

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/I 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. Чусовую.

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/I 1953 г., появляется ряд новых симптомов: боли в эпигастрии, плохой аппетит, 24/I — тошнота, 28/I — колющие боли в грудной клетке, 5/II — рвота желчью. 6/II — на кистях рук появились высыпания типа экссудативной 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/I 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*.



Микрофото № 1.
Личинки *Strongyloides stercoralis* в пузырной желчи.

Клинический диагноз: стронгилоидоз, острый гепатохолестит. Попытка лечения генцианвиолетом в сочетании с симптоматической терапией оказались безуспешными, больная скончалась.

Патологоанатомический диагноз:

Общая анемия со свежими кровоизлияниями в капсуле печени. Подострый нефрит. Долевая фибринозная пневмония верхней доли правого легкого. Очаговая пневмония слева. Серозно-фибринозный плеврит слева. Гнойный пиелит справа. Дистрофические изменения в миокарде. Гнойнички в коже лица и нижних конечностей.

Анализируя историю болезни и данные патологоанатомического исследования, мы должны признать, что помимо стронгилоидоза у больной имелись изменения в органах и тканях, связанные с бактериальной инфекцией. Не исключена возможность, что развитию последней способствовала инвазия гельминтами.

Другую больную стронгилоидозом мы наблюдали в 1955 г.

В., 31 г., поступила с жалобами на боли колюще-ноющего характера в области эпигастрия и правого подреберья, иногда боли носили приступообразный характер и отдавали в область правой ключицы, правой руки и правой лопатки; отмечались тошнота, отсутствие аппетита, головокружение, головные боли, общая слабость.

Считает себя больной около 3 лет. Лечилась амбулаторно по поводу заболевания печени.

Перенесла корь, скарлатину, многократно грипп.

Родилась в 1924 г. в Бендеровской области в семье крестьянина, занималась хлебопашеством. На родине часто пила сырую воду. С 1948 г. по настоящее время проживает в городе Чусовом.

Лицо бледное. Склеры глаз и слизистая твердого неба субиктеричные. Язык обложен белым налетом.

Легкие: перкуторный звук ясный, при аускультации сухие хрипы. Пульс—60 ударов в мин, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Артериальное давление—90/60. Живот не увеличен, при пальпации имеется болезненность в области эпигастрия и правого подреберья, нижний край печени на уровне реберной дуги, умеренно мягковатый. Стул, мочеиспускание—в норме.

Исследование желудочного содержимого: добыто натошак 10 мл, общая кислотность — 26, свободная HCl — 0. Через 45 мин после пробного завтрака по Боас — Эвальду общая кислотность — 20, свободная HCl — 0.

Анализ дуоденального содержимого: порция «А» — золотисто-желтая, мутная, лейкоциты скоплениями — до 50 в поле зрения, слизь, единичные клетки плоского эпителия. Порция «В» — темно-коричневого цвета, прозрачная, с хлопьями, лейкоцитов — до 50—100 в поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Порция «С» — желтая, мутная, ядра лейкоцитов — до 10—15 в поле зрения, слизь, обнаружены личинки *Strongyloides stercoralis*.

Температура за время пребывания в больнице колебалась от 37° до 39° С. Анализ крови 29/VIII 1955 г.: эр. — 4 300 000, гем. — 86%, ц. п. — 1,0, Л. — 8 000, эоз. — 3, с. — 60, лимф. — 37, РОЭ — 5 мм в час.

Назначен генцианвиолет внутрь по 0,1 три раза в день в течение 16 дней. После лечения паразиты при многочисленных исследованиях не обнаружены. Больная находится под наблюдением.

Таким образом, оба случая стронгилоидоза нам удалось наблюдать в Чусовском районе. Представляет большой интерес распознавание этой инвазии, где она ранее не наблюдалась. Однако, нам кажется не случайным, что обе больные, правда много лет тому назад, приехали с Западной Украины. Это обстоятельство не позволяет еще сделать вывода о том, что стронгилоидоз входит в гельминтологическую фауну нашей полосы. Но, несомненно, требуется привлечь внимание врачей к этой возможности, необходимы дальнейшие поиски.

Поступила 31 марта 1958 г.