

С. А. ФИЛИНА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
РЕАКЦИЙ ГРОСА И ФОРМОЛОВОЙ ПРИ ЖЕЛТУХАХ

Реакция осаждения с гайемовским раствором Гросса помогает распознаванию паренхиматозной желтухи.

В отличие от обтурационной, при паренхиматозной желтухе эта реакция оказывается положительной [1, 5, 6, 14, 16, 17]. Однако реакция флоккуляции часто бывает позитивной и при инфекционной желтухе [3, 7, 8, 11, 18, 19], поэтому с помощью одной этой реакции невозможно отличить паренхиматозную желтуху от инфекционной (болезнь Боткина).

Проводя параллельные постановки реакций Гросса и формоловой у больных с различными поражениями печени, желчного пузыря и желчных протоков, мы заметили определенную закономерность, позволяющую дифференцировать паренхиматозную желтуху не только от механической, но и от инфекционной.

На сыворотках 350 здоровых доноров нами были установлены нормальные показатели нижней границы флоккуляции в реакции Гросса, которые колебались в пределах 0,5—2,5 мл. Повторные многократные исследования показали постоянство полученных цифровых данных для одних и тех же лиц. Формоловая реакция, проведенная также несколько раз, неизменно давала отрицательный результат у всех 350 первичных доноров. Затем обе указанные реакции неоднократно были проведены с сыворотками 320 больных, из них 15 были с острой инфекционной желтухой, 16—с остаточными явлениями после перенесенного эпидемического гепатита. У 20 больных диагностирован паренхиматозный гепатит различной этиологии (малярия, бруцеллез, алкоголь, нагноившийся эхинококк), у 10—холецистит, у 8—камень общего желчного протока. Остальные больные (251) имели вторичную анемию.

У всех 15 больных с острым и у 16 с хроническим эпидемическим гепатитом при поступлении их в больницу реакция Гросса оказалась положительной (0,3—0,4). При повторном исследовании через 5—8 дней у большинства из них (27 из 31) показатели нижней границы осаждения сохранились на прежнем уровне, у 4 больных—изменились в сторону повышения. В дальнейшем, в случае ухудшения состояния больных, уровень нижней границы флоккуляции понижался до 0,25—0,2, в некоторых случаях—до 0,1—0,05. Улучшение состояния больных и выздоровление сопровождалось негативацией реакции Гросса, повышением цифр до 0,6—1,0.

Формоловая реакция у всех вышеуказанных больных, как правило, оставалась отрицательной в течение всего периода болезни.

Таким образом, болезнь Боткина протекает с положительной реакцией Гросса при отрицательной формоловой реакции, на что указывает и М. А. Ясиновский [11].

П. Я. Григорьев [2] на основании отрицательных результатов, полученных им от формоловой реакции при эпидемическом гепатите, даже высказывает сомнение, может ли быть рекомендована формоловая реакция для диагностики заболеваний печени. У 20 больных с паренхиматозным гепатитом, несмотря на различные причины, обусловившие его, получены положительные результаты от обеих реакций.

В дальнейшем результаты реакции Гросса изменялись в зависимости от течения болезни. Прогрессирование болезненного процесса и ухудшение состояния больных сопровождалось понижением цифровых данных флоккуляции, затихание же процесса и улучшение состояния больных вызывало повышение показателей нижней границы осаждения. При выздоровлении реакция осаждения с гайемовским раствором становилась отрицательной.

Формоловая реакция сохранялась положительной до конца болезни, негативировалась лишь по выздоровлении.

Из вышеизложенного явствует, что при паренхиматозных гепатитах любой этиологии как реакция Гросса, так и формоловая оказываются положительными.

Результаты исследований

Таблица 1

Д и а г н о з	Число обсле- дован- ных	Результат реакций			
		Гросса		формоловая	
		положит.	отрицат.	положит.	отрицат.
1. Острый эпидемический гепатит	15	15	—	—	15
2. Хронический гепатит	16	16	—	—	16
3. Паренхиматозный гепатит	20	20	—	20	—
4. Воспаление желчного пузыря	10	—	10	—	10
5. Камень общего желчного протока	8	—	8	—	8
6. Анемия вторичная	251	—	251	—	251
7. Доноры (контроль)	350	—	350	—	350

Позитивный результат, получаемый от реакции Гросса при эпидемическом и паренхиматозном гепатитах, говорит о повышенной способности сыворотки крови этих больных к образованию хлопьев. Однако на общее это явление формоловая реакция реагирует по-разному: при инфекционной желтухе она отрицательная, при паренхиматозной — положительная.

У 10 больных с воспалением желчного пузыря и у 8 больных с камнем общего желчного протока при резко выраженной желтухе реакция Гросса и формоловая неизменно были отрицательными как до, так и

после оперативного вмешательства. Как видим, механическая желтуха не вызывает сдвигов в вышеуказанных реакциях.

У всех больных с вторичной анемией реакция флоккуляции с раствором Гайема и формоловая получались отрицательными, не отмечалось каких-либо отклонений со стороны печени.

В ы в о д ы

1. Реакция Гросса и формоловая позволяют провести дифференциальную диагностику между паренхиматозной, механической и инфекционной (болезнь Боткина) желтухами.

2. Острые и хронические эпидемические гепатиты (инфекционная желтуха) протекают с положительной реакцией Гросса и отрицательной реакцией формоловой.

3. При паренхиматозных гепатитах реакция Гросса и формоловая, как правило, бывает положительными.

4. При механической желтухе реакция флоккуляции с раствором Гайема и формоловая остаются отрицательными.

Армянский институт
гематологии и переливания крови

Поступило 15/III 1965 г.

Ս. Ա. ՖԻԼԻՆԱ

ԴԵՂՆԱԽՏՆԵՐԻ ԴԵՊԲՈՒՄ ԳՐՈՍԻ ԵՎ ՖՈՐՄՈԼԱՅԻՆ ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԵՎ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

1. Հիվանդների արյան շիճուկում միաժամանակ կատարվել է երկու ռեակցիա: Գրոսի ռեակցիան դաշիմային լուծույթով և ֆորմոլային ռեակցիան թույլ են տալիս դիֆերենցել ինֆեկցիոն դեղնախտը (Բոտկինի հիվանդությունը) մեխանիկական և պարենխիմատոզ դեղնախտից:

2. Սուր և խրոնիկ էպիդեմիկ հիպատիտը (ինֆեկցիոն դեղնախտը) ընթանում է Գրոսի դրական և ֆորմոլային բացասական ռեակցիայով:

3. Պարենխիմատոզ հեպատիտների դեպքում վերը նշված երկու ռեակցիաները, որպես կանոն, լինում են դրական:

4. Մեխանիկական դեղնախտների դեպքում երկու ռեակցիաներն էլ՝ Գրոսինը և ֆորմոլայինը, լինում են բացասական:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Азлецкий В. А. Врачебное дело, 1949, 3, стр. 267.
2. Григорьев П. Я. Советская медицина, 1958, 10, стр. 57.
3. Мельник И. А. Врачебное дело, 1954, 3, стр. 269.
4. Мельник И. А. Клиническая медицина, 1954, 11, стр. 69.
5. Ногаллер А. М. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1951, т. XX, 6, стр. 538.
6. Ногаллер А. М. Советская медицина, 1958, 10, стр. 65.

7. Розенблит Ц. И., Рейниш М. С., Шихман М. В. Врачебное дело, 1953, 4, стр. 321.
8. Савельев И. А., Досычев Е. А., Спсваков Г. М. Врачебное дело, 1953, 12, стр. 1109.
9. Хорошавин Н. Г. Врачебное дело, 1949, 8, стр. 757.
10. Хорошавин Н. Г. Труды Молотовского государственного медицинского института, т. XXIV—XXV, 1950, стр. 339.
11. Ясиновский М. А. Эпидемический гепатит. М., 1948, стр. 59.
12. Ясиновский М. А. Терапевтический архив, 1950, 4, стр. 20.
13. Ясиновский М. А. Врачебное дело, 1955, 12, стр. 1143.
14. Gros W. Klin. Wschr., 1940, 6, 130.
15. Gros W. Klin. Wschr., 1942, 40, 877.
16. Gros W. und Roussoulis B. Kl. Wschr., 1940, 35, 885.
17. Gros W. und Siede. Klin. Wschr., 1940, 18, 420.
18. Markoff N. G. Schw. Med. Wschr., 1944, 1, 2.
19. Zinger E., Winterthur. Schweiz. Med. Wschr., 1945, 12, 261.