

4.—9. Уэлс. Современные проблемы туберкулеза (сб. переводов, обзоров и рефератов иностранной периодической литературы), 1955, 5 (35).—10. Хаскелевич М. Г. Проблемы туберкулеза, 1940, 6.—11. Юркина А. И. Там же, 1950, 1.—12. Яновская Л. М. Приложение, к журналу «Проблемы туберкулеза», 1956, 6.

Поступила 11 октября 1958 г.

ТИМОЛОВО-ВЕРОНАЛОВАЯ ПРОБА ПРИ СКАРЛАТИНЕ, ДИФТЕРИИ И ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

Асс. Н. М. Пестрикова

Из кафедры инфекционных болезней (зав.—доц. Н. В. Чернов) Ленинградского медицинского института имени акад. И. П. Павлова и больницы имени Боткина (главврач—М. М. Фигурина)

Наша работа имеет целью с помощью тимолово-вероналовой пробы проследить динамику функционального состояния печени при трех инфекционных заболеваниях — скарлатине, дифтерии и инфекционном мононуклеозе.

Нами использовалась методика Маклагана, измененная для фотометра Венсаном и Сегоназаком. Результаты исследований выражаются без всяких пересчетов в виде величин «Е» (коэффициент экстинкции по красной шкале барабана в фотометре).

Нормальные величины пробы 10—30, по Венсану и Сегоназаку, по В. Г. Смагину — 7—29, выявленные нами на 15 здоровых детей в возрасте от 3 до 12 лет 9—26 в отсчете фотометра.

Наши наблюдения охватывают 250 больных, из них — 100 со скарлатиной, 100 с дифтерией и 50 — с инфекционным мононуклеозом.

Из обследованных нами скарлатинозных больных в возрасте от 3 до 5 лет было 42, от 6 до 8 лет — 43, от 9 до 14 — 11, и старше 15 — 4.

У 73 была легкая форма скарлатины, у 27 — средней тяжести.

Среди больных легкой формой скарлатины у 8 наблюдались осложнения: легкие лимфадениты, отиты и у одного — нефрит. При средне-тяжелой форме осложнения были у 9 (лимфадениты, отиты, вторичные ангины).

Наши больные находились на курсовом лечении пенициллином (в течение 5—6 дней получали пенициллин по 100 тыс. 2 раза в день — внутримышечно).

Скарлатинозные больные находились в больнице 12—17 дней, за это время они обследовались по 3—4 раза каждый. Для характеристики динамики тимоловой пробы при скарлатине приводим следующую таблицу:

Таблица 1

Колебания тимоловой пробы при скарлатине
(средние цифры)

День болезни	От 3 до 5 лет		6—8 лет		9—14 лет		Старше 15 лет	
	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести	легкая форма	средней тяжести
До 5	17	27	18	25	16	23	12	—
6—15	30	45	27	43	26	38	24	—
16—21	35	49	31	45	28	39	27	—
Катамнез	26	32	24	30	20	28	—	—

Из таблицы видно, что тимоловая проба у детей до 5 лет значительно выше, чем у более старших, на одних и тех же сроках заболевания, как при легкой скарлатине, так и при средне-тяжелой.

При легкой форме цифры тимоловой пробы только в младшей возрастной группе (от 3 до 5 лет) превышают верхние границы нормы (к 15 дню болезни — 30, к 21 дню болезни — 35, и лишь в периоде поздней реконвалесценции — 26), в остальных возрастных группах имеются закономерные изменения тимолово-вероналовой пробы — нарастание цифр пробы до дня выписки (21 день болезни), но в пределах верхней границы нормы.

На тех же сроках при скарлатине средней тяжести цифры тимоловой пробы с самого начала (5 день болезни) высокие (27—25—23) и тем выше, чем моложе больной (27 в возрастной группе от 3 до 5 лет), причем ко дню выписки они повышаются (49 в младшей возрастной группе), достигая верхней границы нормы лишь к 60 дню.

Наслоение осложнений оказывало влияние на изменения тимолово-вероналовой пробы, при неосложненной средне-тяжелой скарлатине тимоловая проба на 5 день — 22, к 15 дню — 36, к 21 дню — 34, и в периоде поздней реконвалесценции ее показатели снижаются до верхней границы нормы; соответственно при осложненной средне-тяжелой скарлатине они равны 29—42—47 и по данным катамнеза — 35.

Следовательно, тимолово-вероналовая проба к моменту выписки больного не достигала исходных цифр при поступлении даже в случаях легкой, неосложненной скарлатины, а при средне-тяжелой и осложненной формах она не приходила к верхней границе нормы и в периоде поздней реконвалесценции.

Это свидетельствует о несоответствии клинического выздоровления и восстановления функциональной способности печени при скарлатине. Клиническое выздоровление наступает раньше функционального.

Больных дифтерией обследовано 100 человек: от 2 до 5 лет — 21, от 6 до 8 — 38, от 9 до 14 — 29, старше 15 — 12. У 64 была локализованная форма дифтерии зева, у 15 — распространенная, у остальных 21 — токсическая дифтерия зева.

У всех 64 с локализованной и у 15 больных с распространенной формой мы не наблюдали осложнений, в группе с токсической дифтерией зева 14 имели осложнения (острый миокардит, полиневрит, острый нефроз), трое из них умерли.

Все лечились противодифтерийной сывороткой «диаферм», в больнице находились от 15 до 60 дней, обследование производилось в те же сроки, что и при скарлатине.

При локализованной дифтерии зева тимолово-вероналовая проба имеет определенные постоянные колебания: повышается к 15 дню болезни до верхних границ нормы, а ко дню выписки (при локализованной дифтерии зева это 17—21 дни болезни) имеет тенденцию к снижению, не доходя, однако, до исходных цифр.

Изменения тимолово-вероналовой пробы при распространенной форме дифтерии зева значительно выше — к 15 дню цифры тимоловой пробы на верхней границе нормы (29), к 21 дню превышают верхнюю границу (36), и ко дню выписки (35—37 дням) не приходят даже к верхней границе нормы. Только данные катамнеза свидетельствуют об удержании тимоловой пробы на верхней границе нормы.

Еще более высокие цифры тимолово-вероналовой пробы при токсической дифтерии зева, при которой уже к 5 дню она приближается к верхней границе нормы (26), к 15 дню намного превышает ее (39), по-

вышаясь к 21 и 30 дням еще больше (до 54), и лишь с 45 дня намечается тенденция к снижению.

Верхняя граница нормы достигается на поздних днях реконвалесценции, через месяц после выписки больного.

Наглядные изменения в тимолово-вероналовой пробе получены при токсической по началу и осложненной дифтерии зева.

При наслоении осложнений показатели тимолово-вероналовой пробы были значительно выше, по сравнению с неосложненной токсической формой, на всем протяжении заболевания.

Таким образом, показатели тимоловой пробы при дифтерии к моменту выписки не приходили к норме, следовательно, клиническое выздоровление наступает раньше восстановления функциональной способности печени, а поражение печени отображает степень тяжести заболевания.

Больных с инфекционным мононуклеозом от 2 до 5 лет было 21, от 6 до 8 — 16, от 9 до 14 — 9, и старше 15 — 4.

Больных с легкой формой было 21, со средне-тяжелой — 17, и с тяжелой формой — 12. Осложнений мы не наблюдали.

Срок пребывания на койке был, в среднем, 7—10 дней, полного клинического выздоровления к выписке не было (отмечались небольшие явления полиаденита, увеличенные печень и селезенка). Каждый был обследован 2—4 раза.

Кривая тимолово-вероналовой пробы при инфекционном мононуклеозе занимала очень высокое положение уже в самом начале заболевания (независимо от формы). Показатели ее уже с первых дней болезни выше, чем при дифтерии (59 против 26 при токсической и 17 при локализованной форме дифтерии зева).

В дальнейшем уровень кривой снижается, в то время как при дифтерии он повышается. Большие функциональные изменения печени при инфекционном мононуклеозе подтверждаются литературными данными об анатомическом ее поражении. З. Г. Апросина и А. П. Бутягина сообщают о гепатите при инфекционном мононуклеозе. Колебания тимолово-вероналовой пробы представляют не только теоретический интерес, но имеют и практическую ценность: различие ее динамики при дифтерии и инфекционном мононуклеозе позволило нам использовать эту пробу в качестве дифференциальнодиагностического теста.

ВЫВОДЫ

1. При легкой скарлатине и локализованной дифтерии зева показатели тимолово-вероналовой пробы в динамике находились в пределах нормы.

2. При скарлатине средней тяжести и токсической дифтерии зева кривая тимолово-вероналовой пробы занимала высокое положение уже в начале заболевания, имела тенденцию к повышению в дальнейшем и снижалась до нормы на поздних днях реконвалесценции.

3. Осложнения оказывали влияние на повышение тимолово-вероналовой пробы как при скарлатине, так и при дифтерии.

4. На основании данных тимолово-вероналовой пробы можно сделать заключение, что клиническое выздоровление опережает восстановление функциональной способности печени.

5. Тимолово-вероналовая проба может быть использована в качестве лабораторного диагностического теста в распознавании трудно диагностируемого заболевания инфекционного мононуклеоза.

Поступила 27 февраля 1958 г.