

## Отдел II. Клиническая и теоретическая медицина.

Из факультетской терапевтической клиники Д. В. Мединститута (директор— проф. Г. И. Коган) и Владивостокского Тубсанатория Далькомсоцстраха— б. ст. врач Ш. И. Ратнер).

### Картина белой крови в сопоставлении с реакцией оседания эритроцитов и ретикулецитозом при туберкулезе легких.

Ш. И. Ратнер и Л. А. Канонер.

Картина белой крови при туберкулезе легких изучена в достаточной мере на большом материале. В критической оценке гемограммы почти все авторы единодушны. То же можно сказать и о реакции оседания эритроцитов. Эти лабораторные методы—гемограмма и РОЭ—уже достаточно внедрились в обиход клиники туберкулеза. За последние годы стали придавать большое значение определению количества эритроцитов с прижизненно окрашивающейся зернистостью—ретикулецитов. Некоторые авторы устанавливают прямо-пропорциональную зависимость ретикулецитоза от степени токсемии (Ахрем-Ахремович и Мокеев, Лейбензон, Вилковский, Ратнер).

Наш материал ограничен всего 78 случаями. И если мы позволяем себе выступать в печати, то лишь из тех соображений, что нам кажется небезынтересным именно сопоставление трех перечисленных методов исследования; гемограммы, РОЭ и ретикулецитоза.

У каждого больного мы определяли натощак гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарную формулу по Шиллингу, количество ретикулецитов на 2000 эритроц., а также РОЭ. Подобное же исследование производилось и при выписке. У некоторых больных производились единичные исследования дополнительно.

Прежде, чем перейти к нашему материалу, остановимся в кратких чертах на значении отдельных видов лейкоцитов при туберкулезе легких на основании литературных данных.

Общее количество лейкоцитов не имеет тенденции к значительным отклонениям от нормы. Невысокий лейкоцитоз (10—14 т.) имеет место лишь при тяжелых деструктивных формах туберкулеза.

Прячется большое значение взаимоотношению нейтрофилов и лимфоцитов: нейтрофилия с лимфопенией—плохой показатель течения процесса и, наоборот. Высокая нейтрофилия (больше 75—80%) встречается редко в далеко запущенных случаях и служит тревожным симптомом.

Стойкий лимфоцитоз—показатель доброкачественного течения. Сдвиг влево нейтрофильной картины имеет большое значение. Обычно сдвиг при туберкулезе глубокий—преимущественно до палочкоядерных. Юные нейтрофилы встречаются лишь в случаях большой токсемии и клинической декомпенсации. Большой сдвиг влево характеризует активность процесса.

Некоторую важность представляет содержание моноцитов. По Горлеву моноциты отражают реакцию мезенхимы на инфекции или интоксикацию, и поэтому повышенное содержание моноцитов имеет двойственное значение: с одной стороны, гипермоноцитоз указывает на активную защитную роль мезенхимы, с другой же—на активность процесса. В особенности неблагоприятен длительный гипермоноцитоз. Уменьшение количества моноцитов указывает на упадок защитных сил организма и является неблагоприятным признаком.

Что касается эозинфилов, то повышенное содержание их в крови считается благоприятным признаком. Однако, известны случаи, когда эозинофилия имеет место в очень тяжелых случаях туберкулеза. Резкое падение количества эозинов, а тем более исчезновение их из периферической крови, служит плохим предзнаменованием. Наоборот, нарастание их улучшает прогноз.

Исходя из тех соображений, что классификация Турбан-Штернберга не дает исчерпывающего представления о динамике процесса в каждом отдельном случае, мы предпочитаем представить наш материал в нескольких кратких историях болезни, а не в виде таблиц, в которых фигурировал бы лишь диагноз без описания клинической картины и особенностей течения процесса.

1. Б-ин Гончарова, 28 лет. В 1927 году ТБК легких, были обнаружены ВК. С 1932 г. слабость, одышка, изредка кашель, боль в спине. Бледновата, похудание, небольшой цианоз губ. Укорочение перкут. звука над верхним полем справа, здесь же жесткое дыхание с удлиненным выдохом. Со стороны сердца—недостаточность митрального клапана. ВК не обнаружены, температура нормальна. Выписалась из санатория с улучшением, хорошо прибавила в весе, уменьшились субъективные жалобы. Кровь при поступлении и при выписке:

Таблица 1.

	Гем.	Эритроц. в милл.	Белая кровь							РОЭ	Ретикул. на 1000 эритр.
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.		
При поступлении . . .	86%	4,9	4160	43	5	—	41	5	4,5	8	1,5
При выписке . . . . .	89%	5,0	5440	50	3	—	38	3	5,5	7	2

Старый фиброзный процесс с благоприятным течением. Основная масса жалоб, повидимому, объясняется недостаточностью митрального клапана. Картина белой крови как при поступлении, так и при выписке дает нейтропению с лимфоцитозом—благоприятный прогноз. РОЭ и ретикулецитоз в пределах нормы. Клиническая картина спокойная, картина крови это подтверждает.

2. Б-ой Яценко, 20 лет, учитель. Прибыл в субкомпенсированном состоянии: слабость, одышка, кашель, поты по ночам, боль в левом боку. Приглушение перкуторного звука над верхним полем слева, здесь же дыхание с бронхиальным оттенком. Справа неопределенное дыхание под ключицей. Крепитирующие хрипы над обеими верхушками. Высокая температура, доходящая по вечерам до 39°. ВК до 15 в п. эр. За время пребывания в санатории (1½ мес.) не обнаруживалось тенденции к улучшению процесса. Клиническая картина оставалась поразительно стабильной. Соответствующую стабильность показала и картина крови:

Таблица 2.

	Гем.	Эр.	Белая кровь								РОЭ	Ретикулецитоз
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.	Б.		
При поступл. . .	78%	5,2	15680	70	13	1,5	11	3,5	2	—	50	15
При выписке . .	74%	4,8	16800	63,5	15	1	13	6	0,5	1	41	13

Лейкоцитоз, нейтрофилия со значительным сдвигом влево, лимфопения, высокие РОЭ и ретикулецитоз—несомненно большая интоксикация. И вместе с тем из этой таблицы можно видеть динамичность картины, соответствующую клинической картине.

Б-ой Тарасенко, 26 лет. Кашель, боль в груди, одышка. Болен около года. За несколько месяцев до поступления в санаторий было несколько раз небольших кровохаркание. Объективно: похудание, притупление перкуторного звука до III ребра справа и над левой верхушкой. Ослабленное дыхание и крепитарушье хрипы над левой верхушкой. Жесткое, неопределенное дыхание над верхним полем справа. Саккадированное дыхание в верхнем отделе межлопат. пространств. Температура субфебрильная. ВК +. Картина крови:

Таблица 3.

	Гем.	Эр.	Белая кровь							РОЭ	Ретикуле-цитоз	
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.			
При поступл. . .	86%	5,8	12400	55	14	0,5	18,5	11,5	0,5	—	21	11
При выписке . . .	97%	5,4	8200	44	8	—	37,5	9,5	1	—	6	5

Картина крови при поступлении довольно резко отличается от той, какую мы имеем при выписке. Лейкоцитоз (12.400), небольшой сдвиг влево, нейтрофилия с некоторой лимфопенией, слегка ускоренное оседание эр., повышенное содержание ретикулецитов—все это указывает на интоксикацию организма. За время пребывания в санатории больной хорошо поправился, установилась нормальная температура, исчезли ВК в мокроте, процесс перешел из состояния субкомпенсированного в компенсированное.

Соответственно динамике процесса изменилась и картина крови, причем следует отметить, что все элементы в картине крови (Л, формула, РОЭ и ретикулецитоз) правильно отображали, повидимому, течение процесса.

Такое же соответствие между картиной крови и клиническим течением можно видеть и в случаях ухудшения процесса и нарастания интоксикации:

4. Б-ой Тарновский, 40 лет. Обширный двусторонний продуктивно-кавернозный процесс, декомпенсированное состояние, гектическая температура. За время пребывания в санатории дал значительное ухудшение общего состояния. Убыль в весе на 3,5 кг. Выписан в очень тяжелом состоянии в туберкулезное отделение больницы. Картина крови:

Таблица 4.

	Гем.	Эр.	Белая кровь							РОЭ	Ретикуле-цитоз
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.		
При поступлении . . .	58%	4,6	10350	42	50	0,5	21	12	4	68	19
При выписке . . . . .	52%	4,1	13400	58	26,5	1,5	9,5	4	0	65	22

Увеличение общего количества лейкоцитов, нарастание сдвига, нарастание лимфоцитоза, эозинофилия. Высокие РОЭ и ретикулецитоз. Прогноз плохой. РОЭ и ретикулециты держатся на прежних цифрах, но основное впечатление о динамике процесса дает картина белой крови.

Интересно отметить следующее: Падение количества моноцитов с высоких цифр до нормальных как будто должно было трактоваться как благоприятное явление, исходя из тех соображений, что по указаниям многих авторов моноцитоз является плохим признаком при туберкулезе. Однако не трудно видеть из таблицы, что в этом случае падение количества моноцитов представляет из себя такое же неблагоприятное явление, как и падение количества лимф. Резкое падение моно. (и по нашему материалу), в особенности при одновременном нарастании лимфоцитоза, есть плохой признак, указывающий на падение защитных сил организма.

Из приведенных четырех историй болезни можно было видеть, что картина крови в своих основных чертах правильно отображает клиническую картину и дает представление о динамике процесса, служа, таким образом, критерием в прогнозе на ближайший отрезок времени.

Однако, было бы неправильно думать, что картина крови всегда соответствует клинической картине и что можно механически дать толкование по картине крови, не зная клинической картины больного.

5. П-ой Ким, 39 лет, преподаватель. Болен около 10 лет, были неоднократные кровотечения, обнаруживались ВК. В 1932 году обострение, привыл к нам в довольно тяжелом состоянии с температурой выше 38°, потами, кашлем. Очень тяжелый процесс: над всей верхней долей дыхания с бронхальным оттенком, большое количество крепитирующих и мелкопузырчатых влажных хрипов. ВК до 20 в п. зр., эластич. волокон нет. За полторамесячное пребывание у нас больной прекрасно поправился, прибавил в весе 4,1 кг., уменьшилась одышка, исчезли поты, температура стала нормальной. Улучшилась значительно и объективная картина со стороны легких. На основании клинической картины трудно было с определенностью сказать, компенсировался в этом случае процесс или нет. Картина крови:

Таблица 5.

	Гем.	Эр. в мил.	Белая кровь							РОЭ	Ретикулецитоз	
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Моно.	Э.			В.
При поступл. . .	71%	4,7	12160	64	12,5	0,5	14	8,5	0,5	—	55	9
При выписке . .	89%	5,3	12600	67,5	7	—	15,5	6	3,5	0,5	24	5

Картина крови при поступлении показывала: анемию, лейкоцитоз, выраженную нейтрофилию с лимфоцитозом, высокое РОЭ и повышенное содержание ретикулецитов. Перед выпиской больного из санатория, наряду с резким улучшением процесса, мы вправе были ожидать соответствующего улучшения картины крови. Действительно, РОЭ резко уменьшилась, уменьшилось количество ретикулецитов, а также количество палочкоядерных нейтрофилов, наросло количество эозинофилов. Но лейкоцитоз остался на прежних цифрах, а, главное, осталась неизменной место значительная лимфоцитоза. Таким образом картина крови не может нам внушить спокойствия, несмотря на очень благоприятное клиническое течение. Мы не знаем дальнейшей судьбы этого больного, но мы все же должны на

основании картины крови считать, что кажущаяся компенсация процесса в этом случае неустойчива (за это говорит и РОЭ).

6. Б-ая Калининна, 18 лет, крестьянка. Больна меньше года. Двусторонний кавернозный процесс. Прибыла к нам в декомпенсированном состоянии, была прикована к постели. Картина ее крови:

Таблица 6.

	Гем.	Эр.	Белая кровь							РОЭ	Ретикулоциты
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.		
31/VII . . . . .	54%	3,2	10800	41	41,5	5	5	8,5	—	25	Единичные во всем препарате.

Эта больная погибла 20 августа, через три недели после взятия у нее крови. В этой картине крови поучительно расхождение между основными элементами крови (формула, РОЭ и ретикулецитоз). Белая кровь показывает угрожающую картину, в то время как РОЭ невысокое, а ретикулецитов совсем мало.

Что касается ничтожного количества ретикулецитов, то, судя по литературным данным, оно может резко повзраться в случаях очень большой токсемии с аннергическим состоянием организма. Здесь имеется в виду угнетение эритропоэтической функции костного мозга. Насколько же недостаточным является РОЭ, взятое само по себе без остальных ингридиентов гемограммы, можно хорошо себе представить из следующего примера:

7. Б-ой Шевченко, 38 лет, двусторонний продуктивно-фиброзный процесс, прибыл в субкомпенсированном состоянии. За время пребывания прекрасно поправился, прибавил в весе 4,0 кг., выписался в состоянии полной компенсации. Картина крови:

Таблица 7.

	Гем.	Эр.	Белая кровь							РОЭ
			Л.	Сег.	Пал.	Ю.	Лимф.	Мон.	Э.	
При поступлении . . . . .	78%	4,9	8960	65,5	7	—	17,5	7,5	2,5	26
При выписке . . . . .	89%	5,3	7900	52	7	—	29,5	5,5	6	23

Картина белой крови резко улучшилась соответственно клинической картине, а РОЭ не имеет тенденции к значительному уменьшению.

На основании нашего материала мы можем присоединиться к толкованию картины белой крови при туберкулезе легких, почти единодушно разделяемому другими авторами. Мы находим необходимым подчеркнуть лишь, что при оценке гемограммы следует принимать во внимание все элементы ее в совокупности. Главенствующую роль в определении динамики туберкулезного процесса, конечно, играет клиническая картина, а также рентгеноскопия и рентгенография. Картина крови является лишь

подеобным фактором, который при умелом толковании поможет разобраться в каждом отдельном случае. Переоценивать же значение картины крови и думать, что можно, благодаря ей, представить себе динамику туберкулезного процесса, не видя большого, как это полагают некоторые авторы (Эмдин и Василевский), нам кажется, не следует.

*Литература.* 1. Горяев.—Материалы к вопросу о кумысолечении при легочном туберкулезе—монография. Каз. мед. жур., 1930 г. 2. Эмдин и Василевский.—Вопросы туберк. 1929 г., № 2—3. 3. Ахрем-Ахремович и Мошаров.—Казан. мед. жур., 1929 г., № 5. 4. Соскинд.—Клиническая мед. 1931 г., № 4. 5. Попов.—Там же. 6. Вилковский.—Там же. 7. Лейбензон.—Врачебн. дело. 1929 г., № 2. 8. Вишняков.—Вопросы туберк. 1929 г., № 10. 9. Артынов.—Клинич. мед. 1932 г., № 13—16.

Из терапевтического отделения больницы им. Мечникова. (Зав. отд. проф. В. Д. Вышнегородцева).

## Лечение *Солі*-простоквашей тифозных больных.

И. Х. Чирейкин.

В настоящее время мы не можем при лечении брюшного тифа и паратифа пользоваться одними специфическими средствами—вакциной или сывороткой.

Лечение лизатами и бактериофагами широкого применения в лечебной практике пока не получило.

До сего времени симптоматическое лечение этого рода больных занимает первенствующую роль. Видное место в терапии дождев, накопел, занял метод искусственно-пассивного иммунитета *В. Солі* в виде мутафлора по Ниссле или видоизменением его—*Солі*-простоквашей по проф. Перетцу.

Ниссле установил, что внедрение в кишечник чуждых, особенно патогенных микробов, возможно только в тех случаях, когда *Солі*-штамм данного человека либо недостаточно полноценен как антагонист, либо при посеве faeces *В. Солі* вовсе не обнаруживается.

Положительное значение нормальной микрофлоры для организма доказано работами Ульриха, Перетца и других в естественном иммунитете, в процессе борьбы между кишечной и тифозной палочкой. По мере течения инфекции и выздоровления больных индекс кишечной палочки должен улучшаться. На основании улучшения кишечной флоры бр. тифозных больных искусственно-пассивным иммунитетом *В. Солі* (в виде *Солі*-простокваши по Перетцу или мутафлора по Ниссле) мы, меняя флору кишечника, тем самым усиливаем защитные функции *В. Солі* в борьбе с микробами-возбудителями.

Возвзв некоторых клиницистов лечения живой культурой *В. Солі* должна, наконец, рассеяться. По предложению проф. Вышнегородцевой мы применили указанное лечение на группе больных тифом и паратифом в терапевтическом отделении больницы им. Мечникова.

Группа больных была выбрана довольно тяжелая, с ясно выраженными клиническими тифозными явлениями, с резкой общей интоксикацией. Диагностика подтверждалась лабораторными исследованиями: гемо-культурой, серореакцией и посевами faeces. Проведено было лечение *Солі*-простоквашей у 23-х больных (8 случаев паратифа и 15 бр. тифа), при-