

3. Кровоопускание в случаях, где после дачи медикаментов, все же наблюдаются 2—3 припадка.

4. Ускорение родоразрешения бережными акушерскими операциями под наркозом.

5. Забота о наилучшей деятельности легких, сердца, кожи, почек и о наилучшей доставке кислорода.

6. Дача медикаментов, прерывающих припадки в течение 24 час., или по меньшей мере 12 час. в самых легких случаях.

Последние исследования показали нам, что широкий ранний разрыв плодного пузыря оказывает весьма благоприятное действие как в отношении ускорения родов, так и в отношении уменьшения припадков. Мы применяем его в настоящее время очень часто не только в тяжелых случаях эклампсии, но и в средних—по тяжести. Если больная имеет 3 припадка, несмотря на медикаментозное лечение,—мы разрываем пузырь. При целой шейке роды в среднем заканчивались через 22 часа произвольно при помощи бережных акушерских операций (19 случаев). При раскрытии зева на 1—2¹/₂ пальца (2—5 см.), роды заканчивались в среднем через 8 час. 48 мин. (68 случаев), при 85% перворождающих. Еще поразительное резкое уменьшение припадков. В 57% их совсем не было после разрыва плодного пузыря, в остальных число их было незначительно. Подробные данные вскоре будут опубликованы в русской, английской и американо-американской прессе. Эти данные делают наше лечение еще более эффективным и еще более делают излишним широкое применение кесарского сечения. При эклампсии это пособие дает также весьма благоприятные результаты. Такое быстрое течение родов при слабо выраженных родовых болях наводит на мысль: не происходит ли при этом лечении резкое ослабление круговых мышц матки при достаточной деятельности продольных?

(Из инфекционной клиники СМИ, директор профессор М. И. Певзнер).

О диагностических достоинствах реакции Видаля и ее модификации по Фишеру.

И. Л. Богданов (Смоленск).

Реакция Видаля свыше 30 лет пользуется у клиницистов общим признанием как надежный метод серодиагностики брюшного тифа.

Последние годы, однако, внесли значительную оговорку в оценке ее диагностических достоинств, что гл. образом зависит от того, что реакция Видаля выпадает положительной у лиц, подвергшихся противотифозным прививкам.

В виду этого хотелось бы поделиться имеющимся у нас клиническим материалом и сопоставив его с литературными данными сделать соответствующие выводы.

Материал наш охватывает 800 реакций Видаля.

При постановке этой реакции нами применялся, как правило, объемный способ разливки. Капельный метод применялся только в тех редких случаях, когда в лабораторию присылалось малое количество крови (главным образом у де-

тей — при взятии крови из пальца. (Штаммы культур) b. ty. abdom., бас. Parat. B. (Schottm) и значительно реже b. Par. „А“), предназначенных для серологической реакций, периодически проверялись на агглютинабельность. Предпочтением пользовались местные штаммы.

В виду того, что больные сравнительно поздно поступают в больницу, мы реакцию Видаль ставили гл. образом начиная с 7-го дня болезни и позднее — то есть в тот период заболевания (со 2-й недели и позже) когда она дает наиболее постоянное, наилучшие результаты. И вот по нашим данным реакция Видаль дала правильный положительный результат в общем в 85,9% случаев. Для суждения об агглютинирующей чувствительности сывороток приведу следующую таблицу (№ 1).

Общее коли- ч. исслед.	Отриц. реак. Видалья	Реакция Видалья положительн. в разведениях.										% положи- тельн. реак- ций Вид.
		1 : 50		1 : 100		1 : 200		1 : 400		1 : 800		
		Чи- сло	%	Ч.	%	Ч.	%	Ч.	%	Ч.	%	
770	109 (14,1%)	27	3,5	109	14,1	234	30,5	214	27,9	77	10	85,9

Примечание: 1) Положительн. результат в разв. 1:50 учитывался нами только в тех сл., когда диагн. подтв. др. данными (гемокульт., лейкоц.) т. к. у нас кл. не обособл. от лаборатории.

2) Результат регистр. макроскоп. и очень редко при помощи агглютиноскопа

Результаты серореакции не приведены раздельно по тифу и паратифу потому, что цифры почти одинаковы.

Эта таблица показывает, что % отрицательных реакций (14,1%) — велик, а если прибавить к нему те 3,5% случаев с титром реакции 1:50, которые в обычных лабораторных условиях не учитываются как положительные, а у нас они учитывались лишь при наличии других объективных диагностических данных, то количество отрицательных реакций делается еще более внушительным.

Интересно сравнить наши данные с цифрами других авторов: проф. Несмелов на материале в 1233 реакции получил 85,5% полож. результатов; по данным инфекционной клиники Томского у-та положительная реакция Видаль получилась на 1-ой неделе болезни в 46,2%, на 2-й в 89,7%, на 3-й 82,35%, на 4-й 87%, и на 5-й 86,3%. Замечу, что этим понедельным показателям приблизительно соответствуют и данные нашей клиники.

Беневоленский на материале терапев. отделения Ленингр. мединститута за 1923—27 гг. получил положительный результат реакции в 91,1%. Особняком стоят данные, исходящие из лаборатории Боткинской барачной б-цы в Ленинграде, где введен в повседневную практику метод Фишера в постановке р. Видаль и где получается еще более высокий % пол. Р. В.

Из иностранных авторов заслуживают внимания цифры Кальтгоффа (Kalthoff) и Кайзера (Kayser). Первый дает низкие положительные показатели реакции Видаль (на 1-й нед. 41,5%, на 2-й 51,4, на 3-й 59,3, на 4-й 59,7 и на 5-й 73,3%) у Кайзера же соответствующие показатели выше (на 1-й нед. 50%, на 2-й 84%, на 3-й 95%).

Приведенные краткие литературные данные показывают, что реакция Видаль, как надежный метод серодиагностики, может быть использована со 2-й недели болезни и ее по праву клиницисты относят к методам поздней диагностики брюшного тифа.

Далеко не единичны были случаи в нашей практике, когда реакция Видаля выпадала отрицательной до 10—12 дня болезни и только позже она переходила в положительную. Были казусы и другого порядка, когда у заведомо больных, в положительной бактериологически (выделена гемокультура), реакция Видаля при повторных исследованиях давала неизменно отрицательный результат. Таких случаев мною зарегистрировано 16 (20%). Не лишены интереса в этом отношении данные Перфильева из наблюдений во время эпидемии в Ростове Н/Дону, по которым количество отрицательных р. Видаля у больных с выделенной гемокультурой достигло около 5% (62 из 1204). Другие авторы в этом направлении приводят более низкие цифры (у Кёйлега около 1%). При чем рекордно низкие цифры дает лаборатория Боткинской заразной больницы. Так, д-р Рапорт (Врач. газ., № 15, 1930 г.) говорит, что: „на нашем материале за указанный период времени (987 обследованных случаев брюшного тифа за время 1/IX 1928 — 1/I 1930 г. — И. Б.) мы только один раз получили гемокультуру у больного с отрицательной реакцией Видаля“.

Является очевидным, что пользование реакцией Видаля в практических условиях дает врачу в среднем 85—90% правильных ответов, что и обуславливает ее прочное место в ряду лабораторных методов диагностики.

Но если бы мы при обсуждении диагностических достоинств реакции Видаля стали опираться только на голые цифры результатов, то этим мы допустили бы вредную однобокость в оценке ее. Реакция Видаля имеет помимо положительных качеств и ряд существенных недостатков, с которыми врачу приходится часто сталкиваться.

Каковы же отрицательные моменты реакции Видаля, при неучете которых бывают неизбежные диагностические ошибки. На этих моментах я и позволю себе вкратце остановиться.

1. *Отрицательный* результат реакции получается, как я уже указывал в известной части (15—10% случаев) заведомо брюшнотифозных больных даже и тогда, когда кровь для серореакции берется в относительно поздний период болезни.

II. *Положительная* реакция Видаля может получаться у больных, никакого отношения не имеющих к брюшно-или-паратифозному заболеванию к моменту обследования. Эти обманчивые, неправильные ответы, ведущие к диагностическим ошибкам самого неприятного свойства, получают в следующих случаях:

1) У вакцинированных против брюшного тифа. Врачу инфекционисту часто приходится сталкиваться с такими случаями. В случае с „прививочным Видалем“ (*J m p f w i d a l*) реакция получается положительной najczęściej в разведении 1:200 и реже 1:400. Нужно отметить, что случаи с „прививочным Видалем“ в последнее время в лабораторной практике врача стали встречаться довольно часто.

2) У лиц, в недавнем прошлом перенесших брюшной тиф. Хотя такие случаи „с анамнестическим Видалем“ встречаются гораздо реже, чем предыдущие, но все же их надо иметь в виду при чтении результатов реакции. Установлено, что у вакцинированных больных и у лиц, имеющих в анамнезе брюшной тиф, под влиянием того или иного лихорадочного заболевания увеличивается количество агглютининов в крови по отношению к ранее перенесенному заболеванию, реакция Видаля как бы оживает.

3) У больных с милиарным туберкулезом и реже — с тяжелым легочным туберкулезом так же может получаться положительная реакция

Видаля. Мне особенно памятли три случая из клинического материала.

В виде иллюстрации приведу следующий: Б-ая Девадовская, 30 л., квалифицировалась как брюшнотифозная больная на основании реакции Видаля, тифозной температуры, увеличенной селезенки и т. д. За два дня до смерти появилось профузное кишечное кровотечение, еще больше упрочившее диагноз брюшного тифа. Реакция Видаля при двукратном исследовании получилась отчетливо положительной в разведении 1:200. На секции оказался милиарный туберкулез, с язвенными поражениями кишечника, следствием чего и было упомянутое кишечное кровотечение.

4) Положительная реакция Видаля часто получается у малярийных больных. Правда, здесь нет такого упорного постоянства положительной реакции, как при милиарном туберкулезе. Характерно отметить, что при малярии реакция Видаля получается положительной в более поздние сроки болезни, а не с первых дней.

Кроме того моим коллегам и мне пришлось констатировать положительную реакцию Видаля у больных с гангреной легкого. Небольшой цифровой материал отнюдь не может претендовать на какие-либо выводы и лишь делает необходимым обстоятельно проверить на численно солидных клинических данных.

Все эти поправки естественно являются теневыми сторонами реакции Видаля и попытка увеличить специфическую чувствительность этой реакции является поэтому задачей весьма ценной. И искания в этом направлении были предприняты.

Я имею в виду, главным образом, работы д-ра М. Н. Фишера. Д-р Фишер предложил свою модификацию к постановке реакции Видаля. Эта модификация, трактуется самим автором как „новый метод постановки реакции Видаля“.

Сущность этого нового метода сводится вкратце к следующему. Вначале (Врачебное дело, № 21, 1923 г., Микробиологический журнал, 1926 г.) автор ввел добавочных два ряда разведений сыворотки: один для штамма Par. № 2 (Ивашенцова) — и другой для штамма b. Sui-pestifer, причем первый (№ 2) по специфическому действию является параллельным тифозному штамму, а второй (Sui-Pest) — паратифозному B (Schottmüller'a). Помимо контроля бактериальной эмульсии им введен дополнительный контроль сыворотки на физиологическом растворе в разведениях опыта. Реакция ставилась на физиологическом растворе поваренной соли. Но позднее физиологический раствор им же был заменен раствором NaCl с концентрацией в 500 миллимолекул (что соответствует приблизительно 2,92%). Чтение результатов реакции по новому методу таково: если реакция агглютинации получилась с культурами b. ty. abdom. и b. Par № 2, то в таком случае ставится серодиагноз брюшного тифа, а наличие реакции агглютинации с культурами vac. Par. B. „B“ (Schottm) и vac. Sui-pest. говорит за паратиф В. При этом обращается внимание на характер агглютината.

Автор на основе своих наблюдений заключает, что постановка реакции Видаля по указанной им схеме дает возможность „а) увеличить чувствительность реакции и ранней диагностики, б) отличить прививочный и анамнестический Видаля от Грубер-Видаля, в) отличить неспецифические положительные результаты, зависящие от полиагглютинаторности испытуемых сывороток“. Это отличие автор базирует на том, что сыворотка брюшнотифозного больного, взятая в ранний период болезни обладает лучшей агглютинирующей способностью к штамму — B. Par. № 2, чем к специфическому микробу — B. ty. abd. и что сыворотка привитых или ранее перенесших брюшной тиф наоборот не агглютинирует

микробов Раг. № 2, а агглютинирует только культуры брюшнотифозной палочки. То же относится и к паратифу. Получается таким образом, что метод Фишера дает возможность пользоваться серореакцией для ранней диагностики — начиная с 5 и даже 4 го дня болезни и отличить прививочный Видаля от Грубер-Видаля, т. е. устраняет самые существенные отрицательные свойства реакции.

Такие выгодные стороны этого метода и заманчивые отзывы автора о нем заслуживают того, чтобы воспользоваться им и применить у себя в клинике.

В бытность мою в н. командировке в Ленинграде я ознакомился с деталями этого метода, получил от зав лабораторией Боткинской больницы необходимые штаммы культур и наладил у себя постановку реакции Видаля по способу Фишера. Мною было поставлено этим методом 250 реакций.

Практические данные моих наблюдений привели к следующему заключению: правилом считать следует то, что во все периоды болезни реакция агглютинация со специфическим штаммом в основном протекает лучше, отчетливее, чем с Гертнеровским (№ 2) параштаммом. Где хорошо агглютинируется тифозная культура, там не плохо агглютинируется и № 2, и обратно, где агглютинируется культура специфического микроба плохо, там также плохо или совсем не агглютинируется Гертнеровский штамм. Поэтому при постановке серодиагноза надо ориентироваться главным образом на специфическую агглютинацию.

Специально сделанные опыты постановки реакции Видаля у вакцинированных тоже меня привели к тому убеждению, что новый метод Фишера не обеспечивает точного отличия прививочного или анамnestического Видаля от Грубер-Видаля.

Замечу, что если в редких случаях у меня оказывало некоторую диагностическую услугу введение для тифа параллельного ряда — № 2, то я ни разу не наблюдал какой-либо пользы от ведения содружественного с паратифозным штаммом — штамма *Sui-pestifer*. Агглютинабельная чувствительность паратифозной культуры к своей специфической сыворотке бывает, как правило, настолько хорошо выражена и результаты агглютинации настолько демонстративны, что нет никакой нужды вводить к нему содружественный штамм.

Что касается того, насколько полезно применение схемы Фишера в тех случаях, когда нужно отметить или выявить неспецифический Видаля (при милиарном туберкулезе, малярии, сыпном тифе) и здесь он не оказывает своих полезных услуг, с чем, насколько я знаю, согласен и сам автор нового метода.

Цифровые результаты реакции Видаля по модификации Фишера мало чем разнятся от результатов классического Видаля.

На нашем материале применение классического метода реакции Видаля 85,9% положительных результатов (на 770 реакций), а метод Фишера — 88% (29 из 240 реакций у тифозных и паратифозных больных). Этот, правда численно небольшой материал все же дает возможность выявить насколько приемлемо и целесообразно вводить в практику метод Фишера в постановке реакции Видаля.

Не могу обойти молчанием одного положительного момента в методике Фишера — это применение титрационного способа в случаях парадок-

сальной реакции. Автор, исходя из того, что специфические агглютинины являются более стабильными, применил крепкий солевой раствор (в 1000 миллимолекул или 5,84%) как фактор, угнетающий лабильные групповые агглютинины. Применение титрационного метода в случаях парадоксальной реакции (когда получается одинаковой силы и титра главная и групповая реакция) вместо кропотливого метода Кастелляни, основанного на использовании феномена адсорбции агглютининов, заслуживает практического внимания. Мне приходилось прибегать к этому методу и всегда я получал утешительные результаты.

Что касается целесообразности применения штамма № 1, содружественного тифозному, и введенного некоторыми лабораториями в серологическую практику, то на этот счет я к сожалению не имею собственного опыта.

Изложенное позволю себе резюмировать в таком виде:

1) Реакция Видаля наряду с общепризнанными высокими диагностическими достоинствами имеет и существенные недостатки.

2) Выпадение положительной реакции Видаля у вакцинированных, у ранее перенесших брюшной тиф, в случаях диссеминированного туберкулеза, малярии и др. снижает ее диагностическую ценность.

3) Модификация Фишера в постановке реакции Видаля не имеет особых преимуществ перед классическим способом и не гарантирует от ошибок при дифференциации анамнестического и прививочного Видаля от Грубер-Видаля и при выявлении неспецифических реакций.

4) При парадоксальных реакциях можно пользоваться титрационным методом, разработанным Фишером вместо кропотливого способа Кастелляни.

5) Необходима возможно частая проверка музейных штаммов культур на агглютинабельность. Постановка серореакций должна быть сосредоточена в опытных руках. Лечащему врачу надо твердо держаться известного правила: из какой бы авторитетной лаборатории не исходило заключение по сероанализу крови все же решающая роль в диагностике тифа остается за клиническими симптомами, а реакции Видаля принадлежит подчиненное, вспомогательное значение.
