

цинского института, вып. II—III, 1940. 11. Уден Ф. 1817. Цитировано по Фогельсону Л. И. „Болезни сердца и сосудов“, М., 1951. 12. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Изд. 3-е. М., 1957. 13. Шестаков С. В. Тезисы докладов XIV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1956. 14. Эпштейн Е. Е. Труды института физиологии АН БССР, т. I. Минск, 1956. 15. Trzebski, 1954. Цитировано по РЖБ, № 11, 1956.

Поступила 2 января 1958 г.

БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИИ И ХОЛИНЭСТЕРАЗА СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИНАМИКЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ

Асп. Е. М. ОКУЛОВА

Из кафедр госпитальной педиатрии (зав. — проф. Е. Н. Короваев)
и патологической физиологии (зав. — доц. М. А. Ерзин)
Казанского медицинского института

Изучение белковых фракций у больных ревматизмом имеет определенное значение для понимания патогенеза ревматизма, является ценным тестом для определения реактивности организма, степени активности болезни.

Нами было обследовано 10 здоровых и 60 больных ревматизмом. Возраст обследуемых — от 7 до 16 лет.

Определение белковых фракций проводилось методом электрофореза на бумаге. Общий белок исследовался методом Кьельдаля с перегонкой аммиака.

Средние показатели белков крови у здоровых детей:

Таблица 1

Общий белок (в гр. ‰)	Альбумины (в относительных ‰)	Глобулины (в относительных ‰)			
		$\alpha - 1$	$\alpha - 2$	β	γ
6,8—7,4	50—56	3,12—5,37	8,83—12,07	11,1—13,87	14,3—19,1

Обследуемые больные имели следующие формы ревматизма: нервная форма — 18 больных; сердечно-суставная — 12; сердечная — 11; ревматизм с нечетким сердечным поражением — 7; межприступная фаза ревматизма — 12.

Общий белок сыворотки крови мало изменялся в динамике ревматического процесса.

Отмечена определенная закономерность в изменениях белковых фракций сыворотки крови, соответственно клиническому течению заболевания.

На высоте болезненного процесса отмечались снижение альбуминов и увеличение глобулинов, преимущественно за счет α - и γ -фракций.

Особенно ярко указанная диспротеинемия проявлялась при сердечно-суставной форме заболевания и, в меньшей мере, при нервной.

В подострой фазе заболевания происходило постепенное выравнивание альбумино-глобулинового коэффициента.

При затяжном течении заболевания и повторных атаках с тяжелым сердечным поражением указанная диспротеинемия продолжала нарастать.

При исчезновении клинических симптомов болезни у большинства больных белковые фракции приближались к нормальным цифрам.

У больных с нарушением компенсации сердечной деятельности наблюдаются увеличение β - и γ -глобулина; увеличение последнего в этом случае не отражает состояние защитных сил организма, а является следствием функциональной недостаточности печени.

В межприступной фазе заболевания общий белок остается в норме, но отмечаются, в большей или меньшей мере, снижение альбуминов и увеличение глобулиновой фракции.

Таблица 2

Средние цифры белковых фракций в динамике ревматического процесса у детей (в относительных $\%$ по отношению к общему белку)

Форма и фаза болезни		Альбу- мин	$\alpha - 1$	$\alpha - 2$	β -	γ -	
			глобулины				
Сердеч- но-су- ставная	{	острая	33,53	8,87	17,82	14,31	25
		подострая . . .	42,04	6,56	13,83	12,69	23,65
		неактивная . .	52,41	5,63	11,43	11,26	19,9
сердеч- ная	{	острая	34,99	8,0	14,23	18,25	27,66
		подострая	38,27	7,86	14,01	15,7	24,75
		неактивная . . .	45,04	6,62	13,2	17,45	20,41
нервная	{	острая	39,2	7,26	14,61	14,78	24,2
		подострая	46,67	6,15	14,29	11,54	21,74
		неактивная . . .	50,8	6,43	12,72	12,57	17
без ясного поражения сердца	{	при по- ступле- нии . . .	39,5	7,98	14,94	14,44	22,94
		при вы- писке . . .	43,74	6,83	13,19	16,64	16,64

Для выявления реактивности организма при ревматизме произведено исследование холинэстеразы у 16 больных детей и у 8 здоровых.

Исследование проводилось методом Правдич-Неминской в сыворотке крови.

В среднем у здоровых детей холинэстераза, по нашим данным, была в пределах от 47,32 до 58,24 $\%$.

В остром периоде заболевания у большинства больных наблюдалось снижение холинэстеразы в сыворотке крови.

В процессе выздоровления отмечается ее повышение.

При окончании лечения, перед выпиской больных из стационара, у половины обследуемых больных вновь устанавливалась тенденция к снижению холинэстеразы.

Отмеченное изменение белковых фракций при ревматизме является, по-видимому, результатом нарушения протеиногенных органов, изменения межклеточного вещества соединительной ткани и процессов иммуногенеза.

Сдвиги белковых фракций не являются специфическими для ревматизма, но они вместе с клиническими данными имеют диагностическое значение в качестве теста активности ревматического процесса и для прогноза заболевания.

Таблица 3

**Холинэстераза в динамике ревматического процесса
у детей в сыворотке крови (в ‰)**

Больные	Форма болезни	Стадия заболевания		
		острая	подострая	затихания
У-в	нервная	51,87	58,54—80,08	50,05
Х-а	нервная	35,49	54,6	52,78
Ш-к	без ясного поражения сердца	36,4	39,22	—
К-в	сердечная	20,93	—	43,68
З-а	сердечно-суставная	36,4	60,97	39,77
М-в	сердечно-суставная	39,77	—	45,5
С-в	сердечная	54,6	109,2	43,68
Х-а	сердечная	30,94	81,9	52,78
С-а	нервная	50,96	50,96	—
А-в	нервная	32,76	—	60,06
Я-а	сердечно-суставная	36,4	56,42	56,42
К-а	сердечная	38,22	29,12	41,86
Б-в	сердечно-суставная	33,67	58,24	66,43
И-а	сердечно-суставная	34,58	—	—
В-а	нервная	34,58	61,88	30,94
П-а	нервная	47,32	49,14	41,86

В остром периоде ревматизма активность холинэстеразы снижается, что объясняется, по-видимому, фиксацией ее в тканях, на территории которых происходит реакция антиген-антитело с образованием медиаторов, в частности ацетилхолина, разлагаемого холинэстеразой.

При попытке сопоставления степени активности холинэстеразы с белковыми фракциями сыворотки крови ясно выраженной зависимости не выявлено.

Поступила 9 апреля 1958 г.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Доц. К. А. СВЯТКИНА

Из кафедры факультетской педиатрии Казанского
медицинского института

Рахит — все еще распространенное заболевание среди детей раннего возраста; отдельные случаи его проявления могут наблюдаться и в последующие годы жизни ребенка. Известно, что рахит, перенесенный в раннем детстве при неблагоприятных условиях (нерациональное питание, отсутствие прогулок, ряд инфекционных заболеваний) нередко рецидивирует. По наблюдениям Э. С. Мошкевич, даже у детей дошкольного возраста могут встречаться остаточные явления рахита и отдельные случаи незаконченного рахитического процесса и в фазе реконвалесценции и разгара.

С момента введения в практику витамина Д многих интересовала, помимо эффективности, длительность его терапевтического действия при рахите. Дальнейшие наблюдения показали значительный лечебный эффект витамина Д: своевременно предпринятое лечение обычно уже в течение 4—6 недель приводит к излечению. С. Я. Шаферштейн, наблюдавший лечебное действие первых препа-