

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-

стей: 1-я—17 чел., 2-я—8, 3-я—7, 4-я и больше—8 чел.; в) по сроку беременности: 2-мес.—6 чел., 3-мес.—4, 4-мес.—5, 5-мес.—6, 6-мес.—7, 7-мес.—8, 8-мес.—5 чел.; ж) форма малярии: первичных—20, рецидивов—20 чел.; з) по типу возбудителя (с плазмодиями в крови): терциана—14, квартана—2, тропич.—1, смешанная—2, у остальных больных плазмодий в крови обнаружить не удалось; и) длительность пребывания в клинике: от 3 дней до 3 недель, в среднем 7 дней. До поступления в клинику 10 чел. лечились в амбулаторной обстановке хинином нерегулярно, 30 чел. во время данной беременности не лечились от малярии вовсе.

Своевременное распознавание и лечение малярии у беременной имеет большое значение, так как, чем меньше длительность малярийных приступов, тем меньше данных для самопроизвольного прерывания беременности. Приступ малярии у больных, страдающих хронической малярией, повидимому, не провоцируется под влиянием беременности. У большинства наших больных в качестве провоцирующих моментов отмечаются: простуда, инсоляция, хотя две б-ые отмечают приступы малярии и во время предыдущих беременностей, оканчившихся у них при этом выкидышами.

Б-ная Ч-на, 30 лет, работница. Болеет малярией с 1925 г., приступы ежегодно. Имела 5 беременностей, во время приступов не лечилась. Две предыдущие беременности окончились выкидышами во время приступов малярии. Настоящая беременность (5 мес.) протекала с высокой температурой; б-ая лечилась до клиники и в клинике хинином, выписалась с значительным улучшением. Данная беременность протекала нормально и закончилась в срок, ребенок жив.

Все больные указывают на более тяжелое течение малярии у них во время беременности по сравнению с приступами малярии, бывшими у них вне беременности.

Больные, страдающие хронической формой малярии во время беременности и лечившиеся в амбулаторной обстановке, в 8 случаях проделали дома несколько приступов с высокой температурой до 39—40 градусов. Эти больные поступали в клинику с указанием на „упорность“ и тяжесть случая при высокой температуре. В клинике у них с момента поступления до выписки приступов не было или наблюдалось по одному приступу.

Б-ная С-ва, 19 лет, клеильщица фанерного з-да. Прислана из Зеленодольска с диагнозом „упорная малярия“, температ. 39,6°, беременность 6-й м-ц. Больна 6 дней: приступы ежедневно, лечилась в амбулатории хинином и плазмоцидом без эффекта. За время пребывания в клинике в течение 7 дней приступов не было, температура не повышалась.

Б-ная Н-ва, 23 года, работница. Поступила в клинику с диагнозом „упорная малярия“, беременна. Страдает малярией 8 месяцев. Лечилась хинином и плазмоцидом безуспешно. В клинике температура не повышалась, приступов не было. За время пребывания в клинике приняла 1 курс лечения плазмоцидом по 0,05—3 р. в день.

Диагноз малярии у данных б-х подтверждался нахождением плазмодиев в крови.

Температурная кривая у больных, находившихся под наблюдением в клинике, большей частью была не характерной: у 12 больных темп. была субфебрильной в течение 2—3 дней, в 8 случаях температура в клинике не повышалась, у 20 больных были единичные приступы. Селезенка у наших б-ых прощупывалась в 26 случаях, плотной или плотноватой консистенции, всегда болезненная. В 10 случаях при-

ступы сопровождалась болями в животе, имевшими характер кратковременных острых болей. В одном случае (6-ая Н-ва, 23 лет) боли в животе приняли характер схваткообразных, что заставило нас заподозрить начало родов и перевести 6-ную в акушерское отделение; там боли прекратились, и (по наведенным позднее справкам) 6-ная родила затем в срок. 6-ная эта поступила с диагнозом „упорная малярия“, беременность 4-й м-ц. Больна 8 м-цев, приступы через день. Лечилась плазмоцидом по 0,05—3 р. в день. В 8 случаях приступы малярии сопровождалась рвотой, отягощавшей еще больше состояние больных. В 2 случаях во время приступов малярии были небольшие маточные кровотечения, быстро прекратившиеся; в это время лечение хинином и плазмоцидом у них не прекращалось (6-ные Л-ва и Г-ва).

Наиболее серьезным осложнением во время беременности является, конечно, преждевременное прерывание беременности. По некоторым авторам прерывание беременности при малярии достигает очень больших цифр. Так, проф. Арешев на своем материале приводит 60% выкидышей и преждевременных родов при малярии; другие авторы (Таболов, Гузиков) приводят от 1% до 23%. У нас из 40 чел. только в двух случаях (в 5%) было отмечено преждевременное прерывание беременности.

6-ная Х-на, 22 лет, чернораб., поступила в клинику 17/V 35 г. с жалобами на приступы малярии через день. Больной себя считает 16 дней, приступы с температур. 39°. До этого малярией не болела; 4-5 мес. тому назад был аборт на 4-м месяце беременности. По словам больной врачи находили у нее опущение матки. Затем месяц тому назад во время работы ей на живот упал камень. Данная беременность 2-мес., о наличии ее больная не знала. В клинике 6-ная пробыла 21 день. Несмотря на лечение, приступы были ежедневно в течение 13 дней, в крови плазмидии малярии (vivax+gracex). Лечение проводилось чередованием плазмоцида 0,05—3 р. с хинином по 0,15—6 р. в день. Указанная доза плазмоцида применялась на основании первой инструкции Наркомздрава.■

Другая 6-ная С-ая, 29 лет, студентка. Поступила в клинику на 11-й день болезни с жалобами на приступы малярии с температур. 40° через день. В прошлом году болела малярией в течение 1 м-ца. Принимала хинин, и приступы прекратились. Настоящие приступы проходят тяжелее, чем в прошлом году. Замужем 6-й год, настоящая беременность первая—7,5 мес. В клинике было два приступа с температур. 40,3°. Больная только с 3-го дня пребывания стала получать плазмоцид по 0,03—3 р. На 4-й день пребывания в клинике после приступа с температур. 40,3° у больной появились схваткообразные боли в животе и сукровичные выделения. Отправлена в акушерское отделение, где у 6-ой произошли преждевременные роды, ребенок умер.

Из анамнестических данных этих 6-х видно, что как у первой, так и у второй имеются заболевания со стороны половой сферы. У первой больной в анамнезе преждевременные роды, опущение матки и ушиб живота. Вторая больная была замужем 6 лет и не имела беременностей. Приступы у нее протекали тяжело с высокой температурой до 40,3°. В клинику поступила на 11-й день заболевания, перенесла в домашней обстановке несколько тяжелых приступов. По словам больной, она лечилась дома дробными дозами хинина, но нерегулярно. В остальных наших случаях под влиянием лечения мы наблюдали: быстрое прекращение приступов (от 3 до 5 дней), отсутствие подобных явлений во время лечения и благополучное течение беременности за время наблюдения. По наведенным нами справкам у 13 чел. дальнейшее течение беременности было благополучно и у 6 ч. роды

произошли в срок, сведений от остальных больных получить не удалось, несмотря на сделанные письменные запросы.

Из больных с положительным результатом лечения можно указать следующих: К-на, 20 лет, студентка. Беременность 7 мес. Заболела остро 15/VI. Приступы малярии через день. Поступила на 7-й день заболевания. В клинике было 2 приступа с температур. 39,2 и 38°, сопровождавшихся рвотой и болями в нижних отделах живота. Селезенка увеличена на палец, мягкой консистенции, болезненная. Б-ная бледная с желтушным оттенком. До клиники не лечилась. Объясняя тем, что врач не советовал принимать хинин. За время пребывания в клинике в течение 7 дней принимала хинин по 0,15—6 раз в день. Выписалась в хорошем состоянии с нормальной температур., селезенка сократилась, плазмодии в крови исчезли. В последний м-ц беременности работала в районе на разъездной работе. По наведенным справкам родила в срок, ребенок жив.

Б-ая П-на, 35 лет, уборщица. Беременна 8 мес. Заболела малярией остро. Приступы ежедневно. Температура 40°, приступы сопровождались рвотой. До клиники болела больше месяца, не лечилась. В клинику поступила в тяжелом состоянии с темп. 40° ежедневно в течение 6 дней. Во время приступа наблюдалось падение сердечной деятельности. Имелся декомпенсированный порок сердца. В крови найдены плазмодии vivax. Больная бледная с резкой желтушностью кожных покровов, на ногах отечность. В анамнезе: перенесенная малярия в 1926 г. В клинике лечение: плазмоцид по 0,025—4 раза в день два курса, чередование с хинином по 0,15—6 р., всего 3 курса. Кроме того, больная принимала адонилон по 12 кап. 3 р. в день. Выписалась с нормальной температурой, приступов в клинике не было в течение 12 дней. Появился аппетит, сон, внешний вид больной резко улучшился. Плазмодии при выписке не обнаружены. До окончания беременности приступов не было. Родила в срок.

Таковы же истории и других больных. Переходя к вопросу о лечении данных больных, надо отметить, что в амбулаторной обстановке у многих врачей еще до сих пор имеется боязнь лечить беременных, страдающих малярией. Из 40 чел. не лечилось 30, несмотря на наличие приступов в течение месяца и более, при хорошо развитой сети леч.-профилактических и спец. противомаларийных учреждений. Больные большей частью объясняли нам отсутствие лечения тем, что врачи амбулаторий и здравпунктов не советовали им принимать хинин из опасения перерыва беременности.

Наши наблюдения, а также и наблюдения ряда других авторов (Таболов, Арешев), показывают, что опасения эти совершенно не обоснованы, наоборот отсутствие лечения и запущенность малярии могут в значительно большей степени угрожать беременности. Конечно, лучше лечение таких случаев проводить в стационарной обстановке.

Лечение беременных, больных малярией, в 21 случае мы проводили дробными дозами хинина по 0,15—5—6 раз в день. Во избежание возможности особой чувствительности к хинину, мы назначали обычно в первые дни по 0,2—3 р. в день, затем 0,2—4 и 5 р. в день в течение 6—7 дней подряд; в случае, если приступы не прекращались, то лечение хинином продолжали дальше, считая от последнего приступа еще 6 дней. В случаях, не поддававшихся лечению хинином, комбинировали его с другими препаратами. Лечение плазмоцидом было проведено нами в 7 случаях, назначали по 0,025—4 р. в день. Комбинированное лечение путем чередования хинина и плазмоцида в тех же дозах было проведено в 6 случаях. Акрихин ввиду получения его только в последнее время был применен лишь в 4 случаях в дозе по 0,1—3 р. в день в течение 6 дней; акрихин с плазмоцидом—в 2 случаях в тех же дозах. При лечении: 1) хинином больные предали в клинике;

1 приступ—5 чел., 2 приступа—6 ч., более 3 приступов—4 ч., не было повышенной температуры у 6 чел.; 2) *плазмоцидом*: 1 приступ—1 чел., 2 приступа—3 ч., более 3 приступов—1 ч.; не было повышенной температуры у 2 чел.; 3) *чередование хинина с плазмоцидом*: 1 приступ—3 чел., более 5—2 чел., не было повышенной температуры у 1 чел.; 4) *акрихином*: 1 приступ—1 чел., 2 приступа—1 чел., 2 субфебр., темп.—2; 5) *акрихин-плазмоцид*: 2 приступа—2 человека.

Во время лечения дробными дозами хинина внутрь никаких осложнений у б-ых не наблюдалось, купирование приступов в большинстве случаев было быстрое (на 2—3-й день). В двух случаях ввиду наблюдавшихся у больных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта хинин вводили внутримышечно по 1,5 куб. см 20% раствора, причем также без осложнений. При лечении больных синтетическими препаратами в большинстве случаев подобных явлений также не отмечалось, за исключением случаев применения плазмоцида серии № 71, дозами, указанными в первой инструкции Тропич. ин-та. Здесь в 2 случаях беременные отмечали рвоту и боли в подложечной области. 2 больных, у которых произошло преждевременное прерывание беременности, также принимали плазмоцид.

Выводы: 1. Среди широкого круга практических врачей еще до сих пор не изжита боязнь лечить хинином беременных, страдающих малярией.

2. Своевременное распознавание малярии и правильное ее лечение у беременной предохраняют от преждевременных родов. Беременных больных малярией надо лечить—чем раньше, тем лучше.

3. Мы получили хороший эффект при лечении беременных больных малярией дробными дозами хинина, плазмоцида и акрихина. Лечение лучше проводить в стационарной обстановке.

Из IV терапевтической клиники Казан. гос. мед. института
(директор проф. В. И. Катеров).

Об окислительно-восстановительных процессах при брюшном тифе.

М. Г. Мамиш.

Известно, что у брюшнотифозного больного отмечаются различные расстройства обмена веществ, страдает белковый, жировой, углеводистый обмен (Дубровин, цит. по Розенбергу), нарушается основной обмен и кислотно-щелочное равновесие (Васюточкина, Глинка, Отто, Век и др.). Все эти данные представляют весьма большой интерес для решения вопроса о состоянии окислительных процессов в тканях у брюшнотифозного больного.

Значение глутатиона в дыхательных и окислительных процессах представляет интерес для клиницистов. Имеется ряд клинических работ, где определялось содержание глутатиона в крови при различных заболеваниях. По наблюдениям З. И. Малкина, у здоровых людей содержание глутатиона в эритроцитах колеблется в пределах 45—55 мг %,