

с этим полная противоположность в состоянии половых органов, которые по морфологической картине представляют мало отклонений от нормы, и на препарате яичка отчетливо виден процесс сперматогенеза, хотя, впрочем, последний был установлен и клинически, так как в добытой путем массажа простаты семенной жидкости помимо громадного количества мертвых сперматозоидов были обнаружены совершенно жизнеспособные сперматозоиды.

(Из Больницы Промколонии, Киев. Глав. врач Ваксман М. З.).

Реакция оседания эритроцитов при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Г. А. Львович.

За последние 15 лет реакция оседания эритроцитов (Р. О. Э.) получила широкое применение. Применяемая вначале только при гинекологических заболеваниях—она впоследствии приобрела право гражданства при разнообразных заболеваниях (болезни сердца, мочеполовых путей, ревматизме и т. д.), но особенно при туберкулезе. Редко есть диспансер, санаторий, не говоря уже об институтах, где Р. О. Э. не занимает почетного места в ряду различных методов исследований. Поэтому неудивительно, что значение Р. О. Э. достаточно освещено в медицинской печати. Отдельные статьи и даже целые монографии посвящены этому вопросу.

Однако имеется целая группа заболеваний, при которых Р. О. Э. изучена очень мало и описана еще меньше, а именно группа желудочно-кишечных заболеваний.

Балаховский в своей обстоятельной монографии „Реакция оседания эритроцитов“ пишет прямо „что нет достаточных наблюдений, чтобы указать влияние Р. О. Э. при гастритах и энтеритах“. В обширном указателе литературы, приложенном в конце книги, не приводится ни одного названия, посвященного этому вопросу. И статьи (очень и очень немногочисленные) посвященные Р. О. Э. при желудочно-кишечных заболеваниях, выводов не дают, если не считать за вывод то, что предмет требует дальнейшего изучения.

Отсутствие выводов, неясность вопроса и нас побудили заняться изучением Р. О. Э. при желудочно-кишечных заболеваниях.

Наш материал обнимает 152 случая. Каждому больному реакция была проделана 2—3 раза. Определяли Р. О. Э. часть по Вестегрену, часть по Панченкову.

Но здесь все-таки считаю долгом отметить, что если Панченков (по сравнению с Вестегреном) сохраняет немного крови больному и менее сложен—зато он в смысле точности—далеко уступает Вестегрену (мы вполне согласны с последним, который признает метод микроседиметрии неточным).

При реакции применяли формулу Каца (Kat'za) $\frac{a + \frac{b}{2}}{2}$, где a —1-му часу, b —2-му часу. Кровь б. ч. бралась утром натощак, в условиях комнатной температуры. Цитратами мы пользовались для Вестегрена 3,8%, для Панченкова 5%. В оценке результатов принимались во внимание все побочные заболевания (туберкулез, грипп и т. д.). Нормой для реакции оседания мы считали до

10 мм. в час. Колебания в 15—20 мм. считали подозрительным; выше—мы безусловно считали патологическим явлением.

По диагнозам наш материал делится на гастриты—21 чел., энтероколиты и энтериты—94 чел. и дизентерии—37 чел. При чем дизентерия Schiga—22 случая, Flexner'a—15 случаев.

При гастритах (21 случай) ускорение реакции оседания эритроцитов мы замечали только при тех случаях, где гастрит сопровождался повышением температуры (у 8 ми). При чем только у 2-х отмечено падение выше 20-ти (23 и 31), у 6-ти SR равнялся от 15 до 20-ти. Что здесь мы имели дело не со случайным явлением показывает тот факт, что реакция оседания эритроцитов (Р. О. Э.) у всех после выздоровления равнялась цифрам, не превышающим 10-ти.

Больной К-о, 32 лет. Поступил с жалобами и явлениями гастрита (боль под ложечкой, резко обложенный язык, вздутые области желудка и т. д.), t^0 38°. На 2-й день Р. О. Э.—31. На 3-й день t^0 N, явления гастрита еще имеются. Р. О. Э.—20. Перед выпиской на 5-й день Р. О. Э.—9.

Больной Л-з, 40 лет. Острый гастрит. t^0 —37, 4. Р. О. Э.—18. На 2-й день t^0 N—Р. О. Э.—14.

При выписке Р. О. Э.—8.

При энтеритах и энтероколитах (для удобства мы эти 2 группы соединили, тем более, что и клинически они иногда неотделимы)—94 случая—ускорение Р. О. Э. мы замечали не только у температурных больных (а таких было 12) ускорение мы замечали также и у наиболее тяжелых больных этой группы. Всего у 42 человек. Максимальная цифра падения была 42, минимальная—24. Чем больше понос, чем больше температура, чем хуже самочувствие у больного—тем более ускорена реакция у него. Падение температуры, уменьшение поноса, улучшение самочувствия—сразу отражается также на реакции. Она начинает приближаться к норме. К моменту выздоровления реакция достигает нормы. В 2-х случаях этой группы—реакция стала нормальной и до ликвидации всех болезненных симптомов.

Характерно, что и в этой группе (так же, как мы увидим ниже) в 3-й группе—упорное нежелание Р. О. Э. возвратиться к норме, несмотря на кажущуюся ликвидацию болезни (3 случая) заставляло нас думать о том, что предстоит рецидив болезни. И, на самом деле, дня через 2—3 вторичное обострение. И только, когда больной действительно выздоровел—реакция вернулась к норме.

Характерен еще следующий факт. У больных с неизменной (нормальной) реакцией—болезнь чрезвычайно быстро проходила и носила явно доброкачественный характер.

Больной Л-ко, 38 лет. Острые явления энтероколита. t^0 —N. Р. О. Э.—36. На 3-й день—30. На 5-й день все острые явления стихли. Хорошее самочувствие. Р. О. Э. показывает 32. На 6-й день снова острые явления энтероколита. И только на 10-й день Р. О. Э.—16. На 14-й к моменту выписки Р. О. Э.—10.

Больной В-в, 18 лет. Явления энтероколита. t^0 —37,6. Р. О. Э.—28. На 7-й день к выписке Р. О. Э.—9.

Все случаи (37) дизентерии сопровождались ускоренной реакцией. И даже нетемпературные больные со сравнительно неострыми явлениями и клинически не очень тяжелые, давали довольно резкое ускорение Р. О. Э.

В тяжелых же случаях замечалось довольно большое ускорение даже через 7—10 дней после стихания всех болезненных явлений, когда больной считал себя и считался почти здоровым.

Здесь, порицимому, инфекция, вызывающая болезнь, вызывала также изменения в организме, и требовался более длительный период времени для восстановления всех сил организма. Такие явления, собственно говоря, часто бывают и после других инфекционных болезней. И, именно, в этой категории часто бывает, что упорно стоящая на высоких цифрах реакция, несмотря на стихание болезненных симптомов, предсказывала или рецидив или ухудшение. И мне кажется, что именно эта 3-я группа имеет в Р. О. Э. довольно верный прогностический метод. И не являясь диагно-

стическим методом, поскольку Р. О. Э. не специфична для данного рода заболеваний—в смысле прогноза Р. О. Э. не оценена по достоинству.

Больной Х-н, 24 лет. Поступил с резкими явлениями энтероколита. 1^о—37,9. На 2-й день Р. О. Э.—45. Анализ кала показывает на дизентерию типа Schiga. На 5-й день 1^о—N Р. О. Э.—36. Через 21 день при хорошем самочувствии и при отсутствии всяких болезненных моментов больной выписывается. Р. О. Э.—24. На 8-й день после выписки при опять таки все время хорошем самочувствии и отсутствии всяких болезненных симптомов Р. О. Э.—18. И только через 20 дней Р. О. Э.—10.

Больной С-о. Явления острого энтероколита (анализ кала) Р. О. Э.—34. На 7-й день острый период прошел, но Р. О. Э. упорно стоит на 34—36. На 10-й день резкое изменение. Обострился понос, появилась боль и т. д. И только на 18-й день Р. О. Э. начинает постоянно падать, приближаясь к норме.

Выводы:

1. Р. О. Э. является чувствительным показателем тяжелого состояния при желудочно-кишечных заболеваниях.
2. Р. О. Э. иногда оказывает ценные услуги в смысле прогноза.
3. Р. О. Э. не является специфичным при желудочно-кишечных заболеваниях, а потому надо принять во внимание все побочные заболевания.
4. Чтобы добиться точных результатов необходимо соблюдать при взятии крови крайнюю пунктуальность.

Зернистость бацилл Коха и динамика туберкулеза легких.

В. А. Приселков (Сталинград)

Клиника легочного ТБК неоднократно задавалась целью выяснить зависимость морфологии ВК от динамики тубироцесса, причем сами клинические наблюдения у разных авторов были часто диаметрально противоположны: некоторые авторы наблюдали при тяжелых формах течения ТБК преимущественно длинные ВК, другие наблюдатели „злыми“ ВК считали короткие, но в большинстве случаев зернистость ВК считалась одним из плохих признаков течения ТБК. Для оценки удельного веса зернистости ВК нами было обработано 100 историй болезни больных, находившихся на излечении в Сталинградском тубсанатории „Дворец здоровья“ в течение весенних месяцев 1933 года; случаи, большей частью хорошо и давно известные. Из 100 человек больных мужчин было 88, женщин—12. Возраст—от 20 до 40 лет.

Распределение больных по диагнозу:

1) Фтиза фиброзно-цирротическая	29 чел.
2) Фтиза экссудат-казеозная	29 „
3) Бронхо-пневмонич. рассеян. остр. и подостр. Т. Б. К.	10 „
4) Инфильтраты	10 „
5) Острые пневмонические формы ТБК	2 „
6) Смешанная форма	10 „
7) Хронический милиарный ТБК в фазе активирования	10 „

Всего 100 чел.