

Доцент Федоров А. Н.
(Кафедра патологической анатомии)

„К вопросу о дифференциальной гистодиагностике инфекционной анемии и нутталлиоза лошадей“ *).

(Автореферат).

В дифференциальной диагностике инфекционной анемии (ИНАН) лошадей по сходству клинического и морфологического оформления патологического процесса наибольшее значение имеют гемоспориозы: нутталлиоз и пироплазмоз.

Сравнительное изучение клинико-гематологических показателей при данных заболеваниях, нашедшее отражение в последние годы в работах Гамбарова, Окунцева, Езовитова, Марченко, Погодина и Дмитриева, Анастасьян, Дегтярева и Авессаломова, Ганнушкина и Дзасохова, Пелевина и других—выявило ряд новых данных, могущих быть использованными для целей клинической диф-диагностики. Вопросы патоморфологической дифференциальной диагностики ИНАН и гемоспориозов изучены значительно слабее. Имеется лишь одна, специально посвященная им работа Акулова и частично касаются этих вопросов в своих работах Пинус, Черняк, Федоров, Пирог и Воронцов, Федоров, Судзиловский и Виноградов.

Основой—для нашей работы послужил следующий экспериментальный материал:

а) Пять лошадей—погибших от острой формы нутталлиоза во время лихорадочного приступа, длившегося 5—6 дней, с наивысшим подъемом температуры до $41-41,5^{\circ}$, количество эритроцитов колебалось в пределах 3, 2—4,2 миллиона, лейкоцитов в тысячах—9,6—16,2, пораженность эритроцитов кровопаразитами—8—12%.

б) Десять лошадей с подострой и хронической формами,---перенесших в течение 2-х—8 месяцев 3—6 лихорадочных приступов продолжительностью в 2—3 дня, с наивысшим подъемом температуры до $41,2^{\circ}$ С, погибших во время приступа, количество эритроцитов — в пределах 1, 3—3,8 миллионов, лейкоцитов—10, 1—20,0 тысяч, пораженность эритроцитов нутталлиями—1,2—6%.

в) Девять лошадей—хроников, погибших или забитых через 10—20 дней после лихорадочного приступа. Количество приступов в течение 6—10 месяцев—4—6, длительность их—1—3 дня, наивысший подъем температуры— $40,2^{\circ}$ С, эритроцитов—5,9—6,0 миллионов, лейкоцитов 7,3—13,2 тысячи, пораженность эритроцитов—0,2—1,5%.

г) Шесть лошадей легко переболевших, забитых через 10—20 дней после подъема температуры, количество приступов в течение 2-х—3-х месяцев 1—4, длительностью 1—3 дня, наивысший подъем температуры— $39,2^{\circ}$ С, эритроциты в пределах 7,2—7,8 миллионов, лейкоцитов—6,7—7,3 тысячи, кровопаразиты в эритроцитах—единичные.

*) Выполнена в 1942 году в Азерб. С. Х. Ин-те, доложена на XXI пленуме Вет. Секции ВАС. Х. Н. И. Л. в гор. Москва в 1944 году.

Сравнение результатов исследования означенного материала с изменениями, считающимися типичными для различных форм ИНАН, — дает основание для заключения о наличии между ними некоторых существенных различий, именно:

А. Вскрытие.

а) Иктеричность подкожной клетчатки, серозных и слизистых покровов органов, а также желто-зеленоватый оттенок поверхности разреза печени при острых и подострых формах нутталлиоза наблюдаются почти постоянно и нередко выражены очень резко, при ИНАН — они встречаются много реже и обычно довольно слабы.

б) Зернистость поверхности разреза пульпы, селезенки, считающаяся типичной для подострых и хронических форм ИНАН, при нутталлиозе отсутствует или выражена очень слабо.

в) Гемосидероз (темно-красный, иногда с бронзовым оттенком, цвет) почек и гемоглобинурия при острых формах нутталлиоза наблюдаются как правило, при ИНАН — чрезвычайно редко.

г) Склероз миокарда (рубцы) нередко обнаруживаемый при хронических формах ИНАН, при нутталлиозе отсутствует.

Б. Гистологическое исследование.

1. Печень.

а) Активация Р. Э. С. при нутталлиозе сравнительно слабая и выражается чаще лишь в виде набухания звездчатых клеток и клеточных элементов интерстиции, при ИНАН, особенно ее подострых и хронических формах, — пролиферация клеток Р. Э. С. (диффузная, гнездовая и узелковая), — основной признак.

б) Нейтрофильный (миелоидный) лейкоцитоз по просветам кровеносных сосудов в острых случаях и в случаях гибели животного во время лихорадочного приступа при хронической форме нутталлиоза постоянное явление, при ИНАН — он отсутствует.

в) Гемосидероз при нутталлиозе обычно наблюдается не только в виде зерен, но и диффузного, „штрихового“ и „пыльчатого“ окрашивания содержимого просветов сосудов, при ИНАН — почти всегда, лишь в более грубой зернисто-крупинчатой форме.

г) Безжелезистая пигментация в виде инъекции желчных капилляров, диффузного окрашивания протоплазмы печеночных клеток и зерен в просветах сосудов и капилляров при острых и подострых формах нутталлиоза обнаруживается как правило, при ИНАН — обычно лишь в виде зерен и преимущественно в участках подвергшихся некробиозу.

д) Прекапиллярные стазы и отечность интерстиции при острых и подострых формах нутталлиоза почти постоянное и часто резко выраженное явление при ИНАН — они наблюдаются много реже и всегда значительно менее интенсивны.

II. Почки.

а) Гломерулиты при нутталлиозе как в острых, так и в хронических случаях, закончившихся гибелью животного в период лихорадочного приступа имеют серозный или серозно-геморрагический характер, при хронических формах ИНАН — они обычно продуктивные,

нередко с явлениями склероза, и самих клубочков и их боуменовых капсул.

в) Диффузный гемосидероз эпителия мочевых канальцев и их содержимого в острых случаях нутталлиоза встречается как правило, в подострых—иногда, при ИНАН—исключительно редко.

г) Нейтрофильный (миелоидный) лейкоцитоз в просветах сосудов при острых и подострых формах нутталлиоза наблюдается сравнительно часто, при ИНАН—отсутствует.

III. Селезенка.

Полное исчезновение гемосидерина, нередко констатируемое при хронических формах ИНАН, при нутталлиозе—не наблюдается.

IV Сердце.

Продуктивный миокардит, часто сопровождающийся при хронических формах ИНАН явлениями склероза, при нутталлиозе не встречается.

* * *

Итоговые данные о результатах гистоисследования на ИНАН случаев нутталлиоза приводят в своих работах только Пирог и Воронцов, а также Рожнов. Первыми при исследовании патологического материала от 12 лошадей—положительный на ИНАН гистодиагноз был установлен в шести случаях, сомнительный—в трех, и отрицательный—в трех, вторым—три случая, из шести исследованных, были диагностированы как подозрительные по ИНАН и три как—отрицательные.

Результаты гистологического исследования наших 30 случаев нутталлиоза иллюстрируются в следующей таблице:

	Количество исследо- ванных лошадей	Гистодиагноз на ИНАН		
		положи- тельный	сомнитель- ный	отрицатель- ный
Острая форма	5	2	2	3
Подострая и хроническая формы —гибель во время приступа .	10	—	4	6
Хроническая форма — гибель во время ремиссии	9	—	3	6
Легко переболевшие	6	—	—	6
Итого .	30	—	9	21

Сравнение данных этой таблицы с данными Пирого, Воронцова и Рожнова свидетельствуют о том, что учет таких типичных для острых и подострых случаев нутталлиоза, морфологических изменений как:

- иктеричность слизистых и серозных покровов,
- слабая, по сравнению с ИНАН реакция Р. Э. С.

в) нейтрофильный (миелоидный) лейкоцитоз и диффузный гемоидероз кровеносных сосудов в печени,

г) диффузный гемосидероз эпителия извитых канальцев и их содержимого значительно облегчает диффдиагностику этих форм нутталлиоза от острых и подострых форм ИНАН. Эти же показатели, а также отсутствие явлений склероза почек и сердца при хронических формах нутталлиоза, представляют большую ценность в диффдиагностике последних от хронических случаев инфекционной анемии, закончившихся гибелью животного во время лихорадочного приступа. Что же касается стертых форм ИНАН и нутталлиоза, особенно в случаях со слабой выраженностью явлений склероза почек и сердца у анемиков-хроников, то их дифференциальная диагностика требует дальнейшего углубленного изучения на значительно большем количественно и клинически хорошо прослеженном материале.
