

2. Количество белка в люмбальной жидкости не зависит от количества форменных элементов в ней.

3. Большое количество белка в люмбальной жидкости, которое постоянно идет на убыль, благоприятнее в прогностическом отношении, чем небольшое количество его, которое держится постоянно на одном уровне.

Поступила 23/1 1938 г.

Адрес: Казань, Тукаевская ул., д. № 80, кв. 2.

Из детской клиники (директор заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

К клинике малярийных нефропатий у детей.

А. И. Дамперова.

Вопрос о малярийных поражениях внутренних органов, о так называемой „висцеральной малярии“, поднимался в медицинской литературе уже давно, но дело шло главным образом о поражениях нервной и гепатолиенальной систем, кроветворных органов; о малярийных поражениях почек в классических трудах о малярии мы встречаем лишь беглые упоминания, и обычно они трактовались как редкие случаи. Такой единичный случай описан, например, Цейтлиным в 1902 г. Единичные случаи малярийных нефритов описывались и некоторыми иностранными авторами—Солдатов и Горский в Болгарии (цитировано по Мясникову); 6 случаев малярийных нефритов в 1933—1934 г. описали Абдулаев и Гуссин-Заде в Азербайджане. В 1928 г. Аковбьянцем описано 8 случаев малярийных нефропатий; на основании своих наблюдений он пришел к выводам, что 1) малярия наряду с другими инфекционными болезнями может вызвать поражение почечной ткани; 2) поражение почек малярийного происхождения вначале носит характер нефроза, затем с течением времени к дегенеративным изменениям присоединяется и воспалительный процесс.

О серьезных поражениях почек при малярии говорят проф. Кушев и Лурия. Наиболее полно вопрос о малярийных поражениях внутренних органов, о „висцеральной малярии“, в частности о поражениях почек малярийного происхождения освещен проф. Мясниковым в его работе „Висцеральная малярия“; поэтому к ней мы будем еще несколько раз обращаться.

Вопрос о малярийных нефропатиях в детском возрасте освещен еще меньше; проф. Жуковский в своей монографии почти не касается этих заболеваний, относя их также к числу весьма редких, встречающихся только в единичных случаях; он считает, что чаще всего у детей мы имеем дело с „реактивным раздражением почечной ткани“. В работе д-ра Тушнова о малярии у

детей, вышедшей из нашей клиники в 1925 г., описаны и поражения почек малярийного происхождения.

Перейдем к характеристике нашего материала. Нами был взят материал с 1932 года по июнь 1937 года, т. е. за 5½ лет. (Тушнов обрабатывал материал с 1921 до 1925 г.). За указанное время через нашу клинику прошло всего 487 больных малярией, из них у 33 больных отмечались поражения почек малярийной этиологии. За годы 1922—25, обработанные Тушновым, прошло 850 маляриков, из них поражения почек были у 16. Проф. Мясников за 3 года (1933—35) на 510 маляриков имел 55 больных с поражениями почек; он отмечает, что по годам удельный вес нефритов по отношению к малярии неодинаков: „с каждым годом он (удельный вес) становится значительнее, по крайней мере, в Сибири“. По данным Тушнова, малярийные нефриты составляют около 2% всех малярийных заболеваний, по данным проф. Мясникова—10%, по нашим данным—около 8%. Конечно, отсюда еще нельзя сделать вывода, что 8% больных малярией детей имеют поражения почек; мы располагали данными стационара, детской клиники; Тушнов и проф. Мясников также имели дело с больными, находящимися на стационарном лечении; на стационарное же лечение попадают далеко не все малярики, а лишь страдающие наиболее тяжелыми, затяжными и осложненными формами малярии. По годам малярийные нефриты распределялись так: в 1932 г. был 1 случай, в 1933 г. не было ни одного случая, в 1934 г. 4 случая, в 1935 г.—5 случаев, в 1936 г.—17 сл., за половину 1937 г.—8 случаев; это соответствует утверждению Мясникова и Николаева, что малярийных заболеваний почек за последние годы становится больше. Мы, однако, предполагаем, что в данном случае дело не только в росте заболеваемости почек, но и в более точном диагностировании вследствие непрерывного повышения качества научно-исследовательской и лечебной работы.

Поступления по месяцам распределялись таким образом: за январь—3, за февраль—2, за март—3, за апрель—5, за май—3, июнь—5, июль—3, за август поступлений не было, за сентябрь—8, за октябрь—2, за ноябрь—1, за декабрь—3, т. е. больше всего поступлений падает на II и III кварталы, с максимумом в сентябре. И по данным Мясникова острые малярийные нефриты встречаются значительно чаще в осенние месяцы. Он сопоставляет в этом отношении острые малярийные нефриты с острыми нефритами другой этиологии, а с другой стороны—с заболеваниями малярией; острые нефриты встречаются в течение всего года, а малярийные заболевания, главным образом, в летние месяцы (июль-август).

Среди наших больных было 20 мальчиков и 12 девочек; конечно, имея дело с такими небольшими сравнительно цифрами, мы не можем сделать на этом основании вывода о преимущественном поражении того или другого пола. Возраст больных от 2 до 15 лет; большинство больных было от 6 лет и старше (27 чел.); в возрасте до 6 лет у нас было только 5 больных.

Плазмодии малярии были обнаружены в 19 случаях, у 60% (у Тушнова в 81% случаев, у Мясникова в 70% всех случаев); в 2 случаях плазмодии четырехдневной малярии, в остальных 17—плазмодии трехдневной малярии. Тропической малярии, которая у нас, хотя и не очень часто, но все же встречается, в случаях малярийных нефритов мы не находили. Отсутствие паразитов в периферической крови у 40% больных объясняется тем, что дети хинизировались до поступления в клинику более или менее регулярно. Приступы малярии мы наблюдали в 28 случаях.

Этиологическую связь нефритов с малярией мы устанавливали на основании тех или иных клинических проявлений малярии: лейкопении, моноцитоза, увеличение печени и селезенки, характерных колебаний и хорошего эффекта от хинизации. Преобладающей клинической формой малярийного заболевания почек являются нефрозо-нефриты; их мы наблюдали в 23 случаях.

Приведем типичный случай:

П. Н., 12 лет, в клинике с 8/X 1932 г. Привезен из района по поводу того, что за 2 недели до поступления в клинику началось повышение температуры, а через несколько дней после этого появились отеки на лице и конечностях; отеки быстро нарастали. Ранее болел только ветряной оспой. Объективно: тяжелое состояние, бледен, одутловатое лицо, резкие отеки всего тела. В легких чисто. Тоны сердца чистые; живот увеличен, пупок сглажен, асцит; печень и селезенка из-за наличия жидкости в полости живота не удалось прощупать. Кровяное давление 125/83 по Рива-Рочи. Белка в моче 2⁰/₁₀₀ по Эсбаху, эритроцитов от 8 до 10 в поле зрения, зернистые и гиалиновые цилиндры. Со стороны крови—лейкопения: лейкоцитов 3000. При поступлении назначен сахарный день, сердечные, тиреоидин; сахарный день был повторен 2 раза. Состояние мочи ухудшалось: содержание белка повысилось до 4,9⁰/₁₀₀, моча приняла вид мясных помоев и количество эритроцитов увеличилось до 3 в поле зрения. На 16-й день пребывания в клинике у больного был приступ малярии, во время приступа мазке крови обнаружены плазмодии трехдневной малярии. Больного начали хинизировать. После приступа малярии состояние больного резко ухудшилось, появились предвестники уремии; кровяное давление повысилось до 140 мм, но отеки начали спадать, что дало возможность прощупать увеличенную печень, выступающую на 3 см из-под реберной дуги, селезенку, выступающую на 5 см. После проведенного лечения (сахарного дня, венопункции с извлечением 100 г крови), предуремические явления исчезли: головные боли стали менее тягостными, исчезла одышка. На 6-й день хинизации можно было уже констатировать значительное улучшение общего состояния; отеки спадали, кровяное давление также снизилось до 115/80. Количество белка снизилось до 0,3⁰/₁₀₀, гематурия уменьшилась. Плазмодии в крови исчезли.

В данном случае этиологическая связь нефрозо-нефрита с малярией довольно ясна, так как обнаружен плазмодий малярии. Течение болезни также характерно: в начале наблюдения мы могли констатировать выраженные явления нефроза (большое количество белка (до 5,5⁰/₁₀₀ по Эсбаху), наличие выраженных отеков, асцита, затем постепенно начали выступать на первый план явления нефрита; такое течение мы имели возможность наблюдать в ряде наших случаев. В данном случае интересно также резкое ухудшение почечных явлений в связи с приступом малярии, дошедшее до появления предвестников уремии и, наконец, очень быстрый эффект от хинизации. Несомненно этот случай относится к острым нефрозо-нефритам малярийной эти-

ологии. Характерным в картине данного заболевания является резко выраженный отек с асцитом, обычно, сопровождающий, по мнению Мясникова, малярийные нефриты, причем размеры отеков не всегда идут параллельно тяжести почечных симптомов. Малярия зачастую и без наличия поражений почек дает отеки, вызываемые коллоидноосмотическими нарушениями, зависящими от изменения белков плазмы (понижения альбуминоглобулинового коэффициента). По мнению проф. Мясникова, эти сдвиги происходят и при малярийных приступах, не сопровождающихся отеками.

На нашем материале полностью это утверждение не подтверждается, так как в некоторых случаях (в одном случае и при нефрозо-нефрите с количеством белка до 4,65‰ по Эсбаху) отеки были незначительные.

В приведенном нами случае имелась выраженная гематурия, которую можно было установить даже макроскопически: моча — как „мясные помои“. Выраженную гематурию мы видели в 15 случаях, но макроскопически кровь в моче обнаруживалась сравнительно редко. В нескольких случаях гематурия отсутствовала совершенно при наличии других симптомов нефрозо-нефрита — гипертонии и др. явлений со стороны сердечно-сосудистой системы. По Мясникову, гематурия составляет второй после отеков по степени своего постоянства и выраженности симптом острых малярийных нефритов. В приводимых Мясниковым случаях моча также иногда имеет цвет „мясных помоев“ (так бывает или в самом начале болезни, или в более поздний период). Но обычно примесь крови открывается микроскопическим исследованием мочевого остатка. Нередко гематурия очень незначительна, в единичных случаях, по мнению Мясникова, она отсутствует. Альбуминурия в данном случае сравнительно высокая (5,5‰ по Эсбаху); такая альбуминурия была в 5 наших случаях, в одном случае количество белка доходило до 6,5‰ по Эсбаху, в других же случаях белка было меньше — 1‰. По Мясникову альбуминурия отступает на задний план.

Гипертония в приведенном случае отчетливо выраженная (170 мм макс. по Рива-Рочи у 12-летнего мальчика), такую высокую гипертонию, достигающую до 175 мм у подростков и школьников, до 150 мм у младших детей, мы видели в 11 случаях (в 21‰). Мясников наблюдал гипертонию в 40% случаев; он отмечает, что она держится нестойко. Кроме того, в данном случае мы имели предуремическое состояние, развившееся тотчас же вслед за малярийным приступом; наличие таких предвестников уремии в виде одышки без наличия какого бы то ни было патологического процесса в легких, тошноты, рвоты, головных болей отмечено в 4 случаях. В 4 случаях были припадки эclamптической псевдоуремии, один из таких случаев нами приводится ниже.

Б. А., 13½ лет, ист. бол. № 909, русский, поступил в клинику 13/X 1936 г. Анамнез: болен два месяца; с 15/VIII был жар и озноб; районный врач диагностировал малярию, лечил хинином. 1½ мес. назад, т. е. с 1/X у больного появились отеки, которые увеличивались.

Status praesens: состояние очень тяжелое, резкая отечность всего тела, черты лица совершенно расплывшиеся, глаза почти закрытые, резкая бледность. В легких констатируется тупость соответственно нижним долям с обеих сторон и ослабленное дыхание (гидроторакс). Сердечная тупость расширена в виде треугольника (гидроперикард). Живот сильно увеличен, в брюшной полости констатируется свободная жидкость в очень большом количестве, пупок сглажен. Печень и селезенка увеличены, точные размеры их установить трудно из-за асцита. Плазмодии малярии ни в мазке, ни в толстой капле обнаружены не были, но гематологические данные давали возможность предполагать наличие малярии: резкая лейкопения (до 2377) и моноцитоз (14%), наряду с этим резкая анемия 2,050.000 Hg. Исследование мочи: белка 6,6%₁₀₀, много эритроцитов, лейкоцитов, от 6 до 10 зернистых цилиндров в каждом поле зрения. Рентгеновским исследованием подтверждаются гидроторакс и гидроперикард. Кровяное давление при поступлении 125/65 мм Hg по Рива-Рочи. Дальнейшие наблюдения: несмотря на приемы хинина внутрь и проведение сахарного дня, общее состояние ухудшается, отеки нарастают, кровяное давление повышается до 140/75 мм. Температура повышается иногда до довольно высоких цифр, но эти колебания не носят типичного характера малярийных приступов. 16/X, т. е. на 3-й день пребывания в клинике, у мальчика начались клонико-тонические судороги, повторявшиеся по несколько раз в день, рвота и очень тяжелое общее состояние. Люмбальная пункция дала совершенно прозрачную жидкость, вытекавшую под очень высоким давлением, плеоцитоз 12, реакция Панди отрицательная, жидкость стерильная. Больному три раза ввели внутривенно хинин, под влиянием чего наступило улучшение общего состояния; но все же временами бывала рвота, и все время мальчик жаловался на головную боль. Количество белка в моче быстро падало, а кровяное давление повышалось. Отеки также начали спадать, что дало возможность определить точно размеры селезенки, выступавшей на 6 см из-под реберной дуги, и печени, выступавшей на 4 см из-под реберной дуги. У больного появился абсцесс в области локтевого сгиба — на месте введения хинина, поэтому введение хинина в вену пришлось прекратить и перейти на приемы хинина внутрь. 24/X у больного снова начался уремический припадок, и такие судорожные припадки повторялись по несколько раз в сутки с небольшими промежутками, во время которых больной не приходил в сознание; такое состояние продолжалось в течение 6 дней, до 29/X. Больному снова стали вводить хинин в вену, и с 30/X состояние значительно улучшилось, отеки стали быстро спадать, наряду с этим улучшались явления и со стороны мочи: количество белка падало, число эритроцитов снизилось до 2—3 в поле зрения. Кровяное давление также снизилось до нормы. Селезенка сократилась. Изменились и данные со стороны крови. Последнее исследование перед выпиской больного домой: L—9100, Mo 20%, Eг—3.500.000. 21/XI мальчик был выписан в хорошем состоянии. При последующем после выписки наблюдении общее состояние мальчика, а также данные со стороны кровяного давления и исследования мочи отклонения от нормы не представляли. Мальчик хинизировался в школе первое время регулярно, а затем менее регулярно. В марте 1937 г. он снова поступил в клинику, так как после нескольких приступов малярии у него снова появились явления нефрозо-нефрита, которые в клинике быстро прошли.

В этом случае мы имели дело с очень тяжело протекавшим нефрозо-нефритом несомненно малярийного происхождения. Мы можем сделать такое заключение, несмотря на то, что плазмодиев малярии в крови нами обнаружено не было, так как мальчик до поступления в клинику хинизировался, если не регулярно, то во всяком случае длительно. Право на заключение о малярийной этиологии данного заболевания дают нам: гематологические данные, изменившиеся после хинизации, увеличение печени и селезенки, падение температуры и вообще стойкий эффект от внутривенного введения хинина. Отсутствие типичной для малярии температурной кривой объясняется отчасти тем, что больной все время хинизировался, отчасти наличием боль-

ших отеков. В данном случае, также, как и в приводимом нами выше, мы видели, что в начале заболевания преобладали явления нефроза: огромные отеки со скоплением жидкости в полостях, высокое содержание белка в моче; постепенно стали преобладать явления нефрита—спадение отеков, понижение количества белка в моче, постепенное нарастание кровяного давления, припадки экламптической уремии. Такие припадки мы наблюдали у 4 больных; все они выздоровели. У Тушнова описаны 3 случая уремии, один из которых окончился летально. Мясниковым также описаны припадки экламптической псевдоуремии, причем в одном случае припадок был настолько длителен (больной был без сознания в течение 2 дней), что ему ставили диагноз „коматозная форма малярии“.

Наш случай заслуживает внимания также и в том отношении, что приемы хинина внутрь не давали почти никакого эффекта, и только введение хинина в вену оказало свое действие. Обычный метод введения хинина не мог быть в данном случае эффективным, так как была понижена всасываемость, может быть, вследствие нарушения функции печени, отчасти, может быть, из-за отека слизистой оболочки кишечника, являвшегося выражением общего отека.

Кроме того, в данном случае мы имели рецидив малярии, который сопровождался рецидивом нефрита; что дело шло о рецидиве, а не о вторичном заражении, следует из того, что мальчик был выписан из клиники в ноябре, а вновь поступил в марте следующего года, что исключает возможность нового инфицирования малярией. Случай рецидивирующего нефрозо-нефрита я привожу и ниже.

З. Р., 6 лет, ист. бол. № 498. Поступил в клинику 25/V 1935 г. с таким анамнезом: болеет малярией в течение 1 года. Последние 3 дня появились отеки, ранее болел пневмонией. Объективно: состояние средней тяжести, резко выраженные отеки всего тела, асцит. Легкие: справа в межлопаточном пространстве выслушиваются мелкие влажные хрипы. Сердце в норме. Кровяное давление повышено незначительно: 120/85 по Рива-Рочи. Моча: белка 0,75^{0/100}, в осадке зернистые и гиалиновые цилиндры и 3—4 эритроцита в каждом поле зрения. В мазках крови найдено огромное количество розеток трехдневной малярии. Рентгеновское исследование: остатки правостороннего экссудативного плеврита. Реакция Пирке резко положительная. Мальчику был назначен хинин в 2^{1/2} растворе по одной десертной ложке 3 раза в день. В клинике был один раз приступ малярии. Кровяное давление быстро снизилось, количество белка снизилось до следов, осталась незначительная гематурия—2—3 эритроцита в поле зрения. Отеки исчезли. Мальчик направлен на санаторное лечение по поводу имевшегося у него специфического процесса.

Вторичное поступление через год, 14/VI 1936 г., с указанием в анамнезе на то, что несколько месяцев тому назад у него снова были приступы малярии и отеки, затем под влиянием лечения эти явления у него исчезли, но дней 6 тому назад у него снова возобновились приступы малярии, появились отеки, одышка. Объективно: отечность лица и нижних конечностей незначительна, но имеется выраженный асцит. Легкие нормальные. На сердце выслушивается систолический шум, границы сердца нормальные. Кровяное давление 115/95 мм. Селезенка плотная, прощупывается край, печень на 4^{1/2} см из-под реберной дуги. Моча: белок 3,30^{0/100}, в осадке цилиндры, гематурии нет. В крови плазмодиев малярии не обнаружено. В клинике состояние ребенка удовлетворительное, приступов малярии не было. Получил инъекцию хинина в мышцу и затем хинин в раст-

воре внутрь. Отеки стали очень быстро спадать, количество белка снизилось до следов, но цилиндры в осадке мочи остались, кровяное давление снизилось до 102 мм., и мальчика выписали домой в хорошем состоянии через 20 дней после поступления в клинику.

При первом поступлении у этого ребенка был выраженный нефрозо-нефрит, при втором поступлении в картине болезни преобладали явления нефроза—сильный асцит, белок, цилиндры в мочевом осадке при отсутствии эритроцитов и относительно невысоком кровяном давлении, но все эти явления держались не стойко и под влиянием хинизации исчезли.

В третий раз мальчик поступил в клинику спустя еще 3 месяца (19/IX 1936), с жалобами на приступы малярии в течение 3 недель и отеки лица, особенно по утрам.

Объективное состояние удовлетворительное, бледность с желтоватым оттенком, отечность лица и пастозность нижних конечностей. В правом легком, соответственно верхней доле, отмечается укорочение перкуторного звука и тут же ослабленное дыхание. Сердце: приглушение первого тона, границы сердца нормальные. Печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 6 см; селезенка выступает из-под реберной дуги на 3 см. Кровяное давление 120/85 мм. В моче отмечается наличие белка 0,66_{1/60} и лейкоцитов, единичных эритроцитов и зернистых цилиндров. В крови розетки трехдневной малярии. В клинике ребенок был в хорошем состоянии, приступов малярии не было, температура иногда давала незначительные повышения до субфебрильных цифр, кровяное давление повышалось до 135/мм, затем падало. Проводилась хинизация внутрь и внутримышечно. Плазмодии исчезли, селезенка сократилась, но со стороны мочи никаких особых изменений не было.

В данном случае мы имеем дело с чрезвычайно упорной, рецидивирующей формой малярии. Упорность этого случая объясняется отчасти тем, что в крови были обнаружены при двух поступлениях зрелые формы малярийных плазмодиев, на которые, как известно, хинин очень мало действует. В связи с наличием зрелых форм здесь было бы целесообразно применить хинин в комбинации с плазмоцидом, но от применения плазмоцида пришлось воздерживаться из-за поражения почек. Кроме того, ребенок дома хинизировался крайне нерегулярно. Не исключена также возможность того, что здесь имели место новые заражения малярией. Некотороеотягчающее влияние на течение малярии оказало безусловно и наличие другой хронической инфекции—tbc.

Когда мы говорим о рецидивирующих малярийных нефритах, то это следует понимать таким образом, что рецидивирует не нефрит, а малярия, обострения и рецидивы которой и ведут за собой новые проявления нефропатии.

Итак, основной группой малярийных нефропатий у нас были малярийные нефрозо-нефриты. Значительно реже были гломеруло-нефриты—всего лишь в 4 случаях.

Чистые нефрозы мы наблюдали лишь в двух случаях: один при рецидивирующей малярии, причем в первый раз ребенок лежал в клинике с явлениями нефрозо-нефрита и малярии, а при вторичном поступлении с явлениями нефроза и малярии; другой случай был вызван 4-дневной формой малярии при длительном (1 год) заболевании малярией.

Дифференциация малярийных нефрозов от нефрозов другой этиологии возможно при наличии симптомов малярии. Сюда относятся: увеличение селезенки и печени, периодические подъ-

емы температуры, не говоря уже о паразитах в крови (находки которых в случаях хронических нефрозов крайне редки и представляют лишь исключение); если кроме нефроза имеется амилоидоз, то некоторые из этих малярийных признаков утрачивают свое диагностическое значение (напр., увеличение селезенки и печени, которым столь часто сопровождается вообще амилоидоз). При малярийном нефрозе, так же как вообще при нефрозе, отмечаются изменения в крови, снижение коллоидно-осмотического давления плазмы, уменьшение белков, сдвиг их в сторону грубодисперсных фракций, а также гипохолестеринемия (Мясников).

В 2 случаях мы имели дело с реактивными раздражениями почечной ткани в самый момент приступа; эти явления были очень не стойки. Жуковский в своей работе утверждает, что это реактивное раздражение почечной ткани и является самой чистой формой малярийной нефропатии у детей, тогда как нефрозо-нефриты крайне, по его мнению, редки. В 2 случаях малярийной комы мы имели возможность наблюдать такие реактивные состояния почечной ткани; оба эти случая малярийной комы окончились выздоровлением. Один из таких случаев приводится ниже.

Г. Г., 6 лет. Доставлен в клинику 24/IV 1937 г. в очень тяжелом состоянии, без сознания. С утра 23/IV приступ малярии (озноб, жар), затем с 12 часов ночи ребенок впал в бессознательное состояние. Болел малярией и ранее. В этом случае так же, как и в другом аналогичном случае, со стороны почек отмечены: непостоянные и очень незначительные повышения кровяного давления, появления единичных эритроцитов и цилиндров и следов белка в моче.

Прогноз всех малярийных нефропатий при условии своевременного распознавания их и при своевременном и достаточно энергичном лечении малярии, относительно благоприятный; смертельных исходов у нас не было, но были чрезвычайно тяжелые формы нефрозо-нефритов, которые кончились бы летально, если бы не были приняты необходимые меры, т. е. усиленная хинизация. Тушнов, как мы уже упоминали, имел 1 случай с летальным исходом при явлениях уремии; это был нефрит при 3-дневной малярии. Относительную доброкачественность поражений почек признает и Мясников, который делает исключение для малярийных нефрозов, встречающихся не часто.

Патолого-анатомическим материалом по вышеуказанной причине (отсутствие у нас летальных исходов малярийных нефритов) мы не располагаем. По материалам Цимана, при остром нефрите патолого-анатомическая картина не представляет собой ничего специфического; только скопление пигмента в гломерулах да редкие находки паразитов могут помочь в распознавании природы почечных изменений (цитировано по Мясникову). При хронических нефрозах и нефритах ничего характерного также уловить не удается; но при этом может быть меланоз органов (Мясников).

Что касается лечения, то наряду с обычным лечением нефрита (соответствующая диета, сахарные дни, хлористый кальций и пр.)

наши больные получали хинин в обычных, соответствующих возрасту, дозах; в подавляющем большинстве случаев хинин давался внутрь в растворе; в 13 случаях раствор хинина вводился внутримышечно в комбинации с введением внутрь и в одном из вышеприведенных, наиболее тяжелом случае, вводился в вену. Синтетические антималярийные препараты для лечения малярийных нефропатий нами пока еще почти не применялись; лишь в одном случае применялся, да и то недолго, плазмоцид, в другом случае—акрихин, и то и другое—с хинином.

Выводы. 1. Малярийный нефрит в детском возрасте является отнюдь нередким заболеванием.

2. Он поддается терапевтическим мероприятиям только при условии применения и противомаларийного лечения. В наиболее тяжелых случаях необходимо парентеральное введение хинина.

3. Учитывая склонность малярии к рецидивам и то, что рецидивы малярии могут вызвать и рецидивы нефритов, необходима систематическая и длительная хинизация больных, перенесших малярийное поражение почек.

4. Профилактика малярийных нефропатий заключается в раннем распознавании и систематическом лечении малярии.
