

Из инфекц. клиники Одесского института усовершенствования врачей (дир. проф. В. К. Стефанский) и 8 отд. 1 клинич. б-цы (завед. доц. С. С. Каневская).

СЛУЧАЙ БРУЦЕЛЛЕЗА В КОМБИНАЦИИ С ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИЕЙ.

А. А. Зальцберг.

За последнее десятилетие во всех странах мира отмечается увеличение заболеваемости бруцеллезом. Если раньше бруцеллез считался заболеванием субтропической и тропической зоны, то сейчас почти нет ни одной страны, где бы бруцеллез не диагностировался в большем или меньшем количестве.

Хотя в настоящее время клиника бруцеллеза достаточно детально изучена, однако в доступной нам литературе мы не встретились с описанием течения бруцеллеза в сочетании с другими инфекциями. Особенный же интерес представляет комбинация бруцеллеза с малярией. Эта комбинация вполне возможна, если учесть, что очаги бруцеллеза часто являются и очагами малярии. Следует отметить, что, благодаря характеру температурной кривой малярии, можно иногда смешать последнюю с бруцеллезом и наоборот.

С этой точки зрения нам кажется интересным привести случай комбинации бруцеллеза с трехдневной малярией, который мы имели возможность наблюдать в 1-й клинической больнице в г. Одессе и вне больницы с марта 1935 г. по июнь 1936 г., т. е. на протяжении 1½ года.

Больной П., 37 лет, приезжий из Закавказья, с 1933 года—чертежник. Считает себя больным с 7/VII 34 года, когда внезапно заболел, по поводу чего был помещен в местную больницу с высокой температурой, жалобами на головную боль, слабость, общее недомогание. Первое время лечащие врачи предполагали брюшной тиф. В виду того, что через некоторое время болезнь приняла ундулирующий характер, появились тянущие боли в конечностях и суставах, был заподозрен бруцеллез, который лабораторно подтвердился г. Райта в титре 1 : 800. После 1½-месячного пребывания в больнице, где получил лечение осарсолом, выписался со значительным улучшением общего состояния.

В середине октября того же года поступил в Бакинский тропический институт из-за значительных болей в суставах и конечностях, затруднявших ходьбу, и высокой температуры. Там диагноз бруцеллеза был вновь подтвержден получением культуры бруцеллезной палочки, выделенной из крови и мочи, положительной внутрикожной мелитиновой пробой Бюрнэ и р. Райта в титре 1 : 1600. Одновременно при исследовании крови были найдены паразиты трехдневной малярии. В течение первого месяца пребывания в Институте больной совершенно не мог ходить из-за резко выраженного орхита и тянущих болей в нижних конечностях. В то же время появились впервые жестокие приступы малярии.

Снова получал осарсол, лечился внутривенным вливанием риванола, подкожными впрыскиваниями бруцеллезной вакцины. Через 3 месяца выписался из института практически здоровым. Затем больной переехал в Одессу,

где состояние его вновь ухудшилось: вновь повысилась температура, появились суставные явления, ухудшился аппетит, по поводу чего 11/III 35 г. поступил в 1-ю клиническую больницу в Одессе.

В момент поступления жалоб на приступы малярии не было. Из анализа выяснилось, что, работая чертежником в Очемчирах (Абхазия), где бруцеллез значительно распространен, больной часто ел козий сыр.

Status praesens. Б-й правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Лицо имеет серовато-розовый оттенок. Лимфатические железы на шее и в паховых областях пальпируются. Дерматит на коже груди и спины с незначительным зудом. Ночами обильное потоотделение. Зев чистый, слегка увеличены миндалины. Хронический лямблиоз. Пульс 100 в минуту, удовлетворительного напряжения, ритмический.

Граница сердца в пределах нормы. Оба тона глуховаты. Первый тон не чистый на верхушке. Со стороны легких перкуторно и аускультативно отклонений от нормы нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Селезенка и печень выходят на 3 пальца из-под реберной дуги, плотны и болезненны при ощупывании.

Со стороны мочеполовой системы отмечается правосторонний орхит.

Со стороны костно-суставной системы постоянные ноющие боли в конечностях и суставах; никаких деформаций не обнаружено. Нервная система: бессонница, беспричинная раздражительность; реакция зрачков на свет и на конвергенцию нормальна, резкий красный дермографизм, повышенные сухожильные рефлексы, патологических рефлексов не обнаружено; роговичный и глоточный рефлексы понижены. Рентгеноскопия легких и сердца патологических изменений не дала. Кровяное давление (повторно измеренное) 110/50 мм.

Повторное исследование крови (на протяжении всего пребывания в б-це) дали стойкую лейкопению 4200—5100, лимфоцитов 49—52% и моноцитов—не выше 8%.

Систематическое исследование мочи отклонений от нормы не обнаруживало. Многократные исследования крови в мазках и толстой капле давали *plasmod. vivax* во всех стадиях развития 50—60 в поле зрения толстой капли. Диагноз бруцеллеза был подтвержден реакцией Райта в титре 1 : 1600.

За 8 месяцев пребывания в б-це у больного температура была ундулирующего характера. Несмотря на то, что температура доходила до 39,0—40,0° общее состояние больного оставалось вполне удовлетворительным, потеря в весе была незначительной: за это время вес уменьшился всего на 1—1½ кг. Периоды обострения, приковывавшие больного к постели, чередовались с периодами улучшения. Появлялся аппетит, б-ной лучше спал, уменьшалась опухоль яичка и боли в конечностях, сокращалась селезенка.

К симптомам бруцеллеза за время пребывания в больнице периодически присоединялись жестокие приступы малярии с потрясающими ознобами и размахами температуры в пределах 6 градусов.

Лечение бруцеллеза проводилось, главным образом, бруцеллезной вакциной (1 млрд убитых тел в 1 см³). В течение первого месяца была применена аутогемотерапия (3 раза), и было сделано 2 вливания неосальварсана. Во второй и третий месяцы пребывания в клинике больной получил 13 инъекций вакцины: первые 7 по 0,5, остальные по 1 см³. Промежутки между инъекциями 2 дня. После перерыва в 7 дней из-за резких приступов малярии в течение 3-го, 5-го и 7-го месяцев проведены курсы лечения в 8 инъекций по

1 см³ с теми же промежутками. В 8-ой месяц пребывания в клинике 3 раза была проведена аутогемотерапия.

Параллельно с этими проводилось специфическое лечение малярии. Начиная с мая больной получал в течение 7 дней хинин по 1,0 в день и плазмозид—0,03 в день; затем, после перерыва в 4 дня, был переведен на акрихин в дозе 0,3 grо die. Больной получил три акрихиновых курса по 5 дней с перерывом в 3 дня без заметного улучшения общего состояния и купирования приступов. В июне, июле и августе было проведено по 2 курса с перерывом в 10 дней. В сентябре, октябре, ноябре получал плазмохин в комбинации с хинином в дозе 0,01 плазмохина и 0,125 хинина. Пятидневные курсы с перерывами в 5 дней.

Несмотря на систематическое лечение, при почти ежедневных исследованиях крови, все время наблюдалась периферическая шизогония и даже в периоды между обострениями. Особенно жестокими они были после введения вакцины. Бруцеллез также не поддавался лечению.

Через 8 месяцев б-ной выписался без всякого улучшения. С 15/XI 1935 г. по 1/VI 1936 г. больной периодически являлся в клинику. Общее состояние его оставалось без изменений, несмотря на систематически продолжавшееся лечение. Периодически обострялись явления орхита, регулярно через день наступали приступы малярии с размахами температуры в 2—3 градуса, причем в периоды между приступами до нормы температура не снижалась.

Из приведенной истории болезни видно, что малярия и бруцеллез отличались исключительным упорством. Обычно поддающаяся специфическому лечению трехдневная малярия в данном случае не купировалась. Приступы повторялись, несмотря на применение массивных доз хинина и синтетических препаратов, которые применялись прерывисто и длительно.

Относительно бруцеллеза тоже можно сказать, что волнообразное течение со стойко держащимися характерными симптомами наблюдалось на протяжении всего пребывания больного в клинике, и болезнь абсолютно не поддавалась никаким методам лечения. Нужно заметить, что терапия бруцеллеза пока ещё не имеет средств, дающих стойкие и надежные результаты.

В данном случае можно допустить, что упорство малярии отчасти объяснялось проводившейся вакцинотерапией бруцеллеза, которая, как и всякое парентеральное введение чужеродного белка, могла провоцировать малярию. Не исключена также возможность того, что малярия у нашего больного не поддавалась лечению и потому, что бруцеллезная инфекция ослабила деятельность ретикуло-эндотелиальной системы, доминирующая роль которой в течении малярии общеизвестна.
