

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-

жило, что у женщин величина этого показателя на плечевой артерии колебалась от 3 до 6 мм, составляя в среднем $4,5 \pm 0,2$ мм ($M \pm m$), у мужчин — от 4 до 9 мм, в среднем $6,7 \pm 0,3$ мм.

У больных инфекционным гепатитом при поступлении в клинику в начале и разгаре желтушного периода наблюдаются значительные изменения величины осцилляторного показателя. Особенно отчетливо они были выражены у больных, получавших в дальнейшем гормонотерапию (в этой группе преобладало тяжелое течение заболевания): осцилляторный индекс был нормальным лишь у 6 больных; у 21 он был повышен (до 12 мм у женщин и 20 мм — у мужчин), у 3 понижен. В контрольной группе осцилляторный индекс оказался нормальным у 16 больных; у 12 он был умеренно повышен (до 7 мм — у женщин и 10 мм — у мужчин) и у 2 понижен.

Таким образом, если судить по величине осцилляторного индекса о сосудистом тоне, то можно сказать, что в основной группе больных сосудистый тонус плечевых артерий был нормальным у 6 из 30, тогда как в контрольной — у 16 из 30 ($p < 0,01$). Это указывает на достоверную зависимость частоты нарушения сосудистого тонуса от тяжести течения заболевания и степени интоксикации. Повышение осцилляторного индекса, характеризующее пониженный сосудистый тонус, наблюдалось в основной группе у 21 больного, в контрольной — у 12. Отнести повышение осцилляторного индекса в разгаре инфекционного гепатита за счет увеличения систолического объема крови не было оснований. Ранее проведенные электро- и баллистокardiографические исследования функции сердца у больных инфекционным гепатитом (В. И. Плотников, 1963), как и другие литературные данные, говорят об ослаблении сердечной деятельности, в том числе и сократительной функции миокарда, в разгаре инфекционного гепатита. При анализе клинических данных и результатов рентгенологического исследования сердца у 33 больных с увеличенным осцилляторным индексом не было выявлено каких-либо признаков усиления сердечной деятельности. У 29 больных из 60 при первом исследовании наблюдалось укорочение левой части осциллограммы по отношению к правой, что также указывает на понижение сосудистого тонуса и сократительной способности миокарда (М. Г. Багдатьян, 1956). Совокупность всех этих данных позволила отнести увеличение осцилляторного индекса в разгаре инфекционного гепатита полностью за счет снижения артериального тонуса.

Ценность метода артериальной осциллографии значительно повышается при динамическом наблюдении. Только в этом случае можно дать правильную оценку влияния на сосудистый тонус тех или иных терапевтических мероприятий. Исследование осциллографических показателей в динамике позволило установить, что под действием преднизолона сосудистый тонус у больных инфекционным гепатитом нормализуется значительно быстрее, чем при терапии без гормона. Из числа больных, лечившихся преднизолоном, повышенный осцилляторный индекс до начала лечения был у 21 больного. После 10—14 дней гормонотерапии увеличение индекса отмечалось уже лишь у 10 больных, а в периоде выздоровления — у 6 ($p < 0,001$). У большей части больных осцилляторный индекс пришел к норме. Если до начала лечения нормальный индекс в этой группе был у 6 больных, то в периоде выздоровления — у 22 ($p < 0,001$).

В контрольной группе больных заметного изменения величины осцилляторного индекса не наблюдалось. Повышенный осцилляторный индекс до начала лечения был отмечен у 12 больных, через 10—14 дней — у 11, в периоде выздоровления — у 9 ($p < 0,5$). Число больных с нормальным осцилляторным индексом также существенно не изменилось: 16 до начала лечения и 20 в периоде выздоровления ($p < 0,5$).

Повышение сосудистого тонуса под влиянием преднизолонотерапии весьма наглядно отразилось и на характере осциллографических кривых. Число больных с укорочением левой части осциллограммы, свидетельствующим об ослаблении сосудистого тонуса, под влиянием гормонотерапии достоверно уменьшилось с 15 до 3 ($p < 0,001$). Уменьшение числа больных в контрольной группе с подобным изменением осциллограммы с 13 до 7 недостоверно ($p < 0,1$). Приведенные данные говорят о том, что под действием преднизолона пониженный артериальный тонус у большей части больных инфекционным гепатитом нормализуется. Обычное же лечение заметного влияния на состояние сосудистого тонуса не оказывает.

Изучение в динамике баллистокardiографических показателей у больных инфекционным гепатитом (В. И. Плотников, 1963) обнаружило, что при лечении кортикостероидами сократительная функция миокарда восстанавливается значительно раньше, чем при терапии без применения гормона. Выявлено положительное влияние кортикостероидной терапии и на другие функциональные показатели состояния сердечно-сосудистой системы. Это свидетельствует о том, что уменьшение осцилляторного индекса у больных инфекционным гепатитом, леченных преднизолоном, происходит именно в результате повышения сосудистого тонуса, а не за счет ослабления сократительной деятельности сердца. Повышение расслабленного сосудистого тонуса у большей части больных, лечившихся преднизолоном, является, по-видимому, одним из факторов, способствующих нормализации уровня АД у этой категории больных. По данным первого осциллографического исследования при поступлении в клинику у значительной части больных было отмечено понижение АД (за норму максимального давления принято 100—120, минимального — 60—79 и среднего — 70—89). Из числа больных, лечившихся преднизолоном, максимальное давление до начала лечения было понижено у 6, мини-

мальное — у 10 и среднее — у 3, в контрольной группе соответственно у 10, 12 и 2 больных. Повторные осциллографические исследования показали, что в периоде выздоровления после лечения преднизолоном максимальное давление осталось пониженным у 1 больного, минимальное — у 2, в контрольной группе соответственно у 7 и 9. Кроме того, у 2 больных контрольной группы осталось пониженным и среднее давление. Результаты проведенных осциллографических исследований позволяют думать, что отчетливое повышение артериального сосудистого тонуса, наступающее у больных инфекционным гепатитом под действием преднизолона, является одним из многих механизмов, обеспечивающих общее тонизирующее влияние кортикостероидных гормонов на организм человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсланов М. Д. Сов. мед., 1956, 6. — 2. Багдадян М. Г. В кн.: Вопросы патогенеза, клиники и лечения ревматизма. Медгиз, М., 1956. — 3. Бунин К. В. Сердечно-сосудистая система при инфекционных болезнях. Медгиз, М., 1957. — 4. Выховская А. Г. Хирургия, 1964, 5. — 5. Макаров В. А. Артериальная осциллография во врачебно-спортивной практике. Медгиз, М., 1958; Клин. мед., 1962, 11. — 6. Шкляр В. С. и Микунис Р. И. Врач. дело, 1958, 3.

УДК 616.36—002—036.92—616—07

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С АУТОСЫВОРОТКОЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БОТКИНА

Р. К. Галеева

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 1-й инфекционной больницы г. Казани (главврач — З. С. Тавлинова)

В последнее время многие авторы [3, 4, 7] придают известное диагностическое значение внутрикожной пробе с собственной сывороткой крови больных при болезни Боткина. Мы задались целью определить диагностическую ценность и возможность использования этой пробы в повседневной практике преимущественно у детей. В работе была применена методика Бюрке. Результаты оценивались по интенсивности и диаметру гиперемии кожи предплечья. При гиперемии более 3 см в диаметре реакцию считали резко положительной, при гиперемии в 1—3 см — положительной, в 1 см — слабо положительной, менее 1 см (или отсутствии ее) — отрицательной.

Внутрикожная проба была поставлена у 159 больных от 1 до 4 раз у каждого с интервалами в 8 дней (всего 323 пробы). У 118 чел. была болезнь Боткина, у остальных 41 — другие заболевания (контрольная группа). Из 104 детей в возрасте до 5 лет было 4 (3,8%), до 7 лет — 42 (40,3%), до 12 лет — 48 (46,1%) и старше — 10 (9,6%). Легкая форма болезни Боткина была у 55 детей, средней тяжести — у 58; тяжелая — у 5. Часть больных кроме обычного лечения получала стимулирующую терапию в виде нативной плазмы, гамма-глобулина, сыворотки Филатова.

Положительные внутрикожные пробы с аутосывороткой при болезни Боткина мы наблюдали в 81,3% (А. С. Смирнова — в 70%, В. А. Кириленко — в 76%), в контрольной группе — в 34,1%. В контрольную группу вошли больные с брюшным тифом, острой дизентерией, инфекционным мононуклеозом, рожистым воспалением, фибринозно-некротической ангиной, токсическим гепатитом, гепато-холециститом, циррозом печени, раком поджелудочной железы, бактерионосители дифтерийной палочки.

При механической желтухе, циррозах печени внутрикожная проба у всех оказалась отрицательной. Положительные внутрикожные пробы, как правило, наблюдались в ранние периоды болезни. Чем позже от начала заболевания была поставлена реакция, тем чаще фиксировались отрицательные результаты. Так, в первые 10 дней болезни резко положительные и положительные реакции выявлены у 88,5% больных, а отрицательные только у 11%. На 30-й день болезни число резко положительных реакций уменьшилось до 22,5%, а число отрицательных возросло до 42,5%.

У детей отрицательные внутривенные реакции отмечались в 2,7 раза реже (10,5%), чем у взрослых (28,5%). Выявить же зависимость внутрикожной пробы от возраста в детской группе нам не удалось.

Легкие, в том числе и безжелтушные, формы характеризовались более выраженной внутрикожной пробой в начале заболевания (82,8%) с быстрым уменьшением ее в последующие периоды болезни (почти в 2,5 раза при 2-й пробе), при среднетяжелом течении болезни число резко положительных и положительных реакций было меньше (77%) и уменьшалось медленней (66% против 33% при легкой форме). У больных