

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из войскового лазарета Н. Стрелковой дивизии (старший врач—Д. А. Пестов)

К вопросу о геморрагических формах малярии.

Ординатора В. А. Тарасова.

Давно известно разнообразие форм патологических процессов, возникающих как следствие малярийного отравления. Как в русской, так и в иностранной литературе имеется много работ, указывающих на поражения самых различных систем и органов, вызванных малярией. Тут мы имеем и заболевание дыхательных путей (Grisoli, Свержевский, Sokolowski, Strümpel, Триантафиллидес и др.), и болезни сердца (Strümpel), и поражение пищеварительного аппарата колитами, дизентерийными формами (Werner, Кушев, Лурья, Свенсон и др.), холециститом (Лурья), аппендицитом и т. д. Многие авторы указывают на поражение при малярии почечной ткани (Аковбянц, Барбицкий, Lavegan, Лурья, Matthes, Пучек, Strümpel и др.), Беляева, Кушев, Свенсон, Strümpel, Чистович и др. указывают на увеличение селезенки и печени. Фивейский, а позже Елигулашвили описывают кожный зуд, как проявление малярии. Далее известны заболевания нервной системы, психические болезни и т. д. О том же многообразии говорят и патолого-гистологические исследования Виноградова, Широкогорова и др.

Вышеизложенных данных достаточно, чтобы составить себе представление о действительном разнообразии проявления этого заболевания, и вполне прав Богораз, говоря, что из всех болезней только сифилис и бугорчатка могут соперничать с малярией в многообразии и разновидности ее проявления. На одной из этих разновидностей я и хотел остановиться.

Уже у Lavegan'a мы находим указания на геморрагическую сыпь при малярии. О петехиальной сыпи при малярии говорят далее Андришевский, Демьянов, Matthes, Редков, Ретивцев, Strümpel и др. Демьянов описывает петехиальную сыпь, локализирующуюся симметрично, главным образом на животе в области подреберий. Если сыпь была обильной, то она распространялась на грудь, шею, внутреннюю поверхность предплечий и бедер. При этом характерно, что в 20 из 29 наблюдавшихся им случаев имела место тропическая форма. В случае Редкова у больного на коже груди и конечностей имелись кровоизлияния петехиального характера, величиною от просыного зерна до чечевички, от красного до темно-коричневого цвета. Автор указывает, что геморрагические формы малярии очевидно могут встречаться и в средней России (его случай в г. Смоленске), вызываясь обычной трехдневной лихорадкой.

Так как случаи геморрагической формы малярии все же встречаются относительно редко¹⁾, то каждый такой случай естественно представляет большой интерес и вносит известную долю нового. Мое наблюдение имело место в Идрице, в июне месяце 1929 года.

Ист. бол. № 140. Больной Б., 19 лет, помощник шоффера, заболел 21/VI 29 г., когда почувствовал с утра ломоту в теле, головную боль, сильный жар и озноб и потерял аппетит. Через несколько часов сильно пропотел и остаток дня и следующий день чувствовал себя здоровым. Через день, однако, с утра снова появилась головная боль, ломота в теле, озноб, жар, и больной с высокой t^0 был доставлен в лазарет. *Объективное исследование:* Больной правильного телосложения, хорошего питания. Кожа лица розового цвета, конъюнктивы и склеры гиперемизированы. На предплечьях обеих рук, с внутренней их стороны, обильная мелкая геморрагическая сыпь величиною с булавочную головку. Пульс частый, 110 в 1'. Со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено. Моча нормальна. В полдень у больного появился пот. Эти проливные поты, remitтирую-

¹⁾ Некоторые авторы, Беляева например, отмечают только бледность и буроватый оттенок кожи. На материале этого автора, собранном за 36 лет, ни разу не было геморрагических высыпаний.

шая ¹⁰ и геморрагическая сыпь заставили подозревать у больного септическое заболевание. Был продлен опыт Rumpel-Leede, который, однако, оказался отрицательным.

Следующий день больной опять чувствовал себя хорошо. Имел аппетит, ни на что не жаловался и даже просился на выписку. Однако через день приступ повторился, и на этот раз из подреберья «выкатилась» селезенка, плотная, безболезненная с круглым краем, выступающая ниже реберной дуги на 3 пальца. Эта плотная, безболезненная селезенка, правильно чередующиеся приступы, повышения ¹⁰ со знобом, жаром и последующим проливным потом, указывали на истинное заболевание, а во взятой в момент этого приступа крови к тому же был обнаружен *plasm. malar. tertiana*. Лейкоцитарная формула: Баз. — 0%, эоз. 1%, миэл. 0%, юн. 0%, пал. 8%, сегм. 67%, лимф. 20%, мон. 4%. Время свертывания крови (на часов. стекле) N. Симптом Bittorfa отрицательный. После дачи *chinini pur.* по 1,0—3 раза в день (за 6 час., за 3 часа и в момент следующего наступить приступа) приступы купировались и ¹⁰ стала Н. Селезенка выступала из подреберья на 2 пальца. Петехии высыпали только во время первого приступа, новых высыпаний при дальнейших приступах не было, а имеющаяся сыпь лишь постепенно исчезала независимо от приступов и дачи хинина. Приступы больше не повторялись. Селезенка и сыпь через несколько дней исчезли и больной 1/VII практически здоровым выписался из лазарета.

Многие авторы (Андржиевский, Виноградов, Дмитриев, Lavergan, Редков, Ретивцев и др.) причиной геморрагических сыпей считают поражение стенки капилляров. Так, Ретивцев говорит, что кожные геморрагические сыпи обуславливаются предшествовавшими изменениями сосудов, главным образом перерождением эндотелия, и представляют собою собственно тромбоз и капиллярные экстравазаты. Виноградов показал, что изменения сосудов при малярии состоят в мутном набухании эндотелия с исходом в жировое перерождение. Андржиевский далее указывает, что это заболевание сосудистой системы, выражающееся расстройством питания самих стенок, происходит вследствие расстройства пораженной малярийным ядом симпатической нервной системы. К тому же выводу приходит и Дмитриев, считающий, что симпатическая нервная система поражается первично: она претерпевает изменения, выражающиеся в расстройстве функций, в меньшей устойчивости сосудодвигательных нервов и центров против рефлекторных раздражений, ослаблений или же местами прекращения тонуса сосудов с последующим расстройством питания их стенок.

Но, с другой стороны, известны также авторы (Чистович, Грингер и др.), которые причиной этих кровоизлияний считают механическую закупорку капилляров ²⁾.

Если мы будем разбирать наш случай, то мы можем отметить отсутствие феномена Rumpel-Leede, отсутствие симптома Bittorfa и отсутствие моноцитоза, т. е. отсутствие тех данных, которые говорили бы нам о поражении стенки капилляров. Затем характер сыпи, именно ее стойкость, отсутствие новых выступаний при повторных приступах и постепенное исчезание сыпи, не связанное ни с приступами, ни с приемом хинина, также говорит скорее против поражения стенки капилляров, за их механическую закупорку. Таким образом наш случай, в отличие от случаев, описываемых другими авторами, нужно отнести к случаям с механической закупоркой капилляров. Интересен этот случай еще и потому, что 1) *plasm. tertiana* по литературным данным редко вызывает геморрагическую сыпь и 2) геморрагическая форма малярии редко встречается в средней России.

²⁾ На возможность закупорки пигментом капилляров различных органов указывают многие авторы: Planer, Тигри, Frerichs, Афанасьев указывают на закупорку почечных клубочков, капилляров печени; Микель, Гешля и др. — капилляров мозга.