

очень низкой (0,2). Низкая активность холинэстеразы сыворотки крови тесно связана с тяжестью заболевания.

При исследовании ацетилхолина и холинэстеразы после комплексного лечения антибиотиками и десенсибилизирующими средствами у большинства мы наблюдали нормализацию соотношения ацетилхолина и холинэстеразы.

ВЫВОДЫ:

1. У больных коллагеновыми болезнями имеется нарушение холинэргических процессов.

2. В начальном периоде заболевания наблюдается повышение ацетилхолина при нормальном уровне холинэстеразы. При прогрессировании болезни ацетилхолин в крови падает и даже не определяется, а уровень холинэстеразы достигает очень низких цифр.

3. Повышенное содержание ацетилхолина и низкая активность холинэстеразы крови в период ремиссии свидетельствуют об обострении болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева З. В. В кн.: *Вопр. физиол. и морфол. центр. нервн. системы*. М., 1953.
2. Правдич-Неминская Т. В. Докл. АМН СССР, 1949, 3.
3. Хамитов Х. С. *Сб. О физиологической роли медиаторов*, 1959, вып. VII, Казань.
4. Klemperer P., Pollack A., Baehr G. *Arch. Path.*, 1941, 32.
5. Cогsten M. *Pfl. Arch.*, 1941, 281, 2.

Поступила 10 марта 1960 г.

КАРТИНА КРОВИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Доктор мед. наук С. А. Троицкий, научн. сотр. Н. А. Абрамова

Из клинического отдела (зав. — проф. С. И. Ашбель) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профессиональных заболеваний

В оценке изменений периферической крови при ревматизме мнения авторов не всегда совпадают. Если лейкоцитоз со сдвигом нейтрофилов считается характерным для активной фазы ревматизма, а нормальное или пониженное количество лейкоцитов — для фазы ремиссии, то в отношении количества эозинофилов и характера моноцитограммы высказывались различные мнения.

Нами проведено клиническое исследование 129 подростков и лиц молодого возраста (16—19 лет), страдающих ревматизмом. Девушек было 76, юношей 53; 85 больных исследовано вне приступа ревматизма, 44 — в период активной фазы заболевания. У 10 из общего количества больных (7,7%) течение ревматизма было непрерывно рецидивирующим, у 41 (31,5%) рецидивы повторялись не реже одного раза в 1—1,5 года.

Комбинированный митральный порок сердца в сочетании с аортальным пороком наблюдался у 11 больных, комбинированный митральный порок сердца — у 42, выраженный митральный стеноз — у 5, недостаточность митрального клапана — у 48 и у 4 постмиокардитический миокардиосклероз. Не имели поражений клапанов сердца 19 человек.

Из 110 страдающих органическими поражениями клапанного аппарата и мышцы сердца у 44,7% были нарушения кровообращения, главным образом I и II степени, чаще в период активной фазы ревматизма.

У 34 больных диагностирован хронический тонзиллит.

Больные активной фазой ревматизма имели ряд характерных для острого периода клинических, электрокардиографических и гематологических симптомов.

В межприступном периоде они иногда жаловались на сердцебиение, одышку, боли в области сердца и в суставах, общую слабость. В некоторых случаях удавалось отметить прогрессирование изменений со стороны сердца при отсутствии явных признаков активной фазы ревматизма.

Исследование крови включало, помимо обычного морфологического анализа (у всех больных), изучение моно- и лимфоцитогаммы (у 53 больных). При оценке результатов исследования лейкоцитов мы применили метод абсолютных цифр.

В настоящее время данные только об общем количестве лимфоцитов вряд ли могут считаться достаточными. Поэтому в лимфоцитогамме учитывается процентное содержание пролимфоцитов, узко-широкоплазменных и ретикулярных форм лимфоцитов.

Несмотря на то, что еще не все известно в отношении значения тех или иных сдвигов в лимфоцитогамме, ее исследование, несомненно, дополняет обычный морфологический анализ крови: мы получаем представление об интенсивности пролиферативных процессов в лимфоидной ткани (по изменению содержания пролимфоцитов), аллергическом состоянии организма (по уменьшению широкоплазменных лимфоцитов и по увеличению полиморфизма ядер лимфоцитов).

Результаты исследования эритроцитов и гемоглобина у больных в период активной фазы ревматизма свидетельствуют о значительных отклонениях от нормы.

Ускорение РОЭ (доходящее в отдельных случаях до 40—50 и выше мм/час) обнаружено почти во всех случаях.

У 8 больных обнаружена норма-гипохромная анемия, у 16 — уменьшение количества эритроцитов и у 14 — уменьшение содержания гемоглобина.

Низкие показатели гемоглобина и эритроцитов встретились, главным образом, в случаях с часто рецидивирующим, но стертым течением заболевания, при преобладании выраженных изменений со стороны сердца. Напротив, ни у одного больного с резко очерченными ревматическими суставными приступами количество эритроцитов и гемоглобина не отклонялось от нормальных цифр. Изменения эритроцитов и гемоглобина наблюдались чаще у девушек.

Цветной показатель изменен мало. Содержание ретикулоцитов находится в пределах нижней границы нормы. Однако разницы в этом отношении между больными в активной фазе и в фазе ремиссии не удается отметить.

У части больных (у 9 из 44), преимущественно у более молодых, отмечен лейкоцитоз (10 000—13 000) за счет увеличения нейтрофилов, реже — моноцитов. Токсическая зернистость нейтрофилов встречалась у половины больных. Более чем в половине случаев отмечается сдвиг нейтрофилов влево. Количество эозинофилов, как правило, нормально, с некоторой тенденцией в сторону низких цифр.

Моноцитогамма характеризуется преобладанием активных сдвигов (увеличением про- и собственно — моноцитов), что свидетельствует об усилении пролиферативных процессов и о некотором ослаблении дифференцировки — симптомы раздражения РЭС. Сдвиг моноцитогаммы вправо найден у трех больных, нормальная моноцитогамма — у двух. Количество моноцитов, преимущественно, — нормальное или увеличенное.

Лимфоцитогамма отличается почти полным отсутствием пролим-

фоцитов, нормальным или уменьшенным количеством широкоплазменных, увеличением узкоплазменных и ретикулярных форм. Наблюдается полиморфизм ядер лимфоцитов, который, вместе с симптомом уменьшения широкоплазменных, можно принять за показатель аллергии (О. П. Григорова, 1957). У всех больных активной фазой ревматизма обнаружены лимфоидные плазмоклетки и ретикулярные клетки в периферической крови, в количестве от одной до четырех на 100 лейкоцитов.

Возрастание при инфекционных заболеваниях плазматических клеток некоторые авторы объясняют их отношением к синтезу антител. Вне приступа ревматизма изменения гемограммы менее выражены.

Анемия нормо-гипохромного характера обнаружена только у 3 больных из 85, понижение количества эритроцитов — у 11, гемоглобина — у 8. Цветной показатель носит преимущественно нормохромный характер. Небольшое ускорение РОЭ отмечено в 11 случаях.

Количество лиц с лейкоцитозом в этой группе больных значительно меньше, чем в первой (8 из 85). Лейкоцитоз выявлен у лиц более молодого возраста. Сдвиг нейтрофилов влево встречается редко и менее выражен. Количество моноцитов чаще уменьшено или нормальное; удельный вес моноцитов — 27% к числу больных — почти вдвое больше, чем у больных в период активной фазы. Количество эозинофилов уменьшено или они отсутствуют (у 43 из 85), в то время как содержание эозинофилов у больных в период активной фазы большей частью нормальное.

Из 30 исследованных моноцитограмм 13 нормальных, в остальных 17 имеется сдвиг в сторону активных форм, но слабее выраженный; таким образом, и здесь, более чем в половине случаев, моноцитограмма свидетельствует о состоянии раздражения РЭС.

Лимфоцитограмма имеет некоторое сходство с таковой у первой группы больных в отношении уменьшения про- и широкоплазменных лимфоцитов (у 13 из 30); вместе с тем можно видеть и отличие: менее выражено увеличение ретикулярных форм лимфоцитов, реже наблюдается полиморфизм ядер, чаще встречаются нормальные лимфоцитограммы.

Во внеприступной фазе ревматизма плазматические клетки встречались реже, но процент их обнаружения (около 60%) остается высоким.

Наши наблюдения не подтверждают данных И. В. Воробьева и И. А. Греннаус о том, что в период активной фазы ревматизма часто наблюдается эозинопения, а в фазе ремиссии — эозинофилия. В межприступном периоде количество эозинофилов было понижено. Эозинопению у больных в фазе ремиссии обнаружили А. Г. Петухова и др.

Приведенные нами результаты исследования крови показывают, что содержание гемоглобина, количество эритроцитов, показатель РОЭ и число лейкоцитов у больных с обострением ревматического процесса значительно отличаются от нормы, в то же время у больных в фазе ремиссии отклонения этих показателей невелики.

У больных в период активной фазы мы нашли такие изменения моноцитограммы, которые, по современным представлениям, отражают значительную активизацию ретикуло-эндотелиальной системы и подтверждают состояние аллергии. В фазе ремиссии подобные изменения среди моноцитов и лимфоцитов встречаются реже, и выражены они значительно слабее.

Анализ лимфомоноцитограммы позволяет предположить, что и в фазе ремиссии полной нормализации реактивности организма не происходит, она остается измененной.

Среди лиц, имеющих активную моноцитограмму, оказалось относи-

тельно больше больных с тяжелым поражением сердца, чаще встречались нарушения кровообращения.

Можно отметить, что больные с «активной» моноцитогаммой, несмотря на выраженные поражения сердца, имели в анамнезе меньше ревматических атак. Следовательно, можно предположить, что активные сдвиги в моноцитогамме в какой-то степени отражают латентный ревматический процесс с локализацией в эндокарде и, в сочетании с другими симптомами, могут иметь диагностическое значение.

Какой-либо зависимости характера монолимфоцитогаммы от хронического тонзиллита установить не удалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев И. В. Ревматизм, 1952, М. — 2. Греннаус И. А. Сб. «Вопросы ревматизма в Горьковской области», 1951. — 3. Григорова О. П. Тез. IV Всесоюз. конф. лаборат. работ, 1957. — 4. Она же. Педиатрия, 1944, 3. — 5. Петухова А. Г. Сб. научн. трудов Ивановского мед. ин-та, в. 16, 1958.

Поступила 11 февраля 1959 г.

КАНТАРИДИНОВАЯ ПРОБА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Проф. Е. Н. Короваев и А. Н. Жукова

Из кафедры госпитальной педиатрии (зав. — проф. Е. Н. Короваев) Казанского медицинского института и детского отделения Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Кантаридиновая проба при ревматизме у взрослых изучалась рядом авторов (З. И. Малкин, А. Л. Мясников, Л. М. Оверина, М. В. Черноруцкий), которые отмечают определенную динамику изменения клеточного состава экссудата кантаридинового пузыря при этом заболевании.

В ранние сроки ревматической атаки в экссудате пузыря снижен процент лимфогистиоцитов и преобладают нейтрофилы. После затихания острых проявлений болезни процент лимфогистиоцитов начинает нарастать, достигая 40—60, а далее, по мере выздоровления, содержание их снижается и начинается преобладание нейтрофилов.

Изменения клеточного состава экссудата кантаридинового пузыря неодинаковы при разных формах ревматизма. По наблюдениям Малкина, Мясникова, Мясниковой и Ишмухаметовой, при прогрессирующей кардиальной форме процент лимфогистиоцитов резко увеличивается (до 40%) и сохраняется 2—3 месяца. При полиартрите с поражением сердца процент лимфогистиоцитов нарастал меньше — до 12—33.

Л. М. Оверина отмечает, что выраженность гистиоцитарной реакции при кардиальных формах ревматизма выше, чем при полиартритической. В случаях же длительной необратимо-тяжелой недостаточности сердца обнаруживалось прогрессирующее снижение лимфогистиоцитов.

Кантаридиновая проба при ревматизме у детей, по данным ряда современных авторов, дает иные результаты, чем у взрослых, причем не одинаковые у разных авторов. М. С. Маслов указывает на преобладание нейтрофилов в экссудате пузыря. А. Б. Воловик отмечает преобладание нейтрофилов в фазе атаки и преобладание лимфогистиоцитов в фазе затихания атаки у половины больных. По данным А. А. Валентинович, нейтрофилез при пробе Кауфмана наблюдается тем чаще, чем больше нарушено общее состояние больного и чем сильнее температурная реакция. С. А. Гаврилов в своих наблюдениях не мог отметить закономерной смены характера экссудата в течении ревматизма у детей. По его наблюдениям, у ряда больных была выраженная тенденция к нейтрофилии экссудата как в острой фазе, так и в фазе затихания.

Нами проведено наблюдение над кантаридиновой пробой у 70 больных ревматизмом детей в возрасте от 6 до 15 лет. Сердечная форма была у 8 чел., сердечно-суставная — у 30, суставная — у 10, нервная — у 22. Подавляющее большинство поступило в клинику в острой стадии заболевания с симптомами основного заболевания (поражение сердца и суставов, центральной нервной системы, ускоренная РОЭ и повы-