натрия, количество которого зависело от степени выраженности метаболического ацидоза и составляло в среднем от 200 до 500 мл. Для определения необходимого количества раствора мы пользовались формулой Меллемгарда и Аструпа (1960). Показатели КОР изучали до, через 1—2, 10—12 и 22—24 ч после вливания бикарбоната натрия на фоне комплексного лечения. В дальнейшем исследование проводили на 2—3 сут от начала лечения, в периоде ранней реконвалесценции и перед выпиской больных из стационара.

Проводимое нами лечение было эффективным. Так, спустя 1—2 ч после вливания раствора гидрокарбоната натрия отмечалось улучшение общего самочувствия больных, прекращалась рвота, выравнивались АД, пульс, показатели КОР имели тенденцию к улучшению. При этом в первую очередь происходило увеличение в крови стандартных бикарбонатов и уменьшение дефицита оснований.

Через 10—12 ч показатели КОР существенно улучшались. У 10 больных ацидоз стал компенсированным, у 12 — субкомпенсированным, им повторно вводили раствор бикарбоната натрия в количестве 200—300 мл. После этого состояние больных заметно улучшалось, увеличивалось количество выделяемой мочи до 300—400 мл в сутки.

К концу первых суток с начала корригирующей терапии у 14 больных имелся компенсированный метаболический ацидоз: pH крови колебался в пределах 7,35—7,36, дефицит оснований 4,0—2,5 ммоль/л, стандартные бикарбонаты 20,5—21 ммоль/л.

Пяти больным с наличием субкомпенсированного ацидоза проводили повторную коррекцию гидрокарбонатом натрия, после чего у 3 больных показатели КОР нормализовались.

На 2—3 сутки от начала применения в комплексе лечения 4% раствора гидрокарбоната натрия показатели КОР у большинства больных восстановились.

Механизм действия гидрокарбоната натрия заключается в ощелачивании внеклеточной жидкости, что снижает выход внутриклеточного калия. Кроме того, происходит уменьшение проникновения водородных ионов из внеклеточной жидкости в клетки. Все это способствует предупреждению повреждения и восстановлению функции проксимального и дистального отделов нефронов, нормализации аммонно- и ацидогенеза, тем самым восстановлению функции почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mellemgaard K., Astrup P. Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1960, 12, 187.

Поступила 6 февраля 1979 г.

УДК 576.851.232:576.8.073.3

СРЕДЫ ИЗ КАПУСТНО-КАЗЕИНОВО-ДРОЖЖЕВОГО ГИДРОЛИЗАТА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ НА МЕНИНГОКОКК И СОПУТСТВУЮЩУЮ ФЛОРУ

Г. И. Рузаль, В. А. Никитина, Н. Н. Дунаева

Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, ветеринарный институт, городская бактериологическая лаборатория, г. Казань

Реферат. Проведено сравнительное испытание сред, приготовленных на капустно-казеиново-дрожжевом гидролизате и на переваре Хоттингера (контроль), с эталонными штаммами менингококков, стрептококков, стафилококков, дифтерийных палочек и при обследовании 354 лиц. Опытные среды не уступали контрольным по ростовым качествам. Возбудители сохраняли свои свойства. Доступность и низкая себестоимость капустно-казеиново-дрожжевого гидролизата дают основание рекомендовать его использование при исследованиях на менингококк и сопутствующую флору.

Ключевые слова: менингококки, капустно-казеиново-дрожжевой гидролизат.

Библиография: 2 названия.

Поиски доступных в условиях практических лабораторий и экономически оправданных питательных сред являются весьма актуальной задачей. Нами проведено изучение среды, приготовленной на основе капустно-казеиново-дрожжевого гидролизата (ККД), при исследованиях на менингококки. Мы исходили из того, что аминокислотный состав казеинового гидролизата близок к средам из перевара Хоттингера [1]. Капустная вода и дрожжевой экстракт дополняют витаминный комплекс (В. РР, К, Е и др.), солевой (микроэлементы: марганец, магний, натрий, калий, кальций и др.), кислотный (кислоты: яблочная, аскорбиновая, лимонная) состав среды и являются стимуляторами роста.

Среду готовили следующим образом [2]: 300 г мелко нарезанной капусты (местных сортов) замачивали в 1 л водопроводной воды на 2—3 ч, затем кипятили 20 мин и процеживали через вату; 400 г казеина смешивали с 5 л водопроводной воды, постепенно подогревали до 95° и подщелачивали до pH 8. Образующийся при этом гидролизол охлаждали до 45°, вносили в него 0,5% сухого панкреатина и гидролизывали в течение 3—4 дней при 37—40°, поддерживали pH в пределах 7,8—8,0, добавляя 20% раствор едкого натра.

Среду определяли концентрацию аминного азота. Обычно к этому времени она достигала 249,9—285,6 мг/ммоль/л, а пептона — 2—3 моль/л. Гидролиз прекращали, добавляли соляную или уксусную кислоту до pH 5,0—5,5, затем гидролизат кипятили в течение 10 мин и фильтровали через полотно или вату. Казеиновый гидролизат разводили дистиллированной водой до содержания аминного азота 71,4—78,5 ммоль/л и смешивали с капустной водой в равных соотношениях. К смеси добавляли 10% дрожжевого гидролизата и 0,5% хлористого натрия, а для приготовления плотных сред — 2,0—2,5% агара, устанавливали нужную pH и стерилизовали в автоклаве в течение 20 мин при 120°. Готовая среда имела соломенно-желтый цвет, была прозрачна; содержание аминного азота составляло 71,4—78,5 ммоль/л. Для того, чтобы капустно-казеиново-дрожжевую среду можно было приготовить в любое время года, готовили капустную воду двойной концентрации и лиофильно высушива-