

зом: тяжелая форма 18, выздоровлений нет; форма средн. тяж. 27 выздоров. 7 (26%); амбулатор. форма 15, выздор. 14 (93%). Всего из 60 оперированных выздоровел 21 (35%).

В 14 случаях амбулаторного тифа операция была нами произведена в первые сутки после перфорации; тем не менее все больные выздоровели. В группе средней и тяжелой формы оперировано до 12 часов — 11 чел., а выздоровел лишь 1.

По нашим данным форма брюшного тифа—важнейший фактор, определяющий исход. Второе место по своему значению занимает срок операции от момента прободения. В группе тяжелых брюшнотифозных больных нередко операция была вынужденной, без всякой надежды на успех.

Стопроцентная смертность тяжелых брюшнотифозных больных приводит нас к убеждению, что на выздоровление среди них можно рассчитывать лишь при сверхраннем диагнозе к операции. Лишь при операции в стадии перфорации без явлений перитонита мы будем иметь лучшие результаты.

Поступила 7. XII. 1939.

П. С. ПОПЦОВА

Лейкоцитарная картина при брюшном тифе

Из фак. и госпит. терапевтической клиники санфака Казанского государственного медицинского института (директор клиники проф. В. И. Катеров.)

Большинством авторов для брюшного тифа признается характерной лейкопения, и лишь единичные авторы (Лове, Бонна) отмечают лейкоцитоз в течение всего брюшного тифа. Негели, Тюрк, Петров и др. считают, что количество лейкоцитов при брюшном тифе не постоянно, а изменяется различно в зависимости от периода болезни, тяжести заболевания, исхода и других моментов.

Все авторы признают наличие нейтропении. Однако по вопросу о том, когда нейтропения появляется, когда достигает своего максимума и как долго держится в течение заболевания, — такого единодушия нет.

Так же разноречивы данные и относительно наличия эозинофилов при брюшном тифе. Тут мы находим указания на анеозинофилию (Дробный, Негели, Петров и др.), наличие эозинофилов при легко протекающих тифах (Негели, Тюрк, Штехелин и др.), наличие эозинофилов во всех случаях брюшного тифа, кроме случаев, заканчивающихся смертельно (Лове).

Относительно содержания лимфоцитов при брюшном тифе имеется единодушное мнение, что оно увеличивается по мере снижения количества нейтрофилов.

В клинике нам неоднократно приходилось отмечать расхождение в картине крови у брюшнотифозных больных с имеющимися литературными данными; так, при всех прочих признаках, говорящих за диагноз брюшного тифа (температура, селезенка, розеола, брадикардия), в лейкоцитарной формуле мы находили иногда эозинофилы и вместо ожидаемой лейкопении наблюдали лейкоцитоз.

Разноречивость литературных данных по этому вопросу, эпидемиологическая и клиническая важность своевременного распознавания брюшного тифа и большое диагностическое и прогностическое значение лейкоцитарной картины крови побудили нас подробно изучить количество лейкоцитов и лейкоцитарную формулу при брюшном тифе.

Под нашим наблюдением находилось 98 тифозных больных; из них 67 с брюшным тифом, 23 с комбинированным заболеванием (брюшной тиф с паратифом В), 4 с паратифом В и 4 с комбинацией брюшного тифа с сыпным.

Кровь для исследования бралась в первые дни поступления больного и затем повторно, как правило, каждую следующую неделю; иногда, в тяжело протекающих случаях, кровь бралась и чаще. Взятие крови производилось между 10 и 12 часами дня. Количество лейкоцитов подсчитывалось в камере Бюркера. Мазки окрашивались по Гимза. Подсчет лейкоцитарной формулы производился на 200 белых кровяных телец. Всего исследовано 440 мазков крови.

При обработке материала мы разделили все случаи в зависимости от тяжести заболевания на три группы: легкая форма тифа, средняя и тяжелая форма тифа.

В первую группу (30 чел.) отнесены случаи брюшного тифа, протекавшие при вполне удовлетворительном общем состоянии, при сравнительно невысокой температуре, с лихорадочным периодом около 20 дней (19 — 25 дней), в большинстве случаев без осложнений.

В группе средней тяжести (31 чел.) отнесены случаи брюшного тифа со средней длительностью лихорадочного периода в неосложненных случаях 28 дней и в осложненных — 33 дня. Больные этой группы нередко находились в бессознательном состоянии, но непродолжительное время.

К группе тяжелых тифов (37 чел.) отнесены все случаи брюшного тифа, которые протекали с выраженными явлениями общей интоксикации: частое и длительное бессознательное состояние, тяжелые и длительные осложнения, со средней продолжительностью лихорадочного периода в неосложненных случаях 39 дней и в осложненных — 50 дней.

Сопоставляя картину крови у больных всех трех групп чистых тифов, констатируем, что во всех трех группах индивидуально могут быть колебания общего количества лейкоцитов и отдельных форменных элементов как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения. В начале заболевания у больных 1 группы (легкопротекающей тиф) количество лейкоцитов колеблется в пределах нормы, а в отдельных случаях достигает даже 11386. Аналогичные случаи повышенного лейкоцитоза при брюшном тифе описывают Линдтроп и Нехапетов, Курмон и Барбару, а также Фонтана. Таким образом, в наиболее распространенный взгляд об обязательности лейкопении в начале заболевания брюшным тифом (Курман и Барбару, Гравиц и др.) следует внести уточнение в том смысле, что это относится к случаям брюшного тифа с явлениями более или менее выраженной интоксикации (тиф тяжелый и средней тяжести). Отсюда будет понятно разногласие авторов о количестве лейкоцитов в начальных стадиях брюшного тифа.

На второй неделе констатировано нормальное количество лейкоцитов в группе легкопротекающего тифа (7861) и пониженное в группе среднего и тяжелого течения брюшного тифа (5815 и 5440).

На третьей неделе количество лейкоцитов продолжает оставаться почти нормальным (5983) в первой группе, а в двух других группах оно снижается соответственно до 5562 и 4760. Наши данные в отношении третьей недели для случаев легких расходятся с данными Линдтропа и Нехапетова, Петрова, по которым в этот период должна быть лейкопения. На четвертой неделе мы наблюдали значительное понижение лейкоцитов во всех трех группах. Аналогичные дан-

ные находим у Моравица, Губергрица, Линдтропа и Нехапетова. Негели отмечает в это время нормальный лейкоцитоз. На шестой неделе количество лейкоцитов в случаях легкопротекающих и с средней тяжестью достигает нормальных цифр, а в группе тяжелого тифа лейкопения стойко держится до девятой недели. Подтверждение этих данных мы находим у Тюрка, который говорит, что количество лейкоцитов с падением температуры еще не возвращается к норме.

Наличие нейтропении при брюшном тифе отмечается всеми авторами. В нашем материале мы отметили нейтропению только в группе легкого тифа и средней тяжести: в первой — на четвертой (49%), пятой (48%) и шестой (51%) неделях, во второй — на четвертой (46%), пятой (46%), шестой (48%), седьмой (47%) и восьмой (50%) неделях, в то время как в группе тяжело болеющих в эти же периоды нейтрофилы не спускались ниже 54%. До четвертой недели количество нейтрофилов было нормально во всех трех группах. Наши наблюдения не подтверждают наличия нейтропении в разгар болезни при тяжело протекающих случаях, так как большинство наших случаев имело те или иные осложнения. Наибольшее число палочкоядерных лейкоцитов отмечается в случаях легкой и средней тяжести брюшного тифа на второй и третьей неделях (19—26%), а в группе тяжелого брюшного тифа они достигают до 38% на второй неделе. Юные клетки по Негели часто появляются в более поздних стадиях в виде маленьких зрелых миелоцитов. По нашим наблюдениям юные клетки во всех трех группах встречаются редко и тоже в более поздние периоды.

Увеличение числа лимфоцитов отмечается, главным образом, на четвертой и пятой неделях, т. е. в период снижения температуры, когда содержание лимфоцитов достигает 39—43% в легкой и средней группе и от 35 до 36% в группе тяжелых заболеваний. В единичных случаях имеется повышение лимфоцитов в разгар болезни (3-я неделя) до 63%. Таким образом, наши выводы о лимфоцитах сходны с данными Ускова и Негели.

Эозинофилы в первые две недели встречаются чаще в группе легкопротекающего тифа, хотя и в небольшом проценте (0,5—1,5%); значительно реже они встречаются в группе больных с тифом средней тяжести и совсем отсутствуют в тяжелопротекающих случаях. Таким образом, наши данные в отношении эозинофилов находятся в соответствии с данными Тюрка, Негели, Шустрова, Гольденберга и Сабразе.

Моноциты и базофилы чего-либо характерного ни в одной группе тифа не дают. Что касается клеток раздражения, то они по мере нарастания тяжести интоксикации встречаются чаще и в большем проценте.

При рецидиве брюшного тифа лейкоцитарная кривая подобна кривой в первом цикле заболевания, т. е., имеется уменьшение нейтрофильных клеток и одновременно лимфоцитов.

Наблюдавшиеся у ряда наших больных осложнения при брюшном тифе в виде пневмонии, отита, тромбоза, лейкоцитозом не сопровождалась. Указания на отсутствие лейкоцитоза при осложнении брюшного тифа воспалением легких мы встречаем у Тюрка, Лимбека и Гольденберга. При осложнении брюшного тифа абсцессом и рожистым воспалением в большинстве случаев имеется выраженный лейкоцитоз и нейтрофилия, причем протоплазма нейтрофилов богата токсической зернистостью.

Для кишечных кровотечений характерна лейкопения, нейтропения и наличие токсической зернистости в нейтрофилах. По Негели появление токсической зернистости всегда указывает на обострение процесса. По нашим данным токсическая зернистость встречается чаще всего при таких осложнениях, как абсцессы, катарральная пневмония, кишечное кровотечение, малярия и др. В неосложненных случаях брюшного тифа она встречается редко.

В заключение отметим, что наши наблюдения над картиной белой крови у брюшнотифозных больных заставляют нас присоединиться к мнению Негели и Сали о том, что по однократному исследованию лейкоцитов и лейкоцитарной формулы нельзя ни диагностировать брюшной тиф, ни тем более отрицать его при наличии других клинических симптомов, говорящих в пользу диагноза брюшного тифа; лейкопения и соответственная лейкоцитарная формула, представляя для большинства случаев брюшного тифа характерные изменения, все же настолько часто дают отклонения, что считать их правилом для всех случаев нельзя.

Что касается прогностического значения лейкоцитарной картины крови при брюшном тифе, то к прогностически благоприятным признакам относятся: нерезкое падение общего числа лейкоцитов, слабо выраженная нейтропения, наличие эозинофилов и выраженный лимфоцитоз. К прогностически неблагоприятным признакам относятся резкая лейкопения, нейтрофилез, отсутствие эозинофилов и лимфопения. Эти наши данные полностью совпадают с указаниями Тюрка, Негели, Петрова и других.

Итак, лейкоцитарная картина при брюшном тифе, представляя известные закономерности, все-же не является чем-то постоянным для всех форм и всех периодов течения брюшного тифа, что и следует учитывать при дифференциальном диагнозе со сходными заболеваниями.

На основании вышеизложенного мы можем сделать следующие выводы:

1. В случаях легко протекающего брюшного тифа первые две недели количество лейкоцитов в большинстве случаев нормально; далее наблюдается умеренная лейкопения. Брюшной тиф средней тяжести, начиная со второй недели и по пятую включительно, протекает с умеренной лейкопенией. Тяжело протекающий тиф, начиная со второй недели заболевания, протекает с выраженной устойчивой лейкопенией.

2. До четвертой недели брюшной тиф в легкой форме или средней тяжести протекает с нормальным процентным содержанием нейтрофилов, а затем процент нейтрофилов понижается. Тяжелый тиф, большей частью осложненный, протекает без нейтропении.

3. Процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов прямо пропорционально тяжести течения брюшного тифа.

4. Эозинофилы при легких формах брюшного тифа могут быть в течение всей болезни, а при тяжелых формах тифа они, как правило, встречаются очень редко и то как единичные клетки.

5. Процент лимфоцитов в течении легкого брюшного тифа и брюшного тифа средней тяжести нарастает, начиная со второй недели, обратно пропорционально проценту нейтрофилов. При тяжелой форме брюшного тифа наличие лимфоцитоза не характерно.

Поступила 29. VI. 1940.