

Кроме того, мы нашли у трех больных в возрасте 52, 56 и 57 лет сифилитический аортит с недостаточностью аортальных клапанов, причем у двух из них была аневризма аорты. Все три случая протекали с ацинозно-цирротическим туберкулезом легких. Лета наших больных и учение Ландузи говорят, что туберкулез легких, развивающийся на почве, подготовленной старым сифилисом, течет скорее благоприятно.

Далее, в одном случае был рак левого бронха совместно с эволютивным эндокардитом аортальных клапанов, в другом — рак пилорической части желудка при недостаточности и стенозе двустворчатого клапана; вместе с тем в обоих случаях был язвенно-цирротический туберкулез легких.

Выводы

1) Вопреки суждению Эйхгорста и Мейзенбурга, у нас отмечено 10 случаев сочетания комбинированных пороков сердца с туберкулезом легких.

2) Три случая, наблюдавшиеся в клинике, и 15 случаев секционного материала говорят о том, что туберкулез легких развивается и при наличии клапанного порока сердца и следовательно закон абсолютного исключения, провозглашенный Рокитанским, не подтверждается.

3) Данное сочетание болезней является редким, у нас в 3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский, Кл. мед., № 11—12, 1934.—2. Дмитренко, Терапевтическое обозрение, 3, 1911.—3. Кан, Туберкулез и сердце, 1931. Медгиз.—4. Крижевский, Сов. вр. газ., 7, 1932.—5. Крылов, Вр. дело, 16—17, 1924.—6. Соломин, Вр. дело, 23—24, 1931.—7. Стражеско, Вр. газета, 6, 1931.—8. Шапиро, Сов. вр. газета, 7, 1932.—9. Nothnagell, Specielle Pathologie u. Therapie, B. 8. XIV. T. II.—10. Pic et Morenas, J. Médecine de Lyon, 1927, April.

Поступила 31. I. 1939.

М. Г. МАМИШ

О совместном течении малярии и легочного туберкулеза при кумысолечении

Из кумысолечебной санатории Башпрофсовета УДОС Аксаково (Главврач Л. М. Рабинович) и из IV терапевтической клиники КГМИ (директор проф. В. И. Катеров)

Совместное течение и взаимоотношение двух инфекций привлекает к себе внимание многих клиницистов и патологов, так как вопрос этот представляется практически чрезвычайно важным. Особый интерес представляет сочетание туберкулеза с малярией.

О взаимоотношениях малярии и легочного туберкулеза существуют две противоположные точки зрения: одни авторы считают, что туберкулез у малярика протекает более доброкачественно, другие, наоборот, полагают, что одновременное наличие в организме двух инфекций ухудшает их течение.

Наблюдая в кумысолечебнице Аксаково в течение ряда лет туберкулезных больных, страдающих одновременно и малярией, мы заинтересовались вопросом о взаимном влиянии этих заболеваний в условиях кумысолечения.

Среди врачей до настоящего времени существует взгляд, что под влиянием кумыса у маляриков наступает ухудшение, а потому больные маляриками для лечения кумысом противопоказаны.

По данному вопросу в литературе нам удалось найти единственную работу доктора Давыдовой, которая считает не противопоказанным кумыс при хронической малярии; при лечении кумысом хронических маляриков она рекомендует проводить профилактическую хинизацию по $0,3 \times 2$ раза в неделю. При таком лечении Давыдова получала хорошие результаты.

Мои наблюдения из практики кумысолечения показали, что больные малярией в сочетании с легочным туберкулезом, проводящие лечение кумысом, получают значительное улучшение: у них исчезают бывшие до того субъективные расстройства, купируются приступы малярии, исчезают в крови малярийные паразиты, повышается количество гемоглобина, замедляется оседание эритроцитов, а также наблюдается прибавка в весе от 4 до 8 кг за время лечения; в то же время со стороны легочного тбк у таких больных не наблюдается обострения.

Наши наблюдения за 9 лет охватывают 161 больного, у которых тбк сочетается с малярией и 23 больных с малярией, прошедших через Аксаковский кумысный санаторий и через поликлинику УДОС Башпрофсовета. По характеру заболевания этих больных можно разделить на следующие группы: 1-я группа: 107 больных с компенсированным тбк легких с небольшими физикальными явлениями—притупление над и под ключицей, непостоянные единичные сухие и влажные хрипы, выдох (тбк А II); малярия; переутомление, упадок питания, малокровие; некоторые из них явились в санаторию с малярийным приступом, а некоторые перенесли приступ дома перед отъездом на лечение. При обследовании этих больных в день поступления в санаторию, со стороны сердечно-сосудистой системы особых изменений не обнаружено.

У 53 больных мы нашли увеличение печени и селезенки. Моча в большинстве случаев нормальна (у некоторых в моче находили уробилин). При исследовании мокроты на ВК—результаты у всех отрицательные. В крови у 42 найдены плазмодии малярии трехдневной формы; у 3—четырёхдневной формы; у 2—тропической формы; у остальных 60 больных паразиты в крови не найдены.

РОЭ в большинстве случаев была ускорена (доходила до 48 мм в 1 час по Панченкову).

У этой группы больных проводилось лечение хинином дробными дозами (по Нохту): солянокислый или сернокислый хинин в дозе $0,2 \times 5$ раз в день в течение 7 дней, а потом трехдневный перерыв; затем 3 дня по $0,2 \times 5$ раз в день и т. д. При таком лечении в наших случаях хинин прекращал приступ малярии через 24—72 часа, и рецидивов больше уже не наблюдалось до конца пребывания больных в санатории.

До купирования приступа больные принимали санаторный стол по назначению врача, находились на полупостельном режиме, пили кумыс средней крепости, но не больше одного стакана в день. После прекращения малярийного приступа на 4—5-й день в крови (в толстой капле) паразитов мы не находили, и больные начинали принимать обычную дозу кумыса т. е. от 1 до 2 литров в день, делали утреннюю физкультурную зарядку, принимали солнечные ванны и водяной

душ. Обычно эта группа больных в санатории находилась в среднем 29—30 дней. В весе больные прибавились на 3—9,3 кг. К концу пребывания их в санатории плазмодии малярии в крови не обнаруживались ни в одном случае; гемоглобин увеличился на 12—20% (по Сали); РОЭ оказывалась от 3 до 11 мм в 1 час (по Панченкову).

Ко второй группе нами отнесены больные с явлениями субкомпенсации легочного тбк; объективно—укорочение перкуторного звука, единичные влажные хрипы с обеих сторон в верхних отделах; рентгенологически: тяжесть и единичные очаговые изменения в верхних отделах (тбк В I—II) с одновременным наличием у них хронической малярии.

Эти больные, кроме тубдиспансера, состояли также на учете и в малярийных пунктах (станциях). Большинство из них лечилось от малярии, но не все регулярно, и за последние годы у некоторых из них имелось несколько рецидивов малярии. В прошлом в анамнезе почти у всех этих больных в крови были найдены паразиты той или иной формы малярии. Под нашим наблюдением было 47 таких больных. При поступлении в санаторию у всех общее состояние удовлетворительное. Со стороны легких: объективно—единичные влажные хрипы в верхних отделах, рентгеноскопически—тяжесть и одиночные очаговые изменения в верхних отделах; в сердечно-сосудистой системе особых изменений нет. У большинства (32 б-ных) имелось увеличение печени и селезенки. В толстой капле в крови плазмодии не обнаружены. В мокроте ВК ни у кого не найдены.

Эта группа больных со дня поступления получала кумыс, общий санаторный стол, физкультурную зарядку, солнечные ванны и водной душ по назначению лечащего врача. Кумыс б-ные пили от 1 до 2 литров в день. Все больные были ходячие. Надо отметить, что приезжавшие в санаторию в мае и в конце августа, солярием и водным душем не пользовались из-за холодной погоды.

Из 47 больных этой группы мы наблюдали за время пребывания в санатории у 32 чел. рецидивы малярии самое раннее—на 2-й день, самое позднее—на 9-й день по приезду. Во время рецидива у 8 больных в крови были найдены плазмодии малярии (трехдневной формы); доза кумыса во время рецидива уменьшалась до 1 стакана. Солярий, душ и физкультурная зарядка на это время отменялись.

Лечение больных этой группы проводилось следующим образом: солянокислый или сернокислый хинин $0,4 \times 3$ раза в день в течение 6 дней, затем трехдневный перерыв, 3 дня хинин по $0,4 \times 3$ раза в день. В некоторых случаях хинин комбинировался с плазмоцидом (плазмоцид $0,02 \times 3$ раза в день), 15 б-ных принимали акрихин по $0,1 \times 3$ раза в день в течение 5 дней; следовал десятидневный перерыв и снова акрихин по $0,1 \times 3$ раза в день в течение 3 дней. При таком лечении приступы прекращались через 24—48 часов; на 3—4-й день в периферической крови плазмодии малярии не обнаруживались. После прекращения приступа б-ные вновь получали кумыс по назначению врача в обычной дозе—от 1 до 2 литров в день, и находились в обычных санаторных условиях, т. е. принимали душ, солярий и проводили физкультурную зарядку. В дальнейшем, до конца их пребывания в санатории рецидивов малярии больше не наблюдалось. Б-ные давали прибавь в весе на $3\frac{1}{2}$ —10 кг, в среднем на $5\frac{1}{2}$ кг в месяц. Влажные хрипы в легких исчезали.

Третья группа—7 больных с фиброзно-продуктивно-кавернозной

формой туберкулеза легких (тбк В III, cav; ВК+) и с малярией в анамнезе.

При поступлении в санаторию у всех больных найдены в мокроте палочки Коха; РОЭ до 60 мм в 1 ч (по Панченкову). У всех этих б-ных при исследовании крови в толстой капле найдены плазмодии трехдневной формы малярии.

Со дня их поступления в санаторий и до конца пребывания в нем эти больные находились на полупостельном режиме; кумыс пили от 200 куб. см до 1 литра в день по назначению врача; стол получали полноценный, с животными и растительными белками, богатый углеводами, жирами, а также витаминами, причем учитывались индивидуальные запросы больных; солярием, душем эти больные не пользовались, от физкультурной зарядки они были освобождены.

После нахождения в крови плазмодиев малярии, этим больным применялась хинизация по Нохту. Двое, кроме хинина, получали акрихин. За исключением одного, все больные выписались с общим улучшением и с улучшением туберкулезного процесса; в среднем больные прибавились в весе на 4—5 кг; у двоих исчезли бациллы Коха в мокроте; у всех наблюдалось замедление РОЭ до 39—9 мм в 1 час; при исследовании в крови у всех исчезли плазмодии малярии. Со стороны легких: тбк В-А III, cav; ВК+. Из 107 сл., где мы имели сочетание большей частью заглохшего фиброзного туберкулеза легких в форме А—I—II с малярией, ни в одном случае мы не могли констатировать, что малярия способствует активизации легочного туберкулеза, а также не видели понижения сопротивляемости организма по отношению к малярийной инфекции.

Из 47 сл. субкомпенсированного тбк легких (В—I—II) с наличием и малярии, при кумысолечении ни в одном случае не было кровохаркания или кровотечения; тбк легких протекал доброкачественно; у таких больных со стороны легких констатирована склонность к фиброзу.

Из 7 случаев, где имелся выраженный тбк легких в форме В—III, ВК+, cav, и где в то же время в крови были найдены плазмодии трехдневной малярии, у двух б-ных при выписке из санатория исчезли ВК в мокроте, у всех наблюдалась прибавка в весе, ни в одном случае в санатории не было кровохаркания, у всех в крови исчезли плазмодии малярии; со стороны легких наблюдалась также склонность к фиброзу. Из этих больных 6 чел. выписались из санатория с значительным улучшением общего состояния и со стороны легких, а в одном случае—без перемен со стороны легких, но с улучшением общего состояния.

Наши наблюдения не дают основания говорить о том, что малярия обостряет течение тбк легких или, что плазмодии малярии становятся хиноустойчивыми; наоборот, при лечении таких больных кумысом тбк протекает доброкачественно, малярия купируется в течение 24—72 часов, и за время пребывания больных на кумысе приступы ее больше не повторяются.

Что касается влияния кумыса на малярию, то наши наблюдения над больными маляриками убеждают нас в том, что кумыс обладает провоцирующим действием на малярию: из 161 больного у 87 (т. е., в 54% случаев) при приеме кумыса наблюдались рецидивы малярии; при этом у 62 в крови были обнаружены плазмодии малярии. У остальных 74 б-ных рецидивов не было.

Кроме вышеуказанных 161 сл., где тбк сочетался с малярией, под нашим наблюдением находились больные только с малярией; их было всего 23 чел. Из них 18 чел. относятся к местным жителям (жители совхоза при санатории, санаторные служащие при ст. Аксаково и в поселке Аксаково), остальные 5 маляриков—приезжие из ближайших районов. Эта группа маляриков под нашим наблюдением находилась от 2 до 6 лет. Все они были обследованы клинически, лабораторно и подвергались рентгеноскопии легких и сердца.

Со стороны сердечно-сосудистой системы, а также и со стороны легких отклонений мы не нашли; у всех было увеличение печени и селезенки; колебания РОЭ от 18 до 48 мм в 1 ч. (по Панченкову); у всех в толстой капле найдены плазмодии малярии. В этих случаях мы констатировали, что кумыс, независимо от крепости и температуры, обладает явным провоцирующим действием на малярию. Среди наших маляриков были такие, у которых рецидив малярии наступал даже после приема одного стакана кумыса.

Можно предполагать, что кумыс, влияя на сердечно-сосудистую систему и на ретикуло-эндотелиальный аппарат, через вегетативную нервную систему перестраивает организм и обладает провоцирующим действием на малярию; этим можно объяснить появление в периферической крови плазмодиев малярии.

Выводы

1. В условиях кумысолечения малярия не оказывает какого-либо неблагоприятного влияния на течение туберкулезного процесса, если проводить одновременно соответствующее лечение малярии.

2. В случаях, где тбк комбинируется с малярией, тбк протекает в условиях кумысолечения доброкачественно, изменения в легких носят склеротический характер.

3. Хинин и акрихин не обостряют тбк процесса, в частности, не вызывают кровохаркания у туберкулезных больных.

4. Кумыс, применяемый даже в количестве одного стакана, может провоцировать приступ малярии, который, однако, быстро купируется антималярийными препаратами.

5. Общеукрепляющее и тренирующее действие кумыса повышает общую сопротивляемость организма, в частности и в отношении хронической малярии.

6. Кумысолечение является благоприятным терапевтическим методом не только для легочного тбк, но и для малярии.

7. Дачу кумыса во время приступа малярии нужно сократить до 100—200 куб: см, а после купирования приступов малярии перейти на обычную дозу, т. е. до 2 литров и больше в день, учитывая тбк процесс в легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушев, И. Е., Лекции по малярии, Саратов, 1925.—2. Шингарева, Московск. мед. журнал № 5, 1924.—3. Мануилов, Юго-вост. вест. здрав., № 7—8, 1923.—4. Нагибин, Иркутск. мед. журн. № 5—6, 1924.—5. Беляева, Вопросы туб., № 10, 1929.—6. Волков, Мед. обозр., 30, 1888.—7. Углова, Вопрос. туб., № 9, 1931.—8. Тареев и Гонтаева, Терап. арх., 4, 1934.—9. Широкогоров, Клини. мед., 11—12, 1934.—10. Катеров, В. И., Сб. Каз. м. ж., VIII, 1933.—11. Голубов, Медицина, № 15, 1890.—12. Мамиш, М. Г. Каз. м. ж., № 7, 1933.—13. Катеров, В. И., Каз. м. ж., № 9, 1936.

Поступила 10. III. 1939.