

Из факультетской хирургической клиники (директор засл. д. наук проф. С. Р. Миротворцев) Саратов. мед. ин-та.

Провокация малярии операционной травмой.

М. Н. Кушева.

В периодической литературе за последние 10 лет имеется очень небольшое количество работ, посвященных вопросу о провокации малярии операционной травмой, хотя хирурги, вынужденные часто оперировать маляриков, должны были сталкиваться с подобным послеоперационным осложнением. Этот вопрос у нас в Поволжье и в частности в Саратовской области, где встречается малярия, должен иметь большое значение и требует к себе сугубого внимания. Наша клиника изучила влияние операционной травмы на провокацию малярии в течение 1936 и 1937 гг.

Прежде чем начать разбор нашего материала, необходимо остановиться на вопросе о рецидивах малярии вообще.

Одни авторы считают, что рецидивы наступают при появлении шизонт в периферической крови из внутренних органов, где они находятся в скрытом состоянии (Топорков), а по мнению других авторов, рецидивы есть результаты партеногенезиса макрогамет в крови человека; факторами для внеполового размножения являются в большинстве случаев охлаждение, переутомление, нервные потрясения и т. п. Атмосферные влияния, влияния температуры воздуха и давления, имея, повидимому, второстепенное значение, оказывают все же свое влияние на рецидивы; известен факт, что отдельные виды малярии дают рецидивы в различное время года, как-то: трехдневная малярия рецидивирует обычно весной, четырехдневная и частично тропическая рецидивируют осенью и зимой. Авторы, изучающие вопросы появления рецидивов, делают акцент на необходимости длительных наблюдений—не менее года (Страдомский, Рухадзе). Поэтому при изучении своего материала мы считали также необходимым длительное наблюдение для уяснения связи появления рецидивов после оперативного вмешательства со временем года.

На основании изучения литературы о рецидивах, далеко еще не полной и не выясняющей всех сторон сущности рецидивов, можно отметить два периода повышения заболеваемости малярией, а именно—весенний и осенний, причем весенний больше осеннего. Этот факт, указанный мною выше, имеет определенное объяснение: случаи заболевания весной падают в большем проценте на рецидивы трехдневной малярии, т. е. на появления внеполового размножения макрогамет под влиянием многочисленных метеорологических условий. Первичные заболевания, встречающиеся весной, значительно более редки и падают на случаи длительного инкубационного периода, что доказано работами многих авторов (Кушев, Иофф, Кисель, Листов, Соломин). Совокупность

такого рода проявлений малярии делает кривую заболеваемости весной выше, чем осенью, когда мы наблюдаем в основном первичные заболевания *mal. tertiana* и рецидивы четырехдневной и тропической.

Ведя изучение и собирание материала клиники, мы также натолкнулись на подобное явление, получив наибольшее число провокаций после оперативного вмешательства в весенние месяцы, а именно в марте и апреле как 1936, так и 1937 года.

Мы считаем поэтому возможным объяснить возникновение приступа после травмы—операции всасыванием продуктов распада белков, изменяющего состояние организма. А это положение имеет в литературе объяснение и подтверждается фактом провоцирования малярии укусами немалярийных комаров, сопровождающимся всасыванием значительного количества слюны комаров при укусах. Этот случай приводит Рухадзе в своей статье о паразитологии и эпидемиологии малярии. Дело идет о маленькой девочке, искусанной комарами вида *Culex*, и заболевшей рецидивом малярии, от которой она, повидимому, лечилась перед этим. Операционная травма, к тому же произведенная под наркозом, резко изменяет состояние организма и является источником всасывания продуктов распада белков. Есть авторы (Тельянц), которые пытаются объяснить возникновение рецидива малярии учением об аллергии.

Наркоз нарушает эндокринное равновесие организма и служит причиной провокации малярии. Флеров указывает на почти полное исчезновение случаев провокации малярии с момента перехода к методу местной инфильтрационной анестезии, тогда как до применения этого метода случаи провокации были нередки. Такое же указание мы встречаем и у других авторов (Брессо, Казанский).

На основании изучения нашего материала мы хотим подчеркнуть, что малярия, помимо того, что она осложняется и отягощает послеоперационный период, влияет также и на регенеративные процессы в ране и на нормальное заживление переломов в смысле плохой и замедленной консолидации мозоли. Наблюдается часто расплавление молодых островков эпителия. Подтверждение этого факта, отмеченного нами при разборе нашего материала, мы находим и у ряда авторов, занимавшихся этим вопросом (Назаров, Тельянц).

Наш материал охватывает 30 проверенных случаев провокации малярии за период с февраля 1936 года по апрель 1937 года, а именно за 1 год 3 месяца, причем, как уже было выше отмечено, большее количество случаев наблюдалось в весенние месяцы.

Распределение провокации малярии по месяцам: за 1936 год: в январе 1 случай, в феврале 4, в марте 3, в апреле 5, в мае 1, в июне 3 и в ноябре 3 случая; за 1937 год: в феврале 2 случая, в марте 4 и в апреле 5.

Летние месяцы не дали нам явной провокации; за этот период мы встречались со случаями первичных заболеваний малярией, которые в силу тех или других хирургических осложнений

попадали под наше наблюдение. В большей половине наших случаев, а именно 17, операции проведены под общим наркозом. Это подтверждает факт, отмеченный в литературе рядом авторов, о провоцирующем влиянии общего наркоза и больших хирургических вмешательств, как-то: резекция желудка по поводу язвы и рака желудка (2 раза), удаление опухоли спинного мозга, удаление почки и селезенки.

Все наши больные указывали на наличие у них в прошлом малярии, которой они страдали в различные сроки, но чаще всего в 1934 и 1935 годах.

Приступы появлялись в различные сроки после операционной травмы, самый ранний через 2 дня и самый поздний через месяц. В каждом случае при повышении температуры в послеоперационном периоде, не связанном с состоянием операционной раны, бралась кровь для исследования на паразиты. Кровь бралась по методу толстой капли и окрашивалась по способу, принятому на Саратовской областной малярийной станции. В 14 случаях паразиты в крови найдены не были, но наличие плотной, увеличенной селезенки и типичной клинической картины говорило с убедительностью за приступы малярии; хинин, назначаемый внутрь, обрывал заболевание и выравнивал температуру. В этом отношении интересны следующие случаи—9 и 10-й.

Сл. 9-й. К-ва, 49 л., поступила по поводу камня правой почки. Малярия—в 1935 г. После операции на 5-й и 7-й день приступы малярии с ознобами, проливными потами. Селезенка увеличена; хинин, назначенный внутрь, прекратил приступы. Со стороны раны заживление без нагноения.

Сл. 10-й. Больной., 42 лет, поступил 15. IV. 1936 по поводу грыжи. С 1921 г. страдает тропической малярией, селезенка плотная, пальпируется. 17. IV произведено под местной анестезией грыжесечение, на 2-й день—типичный приступ с ознобом и проливным потом при полном покое со стороны операционной раны. В крови плазмодии не найдены.

Количество отрицательных результатов при исследовании по методу толстой капли довольно значительно, так как маляриологи, работавшие по этому вопросу, считают, что толстая капля не является точным, чувствительным методом. Положительный результат мы получили в 16 случаях, причем у 14 больных имелись плазмодии трехдневной лихорадки, только у двух лиц найдены полулуния тропической малярии, причем в обоих этих случаях (№№ 22 и 24) послеоперационный период протекал очень тяжело. При характерном поднятии температуры в послеоперационном периоде мы сейчас же назначили хинин после взятия толстой капли, чтобы не ослаблять больного повторными приступами, что также могло увеличить отрицательные результаты гематологических исследований.

Наш материал с убедительностью доказывает взгляд, высказанный в литературе, о вредном влиянии малярии на регенеративные процессы, а именно: ухудшает течение раны, задерживает нормальный грануляционный процесс и уничтожает хорошие результаты кожной пластики. В этом отношении интересны случаи № 2 и 4. В обоих этих случаях пересаженные при операции лоскуты кожи, вначале имевшие здоровый вид,—омертвели. Привожу более подробно истории болезни этих больных.

№ 2-й. В-кий, 40 л., поступил 1. II. 1936 по поводу меланосаркомы подошвы стопы. Малярия в анамнезе в 1930 г. Операция: опухоль удалена и сделана пластика кожным лоскутам; на 13-й день приступы малярии; живой до того лоскут омертвел и его пришлось удалить. Медленное вялое заживление раны.

№ 4. И-в, 9 лет, экстренно оперирован 13. II. 1936 по поводу поездной травмы — размождение левой верхней конечности. Ампутация в верхней трети плеча с закрытием раны кожными лоскутами. В послеоперационном периоде лоскут омертвел, и образовалась большая язвенная поверхность. На 21-й день приступы малярии, в крови рl. tertiana. Несмотря на энергичную дачу хинина малярия дала три тяжелых приступа, которые значительно ухудшили течение раны, сделав его вялым без склонности к эпителизации. Пересадка кожи по Дэвису, сделанная на 63-й день болезни, не удалась, все кусочки омертвели. Полное заживление наступило только в июле, т-е. через 6 месяцев после травмы.

То же самое можно сказать и о заживлении переломов — консолидация отломков замедляется. Правда, мы имеем в нашем материале только один случай (№ 6), но он является достаточно демонстративным и подтверждает наблюдения других авторов (Тельянец).

№ 6. Е-н Ал., 18 лет, поступил 6. III. 1936 с переломом правого бедра в верхней трети. Малярия в анамнезе нет. Под наркозом наложено скелетное вытяжение с гвоздем Штеймана. На 21-й день приступ малярии в крови рl. tertiana. Через месяц сращения еще не наступило, образование мозоли недостаточное. Вытяжение снято, наложен гипс.

Таким образом все случаи провокации дают впечатление значительного ухудшения послеоперационного периода с более торпидным течением грануляционного процесса.

В заключение мы считаем необходимым указать на необходимость более планомерного и углубленного проведения противомаларийных профилактических мероприятий, в частности противорецидивной хинизации в районах.

Выводы: 1. Операционная травма является одним из факторов, провоцирующих малярию.

2. Малярия в значительной мере отягощает послеоперационный период, замедляя регенеративные процессы.

3. Одной из мер предупреждения провокации является противорецидивная хинизация маляриков, направляемых на операцию.

Поступила в ред. 15.I 1938 г.

Из пропедевтической хирургической клиники (дир. проф. Б. Г. Герцберг)
Казанского государственного медицинского института.

О гексеналовом и эвипановом наркозе.

П. В. Рудницкий.

Мысль о введении наркотических веществ в кровяное русло, с целью получить наркоз, появилась задолго до применения эфира и хлороформа для ингаляционного наркоза. Шеель сообщает о работе Эльсгольц, появившейся в 1665 г. Этому автору удавалось путем внутривенного введения препаратов опиоидов