

Р. А. АРАКЕЛОВ, И. А. АБАГЯН

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ И АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ БОТКИНА

Согласно концепции Б. А. Кудряшова [1, 2], в здоровом организме человека и животных-свертывающая и противосвертывающая система крови находится в состоянии функционального равновесия, что обеспечивает сохранение крови в сосудистом русле в жидком состоянии. Было показано, что повышение свертывающей системы крови при различных патологических состояниях связано с угнетением противосвертывающей системы организма. С другой стороны, повышение противосвертывающей системы крови при заболеваниях печени, в частности при болезни Боткина, по данным литературы и наших исследований, сопровождается значительным понижением свертывающей системы крови. Согласно вышеуказанной концепции, это явление носит парадоксальный характер.

Для анализа этих явлений нами проведено динамическое изучение фибринолитической и антифибринолитической активности крови при различных формах и периодах болезни Боткина.

Фибринолитическая активность крови определялась по методике Бидвелл, у 122 больных в возрасте от 18 до 56 лет, из них 37 перенесли тяжелую, 53—среднетяжелую, 32—легкую форму болезни Боткина. Антифибринолитическая активность крови определялась у 109 больных.

В нижеследующей таблице приводится динамика средних показателей фибринолитической и антифибринолитической активности крови при эпидемическом гепатите Боткина в зависимости от тяжести и периода болезни.

Как видно из табл. 1, фибринолитическая активность крови при эпидемическом гепатите Боткина значительно повышается, и это повышение находится в прямой зависимости от тяжести течения и периода болезни. В группе больных со среднетяжелой и тяжелой формой болезни Боткина в разгар желтухи фибринолитическая активность повышается (соответственно $M=35,8 \pm 1,52\%$; $M=37,5 \pm 3,5\%$) и даже перед выпиской в этой группе больных фибринолитическая активность не нормализуется. Так, при среднетяжелой форме $M=25 \pm 0,81\%$, при тяжелой форме $M=32,7 \pm 2,5\%$. Только через 3 и 6 месяцев после выписки из стационара среднее значение этих показателей нормализуется. В группе больных с легким течением болезни Боткина умеренно увели-

Таблица 1

Форма болезни	Статистические показатели	Фибринолитическая активность крови в % (норма 15—25%)					Антифибринолитическая активность крови в минутах (норма 10—12 мин.)				
		в разгар желтухи	на спаде желтухи	перед выпиской	через 3 мес.	через 6 мес.	в разгар желтухи	на спаде желтухи	перед выпиской	через 3 мес.	через 6 мес.
Тяжелая	M	37,5	33,6	32,7	23,7	22	17,1	15	13,3	12,9	11,3
	m±	3,5	3,6	2,5	1,5	0,85	0,72	0,78	0,54	0,79	0,86
Средне-тяжелая	M	35,8	32,9	26	22,8	22,3	16,4	17,3	14	12	11,2
	m±	1,52	2,31	0,81	1,65	0,7	0,27	0,64	0,57	0,53	0,31
Легкая	M	29,3	29,4	22,1	20,7	21,3	14,3	13,3	11,7	11,4	11,2
	m±	1,56	3,35	0,65	0,59	0,64	0,51	0,58	0,34	0,6	0,27

ченная фибринолитическая активность ($M=29,3 \pm m 1,56\%$) в разгар болезни перед выпиской нормализуется ($M=22,1\% \pm m 0,65$).

Направленность изменения антифибринолитической активности крови характеризуется удлинением времени лизиса сгустка. Повышение антифибринолитической активности крови при болезни Боткина находится в прямой зависимости от тяжести течения процесса и периода болезни. Среднее значение этого показателя при среднетяжелой и тяжелой формах болезни в разгар желтухи соответственно определяется так: $M=16,4 \pm m 0,27$, $M=17,1 \pm m 0,72$. В период выздоровления этот показатель остается повышенным, нормализуется только через 3 и 6 мес. При легкой форме болезни Боткина повышенная антифибринолитическая активность крови в разгар желтухи такова: $M=14,3 \pm m 0,51$ и нормализуется лишь перед выпиской ($M=11,7 \pm m 0,34$).

Таким образом, наши данные показывают, что антифибринолитическая активность крови при болезни Боткина характеризуется той же закономерностью, что и фибринолитическая активность крови. Анализ наших данных показывает, что повышение фибринолитической активности крови при болезни Боткина, по-видимому, зависит от повышения концентрации в крови активаторов профибринолизина, в генезе которых немалую роль играет повышение проницаемости капилляров при данной патологии.

На основании наших исследований можно сделать заключение.

1. Фибринолитическая и антифибринолитическая активность крови при болезни Боткина повышается, и это повышение находится в прямой зависимости от тяжести течения и периода болезни.

2. Повышение фибринолитической активности крови при болезни Боткина, по-видимому, связано с повышением концентрации в крови активаторов профибринолизина.

Ռ. Ա. ԱՌԱՔԵԼՈՎ, Ի. Ա. ԱՐԱՂՅԱՆ

ԱՐՅԱՆ ՀԱԿԱՖԻՐԻՆՈԼԻՏԻԿ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲՈՏԿԻՆԻ ԷՊԻԴԵՄԻԿ
ՀԵՊԱՏԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հետազոտվել է էպիդեմիկ հեպատիտով տառապող 122 հիվանդ:

Որոշվել է արյան ֆիբրինոլիտիկ ակտիվությունը ըստ Բիդլիլի, իսկ 109 հիվանդի մոտ՝ միաժամանակ նաև արյան հակաֆիբրինոլիտիկ ակտիվությունը ըստ նեփարովսկայի մեթոդի: Հետազոտությունը կատարվել է դինամիկայում, Բոտկինի հիվանդության տարբեր ձևերի դեպքում: Վիճակագրական տըվյալներով հաստատվում է ինչպես ֆիբրինոլիտիկ, այնպես էլ հակաֆիբրինոլիտիկ ակտիվացման բարձրացումը: Հավանաբար ֆիբրինոլիզի ակտիվացումը կախված է արյան մեջ պրոֆիբրինոլիզինի ակտիվատորների կոնցենտրացիայի բարձրացումից, քանի որ նրանց գենեզում արյան մազանոթների թափանցելիության բարձրացումը այդ հիվանդության ժամանակ ունի որոշակի դեր:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кудряшов Б. А. Проблемы свертывания крови и тромбообразования. М., 1960.
2. Кудряшов Б. А. Проблемы гематологии и переливания крови, 1962, 12, стр. 3.