

Из 2-го терапевтического отделения (зав. проф. Я. С. Шварцман) 2-ой клинической больницы (старш. врач Е. М. Ланда), в Одессе.

О заболеваниях почек при малярии.

П. Л. Гинзбург и Т. М. Терлецкая.

Многообразие поражений внутренних органов при малярии давно уже обратило на себя внимание клиницистов. Приведенное у Свенсона деление клинических проявлений малярии на формы: тифозную, холеро-видную, дизентерийную, легочную, геморрагическую и желчную — является подтверждением универсальной органотропности малярийного вируса. Наблюдавшееся в 1933 году увеличение числа случаев малярии естественно побуждает клинику заняться дальнейшим изучением висцеральных форм малярии.

Первые указания на изменения со стороны почек при малярии относятся к 60-м годам прошлого столетия (Виноградов) и за последнее десятилетие отмечены целым рядом как советских, так и иностранных авторов (Будилин и Андреева, Свенсон, Кушев и Россов, Вольский и Шевелева, Гильоли, Лорандо, Маршу). По данным Кушева, Бартело, Бабеса, Коста почечные поражения при малярии встречаются довольно часто, тогда как Сенатор и Фрерихс находили их сравнительно редко. Лурия отмечает наличие фебрильных альбуминурий в 42% своих случаев, Вольский и Шевелева в 67%. Маршу подвергает сомнению непосредственную зависимость поражений почек от малярии; по наблюдениям Широкогорова патолого-анатомические изменения в почках при хронической малярии не представляют правила. В отдельных случаях на секции обнаруживается амилоидное перерождение органа (Лорандо). Что касается клинического проявления нефропатий, этиологически связываемых с малярийной инфекцией, то описываются как отмеченные нами уже выше простые фебрильные альбуминурии (Лурия), так и очаговые и диффузные нефриты с отеками (Гоз — при тропической форме).

За период времени май 1933 г. — январь 1934 г. через наше отделение прошло 1.004 больных, из них с поражениями почек 87 (8,8%). Малярийных больных за это время было 28 чел., из них у 16 (след. в 57,1%) имелось также почечное заболевание; по отношению ко всем почечным больным малярики с нефропатиями составляли 18,4%. Таким образом на нашем материале более чем в 1/2 всех случаев малярия сопровождалась изменениями со стороны почек, что несомненно заслуживает внимания.

На основании анамнестических сведений, а также данных клинического и лабораторного исследования мы можем отметить следующее. Хотя у всех 16 больных малярийные плазмодии были обнаружены в периферической крови, анамнестически в целом ряде случаев не имелось никаких указаний на малярийное заболевание в прошлом, и больной даже не знал, что он болен малярией; типичные приступы совершенно отсутствовали, температура была нормальной, либо субфебрильной. Почти все больные поступали в отделение с диагнозом почечного заболевания, и только в клинике устанавливалось наличие малярии.

В тех случаях, где в анамнезе была малярия, поражение почек ни разу не обнаруживалось ранее месяца после начала малярийных приступов. С другой стороны, из 12 больных со свежей малярией, поступивших в наше отделение, через несколько дней после первого парексизма, ни в одном случае в моче не было обнаружено каких-либо стойких патологических элементов.

В случаях, сопровождавшихся поражениями почек, исследование мочи обнаруживало альбуминурию различной степени—от следов до 20%. В осадке постоянно отмечались выщелоченные эритроциты и гиалиновые цилиндры, а иногда и зернистые. Из экстраренальных симптомов мы всегда констатировали наличие отеков, подчас весьма значительных и постоянно имевших т. н. „почечный“ характер распределения. Кровяное давление, измеренное у 12 больных, оказалось нормальным только в одном случае (где почечный процесс был еще совсем свежим). У остальных больных мы обнаружили сопровождаемую умеренными колебаниями гипертензию (до 145—195 мм ртутного столба). Азотемия в некоторых случаях достигала 100 мг % остаточного азота. В 3 случаях больные поступали к нам с явлениями субуремии и обычная противоуремическая терапия (венесекция, внутривенные вливания глюкозы и т. д.) не оказывали почти никакого влияния и только систематическое назначение хинина ликвидировало проявления уремии.

В одном случае больной с хронической тропической малярией и поражением почек после выписки в хорошем состоянии вновь поступил в больницу с явлениями тяжелой кардиоваскулярной недостаточности в сочетании с уремией. Изменения в сердце были нефрогенного порядка, но явления декомпенсации оказались вызванными тяжелой физической работой, которой больной занялся, несмотря на запрещение. В другом случае больной поступал 3 раза: сперва—как больной с острым почечным заболеванием (как впоследствии выяснилось—латентном периоде малярии) затем—с малярийным рецидивом и в третий раз—как больной с хронической нефропатией.

Таким образом на нашем материале устанавливается чрезвычайная частота почечных поражений при малярии. Имеется ли здесь случайное совпадение или определенная этиологическая и патогенетическая зависимость?

Конечно, наш материал слишком мал, чтобы делать какие-либо заключения статистического порядка, хотя факт обнаружения почечных изменений в 57% случаев малярии, бывших под нашим наблюдением, конечно, заслуживает внимания. Не говоря уже о приведенных нами выше литературных данных, подтверждающих малярийную этиологию некоторых почечных заболеваний, общие соображения об инфекционной этиологии нефропатий делают такую зависимость вполне возможной. Достаточно указать на поражение почек при скарлатине, гриппе, сифилисе, туберкулезе. Поэтому нет никаких оснований отрицать возможность и малярийной этиологии.

То, что поражение почек (по крайней мере на нашем материале) наблюдается, главным образом, в случаях хронической и мало леченной малярии и наступает, во всяком случае, не раньше 3—4 недель после заболевания малярией,—заставляет считать, что патогенетические малярийные нефропатии следовало бы рассматривать как выражение аллерги-

ческой реакции почки на токсико-инфекционное воздействие малярийного плазмодия.

Шик и Поспишил рассматривают подобные случаи как выражение „второй болезни в постинфекционном периоде“. По классификации Лур и Я эти почечные изменения следует отнести к парамаларийным заболеваниям. Вид плазмодия, вызывающего нефропатию, очевидно, не играет большой роли, хотя тропика, повидимому, дает самые тяжелые формы; решающее значение приходится придавать тому, подвергался ли больной достаточной хинизации или нет.

Подтверждение малярийной этиологии описываемых нами нефропатий можно было бы искать в результатах специфического лечения. Хотя мы, в противоположность Гозу и Адамян, не наблюдали очень резкого улучшения почечного процесса под влиянием хинизации, но и в наших случаях при применении специфической терапии альбуминурия и отеки обычно уменьшались, а кровяное давление падало; если рассматривать поражение почек при малярии как выражение аллергии по отношению к токсинам, выделяемым малярийным плазмодием, то, конечно, представляется мало вероятным, чтобы патолого-анатомические изменения, возникшие в почке, исчезли под влиянием специфической хинизации. С другой стороны, лечение хронических форм малярии является весьма затруднительным. Течение заболевания, возникшего остро, как правило, было затяжным и полного излечения мы не наблюдали; больные выписывались с улучшением, но процесс обнаруживал тенденцию к переходу в подострую, либо в хроническую форму, особенно в случаях долго длящейся малярии, сопровождаемой упадком питания; обычно сохранялась умеренная гипертензия и азотемия.

В отношении характера поражения почек следует отметить, что преимущественно имелись комбинированные формы заболевания, т. е. нефрозо-нефриты.

Очаговых нефритов, возникающих обычно в течение основного заболевания, мы, в противоположность Гозу, не наблюдали. Что касается легких т. н. фебрильных альбуминурий, то они, как и при других инфекциях, проходили с прекращением приступов и поэтому не могли быть рассматриваемы как специфические для малярии. В двух случаях, попавших на секционный стол, в почках были также обнаружены явления нефрозо-нефрита.

Таким образом поражение почек при малярии еще больше усложняет клинические проявления этого заболевания; и если коматозная форма при тропической малярии объясняется скоплением плазмодиев в капиллярах мозга, то, с другой стороны, нельзя отказаться от предположения, что в некоторых случаях (не только тропической формы) эта кома может быть и уремического происхождения. Явления со стороны почек при малярии в значительной степени ограничивают трудоспособность больных даже в период латентности, ибо обнаруживают тенденцию переходить в подострую форму. Излишне подчеркивать, что своевременная достаточная хинизация должна явиться в случаях свежей малярии лучшим профилактическим средством против почечных осложнений.

Подводя итоги нашим наблюдениям, позволяем себе сделать следующие выводы:

1. В случаях хронической нелеченной или недостаточно леченной малярии нередко наблюдается поражение почек.

2. Не следует забывать о возможности малярийной этиологии почечных заболеваний и искать малярию даже в случаях с отрицательным анамнезом.

3. Почечные поражения при малярии проявляются клинически в виде нефрозо-нефритов, сопровождающихся большими отеками.

4. Течение парамаларийных почечных заболеваний большей частью затяжное, с обострениями при рецидивах и переходом в подострую форму.

5. Терапевтическое действие хинина при парамаларийных почечных заболеваниях выражено умеренно; оно проявляется довольно отчетливо в случаях уремии, вызванных малярийным поражением почек.

6. Настойчивая хинизация в свежих случаях малярии должна быть единственным профилактическим средством против почечных осложнений

Из биофизической лаборатории Украинского госуд. института курортологии и физиотерапии, Харьков (зав. ст. асс. В. В. Со и н и к о в).

К вопросу о биологической дозе для ультракоротких волн (УКВ).

В. В. Соиников.

В целом ряде научных центров как у нас, так и за границей вот уже много лет ведутся научные наблюдения над биологическим действием ультракоротких волн.

По этому вопросу написано немало интересных работ, а некоторыми исследователями уже начато применение УКВ с терапевтической целью при целом ряде заболеваний.

Однако, несмотря на это, ни физик, ни врач еще не располагают соответствующей биологической дозировкой УКВ. Мало того, до сих пор как будто не намечен даже тот ориентировочный путь, которым в будущем предполагается подойти к этому вопросу.

Невольно напрашивается параллель с рентгенотерапией,—несмотря на довольно продолжительное время ее существования и колоссальные достижения, и здесь до сих пор еще не выработано биологической дозировки. Необходимо все же указать, что с физической рентгеновской дозировкой дело обстоит несколько лучше.

Создается такое впечатление, что такой важный момент в работе, как дозировка, отступает на задний план перед лицом тех больших терапевтических результатов, которые достигнуты рентгенотерапией и которые еще в большей степени обещает нам такая интересная область, как применение ультракоротких волн в терапии.

Многочисленные исследования по этому вопросу не дают возможности повторить описанные эксперименты или проверить лечебное применение, так как ни один из авторов не указывает применяемой им дозировки. Наша лаборатория также провела достаточное количество экспериментов с применением УКВ и получила положительные результаты, но при-