

Многие годы тянется это страдание. Обострения у этих больных обычно протекают по типу конгестивных пневмоний вокруг старых очагов, иногда путем повторных высыпаний.

Через много лет б-ые приходят ко 2-му периоду своей болезни, когда усталое сердце начинает обнаруживать явления декомпенсации. Они кончают свою жизнь как сердечные б-ые.

Почему я привел рядом оба эти случая? Что их объединяет? Их объединяет доброкачественное течение, выражающееся в реакции организма—разрастании соединительной ткани. Только у М. фиброз на ограниченном участке легочной паренхимы, у С. фиброз диффузно разлит. Последствием сморщивания у первого б-ого является образование бронхоэктазий, у второго громадная эмфизема. У первого клинически почти ничего не определяется, зато рентгеновский снимок решает диагноз; у второго обилие клинических явлений при скудных рентгенологических данных. Одному угрожают кровотечения, другому декомпенсация. М. работоспособен, С. на грани инвалидности. Мы видим одну и ту же реакцию организма, но в зависимости от патоморфологических последствий мы имеем принципиально различную клиническую картину. Этот различный исход приводит второго б-ого к новой болезни—сердечной недостаточности. Б-ой задыхается от избытка реакции самозащиты. Здесь организм стреляет дальше той цели, которую он преследует. На старую клиническую картину своеобразного туберкулеза напластывается новый рисунок сердечного страдания, недостаточность сердца постепенно выдвигается вперед и предопределяет исход борьбы организма на два фронта.

Оба эти случая объединены еще и тем, что оба они абациллярны. И невольно припоминаются слова Calmette: „Не пора ли в аналогичных случаях врачам искать ультравирус, не пора ли в „упорно“ закрытых формах искать не туберкулезную палочку Koch'a, а ее предтечу—ультравирус“.

Гор. Кулебаки—Районная больница.

Глистные инвазии среди рабочих (и служащих) Кулебацкого металлургического завода в связи с их общей заболеваемостью.

Врача М. Н. Тумановского.

Относительно распространения глистных инвазий, их роли в патологии человека имеется большая литература как за границей, так и у нас, и все же практическими врачами мало учитывается этот важный фактор в общей патологии, а также и хозяйственно-экономический эффект противоглистных мероприятий среди населения и особенно среди активно застрахованных. Многочисленные неврастеники, малокровные больные с хроническими страданиями желудочно-кишечного тракта наводняют наши амбулатории; ставятся различные, подчас разноречивые диагнозы, нередко им даются листы нетрудоспособности, а между тем в значительном проценте указанные больные могли бы сохранить трудоспособность простыми антигельминтологическими мероприятиями, а страховые органы сэкономили бы на этом значительные средства.

На металлургическом заводе гор. Кулебак мною в клинической лаборатории за 8 месяцев обследовано 600 человек на предмет выявления в кале яиц глист с последующей дегельминтизацией. Обследованы, главным образом, амбулаторные больные с неясными диагнозами, длительно и часто болеющие, малокровные, неврастеники. Анализы каловых масс производились по методу Фюллеборна и нативного мазка; некоторые исследования производились повторно.

Результаты были таковы, что у 354 человек, т. е. в 59%, были обнаружены яйца глист, из них 216 рабочих металлургического завода и 138 человек служащих и семей застрахованных. Значительного преувеличения инвазий среди рабочих по отношению ко второй группе (в процентах) не отмечается, точно также профессиональных влияний на данный фактор установить не удалось. Среди глистных инвазий главное место занимает аскаридоз—312 случаев, далее *Trichuris trichiura*—26; *Tenia solium*—18; *Enterobius vermicularis*—13; *Diphyllobotrium latum*—1; В одном случае дуоденального содержимого больного с холециститом найдены яйца *Fasciola hepatica*?

Двойная инвазия была у 17 человек: аскариды с *Tenia solium*—8; с *Enterobius vermicularis*—4; с *Trichuris trichiura*—4; с *Diphyllobotrium latum*—однажды. Амбулаторные диагнозы посланных на исследование каловых масс были таковы (см. таб. № 1).

Таблица № 1.

Д и а г н о з ы	К-во случаев
Гастроэнтериты острые, рецид.	70
Функциональные заболевания нервной сист.	54
Катарры желудка	48
Малокровие	37
Под диагнозом „глисты“	35
Колиты хронические и подострые	32
Туберкулез легких	25
Острые инфекционные заболевания	17
Кожные заболевания	11
Холециститы, желтуха	10
Язвы желудка	8
Катарры дыхательных путей	7

Таким образом только в 10% всех случаев диагноз лечащего врача был „глистные инвазии“, причем сюда, главным образом, относятся больные с *Tenia solium*. Последние направлялись на излечение в больницу, остальные лечились амбулаторно; применялись, главным образом, *santoninum* и *thymolum*.

В результате лечения аскаридоза множественное отхождение глист было в 137 случаях; единичное—в 53; без результата—в 37; неизвестно—в 85. Отрицательный результат около 9% может быть увеличен за счет последней группы. Следует отметить, что даже множественное отхождение глист не давало гарантии в полной стерилизации желудочно-кишечного тракта: 22 человека были подвергнуты троекратному исследованию кала на протяжении трех месяцев и, несмотря на повторный глистогонный эффект сантонина, в 8 случаях всякий раз были обнаруживаемы яйца аскарид.

Относительно влияния противоглистных мероприятий на ход основной болезни у хроников указывается в таблице № 2.

Таблица № 2.

Диагнозы	Выздо- рвление	Улучше- ние	Безрезул.	Примечание
Функциональное заболев. нервной системы	8	11	10	Полное выздо- рвление несом- ненно было в слу- чаях с диагно- зом «глисты».
Малокровие	8	9	15	
Кошты хронические, подострые	6	12	14	
Заболевание желчных путей	2	4	4	
Язвы желудка	0	2	6	
Кожные заболевания	0	3	2	
Катарры желудка	12	10	8	
Разлитой бронхит (астма?)	1	0	2	

На таблице № 2 не отмечены многие больные, которые после дегельминтизации не посещали амбулаторию, и те, у которых результаты не отмечены в амбулаторных картах.

Под рубрикой „выздоровление“ в таб. № 2 числятся те больные, у которых после применения глистогонных средств получалось множественное отхождение глист, а в ближайшие 2—10 дней прекращались с их стороны жалобы на основное страдание, быстро восстанавливалась работоспособность и наблюдался резкий сдвиг в сторону улучшения включительно до нормы со стороны объективных данных. Под рубрикой „улучшение“ имеются в виду больные, у которых антигельминтологический результат приводил к уменьшению субъективных жалоб и к очевидному изменению объективных данных в ближайшее время.

В качестве иллюстраций привожу несколько историй болезней.

1) *В-ой З.* поступил в стационар 6-цы 1-го января под диагнозом хронический колит. Жалобы на частый стул с тенезмами в течение 5 месяцев, несколько раз получал лист нетрудоспособности. *Объективно:* сердце—левая гр. на соске, тоны приглушены; легкие—сухие рассеянные хрипы; печень выходит из под ребер, край неровный малобользненный; участки col. transversi et descend. вздуты, резкая болезненность при пальпации в области sigmoideae, здесь же стмечается резистентная припухлость; кал с примесью крови; моча—N; кровь—лейкоцитов 8500, из них: палочковидных—80%, сегмент.—660%, эозиноф.—20%, лимфоцитов—20%, моноцитов—40%.

После обычного лечения без значительного результата дан был сантонин—0,08 3 раза в день; за 3 дня вышло с калом 39 аскарид. С 18-го по 20-е января—незначительные боли в животе, стул 1 раз в сутки, оформлен. 21-го выписан на работу; здоров в течение 3½—4 месяцев.

2) *В-ой Г.* поступил в 6-цу с диагнозом хронический колит, болен 2 года, несколько раз получал листы нетрудоспособности. Жалобы на частый стул с примесью слизи и крови. *Объективно:* сердце—размеры N, тоны глуховаты; легкие—N; болезненность при пальпации по ходу толстых кишек, особенно в области ang. hepatic.; ° 36,6—37,2; в кале—яйца аскарид 15/XII дан сантонин—отхождение 17-ти аскарид. 19/XII стул 2 раза со слизью; 26/XII стул N; кал оформлен, без примесей; с 28/XII—на работу; здоров в течение 5 месяцев.

3) *В-ой Ч.* поступил в больницу с диагнозом миокардит, рассеянный бронхит, болен 2 месяца. Не работоспособен. *Объективно:* сердце—левая гр. на соске, правая—середина грудины; тоны приглушены, небольшая акцентуация II-го тона на art. pulm.; пульс 78—84; легкие—обильные рассеянные сухие хрипы, дыхание—20—22 в 1'; временами приступы одышки респираторного порядка; живот: печень выходит из-под ребер на 1 п.п., плотная, малобользненная, селезенка не прощупывается; сухожильные рефлексы повышены; на сгибах рук и плечах везикулезная, местами сильная сыпь. Р-скопия гр. клетки—перибронхит, расширение глистных зон, вялая подвижность диафрагмы, поперечник сердца расширен, более вправо. Мокрота слизистознойного порядка; кровь—Hb 700%, эритроцитов

4.500.000, лейкоцитов—7.000, формула: палочковидных 7⁰%, сегментированных 52⁰%, эозинофилов—6⁰%, лимфоцитов—30⁰%, моноцитов—5⁰%; моча—N; в кале яйца аскариды.

Постельное содержание, сердечные, отхаркивающие и отвлекающие средства не давали результатов. Дан сантонин в обычном порядке; с калом отхождение 21 экз. аскарид, через день—еще 6. Явления зуда и кожных высыпаний быстро стали уменьшаться без применения наружных средств. Через неделю:—pulm. редкие сухие хрипы, дыхание 14—16 в 1', астмоподобных приступов не отмечалось; оставались жалобы на одышку при физическом напряжении. Наблюдение 4 месяца; работоспособен.

4) *Б-ан В.* страдает часто повторяющимися гастроэнтеритами в течение последних 3 месяцев. Обострения выражаются поносами, рвотой, резкими болями в животе и общим угнетенным состоянием. В один из приступов в б-це с калом вышла одна аскарида. Дан сантонин—отхождение 14 глист. Болезненные явления совершенно исчезли на 3-й же день после отхождения глист. Повторное исследование кала через 10 дней дало вновь положительный результат. Применен тимол—отхождение еще 10 аскарид. В дальнейшем—3 месяца здорова, работоспособна.

Нужно указать, что у всех четырех больных в анамнезе отсутствовали жалобы на тошноту, „сосание под ложечкой“, сердцебиение, слюнотечение и т. д., что обычно для трафаретных случаев глистных инвазий.

На основании нашего материала можно установить наличие большого количества глистных инвазий среди амбулаторных больных в г. Кулебаках—59⁰%, причем на первом месте—аскаридоз.

Глистные инвазии далеко не всегда вызывают типичный для них симптомокомплекс, чем, очевидно, и объясняется значительно редкая диагностика „глистной болезни“.

Среди больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, функциональными заболеваниями нервной системы антигельминтологические мероприятия иногда явно отражаются на улучшении общего состояния здоровья, вплоть до полного выздоровления.

Труд по обследованию больных с неясными диагнозами, часто и длительно болеющих, на предмет глистных инвазий и дальнейшее антигельминтологическое мероприятие вполне оправдывает себя как с лечебно-профилактической стороны (уточнение и выяснение диагноза, правильное лечение), так и с хозяйственно экономической, имея ввиду уменьшение дней нетрудоспособности трудящихся.

Из рабочей поликлиники Заречья в Казани.

Лейкоцитарная формула крови при глистных инвазиях.

Зав. лабораторией Ш. И. Ратнера и зав. Гельминтологическим кабинетом Н. В. Розова.

Картина крови при глистных инвазиях и значение ее в клинике этих заболеваний уже достаточно освещены в печати. Тем не менее наш материал, нам кажется, представляет некоторый интерес благодаря тому, что мы изучали картину крови у тех больных ¹⁾ которым производилось, помимо копрологического исследования, также изгнание глист *per duodenum*. Таким образом, наши результаты касаются определенного вида глист,

¹⁾ Свободных от других заболеваний.