

Из клиники (зав. В. С. Нестеров) Ростовского на Дону тропического института (дир. доц. М. Н. Мишнаевский, научн. рук. проф. И. В. Завадский).

Морфологические изменения крови при туляремии.

А. В. Рахлина.

Данные об изменении морфологического состава крови при туляремии имеются в ряде работ, однако, этот вопрос нельзя считать полностью освещенным и разработанным.

Так, Страдомский указывает на нормальное, а иногда повышенное количество лейкоцитов, умеренный палочкоядерный сдвиг, лимфоцитоз 30—40% и эозинофилию 4—8%. Руднев же чаще отмечает лейкопению с лимфоцитозом.

По данным Рапопорт (цитировано по Хатаневру и Синай), количество лейкоцитов может достигать таких высоких цифр, как 12—24000. Количество лимфоцитов повышено, и в 50% случаев отмечается моноцитоз.

В имеющихся в нашем распоряжении американских работах отмечается нормальное содержание или умеренное увеличение лейкоцитов, ясно выраженный сдвиг нейтрофилов, небольшой лимфоцитоз и моноцитоз.

В нашей клинике мы производили систематическое исследование крови у 31 больного.

Перед нами стояла задача—собрать динамические данные об изменении морфологического состава крови при туляремии.

Свои наблюдения мы имели возможность начать с 6-го дня болезни и провести их до 90-го дня.

У каждого больного, в зависимости от времени его пребывания в клинике, производилось от 2 до 12 исследований крови. Всего было произведено 156 исследований.

Со стороны красной крови особых изменений нам не удалось отметить, за исключением редких случаев небольшого анизоцитоза и в одном случае тяжелого состояния больного — 1/200 нормобластов.

Подсчет тромбоцитов давал цифры в пределах нормы.

Пониженное количество лейкоцитов (менее 4000) наблюдается только в очень малом количестве случаев, в первые три декады заболевания.

Нужно отметить, что мы не наблюдали на нашем материале ни одного случая туляремии, который бы протекал на всем протяжении заболевания с лейкопенией.

Наибольший процент случаев с количеством лейкоцитов более 8000 (до 17300) дают 2-я декада (43%) и 4-я (47%).

В остальное время большой процент случаев протекает с нормальным количеством лейкоцитов.

Переходя теперь к рассмотрению лейкоцитарной формулы Шиллинга, начнем с лимфоцитоза, который считается характерным для гемограммы при туляремии.

В первую декаду с относительным лимфоцитозом протекает 40% случаев, затем этот процент возрастает и достигает своего максимума на 4-й декаде в 74% случаев.

Однако в целом ряде случаев (в 16% в первой декаде, 10% во второй, и даже 27% случаев в 5-й декаде), имеется пониженное количество лимфоцитов.

Кроме относительного лимфоцитоза считаем необходимым отметить высокое абсолютное количество лимфоцитов (выше 2000 и даже 7.935), что может являться важным диагностическим признаком, так как абсолютный лимфоцитоз встречается редко (Герц).

Мы знаем целый ряд заболеваний, как бруцеллез, малярия, брюшной тиф и т. д., протекающих с относительным лимфоцитозом, однако он наблюдается при падении количества лейкоцитов, а значит и при низком абсолютном количестве лимфоцитов.

При туляремии же наблюдается истинный лимфоцитоз, т. е. увеличение относительного и абсолютного количества лимфоцитов, что может указывать на гиперплазию лимфатической системы.

В дифференциальной диагностике исследование крови имеет немалое значение.

Так, при обыкновенных ангинах мы будем иметь даже при небольшом лейкоцитозе нейтрофилию с большим или меньшим сдвигом.

Лимфадениты тоже дадут увеличение нейтрофилов и уменьшение количества лимфоцитов (Фрейфельд) и, наконец, при чуме резко увеличенное количество лейкоцитов за счет нейтрофилов.

При дальнейшем рассмотрении формулы Шиллинга нами обнаружено следующее: туляремия протекает в большом проценте случаев без исчезновения эозинофилов из крови.

Только в 24% случаев в 1-й декаде, и уже в 10% — во второй, эозинофилы отсутствуют; в остальных же случаях эозинофилы имеются в пределах нормы или даже в повышенном количестве (до 12%).

Это повышение отмечается в 1-й декаде в 24%, затем процент несколько повышается и после 5-й декады достигает 37%.

Палочкоядерный сдвиг до 34% ясно выражен в первую декаду в 80% случаев, со второй декады сдвиг начинает уменьшаться и на 5-й декаде в 85% случаев количество палочкоядерных уже в пределах нормы. Сдвиг влево не всегда стоит в связи с увеличением количества лейкоцитов.

Моноцитоз до 26,5% резко всего выражен в 1-ю и 2-ю декады (60 и 62%), затем он уменьшается, и все же даже после 5-й декады заболевания наблюдается в 37% случаев.

Следует отметить нередкие находки клеток Тюрка, даже до 3-4%, изредка гигантские нейтрофилы и токсическую зернистость.

При наших наблюдениях нам не удалось установить связь

между изменением морфологического состава крови и температурной кривой, а также с местными явлениями в бубонах.

РОЭ при туляремии повышено с 1-й декады заболевания в 88%, на 3-й декаде уже в 96% случаев заболевания значительно повышается, доходя до 56 мм за час; затем начинает снижаться, но и после 5-й декады только в 20% случаев приходит к норме.

Нужно помнить, что присоединившиеся вторичные инфекции изменяют картину крови.

Выводы: 1. При туляремии отмечаются: а) нормальные или повышенные количества лейкоцитов;

б) повышены относительные и абсолютные количества лимфоцитов.

2. В первые 2 декады заболевания ясно выражены палочкоядерный сдвиг и моноцитоз.

3. В большом проценте случаев эозинофилы из крови не исчезают.

4. РОЭ повышена с 1-й декады заболевания.

Поступила в ред. 27. III. 1938.

Из кафедры микробиологии Винницкого гос. мед. института и кафедры микробиологии Казанского гос. зоо-вет. института (зав. кафедрой проф. М. В. Рево).

Бруцеллизат — аллерген для диагностической пробы на бруцеллез по Бюрнэ.

Проф. М. В. Рево.

Внутрикожная аллергическая проба Бюрнэ, предложенная им в 1922 г. для диагностики бруцеллеза у человека, целиком оправдала себя в клинической и эпидемиологической работе. С того времени был предложен ряд аллергенов, оказавшихся в той или иной степени пригодным для проведения реакции Бюрнэ у животных. Значительное количество этих препаратов обладает весьма нежелательными свойствами, от которых должен быть свободен аппарат, вводимый в повседневную практику. Разбив эти препараты на соответствующие группы, мы стараемся дать краткую характеристику каждой из них.

Группа I — корпускулярные антигены. Прообразом их служит антиген Дюбуа и Солье, несколько модифицированный проф. Вышелеским с сотрудниками. Представляя собой суспензию агаровых культур бруцелл в физиологическом растворе, антигены подобного типа являются наиболее полноценными, но и грубыми аллергенами. К основным недостаткам корпускулярных антигенов относится сравнительно трудная резорбция их (при внутрикожной пробе у человека, овец, морских свинок и кроликов), с которой связана возможность сенсibilизации здорового организма и наличие известного процента неспецифических и атипично протекающих реакций. Плотный инфильтрат, образующийся в результате введения корпускулярного аллергена в кожу человека, может быть довольно болезненным.

Группа II — лизированные антигены — в свою очередь разбиваются на три подгруппы. Первая подгруппа объединяет ряд препаратов под общим тер-