

логическое обследование всех реконвалесцентов и всего коллектива дало отрицательный результат. При последующем наблюдении за очагом в течение года заболеваний дизентерии Зонне не зарегистрировано.

Поступила 9 сентября 1958 г.

К ВОПРОСУ О ЛИСТЕРЕЛЛЕЗЕ У ВЗРОСЛЫХ

Клинический ординатор Н. К. КРАЙНОВА

Из кафедры госпитальной терапии педфака (зав.— проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Листереллез может протекать в различных клинических формах, но наиболее частой из них является такая, при которой ведущим симптомом является мононуклеарный сдвиг крови. Болеют, обычно, дети. В Саратове наблюдались случаи листереллеза у детей. Листереллез у взрослой девушки диагностирован в Саратове впервые.

8 апреля 1955 г. в клинику поступила больная Е., 18 лет. Она жаловалась на боль в горле, слабость, повышение температуры, боль в подреберьях.

Больна две недели. Вначале заметила слабость, недомогание, быструю утомляемость. 1 апреля впервые измерила температуру. По вечерам каждый раз отмечалось ее повышение до 38—39°. С 4 апреля присоединилась боль в горле и в подреберьях.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледная, лицо одутловатое. Пальпировались увеличенные, болезненные, довольно плотные подчелюстные, шейные и паховые лимфатические узлы размером от крупной фасоли до грецкого ореха.

Легкие без особых изменений. Границы сердца в норме, тоны приглушены, над верхушкой — легкий систолический шум. Пульс — 104 в мин. Артериальное давление — 90/40. Язык слегка обложен белым налетом. В зеве плотные бело-серые некротические налеты, трудно отделяющиеся от миндалин. При попытке снять налет появилось кровотечение. Слева имелась небольшая инфильтрация обеих дужек. Живот мягкий, болезненный в обоих подреберьях. Печень выступала на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Органы мочевого выделения — без изменений.

При исследовании крови обнаружен небольшой лейкоцитоз (11 500), некоторое снижение количества тромбоцитов (113 000). В лейкоцитарной формуле преобладали мононуклеары (79% лимфоцитов, 2% моноцитов). Многие из лимфоцитов имели атипичное строение, что, в основном, касалось их ядер, которые имели губчатую структуру. Среди них были клетки с большим количеством протоплазмы, а также клетки с неровными контурами. В мазке имелись тельца Клейн — Гумпрехта. Дважды были сделаны анализы слизи из зева на дифтерию, которые дали отрицательный результат.

При бактериологическом исследовании из крови выделена культура листерелл *Listerella monocytogenes hominis*. Культура получена при заражении белых мышей кровью больной.

Лечение: пенициллин в комбинации сначала со стрептомицином, затем с левомецетином, пентоксил, глюкоза с аскорбиновой кислотой и витамином В₁ внутривенно. Один раз введена эритроцитарная масса в количестве 100 мл.

Постепенно состояние больной улучшалось. Снизилась температура, к 21 апреля полностью отторглись некротические участки, уменьшилась селезенка, которая к дню

Табл. 1.

	29 I 1957 г.	17 VI 1957 г.
Эритроциты	4 450 000	3 980 000
Гемоглобин в %/о/о	77	74
Тромбоциты		167 500
Лейкоциты	3 450	4 150
Эозин филы	2	1
Палочкоядерные	1	—
Сегментоядерные	55	47
Лимфоциты	37	46
Моноциты	5	5
РОЭ	7 мм/час	7 мм/час

выписки не стала пальпироваться, уменьшились лимфатические узлы, сократилась печень.

3 мая больная была выписана под наблюдение амбулаторного врача. Изменения в крови к этому времени, несмотря на хорошее состояние, не ликвидировались: сохранились лейкопения, лимфоцитоз. До настоящего времени сохранилось небольшое увеличение шейных лимфатических узлов, другие не пальпируются. Печень и селезенка не увеличены. Лейкопения с умеренным лимфоцитозом сохраняются до настоящего времени, о чем свидетельствует табл. 1.

Как следует из литературных указаний, заболевание это встречается нередко, но, ввиду многообразия клинических проявлений, часто проходит под другими диагнозами, а поэтому соответствующим образом больные не исследуются. Большую помощь в постановке диагноза может оказывать бактериологическое исследование, которое должно получить более широкое применение в практике.

Поступила 8 июля 1958 г.

ДВА СЛУЧАЯ СТРОНГИЛОИДОЗА

Р. И. ХАМИДУЛЛИН и М. П. МОРОЗОВА

Из Верхне-Калинской больницы Чусовского района Пермской области
(главврач — Р. И. Хамидуллин)

Стронгилоидоз в СССР является редким заболеванием. Отдельные случаи этого гельминтоза зарегистрированы в Закавказье, Средней Азии, на Украине. В Пермской области стронгилоидоз до сих пор не наблюдался, и поэтому мы считаем необходимым сообщить о двух случаях этого заболевания, с которым мы встретились в пределах Чусовского района.

12/1 1953 г. в инфекционное отделение Чусовской горбольницы поступила больная М., 23 лет, с подозрением на брюшной тиф. Жалуется на общую слабость, головную боль, высыпания на коже предплечий и в области коленных суставов, боли в левом коленном суставе, лихорадку.

Считает себя больной с августа 1952 г., когда во время земляных работ (работала без обуви) появились боли в коленных суставах, красные высыпания на коже и повысилась температура. Лечилась амбулаторно от ревматизма. Родилась в семье крестьянина Дрогобычской области Западной Украины, где проживала до 1952 г. В мае 1952 г. приехала в гор. Чусовой.

Кожные покровы розоватой окраски с высыпаниями в виде округлых красных пятен размером $0,5 \times 0,5$ см на внутренней поверхности предплечья, коленных и локтевых суставов. Правый коленный сустав несколько увеличен в объеме, болезненный при ощупывании. Лимфатические узлы не увеличены. Язык покрыт белым налетом, влажный, кончик и края ярко розовые.

Легкие: перкуторный звук ясный, дыхание везикулярное. Сердце: тоны чистые, пульс — 110, ритмичный.

Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не прощупываются. Стул, мочеиспускание — в норме. Температура при поступлении — $37,4^{\circ}$.

В клинической картине, начиная с 16/1 1953 г., появляется ряд новых симптомов: боли в эпигастрии, плохой аппетит, 24/1 — тошнота, 28/1 — колющие боли в грудной клетке, 5/II — рвота желчью. 6/II — на кистях рук появились высыпания типа эксудативной эритемы, на лице они местами сливаются, образуя обширные очаги. На волосистой части головы кожа гиперемирована с синюшным оттенком. 17/II появились сильная болезненность в области желчного пузыря, рвота. Общее состояние тяжелое, положение в постели вынужденное с приведенными к животу ногами. Язык сухой, густо обложен желтым налетом. Пульс — 140 в мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен в области эпигастрия и правого подреберья с резким напряжением верхнего отдела правой прямой мышцы живота, симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. В дальнейшем состояние еще более ухудшилось, появились отеки на лице.

Анализ крови 13/1 1953 г.: эр. — 4 310 000, гем. — 55%, ц. п. — 0,6, Л. — 5000, п. — 2, с. — 81, лимф. — 17, РОЭ — 40 мм в час. 23/II — при исследовании дуоденального содержимого обнаружены личинки *Strongyloides stercoralis*.