

2. Агглютинирующие антитела встречаются при любой форме заболевания, а комплементсвязывающие — при среднетяжелых и тяжелых формах.

3. Агглютинирующие антитела в больших титрах выявляются в период спада билирубинемии и реконвалесценции, а комплементсвязывающие достигают максимума в период разгара и снижаются до минимума к периоду реконвалесценции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авсаркисян С. О. Тр. Ленинградского педиатр. ин-та, 1963, т. 30. — 2. Бунин К. В. Инфекционный гепатит. М., 1962. — 3. Проскурякова Н. Б. Инфекционный гепатит. Киев, 1961. — 4. Романюк Ю. П. ЖМЭИ, 1965, 8. — 5. Шубик В. М. Тр. Ленинградского сан.-гиг. ин-та, 1963, т. 77. — 6. Kellen J. Hepato-splenologia, 1964, 11, 1, 35—38. — 7. Mackay I. R., Gajdusek D. Arch. intern. Med., 1958, 101, 30, 1. — 8. Scheiffarth F., Berg G. Klin. Wschr., 1953, 31, 19/20, 441—444.

УДК 616.36—002—036.92—616—07

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГАЛАКТОЗНОЙ ПРОБЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА БОТКИНА

Г. Ф. Белов

*Клиника инфекционных болезней (зав. — доц. Г. Ф. Белов) Новосибирского
медицинского института
Научный консультант работы — чл.-корр. АМН СССР проф. К. В. Бунин (Москва)*

Определение тяжести течения инфекционного гепатита представляет в клинике довольно трудную задачу. Именно отсутствием объективных критериев для ее оценки можно объяснить то, что ряд авторов, в том числе Н. И. Нисевич и Б. Г. Ширвиндт (1964), рассматривает инфекционный гепатит как заболевание, протекающее преимущественно в легкой или среднетяжелой форме. По данным некоторых исследователей, процент больных с легким течением инфекционного гепатита превышает 90. Однако это мнение опровергается материалами других авторов. Так, А. Т. Кузьмичева и Л. В. Журавлева (1966) считают, что больные с легким течением инфекционного гепатита составляют лишь $\frac{1}{3}$ к общему числу исследованных; у $\frac{1}{2}$ заболевание протекает в среднетяжелой форме и у остальных — в тяжелой. Подобные же данные приводят Г. С. Постол и соавт. (1963).

Для разграничения среднетяжелых и тяжелых форм инфекционного гепатита К. В. Бунин (1966) предлагает следующий комплекс биохимических исследований: показатели сулемовой и тимоловой проб, степень гипергаммаглобулинемии и гипохолестеринемии, результаты пробы с викасолом и уровень билирубинемии. Все эти показатели должны изучаться в динамике. В диагностике диффузных паренхиматозных поражений печени заслуженное признание получила проба с нагрузкой организма галактозой, предложенная Бауэром в 1906 г. Однако ее оригинальный вариант не лишен ряда недостатков (например, большая продолжительность наблюдения), поэтому не прекращаются попытки повысить чувствительность пробы и сделать ее проведение менее обременительным для больного. Одна из таких попыток принадлежит Людвигу (1942). Предложенная им модификация включает учет количества галактозы, выделившейся с 2-часовой порцией мочи (в граммах), ее концентрации (в процентах) и качественную реакцию на сахар с 3-часовой порцией мочи, позволяющую определить степень и продолжительность галактозурии, что, по данным автора, значительно увеличивает диагностическую ценность пробы. Результаты пробы оценивают с помощью специально выведенной таблицы.

Таблица 1

Количество выделенной галактозы в 2-часовой порции мочи, г	Концентрация галактозы в 2-часовой порции мочи, %	Длительность выделения (реакция на сахар в 3-часовой порции мочи)	Оценка показателей
0,0—2,0	0,0—0,2	отрицательная	норма
2—2,5	0,2—0,25		сомнительная
Более 2,5	Более 0,25	положительная	патологическая

С помощью галактозной пробы мы обследовали 100 больных инфекционным гепатитом мужчин в возрасте от 18 до 50 лет. У 21 из них заболевание протекало легко, у 59 — в среднетяжелой форме и у 20 — в тяжелой. Тяжесть заболевания определяли

ретроспективно, перед выпиской перенесших инфекционный гепатит из клиники с учетом симптоматики болезни и показателей ряда биохимических тестов. Всех больных обследовали трехкратно: от начала и до 5-го дня желтушного периода, на высоте развития болезни и перед выпиской.

В группе больных с легким течением инфекционного гепатита патологические результаты галактозной пробы были выявлены у 16, а со среднетяжелой и тяжелой формами — у всех, причем уже в начале желтушного периода. Так как при оценке итогов проведенных исследований показатель галактозной пробы имеет количественное выражение (см. табл. 1), мы попытались сопоставить количественную оценку галактозной пробы со степенью тяжести заболевания. Анализ показал, что у больных с легким течением при патологических результатах галактозной пробы количество выделившейся с мочой галактозы не превышает 3,0 (с колебаниями от 0,2 до 0,3%); при среднетяжелом течении составляет 3,0—5,0 (0,4—0,5%) и при тяжелом превышает 5,0 (свыше 0,6%).

Таким образом, клинико-лабораторные сопоставления проводившейся нами пробы с нагрузкой галактозой в модификации Людвиг дают нам основание рекомендовать ее для оценки тяжести течения острых форм инфекционного гепатита Боткина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунин К. В. В кн.: Эпидемический гепатит (болезнь Боткина). Горький, 1966.
2. Кузьмичева А. Т., Журавлева Л. В. Педиатрия, 1966, 1. — 3. Нисевич Н. И., Ширвиндт Б. Г. В кн.: Многотомное руководство по педиатрии, 1964, т. VI. — 4. Постол Г. С., Поповская М. И., Пиотровиц Э. А., Шангина Д. А., Трускунова Ю. Д. Педиатрия, 1963, 12. — 5. Бауэр П. Цитировано по П. Вайплеру: Справочник по клиническим функциональным исследованиям. М., 1960, под ред. А. Гитери (русс. изд.). — 6. Ludwig H. Z. klin. Med., 1942, 141.

УДК 616.36—002—036.92—612.14

ВЛИЯНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА НА ТОНУС АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ГЕПАТИТОМ

Л. Д. Левина и В. И. Плотников

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. И. Кортев)
Свердловского медицинского института*

Поражение сердечно-сосудистой системы с преимущественным нарушением функционального состояния сосудов представляет собой почти неотъемлемую часть клинической картины острых инфекционных заболеваний. Инфекционный гепатит в этом отношении не составляет исключения. Известно, что он нередко протекает с понижением АД, особенно минимального. В связи с этим представляет интерес изучение сосудистого тонуса как одного из факторов, определяющих уровень АД, а также выяснение влияния на сосудистый тонус кортикостероидной терапии, широко применяемой в настоящее время при тяжелом течении гепатита.

С помощью метода артериальной осциллографии было обследовано в динамике 60 больных инфекционным гепатитом, из них 30 помимо обычных терапевтических средств получали преднизолон и 30 лечились без применения гормона (контрольная группа). Преднизолон больным давали в течение 3—4 недель в понижающихся дозировках (начиная с 30—40 мг). Общая доза на курс лечения составляла 350—450 мг. Запись осциллограмм производили с плечевых артерий в условиях покоя в положении лежа на спине осциллографом марки «Красногвардеец». Всего было сделано 246 исследований.

В группе больных, получавших преднизолон, было 10 мужчин и 20 женщин, в контрольной — соответственно 17 и 13. В обеих группах преобладали лица в возрасте от 20 до 40 лет. Отличие наблюдалось лишь в тяжести заболевания. У леченных преднизолоном тяжелое течение гепатита было у 23 больных, средней тяжести — у 7, в контрольной — соответственно у 4 и у 26. Лица с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы в число наблюдавшихся не включались.

Установлено, что величина осцилляторного индекса обратно пропорциональна тону артерий — чем выше индекс, тем ниже тонус. При прочих равных условиях осцилляторный индекс зависит от систолического объема сердца и калибра артерий. Данные различных авторов о величине осцилляторного индекса у здоровых лиц неодинаковы. По-видимому, это следует объяснить зависимостью показателя от чувствительности и конструкции осциллографа.

Проведенное нами определение осцилляторного индекса у 30 здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет при использовании того же аппарата и той же методики обнару-