

нения со стороны ушей и появление опухолевидных разрастаний в области левой орбиты, ребер и грудины — позволила с несомненностью поставить диагноз хлоромы.

Больной получал следующую терапию: пенициллин — 35,5 млн. ед., стрептомицин — 22,0, норсульфазол, 18 переливаний эритроцитарной массы (2250 мл), витамины — викасол, аскорбиновую кислоту, тиамин и витамин В₁₂, инсулин, препараты железа и сердечно-сосудистые средства; в последние дни, в связи с мучительными болями и тяжелой одышкой, — наркотики.

Умер 14/III-55 г.

Клинический диагноз: Острый миелобластный лейкоз с опухолевидными разрастаниями (типа сарколейкоза — хлорлейкоза) в области глазницы, грудины и ребер; резко выраженная анемия. Двусторонний, преимущественно правосторонний, экссудативный плеврит (геморрагический). Выраженная миокардиодистрофия с явлениями перикардита. Недостаточность кровообращения II-Б. Остаточные явления двустороннего остеомиелита сосцевидных отростков. Двусторонний парез лицевых нервов. Остаточные явления полиомиелита с артритом левого голеностопного сустава и деформацией стопы.

Патологоанатомический диагноз (прозектор — Л. А. Сотниченко): хлоромы; опухолевидные разрастания зеленого цвета в костях свода черепа, левой глазницы, в сосцевидных отростках, ребрах, груди, позвоночнике, костях таза, в твердых мозговых оболочках, висцеральной и париетальной плевре, диафрагме, миокарде, капсуле печени и почках; гипохромная анемия; точечные кровоизлияния под эпикардом; двусторонний фибринозно-геморрагический плеврит; ателектаз легких; жировая дистрофия печени; паренхиматозная дистрофия миокарда и почек.

Костный мозг правой бедренной кости компактный, состоит из клеток типа миелобластов и миелоцитов. В протоплазме последних и между ними видны глыбки аморфного пигмента желтого цвета. Также встречаются единичные клетки типа гемоцитобластов, лимфобластов и незрелые уродливые формы эритроцитов.

Опухолевидные разрастания в костях свода черепа, левой глазнице, сосцевидных отростках, ребрах, груди, позвоночнике, костях таза, твердой мозговой оболочке, висцеральной и париетальной плевре, диафрагме, миокарде, в капсуле печени, почках и лимфатических узлах брыжейки имеют строение, аналогичное строению костного мозга.

Нёбная миндалина — многослойный плоский эпителий и подлежащая пульпа местами некротизированы. Дно дефектов покрыто фибринозными наложениями, инфильтрированными сегментоядерными лейкоцитами и круглыми клетками. Рисунок миндалины сохранен, в пульпе отмечается гиперплазия клеток миелоидного ряда.

Селезенка обычного строения, рисунок сохранен, отмечается небольшая гиперплазия клеток миелоидного ряда.

Интерес описанного случая заключается в некоторых особенностях: заболевание у юноши 25 лет дебютировало симптомами ушного страдания, что давало повод изменения со стороны крови расценивать в известной мере как вторичные; наблюдалось универсальное поражение хлороматозным процессом костной системы и многих важнейших внутренних органов, в том числе сердца, с галопирующим течением заболевания; несмотря на сложную клиническую картину, был правильно поставлен прижизненный диагноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. А. Лейкозы, М., 1950.
2. Кольнер Р. Ю. Педиатрия, 1939, 11.
3. Малышева. *Вопр. педиатрии, педологии и охраны матер. и дет.*, 1935, 2.
4. Меркулов И. И. *Русс. офтальмолог. журн.*, 1928, 5.
5. Покровский А. И. *Вестн. офтальмолог.*, 1941, вып. 2.
6. Эминет П. П. *Русс. офтальмолог. журн.*, 1927, 5—6.
7. Cortez P. J., Mendosa A. *Gaz. méd. Port.*, 1955, 485—505.

Поступила 10 января 1959 г.

ОПИСТОРХОЗ В ЛАИШЕВСКОМ РАЙОНЕ ТАССР

Р. И. Хамидуллин

Из 1-й терапевтической клиники (зав.— проф. Л. М. Рахлин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Исследуя рыбу карповых пород, выловленную в районах Лаишева на Каме и Камского Устья на Волге, мы обнаружили высокую ее зараженность метацеркариями описторхиса. Так, из 112 язей оказались пораженными 96 (85,7%), из 52 лещей — 38, из 13 жерехов — 4.

Патогенность метацеркариев была доказана путем кормления собак этой рыбой. Все 16 собак, получавшие сырую рыбу (язь, лещ, же-

рех), заболели описторхозом с появлением у них яиц описторхиса в испражнениях и обнаружением гельминтов при вскрытии в желчных протоках печени, желчном пузыре, протоке поджелудочной железы.

Описторхоз был обнаружен нами и при вскрытии кошек в селе Именьково, Лаишевского района.

Заболевания описторхозом человека в верховьях Камы (М. М. Мульменко) и ее притоках (р. Чусовая — Р. И. Хамидуллин) и основные звенья эпидемиологической цепочки на Нижней Каме (Лаишевский район) и на Волге, у Камского Устья, побудили нас выборочно исследовать на описторхоз население Лаишева, сел Именьково и Шуран. Это исследование было проведено совместно с Республиканской СЭС (Т. Г. Фролова) летом 1958 г.

Были исследованы на гельминтоносительство 260 человек: дети в детских яслях и садах, школьники 1 и 4 классов, а также рыбаки и члены их семей. Результаты исследования приведены в табл. 1.

Таблица

Зараженность населения гельминтами в Лаишевском районе ТАССР

Контингенты исследованных	Общее число	Количество инвазированных	Аскаридоз	Карликовый цепень	Власоглав	Энтеробиоз	Дифиллоботриоз	Описторхоз
Детясли	23	2	2	—	—	—	—	—
Детсад	142	22	13	6	1	2	—	—
Школа	39	3	3	—	—	—	—	—
Рыбаки и члены их семей	56	23	—	—	—	1	1	21
Всего исследовано . .	260	50	18	6	1	3	1	21

При исследовании испражнений на гельминтозы ни у одного из 204 человек описторхоз обнаружен не был. У 56 рыбаков и членов их семей, у которых выступали симптомы хронического поражения печени и желчного пузыря, проведено дуоденальное зондирование. Описторхоз выявлен у 21, из них мужчин 14, женщин 7.

14 больных были госпитализированы в нашу клинику. Их жалобы характеризовались следующим: общая слабость (10), периодические ноющие боли в правом подреберье (9), тошнота (9), головокружение (8), плохой аппетит (7), головные боли (5), приступообразные боли в правом подреберье (5), запоры (5), боли в области эпигастрия (3), отвращение к жирам (2), быстрая утомляемость (2), сердцебиение при ходьбе (3), раздражительность (1).

Необходимо отметить, что боли ноюще-колющего характера в правом подреберье обычно с приемом пищи не были связаны.

Таким образом, субъективные симптомы не имели интенсивный характер, и больные в большинстве не пользовались систематическим лечением, хотя о том, что у них «не все в порядке с печенью» взрослые пациенты знали.

При сравнении субъективной картины болезни в Лаишевском районе с тем, что известно об описторхозе в Обь-Иртышском очаге (Н. Н. Плотников, М. Э. Винников, Р. М. Ахрем-Ахремович и др.), обращает на себя внимание малая выраженность симптомов. Это объясняется тем, что, как показало дуоденальное зондирование, мы не встретили высокой инвазированности: обнаруживались единичные яйца описторхи-

сов (не больше 3—5 не в каждом поле зрения при исследовании центрифугированной желчи).

Из 14 госпитализированных больных субиктеричность склер отмечена у 9, а слизистой твердого неба — у 10, понижение питания — у 3.

Со стороны органов грудной клетки каких-либо симптомов, которые могли бы быть связаны с описторхозом, мы обнаружить не могли.

Нельзя всецело отнести за счет описторхоза и такие симптомы, как лабильность пульса и т. д., имевшие место у ряда больных.

АД у 6 больных не превышало 100, у остальных оно было в пределах нормы.

Общим симптомом была болезненность в области желчного пузыря, а у 10 — в области эпигастрия.

У 6 человек печень была отчетливо увеличена (до 5 см по среднеключичной линии), причем у двух обратила на себя внимание плотная ее консистенция. Френикус-феномен наблюдался во всех случаях, а симптом Ортнера — в 11.

У 5 больных наблюдалась эозинофилия, у 8 — нейтропения, у 6 — лимфоцитоз. Со стороны красной крови какой-либо патологии мы не выявили.

Уробилинурия наблюдалась у 7 больных, у 7 были подавлены секреция и кислотообразование в желудке (у 3 — повышение кислотности желудочного сока). У всех в желудочном содержимом было много слизи и лейкоцитов.

При исследовании дуоденального содержимого пузырный рефлекс оказался положительным у 8 больных. Латентный период рефлекса колебался от 5 до 40 мин. При микроскопическом исследовании желчи после центрифугирования мы обнаруживали яйца описторхиса, небольшое количество лейкоцитов, слизь. Таким образом, несмотря на симптомы воспалительного процесса в желчном пузыре (болезненность, положительный френикус-симптом), данные дуоденального зондирования свидетельствовали скорее о явлениях дискинезии, чем о воспалении желчевыводящих путей.

Для изучения функционального состояния печени мы исследовали реакции стабилизата белковых фракций крови (Таката-Ара, тимоловую пробу, реакцию Вельтмана), содержание билирубина.

У 10 больных (из 14 исследованных) содержание белка было в пределах нормы, у 3 наблюдалась гиперпротеинемия (9—9,8 г%), лишь у одного — гипопропротеинемия (6,4 г%). При исследовании белковых фракций сыворотки крови методом электрофореза у всех исследованных наблюдалось отчетливое увеличение α_1 -, α_2 -, и γ -глобулинов. Эта диспротеинемия как общий симптом функциональной патологии печени, по нашему мнению, должна быть связана с описторхозом.

При постановке реакции Вельтмана в 12 случаях наблюдался сдвиг вправо до 9 и 10 пробирок. Реакция Таката-Ара была положительной и слабо положительной у троих. Положительная тимоловая проба наблюдалась у двоих.

Реакция Ван-ден-Берга у всех 14 была непрямой. Содержание билирубина во всех случаях было в норме.

Таким образом, несмотря на малую интенсивность инвазии, функция печени у всех наших больных в известной степени была нарушена.

Длительность течения болезни сколько-нибудь точно определить чрезвычайно трудно, мы могли только исходить из данных анамнеза, что далеко не всегда, при столь стертой субъективной картине болезни, как у наших больных, может быть достоверным. Все же в ряде случаев анамнез позволяет допустить, что у некоторых больных имелось многолетнее страдание (до 10 лет). В этих условиях невольно возникает вопрос, почему у нашего контингента больных мы пока не встре-

тили ни цирроза печени, ни тяжелых общих проявлений, которые описываются в клинике описторхоза, и с чем связан факт, что описторхоз в ТАССР фактически не диагностировался? Возникает и другой вопрос: почему при высокой зараженности рыбы степень инвазии у обнаруженных нами больных невысокая? Мы объясняем эти факты тем, что в Татарии нет обычая употреблять в пищу сырую, мороженую рыбу («строганина»), как это имеет место в Обь-Иртышском бассейне. Во всех случаях заболевание связано с употреблением в пищу недостаточно просоленной рыбы (2—3 дня засолки). Как известно из работ проф. Н. Н. Плотникова и др., при солении рыбы, особенно крупной, все метацеркарии описторхиса погибают не ранее чем через 10 суток.

Все больные лечились гексахлорэтаном, предложенным проф. Н. Н. Плотниковым. Препарат давался утром спустя час после легкого завтрака (1 стакан чая и 100 г хлеба) в дозе 2,0 четыре раза с промежутками между приемами препарата в 10 мин. Лечение длилось 3—4 дня, и на курс требовалось до 32,0 препарата. В дни лечения и за 1—2 дня до и после него исключалась из употребления жирная пища. Запрещались спиртные напитки.

Во всех случаях мы получили клиническое улучшение, но ремиссия длилась до 6—8 месяцев, когда вновь приходилось повторять лечение.

Лечебный эффект в описываемых случаях оказался более высоким, чем по нашему же опыту в Приуралье; мы объясняем это относительно легкой инвазированностью.

Необходимо, чтобы описторхоз «был в поле зрения» врачей в приречных районах Татарской республики.

При хронических заболеваниях печени и желчных путей следует практиковать исследование дуоденального содержимого после центрифугирования, что, несомненно, приведет в ряде случаев к выявлению скрыто протекающего описторхоза.

Нужно широко информировать население о мерах предупреждения от описторхоза.

Поступила 6 августа 1959 г.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

М. П. Попов

Из клиники общей хирургии (зав.— проф. А. А. Поляnceв)
Сталинградского медицинского института и областной
клинической больницы (главврач — А. И. Гусев)

Долгое время существовало мнение, что заражение эхинококком происходит только через пищеварительный тракт. Клинические наблюдения привели к мысли, что все случаи множественного поражения эхинококком нельзя объяснить только экзогенным инвазированием.

Доказано, что эхинококковая киста может размножаться, не меняя хозяина, из зародышевой оболочки материнской кисты, путем имплантации дочерних пузырей и сколексов на серозные оболочки полостей.

Дальнейшая разработка этого вопроса позволила В. Г. Потапову, Т. Ф. Ганжулевиц и др. в экспериментах на животных установить, что сколексы, введенные через дыхательные пути в легкие, имплантируются и развиваются в пузырьную стадию. Так была доказана возможность аэрогенного заражения эхинококком.

По частоте поражения эхинококкозом легких у человека занимает второе место после печени. Множественный эхинококкоз по отношению ко всем локализациям паразита в легком, согласно данным различных авторов, колеблется от 8 до 16%.

Под нашим наблюдением за период с 1949 по 1958 гг. находилось 70 больных с эхинококкозом легких, в том числе с множественным и двусторонним поражением 8 (с односторонней локализацией — 5 и двусторонней — 3). Поражение одного легкого двумя кистами наблюдалось