

М. Поппер и В. Лориан пишут о снижении на 30% антибактериального действия стрептомицина и пеницилина под действием кортизона.

Вероятно, колебание титров АСЛ-О при одновременно проводимом лечении пенициллином и десенсибилизирующими препаратами отражает результат противоположного действия этих препаратов на организм больного.

ВЫВОДЫ

1. В острой фазе ревматизма отмечены высокие титры АСЛ-О, реакция на СРП — резко положительная.

2. Для ревматического эндокардита с декомпенсацией сердечно-сосудистой деятельности характерны низкие цифры АСЛ-О. Проба на СРП при активном ревматическом процессе — положительная.

3. Под влиянием пенициллинотерапии отмечено нерезкое снижение титров АСЛ-О, СРП, как правило, не исчезает из сыворотки крови. Под влиянием гормональной терапии при суставных и сердечных формах ревматизма наблюдается закономерное снижение титра АСЛ-О, проба на СРП становится отрицательной. При эффективной комплексной терапии ревматизма наблюдается снижение титров АСЛ-О. Снижается содержание СРП.

4. Определение титров АСЛ-О и СРП у больных ревматизмом дает возможность исследовать в динамике активность процесса и состояние иммунных сил организма. Эти методы исследования могут применяться в любом лечебном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бибикова Т. И., Сигидин А. Я. *Вопр. ревм.* 1962, 3. — 2. Виноградов Н. И., Пашенин П. М. *Тер. арх.* 1962, 2. — 3. Курамшина М. Г. *Казанский мед. ж.* 1963, 4. — 4. Нестеров А. И., Сигидин А. Я. *Клиника коллагеновых болезней.* Медгиз, М., 1961. — 5. Раппопорт Ж. Ж. и Смирнова А. М. *Вопр. ревм.* 1961, 4. — 6. Токмачев Ю. К. *Тер. арх.* 1959, 10. — 7. Глин Д. Х. *Кортизонотерапия.* М., Медгиз, 1960. — 8. Поппер М., Лориан В. *Антибиотики*, 1958, 2. — 9. Цончев В., Коларов С. Т., Попов Н., Каракашов А. Т. *Лабораторная диагностика ревматических заболеваний.* Изд. «Медицина и физкультура». София. 1964.

Поступила 29 апреля 1964 г.

УДК 616--002.77

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОМЕТОДА ДИФЕНИЛАМИНОВОЙ ПРОБЫ И РЕАКЦИИ НА СИАЛОВЫЕ КИСЛОТЫ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА

Е. В. Цыбулина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — д-р мед. наук А. Б. Зборовский)
Волгоградского медицинского института

В последние годы клиницисты шире используют биохимические методики, позволяющие определять активность ревматического процесса по показателям тканевой деструкции. Известно, что в результате изменений в соединительной ткани при активном ревматическом процессе накапливаются мукопротеиды в крови и тканях. На определении мукопротеидов в крови основаны дифениламиновая проба и реакция на сиаловые кислоты, применяемые для выявления активного ревматизма. В основе этих реакций лежит обнаружение одной из составных частей мукопротеидов (Э. Г. Ларский, С. С. Мутин).

Мнения о ценности указанных проб в диагностике активного ревматического процесса различны. Большинство авторов считают дифениламиновую реакцию чувствительным тестом для определения активности ревматизма.

Айала с соавторами, Гесс и соавторы, Р. М. Шакирзянова, С. Г. Ключарева и др., пользуясь методикой Гесса, находили значительное увеличение сиаловых кислот у больных ревматизмом в активной фазе.

Некоторые авторы (Е. И. Емельяненко, В. Н. Дзяк, И. О. Глазова и др.) не нашли преимущества дифениламиновой пробы и реакции на сиаловые кислоты перед другими общепринятыми лабораторными анализами. Однако еще нет единого мнения в отношении преимущества какой-либо из двух указанных реакций.

Мы провели параллельные исследования с использованием этих реакций у 329 больных ревматизмом и 100 доноров.

При проведении дифениламиновой реакции мы пользовались микрометодом, описанным Э. Г. Ларским и рекомендуемым Институтом ревматизма АМН СССР; сиаловые кислоты определяли методикой, предложенной Гессом с соавторами.

Мы (совместно с доц. Е. Е. Липаевым) исследовали дифениламиновую реакцию у 100 доноров. Показатели данной реакции у 95 доноров колебались от 0,07 до 0,208 и у 5 — от 0,218 до 0,240. Средний показатель — 0,134. Из 100 доноров незначительное повышение показателей реакции на сиаловые кислоты отмечено только у 2 (0,235 и 0,239). Средний показатель — 0,140.

Среди 329 больных ревматизмом у 131 была активная фаза, у 198 — межприступный период. Из 131 больного ревмокардит и полиартрит выявлены у 5, ревмокардит с пороком сердца и полиартрит — у 12, ревмокардит и комбинированный митральный порок — у 84, ревмокардит и комбинированный митральный и аортальный пороки — у 17 и у 13 наблюдался ревмокардит и недостаточность митрального клапана.

Расстройство кровообращения II Б ст. было у 28 больных, II А ст. — у 30, I ст. — у 36.

Женщин было 248, мужчин — 81.

В возрасте до 20 лет было 53, от 21 до 30 лет — 113, от 31 до 40 лет — 105, старше — 58 больных.

Дифениламиновая проба и реакция на сиаловые кислоты исследовались у больных в активной фазе ревматизма 1—4—6 раз с интервалами 1—2—3—4 и более недель. У больных в межприступном периоде исследования проведены 1—3 раза.

Результаты исследования дифениламиновой реакции представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

**Дифениламиновая проба (в единицах оптической плотности)
у больных ревматизмом**

Группы обследованных	Количество обследованных	До 0,211	От 0,212 до 0,260	От 0,261 до 0,350	От 0,351 до 0,520	Средний показатель
Активная фаза	131	30	50	35	16	0,259
а) острое течение	15	3	1	4	7	0,332
б) подострое	83	15	37	24	7	0,260
в) непрерывно рецидивирующее . .	18	10	3	4	1	0,229
г) латентное	15	2	9	3	1	0,217
Межприступный период	198	138	48	9	3	0,205

Показатели дифениламиновой реакции оказались повышенными у 101 из 131 больного ревматизмом в активной фазе (77,1%).

У больных с острым течением ревматического процесса показатели дифениламиновой реакции часто соответствовали клинической картине заболевания, самые высокие показатели наблюдались у больных с выраженными суставными проявлениями болезни. Почти у всех больных этой группы с повышенными показателями дифениламиновой реакции отмечалась ускоренная РОЭ.

У 11 больных с острым течением заболевания дифениламиновая реакция была исследована 2—4 раза через одну, две, три или четыре недели, и у всех отмечалась отчетливая тенденция к снижению показателей оптической плотности при одновременном стихании клинических проявлений болезни.

У 32 больных с подострым течением ревматизма повышение показателей дифениламиновой пробы отмечалось при нормальной РОЭ.

У 22 исследованных больных с подострым течением болезни наблюдалось менее отчетливое улучшение показателей пробы с дифениламиновым реактивом при стихании клинических явлений, а у 7 эти показатели даже нарастали.

Колебания показателей дифениламиновой реакции у больных с подострым течением процесса были от 0,105 до 0,510. Средний показатель оказался равным 0,260.

У больных с непрерывно рецидивирующим течением ревматического процесса, с комбинированными пороками сердца, нарушениями кровообращения II В ст. дифениламиновая проба оказалась измененной только у 8 из 18 больных.

Среди больных с латентным течением ревматизма повышение показателей дифениламиновой реакции наблюдалось у 13 (средний показатель — 0,217). Колебания показателей дифениламиновой пробы у этих больных были от 0,170 до 0,330. Повышенные показатели дифениламиновой пробы наблюдались с латентным течением несколько чаще, чем ускорение РОЭ (РОЭ была ускорена лишь у одного больного). При повторных исследованиях дифениламиновой реакции отмечалась тенденция к нормализации показателей.

У 33 больных ревматизмом в активной фазе (из 58) с нарушением кровообращения II А и Б ст. показатели дифениламиновой реакции были повышены при нормальной РОЭ.

В межприступном периоде ревматизма повышение показателей дифениламиновой пробы наблюдалось только у 60 из 198 больных (30,3%). Колебания показателей у этих больных были от 0,106 до 0,360. Средний показатель равнялся 0,205.

Таким образом, у больных с активной фазой ревматизма повышенные показатели дифениламиновой пробы наблюдались в 77,1%, в межприступном периоде — в 30,3%.

Дифениламиновая реакция более чувствительная, чем РОЭ, и особенно ценна при выявлении активного ревматизма у больных с нарушениями кровообращения II ст. и у диспансерных больных в поликлинических условиях.

У всех 329 больных ревматизмом была поставлена также реакция на сиаловые кислоты (таблица 2).

Таблица 2

**Реакция на сиаловые кислоты (в единицах оптической плотности)
у больных ревматизмом**

Группы обследованных	Количество обследованных	До 0,230	От 0,231 до 0,250	От 0,251 до 0,300	От 0,301 до 0,480	Средний показатель
Активная фаза	131	83	19	20	9	0,225
а) острое течение	15	8	2	4	1	0,272
б) подострое	83	55	7	13	8	0,245
в) непрерывно рецидивирующее	18	12	3	3	—	0,209
г) латентное	15	8	7	—	—	0,169
Межприступный период	198	178	11	7	2	0,171

Повышенные показатели оказались у 48 из 131 больного ревматизмом в активной фазе (36,6%).

У 13 обследованных больных отмечена явная тенденция к нормализации реакции на сиаловую кислоту под влиянием лечения, одновременно с улучшением клинической картины. При выписке у всех больных показатели реакции на сиаловую кислоту были нормальными.

У больных с подострым течением болезни при повторных исследованиях отмечалась постепенная нормализация показателей пробы, соответственно динамике клинической картины.

Следует отметить, что у 19 больных с активной фазой ревматизма и нарушением кровообращения II ст. РОЭ была нормальной, а показатели реакции на сиаловые кислоты повышены.

Данные наших исследований свидетельствуют о большей частоте повышенных показателей дифениламиновой реакции (у 68 из 83) у больных с подострым течением процесса, чем пробы на сиаловые кислоты. Вместе с тем повышенные показатели по материалам обеих проб далеко не всегда констатировались у одних и тех же больных (несовпадение — у 14).

Среди 18 больных с непрерывно рецидивирующим течением ревматизма, тяжелой клинической картиной, расстройством кровообращения II ст. повышение показателей реакции на сиаловые кислоты отмечено у 6, несовпадение повышенных показателей дифениламиновой пробы и реакции на сиаловые кислоты наблюдалось у 3 больных.

Из 15 больных с латентным течением ревматического процесса повышенные показатели реакции на сиаловые кислоты выявлены у 7, то есть несколько реже дифениламиновой пробы (у 13 из 15).

Из 198 больных ревматизмом в неактивной фазе повышенные показатели реакции на сиаловые кислоты отмечены у 20 больных (10,1%), причем 11 незначительно повышенные, у 9 значительно — до 0,320.

Повышение показателей дифениламиновой реакции и сиаловой пробы одновременно наблюдалось в данной группе у 15 больных. В момент обследования РОЭ у всех больных в межприступном периоде была нормальной.

Подавляющее большинство больных в межприступном периоде обследовано в поликлинике, все больные находятся на диспансерном учете, большинство работает. Больных с повышенными показателями дифениламиновой реакции и пробы на сиаловые кислоты мы подробно исследовали (многих — в клинических условиях) с использованием и других тестов (титры антистрептолизина-О, С-реактивный протеин, проба Маллена, повторные ЭКГ и т. д.). У 23 больных с повышенными показателями дифениламиновой пробы или реакции на сиаловые кислоты установлена активная фаза вялотекущего ревматического процесса и проведено соответствующее антиревматическое лечение. Эти мероприятия оказались весьма важными для предотвращения значительного прогрессирования болезни, сохранения трудоспособности.

ВЫВОДЫ

1. По диагностической ценности реакция на сиаловые кислоты значительно уступает дифениламиновой пробе.

2. На результаты обеих реакций степень расстройства кровообращения существенно не влияет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бацевич А. А. Тер. арх. 1963, 5. — 2. Гатаулина А. Д. Педиатрия. 1958, 8. — 3. Глассионова Т. И. Вопр. ревм. 1962, 1. — 4. Глазова О. И., Израэлит С. С., Щеголева Т. Г. и Леин Б. Н. Тер. арх. 1961, 12. — 5. Дзяк В. Н. Врач. дело. 1959, 6. — 6. Емельяненко Е. И. Изучение некоторых иммунобиохимических показателей при ревматизме как частном проявлении коллагенозов. Автореф. канд. дисс., Харьков. 1961. — 7. Ключарева С. Г. Казанский мед. ж. 1961, 3. — 8. Ларский Э. Г. Лаб. дело. 1957, 4; Вопр. мед. химии. 1960, т. 6, в. 2. — 9. Латыш В. Н. и Якименко В. Я. Врач. дело. 1962, 3. — 10. Лыткина И. Н. Здравоохран. Белорусс. 1962, 9. — 11. Мутин С. С. Вопр. ревмат. 1963, 2. — 12. Нестеров А. И. Сов. мед. 1960, 1. — 13. Пушкин В. З., Лебедев В. Н. и Моспанов Л. С. Вопр. ревм. 1963, 1. — 14. Ревматизм и другие коллагеновые болезни. Методические указания. М., 1961. Гос. науч.-иссл. ин-т ревмат. — 15. Рынская Л. М. Тер. арх. 1961, 1. — 16. Соколова-Пономарева О. Д. Тр. научн. сесс. по пробл. ревмат. М., 1959. — 17. Тихонов В. А. Клини. мед. 1959, 5. — 18. Шакирянова Р. М. Казанский мед. ж. 1960, 2. — 19. Шор М. Б. Вопр. охр. матер. и дет. 1962, 5. — 20. Янбаева Х. И. Вопр. ревм. 1963, 3. — 21. Adams F. H., Kelley V. C., Dwan P. F. a. oth. Pediatrics, 1951, v. 7. — 22. Ayala W., Moore L., Hess E. J. Clin. Invest. 1951, v. 30. — 23. Hess a. oth. J. Clin. Invest., 1957, v. 36. — 24. Kelley V. C., Adams F. H., Good R. A. Pediatrics. 1953, v. 12, 6. — 25. Niazi S., State D. Cancer Research, 1948, v. 8. — 26. Wood H. F. Am. J. Med. 1954, 17.

Поступила 29 декабря 1963 г.

УДК 616—002.77

РЕВМАТИЗМ У ПОДРОСТКОВ

А. И. Шварева

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Ревматизм у подростков имеет целый ряд характерных особенностей.

По наблюдениям Е. И. Цукерштейна, у больных ревматизмом подростков реже, чем у младших детей, выражены поражения сердца в виде эндокардита (86,6%) с ранним формированием порока сердца и нарушением кровообращения. С каждой атаккой поражения со стороны сердечно-сосудистой системы нарастают.

Многие ревматические сердечно-сосудистые нарушения проявляются у подростков слабо выраженными симптомами, что ведет к позднему распознаванию болезни. Автор