

Эп, районных врачей, терапевтов, педиатров), то Троп. ин-ту следовало бы обобщить весь цифровой материал по применению противо-малярийных синтетических препаратов, с указанием процента рецидивов и осложнений на большом, длительно прослеженном, материале; только тогда сумеют быть уточнены противопоказания к применению акрихина и плазмоцида.

Из Детской клиники Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (завед. заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский).

Лечение малярии у детей синтетическими препаратами.

М. Г. Акчурина.

С того времени, как русским химиком Бултеровым было установлено наличие в молекуле хинина хинолинового ядра, для многих лабораторий показалась привлекательной задача синтезировать активное противомалярийное средство, исходя из структуры молекулы хинина. Эту задачу до известной степени разрешили эльберфельдские химики Шульман, Шенгофер и Винглер синтезом плазмохина диэтил-аминоизо-пентил 8-амино—6-метоксихинолипа. Плазмохин не является тождественным хинину. В то время как хинин действует на бесполое формы тропической малярии и также на все формы больших паразитов трех- и четырехдневной лихорадки, плазмохин, являясь активным против всех форм трех- и четырехдневной малярии, не действует на кольца тропической малярии и соответственно этому не купирует приступов при этой форме малярии. Еще большую разницу при сравнении с хинином представляет плазмохин по отношению к гаметам тропической малярии: плазмохин является гаметоцидным препаратом, в то время как хинин на полудуния не оказывает почти никакого действия. Таким образом плазмохин при тропической форме малярии не заменяет, а дополняет хинин. У нас в СССР аналогичный германскому плазмохину был синтезирован Магидсоном и Струковым препарат плазмоцид. Плазмоцид отличается от плазмохина наличием более короткой и неразветвленной боковой цепи (он является диэтиламинопропил 8-амино—6-метоксихинолином). Кроме того, плазмохин обладает токсическими свойствами, плазмоцид же не обладает токсичностью. Синтетические препараты хинолинового ряда по их хемотерапевтическому эффекту значительно отличаются от хинина. За последние годы получен синтетический препарат, дериват другого гетероциклического ядра, акридиновая краска атебрин, по хемотерапевтическому действию—полный аналог хинину. Атебрин подвергся испытанию в различных странах света и получил весьма блестящий отзыв, как препарат, лишенный токсических свойств и энергично действующий на паразитов малярии. Аналогичный атебрину у нас акрихин был выпущен в виде таблеток желтого цвета. Акрихин применялся в Центральном тропическом институте Тареевым и Эпштейном. При применении акрихина в дозе по 0,1 три раза в день в течение 5 дней они получили ясный, купирующий лихорадку паразитоцидный эффект.

Если примененные синтетических препаратов против малярии у взрослых более или менее освещено в литературе, то относительно приме-

ния этих препаратов при малярии у детей имеются лишь единичные работы. Так, в работе Николаева „Лечение плазмодием малярии у детей раннего возраста“, вышедшей из Ин-та ОММ Средневолжского края, автор отмечает паразитоцидное и в особенности гаметоцидное действие плазмодида, не отмечая в то же время каких-либо побочных явлений. Придавая большое значение применению синтетических препаратов как средству, испытанному в практике лечения взрослых и почти не проверенному при лечении малярии у детей, мы решили провести наблюдения над действием как плазмодида, так и акрихина при лечении малярии у детей.

На плазмодице всего проведено нами 27 случаев. Все взятые под наблюдение больные имели паразитов в периферической крови. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 2 до 3 $\frac{1}{2}$ лет—3, от 4 до 7 лет—5, от 7 до 13 лет—12 б-х. Длительность заболевания до начала лечения от 1 до 2 мес.—15, от 4 до 5 мес.—4, от 8 до 10 мес.—8 случаев. По виду паразитов—в 26 случаях *malaria tertiana* и лишь в одном случае *malaria tropica*. По характеру приступов у большинства детей отмечается озноб и жар через день, и небольшой процент случаев протекает без указания на повышение температуры. Селезенка выступает из подреберного края в 7 случаях на 1 см, в 6 сл. на 2 см, в 7 сл. на 3 см и в 7 сл. на 4 см. Дети старшего возраста (от 8 до 13 лет) получали плазмодид по 0,02 три раза в день, в возрасте от 4 до 7 лет по 0,01 три раза в день, в возрасте от 2 до 4 лет—по 0,005 три раза в день. В такой дозе плазмодид давался в течение трех дней; таких циклов проводилось четыре с перерывом между ними в 4 дня. Дети охотно принимали плазмодид, никаких побочных явлений не наблюдалось. Лишь в одном случае больная, получавшая плазмодид в течение месяца по вышеуказанной схеме, к концу лечения стала жаловаться на боль в области печени, которая быстро прошла. В большинстве случаев *malaria tertiana* паразиты исчезали из периферической крови на 5—6-ой день лечения, температура, падая на 3-й и 4-й день, в дальнейшем давала небольшие подъемы до 37,2°.

В случае тропической малярии под влиянием лечения плазмодидом исчезали гаметы, но упорно держались кольца, и только комбинированный метод лечения плазмодидом и хинином привел к исчезновению колец.

Остановимся подробнее на этом случае.

Больная Катя А., 11 лет, дочь рабочего. Поступила в клинику с жалобами на жар, головную боль в течение 3 недель, за последние дни появились отеки на лице и нижних конечностях. При осмотре бросалась в глаза резкая бледность, общие отеки. В брюшной полости имеется свободная жидкость. Со стороны легких и сердца патологических симптомов нет, печень и селезенку из-за наличия жидкости в брюшной полости не удалось прощупать. Т° вначале была 37,2 и в последние дни около 38. Со стороны мочи изменений не отмечалось. Исследование крови обнаружило лейкопонию—4177 лейкоцитов в 1 мм³ и резкую анемию; гемоглобина 42%, эритроцитов 2500000. В мазке найдены паразиты *malariae tropicae*. Назначен плазмодид по вышеуказанной схеме. На 6-й день исчезли гаметы, но кольца держались, и только после дачи плазмодида с хинином в меньшей дозе кольца исчезли, отеки стали спадать. Девочка выписалась поправившейся.

Что касается рецидивов при лечении плазмодидом, то в 6 случаях рецидивы отмечались до истечения первого месяца после лечения, в 10 случаях больные возвратились с рецидивом после месяца.

Для иллюстрации приводим следующий случай.

Миля А., 10 лет, дочь наборщика, поступила в клинику по поводу *malariæ tertianæ*; получила лечение плазмочином по вышеуказанной схеме в течение месяца. В результате лечения паразиты исчезли из периферической крови, температура пала до нормы, селезенка сократилась. Через месяц после проведенного лечения вновь поступила с высокой температурой, с наличием паразитов в крови.

Теперь перейдем к наблюдениям над акрихином. Всего проведено нами 40 случаев; все б-ные были с паразитами в периферической крови.

По возрасту дети распределялись следующим образом: от 1½ до 3 лет—9, от 4 до 7 лет—17, от 8 до 13 лет—17 случаев. Длительность заболевания до поступления в клинику в большинстве случаев от 2 недель до 2 месяцев. По виду паразитов—38 случаев *malaria tertiana*, 2 случая *malaria tropica*. По характеру приступов у большинства больных отмечается озноб и жар через день и небольшой проц. случаев протекает без указания на повышение температуры. Селезенка выступает в 14 случаях на 1 см из-под реберной дуги, в 7 сл. на 2 см, в 4 сл. на 3 см, в остальных случаях на 5—6 см. Дети в возрасте от 1½ до 2 лет получали акрихин в дозе по 0,02 три раза в день, в возрасте от 2 до 3 лет по 0,03 три раза в день, от 3 до 7 лет по 0,05 три раза, в возрасте от 8 до 13 лет по 0,1 три раза в день. В такой дозе акрихин давался 5 дней подряд, затем делался перерыв 10 дней, вновь давался 3 дня и после второго перерыва в 10 дней давался еще 3 дня. На этом курсе лечения заканчивался. Дети принимали акрихин охотно, никаких побочных явлений не отмечалось, кроме легкой желтоватой окраски кожи, которая проходила через 10—12 дней после проведенного лечения. Исследование крови на паразиты производилось на 2, 3 и 4-й день после начала дачи акрихина; после проведенного курса лечения также неоднократно брались мазки для исследования на паразиты. В большинстве случаев паразиты исчезали из периферической крови на 4-й день после дачи акрихина. Температура, как правило, падает на 3-й день после первой дачи акрихина. Нужно отметить быстрое сокращение селезенки в начале лечения. После проведенного лечения дети хорошо прибывали в весе, становились живее. Приводим для иллюстрации случай.

Шура А., 11 лет, дочь инвалида. Больна 1 год. Периодически отмечается жар и озноб. За последние 1½ месяца приступы жара и озноба усилились, девочка сильно ослабла, не может ходить. При объективном исследовании резко бросается в глаза бледность с желтоватым оттенком, резкое истощение, вялость. Со стороны легких и сердца уклонений нет. Селезенка плотная до уровня пупка. T° 38. При исследовании крови обнаружена резкая анемия: гемоглобина 2%, эритроцитов 1 810 000; лейкопения—3 600 лейкоцитов в 1 мм³. В мазке найдены паразиты *malariæ tertianæ*. Дан акрихин по 0,1 три раза в день в течение 5 дней. На 4-й день исчезли паразиты, температура пала до нормы; на 5-й день резко сократилась селезенка. Затем проведены еще два цикла дачи акрихина по три дня с перерывами в 10 дней. В результате проведенного лечения наступило резкое улучшение общего состояния. Количество гемоглобина повысилось до 43%, эритроцитов до 2 830 000, лейкоцитов до 7 400.

Что касается рецидивов, то при лечении в течение 5 дней без повторения дачи акрихина отмечались рецидивы через месяц—полтора. При даче по указанной нами схеме и при дальнейшем наблюдении в течение ряда месяцев до 1 года рецидивов не удалось отметить.

Таким образом, суммируя все вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Синтетические препараты переносятся детьми хорошо и осложнения не дают.

2. Плазмочид дает хороший эффект в комбинации с хинином, особенно при тропической малярии.

3. Акрихин дает хорошие результаты при лечении малярии у детей при даче по вышеуказанной схеме.

4. Дозы акрихина по вышеуказанной схеме хорошо переносятся детьми.

Из IV терапевтической клиники Казанского гос. мед. ин-та и 2-ой инф. б-цы Горздрава (директор клиники и гл. врач б-цы проф. В. И. Катеров).

К вопросу о лечении малярии при беременности.

А. И. Верховская.

В опубликованном правительством законе о запрещении аборт, увеличении материальной помощи роженицам и т. д. говорится, что „производство аборт допускается исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно и при наличии передающихся по наследству заболеваний родителей“.

Это чрезвычайно ценное решение правительства о сохранении здоровья матери и ребенка предъявляет к врачебной массе большие требования. Для наилучшего выполнения его необходимо приложить все силы на сокращение заболеваний, отражающихся на продолжении и течении беременности. Данное положение служит одним из мотивов для того, чтобы еще раз заострить внимание врачебной массы на вопросе о взаимном влиянии и лечении малярии во время беременности.

Малярия у беременных еще до сих пор не лечится должным образом и она нередко вызывает преждевременное прерывание беременности или служит показанием для прерывания ее.

Этиология, патогенез и клиническая картина малярии привлекают к себе большое внимание врачей различной специальности, и все же в клинике малярии остается много неясностей, затрудняющих нередко ее распознавание и лечение.

Одним из наиболее мало известных широким кругам практических врачей вопросов клиники малярии является вопрос о взаимном влиянии малярии и беременности. Проф. Арешев по этому вопросу на VIII съезде акушеров и гинекологов (труды Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, 1928 г.) в докладе „Беременность и роды при малярии“ отмечает, что по вопросу о влиянии малярии на беременность ему известны только три работы: Львова (1882 г.), Соловьева и Соth'a (1894 г.). В вышеуказанных работах число наблюдений невелико: от 30 до 142 случаев, последняя цифра у проф. Арешева за 5—8 лет.

Наш материал охватывает 40 клинически проведенных случаев за 1935 г. и 5 мес. 1936 г. По составу больные распределяются следующим образом: а) по возрасту: от 19—35 лет; б) по социальному положению: рабочих—24, колхозников—4, прочих—12 чел.; в) длительность болезни (малярии): 1 мес.—23 чел., 1 год—6, 2 года—1, 3 года—3, свыше 5 лет—7 чел.; г) длительность малярии во время данной беременности—от 3 дней до 4 мес.; д) по числу беременно-