

течение дня задерживала мочеиспускание. По возвращении в свое село прыгнула с кузова грузовой машины, почувствовала нерезкую боль, но дома боли настолько усилились, что она была доставлена в больницу. При сборе первичного анамнеза об описанном факте больная умолчала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левитан К. Я. Хирургия, 1959, 12.

Поступила 11 января 1961 г.

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПЕНИЦИЛЛИНУ У МЕДСЕСТРЫ

Е. С. Сигал

Бугульминская городская больница (главрач — А. А. Дедюхин),
научный руководитель — проф. Л. М. Рахлин (Казань)

В литературе широко освещен вопрос об агранулоцитозах вследствие лекарственной непереносимости или прямого токсического влияния на миелопоэтическую систему тибона, ПАСКа, пирамидона, атофана, сульфамидных препаратов и др. При повышенной же чувствительности к пенициллину изменения белой крови изучены недостаточно, лишь в виде единичных сообщений (Е. Я. Северова, И. Е. Пасова, 1960). Ввиду этого приводим наше наблюдение.

У медсестры В. профессиональный контакт с пенициллином привел к ряду симптомов повышенной чувствительности к нему с развитием тяжелого рецидивирующего агранулоцитоза, из-за чего больную пришлось отстранить от работы, после чего она стала практически здоровой.

Больна с начала 1959 г. Почувствовала общую слабость, головную боль, головокружение, боли в горле, тошноту и рвоту. Одновременно появились периодические эритематозные высыпания и зуд кожных покровов. Выявленная лейкопения (Л.—1500) послужила причиной госпитализации.

Работает медсестрой с 1952 г. Замужем, имеет здоровую дочь. Материальные и бытовые условия хорошие.

Состояние средней тяжести, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты. На коже туловища и конечностей зудящая эритематозная сыпь. На слизистой рта несколько мелких язвочек, зев гиперемирован, миндалины увеличены, периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии легких — звук ясный, дыхание везикулярное. Сердце увеличено влево на 1 см. Тоны ритмичны, приглушены. Систолический шум у верхушки. АД — 130/80, пульс — 88, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот несколько вздут, мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Печень и селезенку пальпировать не удалось. Со стороны нервной системы существенной патологии нет. Гем. — 80%. Э. — 3 770 000, Л. — 1150, РОЭ — 33 мм/час, с. — 20%, л. — 68%, м. — 12%, тромбоциты — 292 000. Моча без особенностей. При рентгеновском исследовании легких, желудка и костей патологии не выявлено. ЭКГ — синусовый ритм, горизонтальное положение сердца. Температура субфебрильная.

Пробная инъекция 20 тысяч ед. пенициллина привела к быстрой и пышной аллергической реакции в виде массивной эритематозной сыпи, зуда и диспепсических явлений.

Лечение проводилось преднизолоном, димедролом, нуклеиновой кислотой, тезаном, биомитином, стрептомицином, переливанием крови и лейкомаassy.

Через 2 месяца в хорошем состоянии, при нормальном составе крови (Э. — 4 500 000, Л. — 6000), она приступила к работе.

Через 3 месяца рецидивировали все описанные ранее явления. Обнаружена лейкопения (Л. — 1050, 72% лимфоцитов). Больная вновь госпитализирована. При обследовании выявлены изменения, идентичные с предыдущими. Исследование пунктата костного мозга показало некоторое уменьшение гранулоцитов, в остальном он был нормальный. Это позволило исключить алейкемическую форму лейкоза. После длительной комплексной терапии больная выписана в хорошем состоянии и вскоре приступила к работе.

Третье ухудшение наступило через 3 месяца и ни клинически, ни гематологически не отличалось от предыдущих. Терапия вновь оказалась весьма эффективной, и больная приступила к прежней работе, но через месяц наступило четвертое ухудшение с уменьшением количества лейкоцитов до 1200. После стационарного лечения теми же средствами наступила ремиссия с общим хорошим состоянием и нормальным составом периферической крови.

В августе 1960 г. развилось последнее ухудшение с теми же клиническими и гематологическими симптомами. Терапия, как и раньше, привела к быстрой ремиссии, но больная больше к работе не допускалась.

Тщательный анализ всех пяти рецидивов болезни показал, что состояние больной закономерно ухудшается, как только она начинает работать, возобновляется контакт с пенициллином. Доказано, что у больной высокая чувствительность имеется лишь к пенициллину, ибо применение других антибиотиков не вызывало аллергической реакции.

Рассматривать явления агранулоцитоза как проявление аллергической реакции дает нам право сочетание его с другими местными и общими симптомами (сыпь, зуд, диспепсические явления и повышение температуры). Об этом свидетельствуют успех десенсибилизирующей терапии и отсутствие рецидива в течение семи месяцев после прекращения контакта с пенициллином.

Приведенное наблюдение подтверждает возможность развития хронического рецидивирующего агранулоцитоза как проявление повышенной чувствительности к пенициллину. Оно заслуживает внимания как пример профессионального заболевания в результате длительного контакта с пенициллином у медицинского работника.

Поступила 30 марта 1961 г.

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЛИМФОЦИТОЗ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ

Доц. В. Я. Царева и М. А. Грачева

Кафедра инфекционных болезней (зав.— доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и II инфекционная больница горздрава (главврач— М. И. Кавалерчик)

В последние годы привлекает к себе внимание своеобразное заболевание, главным, а иногда и единственным симптомом которого является увеличение общего количества зрелых лимфоцитов периферической крови. Продолжительность заболевания—от недели до месяца. Заболевание обычно заканчивается выздоровлением. Предполагают, что его возбудителем является неизвестный вирус. Описаны эпидемические вспышки острого инфекционного лимфоцитоза (о. и. л.), причем отмечалась и высокая его контагиозность. Согласно данным Уинтроуб (1946), в мировой литературе насчитывалось 56 сообщений об остром инфекционном лимфоцитозе. В последние годы число работ увеличилось.

Инкубационный период—12—21 день (Смит).

В числе клинических проявлений болезни отмечаются субфебрильная температура, катар верхних дыхательных путей, катаральная ангина, слабость, иногда боли в животе у маленьких детей преимущественно в цекальной области. Могут наблюдаться поносы, а также незначительное увеличение селезенки. Наружные лимфатические узлы, как правило, не увеличены. Есть указания на увеличение ретроцекальных узлов. В единичных случаях упоминается о герпесе. Реакция Пауль—Буннеля отрицательна.

Количество лейкоцитов может достигать 30 000—80 000—100 000, а в случае, описанном Шульеном, оно достигало 140 000. 70—90% всех форменных элементов белой крови составляют типичные лимфоциты. Красная кровь не изменена. Так, М. Гризали (1958) приводит следующие ее показатели: Э.—4 900 000, Нб—70%, ц. п.—0,7. Автор в диагностике этого заболевания придает значение трем показателям: повышенному количеству лейкоцитов (которые в его случае достигали 62 800), с увеличенным содержанием лимфоцитов и эозинофилов.

Приводим собственное наблюдение.

Ш., 4 лет, 17/XII-59 г. поступила с диагнозом «эпидемический гепатит» на третий день болезни. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, грипп. При поступлении состояние удовлетворительное; температура 37,6°—38,0°. Кожные покровы субиктеричны, слизистые мягкого неба и склеры глаз иктеричны. Прощупываются подчелюстные лимфоузлы. Со стороны легких изменений нет; тоны сердца чистые; живот мягкий, печень выступает из подреберья на 3 см, слегка болезненна. Селезенка не прощупывается. Моча темно-желтого цвета. Уробилин ++++. Реакция Ван-ден-Берга прямая.

18/XII: Л.—7 000, п.—10%, с.—40%, л.—42%, м.—8%. Билирубин крови 23/XII—6,4% (по Бокальчуку).

Лечение: глюкоза, инсулин, аскорбиновая кислота, 10% раствор сернокислой магнезии, панкреатин, диета. Заболевание протекало легко. С 21/XII температура снизилась до нормы. Состояние вполне удовлетворительное. 28/XII в моче пигменты отсутствуют. Печень остается слегка увеличенной.