

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИФТЕРИИ И АНГИНАХ

Доц. В. Я. Царева

Кафедра детских инфекций (зав.— проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского
медицинского института и кафедра инфекционных болезней (зав.—
доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Морфологические изменения в картине крови при дифтерии, особенно при токсических формах, уже в конце прошлого столетия привлекали внимание ученых. Так, описан значительный гиперлейкоцитоз, особенно высокий в случаях с летальным исходом и с присоединившейся вторичной инфекцией. Наряду с этим, многие авторы наблюдали перед смертью больных быстрое падение числа лейкоцитов до лейкопнических цифр (Пуэнсо, Арнет). Отмечены также начальные лейкопении при тяжелых формах дифтерии.

В оценке лейкоцитарной картины мнения расходятся. В то время как одни авторы указывают на наличие нейтрофилеза (Шалье и Самари, Пуэнсо, М. В. Рукевич, Баумгартнер), Флеш-Шлоссбергер отмечает широкий диапазон колебаний числа нейтрофилов (от 10 до 71%), независимо от тяжести болезни. Была тенденция расценивать юные формы нейтрофилов и миелоцитов как неблагоприятный в прогностическом отношении признак (С. А. Кулябко). О. П. Григорова, подробно изучавшая моноцитарную картину при различных формах дифтерии, установила, что моноцитограмма отличается от нормальной. Однако предложенный автором метод дифференциального подсчета моноцитов (моноцитограмма) дает значительно больше для суждения об особенностях динамики дифтерийного процесса и для прогноза, чем для диагностики дифтерии.

Что касается легких форм дифтерии, то картина крови при них не подвергалась детальному исследованию. Некоторые авторы вскользь говорят о слабо выраженных изменениях в картине крови в этих случаях (М. М. Цимбал, М. В. Рукевич). Саголь и Десмон отмечают некоторое повышение числа лейкоцитов. Баумгартнер никаких изменений в крови при легких формах дифтерии не наблюдал.

Ряд авторов (В. А. Ратнер, Н. Б. Яхин, И. А. Кассирский) подчеркивает, что при диагностике ангины большое значение имеет метод исследования крови, так как только этим путем выявляется истинный характер ангины, возникающих при системном поражении кроветворного аппарата (агранулоцитозы, лейкозы, инфекционный мононуклеоз и др.).

За последние годы клинические проявления дифтерии сильно изменились: все чаще стали встречаться легкие формы у привитых с атипичным течением. Поэтому диагностика дифтерии стала представлять значительные трудности для широкого круга врачей. Учитывая это, мы подвергли гематологическому исследованию 200 детей в возрасте от года до 15 лет, из которых 83 поступили с различными формами дифтерии и 117 — с подозрением на нее. При этом мы стремились получить в картине крови дополнительные данные для диагностики дифтерии.

Наши наблюдения касались картины красной и белой крови и РОЭ.

Исследование крови производилось, в зависимости от срока поступления в стационар (на первый, третий или четвертый дни болезни), обычно после введения первых доз противодифтерийной сыворотки. В оценке полученных данных мы пользовались лейкоцитарным профилем Ш. Д. Мошковского с учетом частоты повторения отдельных показателей¹.

В результате клинико-гематологических наблюдений все больные были разделены на следующие группы:

Первая группа (56) — дети с локализованной формой дифтерии. Изменения в зеве сводились к фибринозной ангине. Явления интоксикации либо были крайне незначительны, либо совершенно отсутствовали. Отмечена стопроцентная высеваемость палочки Лёффлера. Основная масса детей (75%) — привитые.

Вторая группа (63) — больные токсической формой дифтерии. Заболевание отличалось крайней тяжестью: помимо обширных налетов и общей интоксикации, отмечались отек подкожной шейной клетчатки, увеличение лимфоузлов, миокардит, а впоследствии — парезы, параличи нервной системы и токсические нефрозы. 60% из этой группы составляли дети с неоконченными прививками. Бактериологическое подтверждение диагноза было у 26 больных (41%).

Третья группа (59) — больные, у которых первоначальный диагноз «дифтерия зева» был отвергнут и установлена ангина недифтерийной этиологии. У 27 детей ангина носила лакунарный, у 32 — фолликулярный характер. Многократные бакте-

¹ Изучая лейкоцитарную картину при указанных состояниях с применением профиля Ш. Д. Мошковского, мы не отметили влияния возраста больных на отдельные группы лейкоцитов. Поэтому в дальнейшем мы пользовались только средними показателями для детей в возрасте 1—15 лет (Ш. Д. Мошковский. Труды VII съезда российских терапевтов, 1924 г.).

риологические анализы у всех детей дали отрицательный результат. Всем больным этой группы до поступления в стационар была введена противодифтерийная сыворотка.

Четвертая группа (20) — больные, у которых диагноз дифтерии был также снят и установлен инфекционный мононуклеоз. Повторные бактериологические исследования на дифтерию дали отрицательный результат.

Кроме того, среди детей, направленных в больницу с подозрением на дифтерию, двое оказались с поражением системы крови в форме острого лейкоза и агранулоцитоза.

Анализ показателей красной крови как при дифтерии, так и при ангинах не обнаружил существенных отклонений от нормы. Количество эритроцитов было в среднем в пределах 4 300 000—4 800 000; Hb — 74—78%. Цветной показатель был несколько ниже единицы.

Сопоставляя гемограммы при дифтерии и ангинах, мы нашли, что наибольшая средняя величина лейкоцитов в первые дни болезни оказалась у больных токсической формой дифтерии (16 400), что подтверждает сообщения большинства авторов о лейкоцитозе при токсической форме дифтерии. Однако следует отметить, что в материалах старых авторов приводятся во много раз более высокие величины лейкоцитоза, чем в нашем материале. По-видимому, на уровень лейкоцитоза оказала влияние иммунизация, так как у непривитых детей, по сравнению с привитыми, величина лейкоцитоза была, как правило, выше. Не исключена возможность влияния первичной дозы специфической противодифтерийной сыворотки. Помимо нарастания числа лейкоцитов, гемограмма при токсической форме дифтерии характеризуется высоким нейтрофилезом (в среднем — 77%), резким сдвигом нейтрофилов влево (в среднем — 35,8%) с появлением у отдельных больных юных форм и миелоцитов, лимфопений (в среднем — 14,4%), анэозинофилией, гипозеофилией и моноцитозом. РОЭ ускорена в среднем до 32 мм/час.

Лейкоцитарная картина при легких формах характеризуется несколько повышенным числом лейкоцитов (в среднем — 11 800), нейтрофилезом (в среднем — 71,6%), сдвигом нейтрофилов влево (в среднем — 21,9%), лимфопений (в среднем — 18,7%), эозинопений (в среднем — 1,4%), ускорением РОЭ (в среднем — 26 мм/час).

Картина крови при ангинах оказалась почти аналогичной наблюдавшейся при легкой форме дифтерии. Отличием являются несколько более высокий нейтрофильный лейкоцитоз (в среднем — 13 800), более резкий сдвиг влево (в среднем — 22%), более высокий средний показатель РОЭ (29 мм/час). С другой стороны, гемограмма при токсических формах дифтерии резко отличается от таковых при ангинах недифтерийной этиологии и может быть использована для дифференциальной диагностики.

Все перечисленные нами изменения в гемограммах наблюдались уже после введения больным первой дозы сыворотки, поэтому, отражая реакцию организма на дифтерийную инфекцию, они в то же время несут отпечаток измененной реактивности организма.

Как показал наш материал, в дифференциальной диагностике дифтерии, помимо вульгарных ангин, необходимо иметь в виду возможность инфекционного мононуклеоза и болезней системы крови.

При инфекционном мононуклеозе, наряду с поражением зева, системным увеличением лимфоузлов, увеличением печени и селезенки, характерным дифференциально-диагностическим признаком является картина мононуклеоза (60—80%) с атипичными формами.

Что касается гемограммы при агранулоцитозе, то, наряду с гангренозным поражением зева, здесь отмечаются эксквизитное малое количество лейкоцитов и полное или почти полное отсутствие гранулоцитов. Количество элементов красной крови и тромбоцитов не понижено.

Для острых лейкозов характерны некротические процессы в зеве. Одновременно в картине крови отмечаются анемия, тромбопения и крайне своеобразный состав морфологических элементов (эмбриолизация), что и приобретает решающее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний с вульгарными ангинами и дифтерией.

Из вышеизложенного видно, что следует шире использовать в повседневной практике врачей гематологические показатели для дифференциальной диагностики дифтерии и ангин недифтерийной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорова О. П. Роль моноцитарной системы в реактивности организма. М., 1958.
2. Кассирский И. А. Клиническая гематология, М., 1955.
3. Кулябо С. А. Педиатрия, 1930, 3.
4. Ратнер В. А. Острые воспаления зева, М., 1959.
5. Рукевич М. В. Тр. Московского ин-та инфекционных болезней, 1938, т. II.
6. Яхин Н. Б. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова), Госмедиздат УССР, 1957.
7. Arneith J. Zetschr. f. klin. Med., 1942, Bd. 141.
8. Baumgartner A. Schweiz. med. Wschr., 1947, Bd. 77.
9. Chaliier F. a. Samari A. M. Sang., 1934, v. 5.
10. Flesch-Schlossberger. Jahrbuch für Kinderheile, 1905, Bd. 62.
11. Poinso R. Sang., 1935, v. 6.
12. Sagol M. a. Desmond T. Sang., 1954, v. 25.

Поступила 14 марта 1960 г.