

Из Инфекц. клиники СМИ (Дир. проф. М. И. Певзнер).

## Значение картины крови при некоторых инфекционных заболеваниях.

Н. И. Морозкин (Смоленск).

В инфекционной практике рано поставленный правильный диагноз не только дает удовлетворение врачу, но предоставляет возможность принять соответствующие меры для ликвидации распространения инфекции.

Для правильной и быстрой ориентировки мы прибегаем к помощи лаборатории. Из ряда лабораторных методов исследование крови должно стоять на первом месте; оно направляет нашу мысль на верный путь, а иногда и сразу решает задачу.

Постараюсь сказанное подтвердить примерами.

Известно, что ранний диагноз возвратной горячки вне существования эпидемии поставить трудно, но, если взять за правило исследовать кровь у каждого больного, возможность пропустить заболевание будет минимальная.

За последние годы в г-де Смоленске возвратного тифа нет. В клинику поступают трое беспризорных, возвратившихся с Поволжья, где они проводили свои „летние каникулы“, с неопределенным лихорадочным заболеванием. Высказываются противоречивые предположения. Исследование крови в мазках обнаружило *spig. Obermeieri*.

В Белоруссии в течение ряда лет описывается товарищами новое заболевание „*Sui generis*“, которому дают наименование „одутловатки“; т. к. одной из характерных черт его является отечность лица, особенно век. Сущность заболевания, трихиноз, разгадывается исследованием мазков крови, показавшим невероятную эозинофилию (до 70%); биопсия подтверждает диагноз.

Поступает больная с диагнозом „натуральная оспа“. Диагноз поставлен весьма опытным товарищем. Элементы сыпи схожи с оспой, но исследование лейкоцитарной формулы, вместо ожидаемого моноцитоза, дает 25% эозинофилов; оспа исключается. Дальнейшее течение заболевания подтверждает предположение об экссудативном дерматите.

Вернувшийся с Кавказа больной поступает с диагнозом „тифозное состояние“. Высокая температура постоянного характера, селезенка едва прощупывается, тяжелое общее состояние. На 9-й день болезни падение температуры до 35,6°, кома. Вследствие сильного напряжения и болей в животе высказывается предположение о просмотренном брюшном тифе и последовавшей перфорации.

Исследование крови; общее количество лейкоцитов 12,000, резкий сдвиг влево, *масса колец тропической малярии*. Смерть.

Другой пример: 6-ной жалуется на головные боли, потливость, озноб по вечерам. Объективно: бледность, увеличенная селезенка, температура 38,0,

Гемограмма № 1.

Общ. колич. лейкоц.	Юн.	Пал.	С.	Л.	Мон.	Эоз.
5700	1	8	22	57	10	2

Несмотря на отсутствие в мазках плазмодий по наличию лимфо-моноцитоза предполагается хроническая малярия. Толстая капля дает единичные кольца.

Подробнее остановлюсь на значении исследования картины крови для распознавания брюшно-тифозной инфекции. Мы не можем согласиться с мнением Widal'я, что „исследование лейкоцитарной формулы при брюшном тифе не приносит чего-либо ценного для диагностики“. Для нас очевидно, что это исследование дает чрезвычайно ценные данные и позволяет с уверенностью высказаться за наличие или отсутствие брюшного тифа. Во взглядах своих на значение гемограммы при брюшном тифе, мы присоединяемся к Шиллингу. Не столько определение общего количества лейкоцитов, обнаружение лейкопении характеризует брюшно-тифозную инфекцию, сколько сдвиг до палочкоядерных, аэозинофилия, в начале—легкий нейтрофилоз, а затем лимфоцитоз. Отчетливо выраженная (2—4 тыс.) и стойкая лейкопения, встречающаяся в  $\frac{1}{4}$  всех случаев, бесспорно говорит за брюшно-тифозную инфекцию.

Своеобразное изменение картины крови отмечается уже с первых дней заболевания.

Гемограмма № 2.

Сводная гемограмма первой декады заболевания.

Бр. тиф	Э.	Ю.	П.	С.	Л.	М.
От—до . . . . .		0—4;	18—44;	11—58;	15—44;	0—3
Сред. %о . . . . .	0%о	1,8%о;	28%о;	39,7%о;	28,3%о;	1,8%о

Аэозинофилия ЮН. отсутствуют в  $\frac{1}{2}$  сл.

С выздоровлением отмечается лимфо-моноцитоз, возвращение эозинофилов КН, а иногда и эозинофилия (8—12%о).

Гемограмма № 3.

Сводная гемограмма III-й декады заболевания (период выздоровления).

Брюш. тиф	Эоз.	Ю.	П.	С.	Л.	М.
От . . . . .	1—12	0—1	4—10	26—52	30—68	2—12
Сред. %о . . . . .	4,5;	0,5%о;	7,5%о;	35%о;	48,5%о;	4,5%о

Лимфо-моноцитоз, эозинофилия.

Подводя итоги, мы можем сказать, что по своей диагностической ценности исследование картины крови при брюшно-тифозной инфекции стоит наравне с реакцией Видаля и уступает наиболее раннему и изящному диагностическому методу выделения гемокультуры.

The mil смешивается иногда с бр. тифом. Исследование картины крови и здесь помогает нам избежать ошибки.

Резкая лимфопения (4—6%о лимфоц.), нейтрофилия с моноцитозом (до 10%о12%о), отмечаемые при the mil. с уверенностью исключают брюшной тиф.

Гемограмма № 4.

	Мизл.	Ю.	П.	С.	Л.	Мон. Э
Общ. колич. 16000	—	1	8	74	5	12
Через 3 дня 12000	8	4	10	71	6	—

Смерть.

Лимфопения, нейтрофилия с моноцитозом.

Прогностическое значение исследования картины крови бесспорно. В своем руководстве Шиллинг приводит ряд ярких тому примеров. Появление незрелых форм, сдвиг влево, сильно омрачает прогноз. В случаях же выздоровления отмечается лимфоцитоз, эозинофилия и возвращение картины крови к Н.

Приведу гемограммы 2-х случаев цереброспинального менингита.

Ц. С. М.	Общ. кол.	Гемограмма № 5.						
		Ю.	П.	С.	Л.	Мон.	Эоз.	
Ликвор. гнойн. 9/1 . . . . .	23000	10%	10%	84%	4%	1%	0%	
Введ. сыворот. 10/1 . . . . .	12000	3%	11%	49%	31%	7%	0%	
Улучш. 12/1 . . . . .	8000	0%	6%	45%	34%	3%	8%	

Ликв. прозрач.—выздоровление.

М. Ц. С.	Общ. кол.	Гемограмма № 6.						
		Мнэл.	Юп.	П.	С.	Л.	Мон.	Эоз.
Ликвор. гнойн. 28/ХП . . . . .	13000	0%	6%	14%	45%	19%	15%	1%
Ухудш. 31/ХП . . . . .	12000	3%	8%	14%	61%	11%	4%	0%
Дальн. ухуд. 1/Г. . . . .	25000	6%	11%	29%	58%	4%	0%	0%
Смерть 3/Г. . . . .	24000	13%	24%	29%	27%	5%	0%	0%

В первом случае с исчезновением клинических симптомов заболевания картина крови возвращается к норме, в случае 2-м, с ухудшением общего состояния, отмечается резкий сдвиг влево с огромным количеством юных форм и исчезновением эозинофилов.

По картине крови видно, что дело идет к роковой развязке.

Из Терапевтической клиники Астраханского госуд. медицинского института. (Директор проф. С. И. Телятников) и Туберкулезного диспансера Астраханской поликлиники Волжского Водздравотдела (Заведыв. д-р А. А. Папаев, Зав. поликлиникой д-р Непомнящий Н. А.).

## К вопросу о витальной зернистости эритроцитов при легочном туберкулезе<sup>1)</sup>.

А. А. Папаев и А. И. Лучек.

За последние годы в литературе появились работы, посвященные изучению так называемой суправитальной (витальной) зернистости эритроцитов при различных заболеваниях, в частности при туберкулезе, в связи с оценкой и изучением динамики процесса, прогноза и тех или иных терапевтических мероприятий.

Впервые витальная окраска в эритроцитах была обнаружена Паппенгеймом и Израэлем (1895) при обработке крови neutralrof. Впоследствии это подтвердилось рядом наблюдений других авторов, как-то: С. Demel, Ferrata, Максимов и др. Существовавший ранее спор между рядом видных гематологов, из коих одни (Эрлих, Габричевский,

<sup>1)</sup> Доложено в Научной ассоциации врачей г. Астрахани 8/V. 1932 г.