

О скрытой форме малярии.

(Предварительное сообщение *).

Вр. зав. клиникой д-ра Г. С. Демьянова.

В понятии о скрытой, или, что то же самое, маскированной малярии (*malaria larvata*) существует много неясности и путаницы. Laveran, напр., совершенно не доверяет маскированным случаям малярии, протекающим без повышения температуры; за 5 лет своей работы в Алжире он не видел случаев такой малярии, но допускает распространение их в умеренных поясах, напр., на Кавказе. Большая часть авторов, признающих существование скрытой формы малярии, для доказательства ее требуют следующих условий: 1) перемежаемости припадков, 2) быстрого исчезновения их от хинина, 3) признаков хронической малярии, предшествующих или сопровождающих это заболевание, причем лучшим средством для диагноза Laveran считает микроскопическое исследование крови. По поводу отрицательных результатов последнего Ziemann говорит, что теоретик в большинстве случаев, благодаря такому результату исследования крови, не в состоянии бывает доказать малярию там, где это в состоянии бывает сделать практик. При ненахождении в крови паразитов этот автор считает необходимым наличие малярийной картины крови. Случаи скрытой малярии без предшествовавшей активной малярии он исключает, как недостаточно обоснованные.

По данным д-ра Триантафиллидеса в Закавказье и по нашим наблюдениям—на Кубани встречается немало болезненных форм несомненно-малярийной природы, хотя и не удовлетворяющих ни одному из указанных выше требований для диагноза скрытой малярии. Триантафиллидес совершенно обособляет от скрытой малярии т. наз. малярийный диатез, куда он относит большинство заболеваний, описанных старыми авторами под диагнозом скрытой малярии. Сущность этого диатеза он видит в нарушении питания клеток организма под влиянием малярийной миазмы, поразившей главным образом симпатическую нервную систему. По его мнению малярийный период с плазмидиями есть первый период в истории малярии, самый простой и ограниченный с клинической точки зрения; за ним следует второй период, самый существенный и обширный, малярийный диатез. Последний, по мнению Триантафиллидеса, иногда наступает неожиданно, без предварительных малярийных лихорадок, после продолжительного пребывания в болотистой местности; в этих случаях он предполагает латентное заражение, слишком слабое для выявления

*) Доложено 24/IV 1926 г. в Кубанском Физико-Медицинском Обществе.

лихорадки, но достаточное для развития диатеза. Развитию последнего способствуют общая слабость, нервные страдания, влажный климат и пр. Больные с малярийным диатезом, по Триантафиллидесу, имеют типичный бледно-грязно-желтый цвет лица, печень у них бывает увеличена, увеличения же селезенки обыкновенно не бывает. При диатезе этом могут наблюдаться изменения в разных системах органов, но больше других поражается симпатическая нервная система, почему больные этого рода имеют все признаки малярийной, или,—что по Триантафиллидесу то же самое,—соларной неврастении, выражающейся главным образом ленью мозговых функций, расслаблением того нервного тонуса, который поддерживает в бодрственном состоянии все душевные и умственные способности человека. Больные делаются апатичными, теряют веселость, интерес и вкусы, которые, они имели раньше; их воля и энергия ослабевают, они обнаруживают уныние и уменьшение сознания своей собственной личности, становятся раздражительными, злыми, недовольными всеми и самими собою. Они обладают заметной склонностью к меланхолии, и их волнует неопределенное беспокойство. При таком психическом состоянии больные чувствуют отвращение ко всякого рода занятиям и предпочитают оставаться в полной бездеятельности, которая еще более усиливает и скуку, и мозговое опенение. Протекает малярийный диатез без лихорадочных явлений, паразитов в крови находить при нем Триантафиллидесу не удавалось.

По поводу этого малярийного диатеза Laveran пишет: „Мне лично совсем легко понять этот болотный диатез, продолжающий свое существование после полного исчезновения болотных гемамб и могущий проявляться разнообразными растройствами, к которым подходил-бы эпитет малярийных“. В выделении малярийного диатеза от скрытой малярии у Триантафиллидеса имеется большая искусственность, и он часто смешивает этих два понятия. Говоря о лечении малярийного диатеза, он указывает на подкожное введение *chinini bimuriatici* в дозах 0,5—1,0, которое быстро прекращает все припадки диатеза.

Отсутствие в то время новейших методов исследования крови на малярию послужило главной причиной возникновения учения Триантафиллидеса о малярийном диатезе. Для нас теперь нет сомнений в том, что этот т. наз. малярийный диатез представляет собою не что иное, как скрытую малярию, против какового названия протестует Триантифиллидес, предлагая вовсе выбросить этот термин и делить малярию на малярию с лихорадкой и без лихорадки. Тем не менее этот термин сохранился и до сих пор, и Ziemann в своей новейшей монографии „*Malaria und Schwarzwasserfieber*“ выделяет особую главу о *malaria larvata*, считая ее за вид ослабленной хронической малярии, где имеются скудная споруляция и относительно мало вирулентных паразитов, токсины которых вызывают известное сродство к определенным системам органов. При этом, по Ziemann'у, у больных наблюдается своеобразное, трудно поддающееся описанию нарушение общего состояния с сонливостью, болью в пояснице, всех членах и пр. Превалируют у подобных больных, однако, жалобы на различные растройства со стороны нервной системы, которая, повидимому, более других страдает от действия малярийных токсинов и самих паразитов. Как известно, работы Робустова и Френфельда указывают на продолжительное нахождение паразитов малярии в мозгу; Собо-

лев и предполагает, что при этой именно форме болезни паразиты находятся главным образом в центральной нервной системе.

При падении вирулентности малярийной инфекции, по Ziemann'u, рстет число случаев *malariae larvatae*. Последнее мы можем подтвердить на нашем материале, который в общем соответствует симптомокомплексу малярийного диатеза Триантафиллидеса, и который мы считаем за случаи самой настоящей скрытой малярии. Многие из наших случаев, правда, совершенно не удовлетворяют ни одному из описанных выше условий, признаваемых за *conditio sine qua non*, — нет предшествующаго приступа лихорадки, ни периодичности болезненных явлений, отсутствуют паразиты в крови, хинин не помогает. Но в настоящее время для диагноза скрытой малярии у нас имеется чрезвычайно важный критерий, которым мы обязаны работам проф. И. Г. Савченко и д-ра И. Г. Баронова, — я имею в виду открытую ими специфическую реакцию связывания комплемента с малярийным антигеном.

Если-бы Триантафиллидес дожил до настоящего времени, то он, вероятно, сам отказался бы от своего учения о малярийном диатезе в пользу скрытой малярии. Имея в своем распоряжении столь ценную для диагноза малярии реакцию, как реакция Савченко-Баронова, мы можем смелее, но и без увлечения ставить диагноз скрытой малярии, которая оказывается в настоящее время чрезвычайно распространенной у нас на Кубани, благодаря многим годам значительного инфицирования населения зараженными комарами. Что это так, — доказывают наши случаи скрытой малярии, где не было лихорадочных пароксизмов, и которые, следовательно, с точки зрения Laveran'a и Ziemann'a являются недоказательными.

Мы располагаем пока 60 подобными случаями, которые частью наблюдались нами стационарно в клинике, большею же частью были наблюдаемы в нашей амбулатории. Придавая большое значение симптоматологии скрытой малярии, позволяющей ставить правильный диагноз последней, я более подробно остановлюсь на разборе симптомов, наблюдавшихся у наших больных.

Большая часть этих больных принадлежала или к уроженцам Кубани, или к лицам, долго здесь проживающим. Из возрастов преобладал средний, от 25 до 45 лет; по полу превалировали женщины. Никогда не болевших и не считавших себя больными малярией было в нашем материале 20 чел. (33%). Из числа ранее болевших проделали энергичное, систематическое лечение малярии лишь двое, остальные 58 лечились хинином лишь до прекращения острых приступов, а затем бросали лечение.

Главная жалоба больных была на общую слабость и усталость, 49 пациентов (81,6%) жаловались на апатию и неохоту к работе, 43 (71,6%) — на сонливость; сон, по словам больных, не освежал их, а ухудшал общее состояние, что в особенности наблюдалось после дневного сна (в 35 случаях, т. е. в 58%). Жалобы на раздражительную нервную слабость в смысле неврастения Триантафиллидеса имели место в 53 случаях (88%); головная боль, зависевшая главным образом от невралгии левого надглазного нерва, фигурировала в 42 случаях (69%), потливость вообще — в 14 случаях (23%), потливость же по ночам постоянно или временами отмечена в 37 случаях (61%); поты эти иногда отличались сильным неприятным запахом, появлялись они в первой половине ночи, вскоре

после засыпания, к утру же больные вставали уже без признаков пота, почему эта потливость часто не замечалась больными, в отличие от пота туберкулезных, появляющегося под утро, когда больные встают.

При объективном исследовании исхудание наблюдалось в 24 случаях (39%). В 53 случаях (88%) имелась малярийная окраска лица, настолько характерная, что ее одной было достаточно для постановки диагноза малярии; цвет этот — бледно-желто-землянистый; в острых же случаях малярии, с долго продолжающимися приступами, цвет лица был более желтый, напоминая цвет спелой дыни. Чем длительнее малярия, тем цвет лица становился более темным, землянистым, с некоторым, однако, желтоватым оттенком, чем он отличается от окраски лица при раковой кахексии, где землянистость выражена резко без указанного желтоватого оттенка. Отличалась малярийная окраска лица и от такой же после перенесенного возвратного тифа — меньшей желтизной: рекуррентная окраска обычно напоминает нормальный цвет лица людей монгольской расы, напр., китайцев, калмыков и т. п. Кроме того, рекуррентная окраска лица исчезает очень медленно, после многих месяцев, тогда как малярийная под влиянием лечения может быстро исчезнуть — с тем, чтобы потом снова, без лечения, появиться; при этом исчезновение малярийной окраски идет обыкновенно на середины щек, где впервые появляется нормальный цвет, распространяющийся оттуда по всему лицу. В нашем материале подобной окраски лица нам не удалось подметить лишь в 9 случаях (11%), причем эти 9 отличались от прочих большим спокойствием, и явления малярийной неврастении были у них выражены слабо, что до некоторой степени соответствует мнению Триантафиллидеса, считающего окраску лица у маляриков за результат заболевания симпатический нервной системы.

Со стороны легких у 12 (19%) наших больных отмечен старый верхушечный процесс, каковой мы не можем поставить в неперемennую зависимость от малярии, хотя нет сомнения, что малярия, как болезнь, ослабляющая организм, и может служить предрасполагающим моментом к развитию или обострению туберкулезных фокусов. Что касается явлений со стороны сердца, то в 11 случаях (18%) у нас отмечены нервные явления в виде чувства замирания, неприятного ощущения в области сердца и пр., зависевшие от раздражительной нервной слабости, в которой скрытая малярия играет несомненно важную роль, так как специфическое лечение малярии благоприятно отражалось и на состоянии сердца. Заслуживает внимания, что и в некоторых случаях миокардита, наблюдавшегося у наших больных в 17 случаях (28%), мы также видели улучшение от анти-малярийного лечения; это может говорить или за происхождение миокардита в зависимости от малярии, или за ухудшение имевшегося миокардита под влиянием малярии.

Специфическая реакция Савченко-Баронова с малярийным антигеном *febris tertianaе chronicae* дала 4 плюса в 14 случаях (23%), 3 плюса — в 32 (53%) и два плюса — в 14%.

Лейкоцитарная формула представляла нейтрофильный ядерный сдвиг влево по Schilling'у в 52 случаях (86.6%), моноцитоз — в 55 случаях (91.6%), лимфоцитоз — в 20 случаях (33.3%), анематофилию — в 6 случаях (9.9%). Отметить параллелизм между количеством плюсов, процентным отношением моноцитов и нейтрофильным ядерным сдвигом влево нам не удалось, как нельзя было и клинически различать больных с 4, 3

и 2 плюсами, — все они имели несомненные признаки скрытой малярии, почему и слабо-положительный результат реакции (2 плюса) представлял большую диагностическую ценность. В 4 подозрительных на скрытую малярию случаях реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат, каковой результат может быть объяснен отчасти тем, что эти случаи могли принадлежать квартане, антигена которой получить до сих пор не удалось. У 20 заведомо свободных от малярии больных с разнообразными заболеваниями (колит, ревматизм, эмфизема легких, аневризма аорты и пр.), взятых нами для контроля, реакция также дала отрицательный результат.

У всех почти наших больных кровь одновременно исследовалась и по Савченко-Баронову, на малярию, и по Wassermann'у, на lues. При этом в одном случае, где реакция Савченко-Баронова дала 4 плюса, RW дала 2 плюса; больной этот имел сифилис, от которого давно уже не проделывал повторного лечения, а 3 года тому назад перенес несколько приступов *m. tertiana* с нахождением в крови паразитов, причем много лечился хинином, но после купирования приступов больше предупредительного лечения, вопреки моему совету, не производил. В другом случае и реакция Савченко-Баронова, и RW дали по 4 плюса; в этом случае больная поступила в клинику по поводу висцерального сифилиса, но 12 лет тому назад болела приступами малярии. Заслуживает, наконец, внимания больной с резко выраженной аневризмой аорты, отрицавший сифилис, малярией никогда не болевший и никаких малярийных проявлений не представлявший: реакция Савченко-Баронова была у него отрицательная, RW дала 3 плюса. Таким образом на основании нашего материала реакция Савченко-Баронова является строго-специфичной для малярии и в наших несомненных с клинической стороны случаях скрытой малярии дала положительный результат почти в 100%. Здесь кстати должен сказать, что реакцию эту у наших больных производил д-р Баронов, за что приношу ему глубокую благодарность.

Из желудочных явлений плохой аппетит наблюдался у 26 наших больных (43%), горький вкус во рту по утрам, как-бы после приема хинина, — характерны, по нашим данным, для малярии, — наблюдался в 38 случаях (63%), диспептические явления (изжога, тошнота, боли в желудке и пр.) — в 24 случаях (39%), запоры — в 26 (43%). Далее, явления колита с чувствительностью при пальпации толстых кишок, — чаще всего слепой, — с атоническим их расширением наблюдались у 40 наших больных (66%), увеличение печени — у 23 (46%), чувствительность ее при пальпации — у 25 (41%); на этот последний признак при скрытой малярии я обращаю особенное внимание. Селезенка прощупывалась слегка выходящею из-под ребер в 6 случаях (9%), перкуторное увеличение ее (с VIII ребра) определялось у 17 больных (28%), болезненность при пальпации области селезенки в тех случаях, где прощупать ее не удавалось, наблюдалась 40 раз (66%); последний симптом я давно уже отмечал при скрытых формах малярии, работая в разных пунктах Кубанской области и придаю ему важное значение. Со стороны почек в одном случае нами был отмечен нефроз (отеки, 3,3% белка, гиалиновые и зернистые цилиндры), а в другом — явления сморщенной почки на почве гломерулонефрита, развившегося вскоре после острых приступов малярии; в остальных случаях ничего особенного со стороны почек не наблюдалось.

Невралгия п. supraorbitalis слева наблюдалась нами в 44 случаях (73%), справа—в 4 (6%); левосторонняя межреберная невралгия была наблюдаема в 48 случаях (79%), справа она не встречалась; невралгия plex. cervicalis et brachialis отмечалась слева в 41 случае (68%), справа—лишь в 1 случае (1,6%). Резкая головная боль у наших больных чаще всего зависела именно от невралгии п. supraorbitalis sin., а боли в левой руке и левой стороне груди—от невралгии plex. cervicalis, brachialis et intercostalis sin. Вообще нахождение отдельной более или менее резкой болезненности в указанных нервах должно, по моему, наводить подозрение на скрытую малярию, а совместное существование всех этих невралгий,—наблюдавшееся нами в 31 случае (50%),—является уже чрезвычайно важным диагностическим признаком скрытой малярии. Проф. В. Я. Анфимов неоднократно имел возможность подтвердить этот симптом у нервных больных, страдавших малярией; при этом найти указания в литературе на невралгии plex. cervicalis et brachialis у маляриков мне не удалось. Других невралгий, имеющих связь с малярией, отметить мы не смогли.

Температурные кривые у наших больных со скрытой малярией представляли некоторые особенности. Мы не будем говорить о субнормальных температурах, которые так обстоятельно описал Триантафиллидес в своих случаях маскированных лихорадок в Закавказье,—мы хотели бы указать на другое обстоятельство, давно подмеченное нами у больных скрытой малярией на Кубани (повидимому, каждая местность с ее климатическими особенностями кладет свой особый оттенок на симптомокомплекс болезни): вместо обычной нормальной амплитуды суточных колебаний температуры, равной 0,5°, у больных скрытой малярией в некоторое время ее течения эта амплитуда бывает меньше 0,5°, причем вечерние и утренние температуры бывают или одинаковыми, или приобретают известный тип (*typus inversus*),—вечерняя температура бывает ниже утренней, что нами и было отмечено в 27 случаях (44,9%). Субфебрильные повышения температуры у таких больных довольно резко отзывались на общем их состоянии—в виде большой слабости и ощущения как-бы высокой лихорадки, часто укладывавших их в постель.

Ограничиваясь этими данными относительно диагноза скрытой малярии, перейду теперь к рассмотрению другого весьма важного вопроса.—о лечении скрытых малярий. На полное разрешение этой чрезвычайно трудной задачи я не претендую, но о некоторых, достигнутых нами в этом направлении, результатах позволю себе сказать несколько слов.

Проводя аналогию между сифилисом и малярией, Соболев делит последнюю, в целях лечения, на 4 стадии: 1-я стадия, с преобладанием бесполой форм паразитов, с плавильным чередованием приступов, лечится хинином; 2-ая, продолжительная стадия малярии с преобладанием половых форм паразитов, с рядом возвратов и неправильной температурной кривой, лечится им хиной вместе с каломелем по 0,015 в день; 3-я стадия малярии, с малым количеством паразитов в крови, с субфебрильной температурой, резкими анафилактическими явлениями, лечится успешно, подобно третичным формам *lues'a*, иодом и каломелем; наконец, лечение 4-ой стадии, со скудостью паразитов в крови, с субнормальной t^0 тела и очень резкой чувствительностью организма к анафилактическому яду, сводится к ослаблению этой чувствительности, мешающей организму самому

вырабатывать и проявлять свои собственные защитительные силы. Организм в этой стадии чрезвычайно чувствителен к белку мертвых паразитов, с гибелью которых он терпит еще большие расстройства. Эта четвертая стадия малярии вполне соответствует скрытой форме малярии. Больным этой формой, как правило, хинин не помогает, часто даже ухудшает общее состояние, почему сами больные часто от него отказываются. Подобные помощи, составляющие большой процент наших амбулаторий, в поисках помощи часто под разными диагнозами пугаются от одного врача к другому, нередко не получая существенного облегчения. Они часто являются беспомощными в лечебном отношении и предпочли-бы иметь малярию с острыми приступами, чем находиться в подобном гнетущем состоянии. И мы должны сознаться, что радикальных средств для излечения скрытой малярии мы пока не знаем. Иод и каломель в этой стадии и Соболеву не дал хороших результатов.

Находясь под напором со стороны подобных больных, искавших нашей помощи, мы испытывали значительные затруднения в выборе лечебных средств для них, так как обычно применяемые нами средства не у всех больных этого рода давали удовлетворительные результаты. Главную борьбу здесь приходится вести с описанными выше нервными явлениями, в особенности с сонливостью и апатией, доводящими больных до полного отчаяния. Гидро-и электро-терапевтические процедуры существенного облегчения подобным больные не дают, да и нет возможности, по разным обстоятельствам, всем больным пользоваться этими процедурами. Приходится поэтому искать облегчающего средства для них в медикаментах. Относительно хинина я не могу в полной мере согласиться с Соболевым, который наблюдаемые от него ухудшения объясняет анафилаксией организма вследствие увеличения количества белка погибших от хины паразитов. Сам Соболев признает, что в этой стадии малярии паразитов в организме очень мало, да и назначаемый здесь в сравнительно небольших дозах хинин вряд-ли в состоянии убить такое количество паразитов, белок которых смог-бы усилить анафилаксию. Я полагаю, что более правдоподобным будет объяснить это ухудшение общего состояния действием самого хинина, а не белка убитых паразитов,—повидимому, хинин в этой стадии малярии становится сам по себе как-бы анафилактическим ядом. Во всяком случае бороться с плазмодиями, которые оказываются при скрытой малярии крепко засевшими, повидимому, в центральной нервной системе больных, мы должны. Реакция Савченка-Баранова, являющаяся реакцией инфекции, указывает нам на присутствие у таких больных вирулентных паразитов, которых мы всячески должны уничтожить.

В виду недействительности хинина я решился в подобных случаях применить другое средство, убивающее паразитов,—это неосальварсан. В виду особой чувствительности больных скрытой малярией ко всем более или менее резким влияниям,—резкой перемене погоды, сильным лечебным процедурам и пр.,—я решил назначать это средство в малых дозах, начиная с 0,3 и повышая дозу постепенно, в зависимости и веса больного, Больших доз неосальварсана, в особенности вначале, необходимо избегать, так как само по себе средство это может вредно отразиться на организме, а с другой стороны здесь мы можем иметь дело с усилением анафилаксии от белка погибающих паразитов, о которых говорит Соболев. Влив в первый раз 0,3, мы обыкновенно через неделю повторяли вливание

той же дозы, в третий раз вливали 0,4 или 0,45, в четвертый—0,45, редко доходили до более высоких доз. При этом оказалось, что после первого же вливания на другой день состояние больных заметно улучшается,—сонливость и апатия уменьшаются, пробуждается аппетит, окраска лица принимает более нормальный оттенок. В подтверждение этого приведем кратко следующие наши наблюдения:

I. Больная П., страдающая сонливостью, апатией, общей слабостью и пр., перепробовала почти все антималярийные средства без всякого результата. После первого вливания 0,3 неосальварсана на второй же день почувствовала себя лучше,—обычная скованность исчезла, появился аппетит. Через недельный промежуток та же самая доза неосальварсана была повторена. Больная поправлялась на глазах. За месяц после 2 вливаний она прибавилась в весе на $\frac{1}{2}$ пуда, поты у нее прекратились, реакция Савченко-Баронова на 6-ой день после вливания неосальварсана вместо 3 плюсов дала отрицательный результат.

II. Больной А., поступил в клинику 10/1 26 г. по поводу настолько упорных запоров, что в первый день явилось подозрение о возможности непроходимости толстых кишек, которые представлялись расширенными и резко болезненными. В особенности S. romanum. На основании невралгии n. supraorbitalis et intercostalis sin. и болезненности в области селезенки была заподозрена скрытая малярия. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса. Больному был назначен хинин под влиянием которого состояние пациента улучшилось, кишечник стал действовать временами самостоятельно, но больной все же не был совершенно удовлетворен результатами лечения до тех пор, пока у него не была применена сальварсанотерапия. Он получил два вливания неосальварсана по 0,3 с недельным промежутком, после чего стул сделался совершенно нормальным, болезненность толстых кишек при пальпации исчезла, окраска лица приобрела почти нормальный цвет. Реакция Савченко-Баронова после первого же вливания вместо 3 плюсов дала отрицательный результат.

III. Больной Л., страдает несколько лет язвой желудка. Три года тому назад ему была сделана гастроэнтеростомия, давшая облегчение всего лишь на $\frac{1}{2}$ года, после чего прежние жалобы на боли в желудке, рвоты и пр. По поводу этих припадков он приступал к нам в клинику 3 раза в течение 3 месяцев. На основании постоянной потливости, улучшения язвенных явлений, когда он выезжал из города, питаясь при этой грубой пище, наличии невралгий n. supraorbitalis sin., plexus cervicalis et brachialis sin. et n. intercostalis sin., болезненности области селезенки, край которой иногда удавалось прощупать, и пр.—была заподозрена скрытая малярия, хотя сам Л. больным малярией себя никогда не считал. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса. Примененные хинин, мышьяк и противо-язвенные средства дали значительное улучшение, с которым больной и выписался домой,—с тем, чтобы вскоре снова вернуться обратно в клинику с сильными рвотами и болями в животе. Тогда решено было применить неосальварсан. Уже первое вливание его в дозе 0,3 на другой же день дало уменьшение болей и улучшение общего самочувствия. После второго вливания (в дозе 0,4) боли в желудке в тот же день совершенно прекратились, и больной эту ночь спал так спокойно, как никогда. В дальнейшем ему было сделано еще 3 вливания (0,5; 0,6 и 0,75). Реакция Савченко-Баронова через два дня после первого же вливания дала отрицательный результат. Постоянно наблюдавшееся у больного напряжение брюшных мышц в области язвы совершенно исчезло, и пациент в настоящее время чувствует себя совершенно здоровым.

IV. Больной Р., поступил в клинику с явлениями нефроза—отеки по всему телу, в моче 3,3% белка, в осадке гиалиновые и зернистые цилиндры. На основании тех же невралгий, что и у предыдущего больного, и чувствительности селезенки при ее пальпации заподозрена скрытая малярия, хотя больной и заявлял, что он никогда малярией не болел и больным ею себя не считает. Реакция Савченко-Баронова дала 3 плюса, RW—отрицательный результат. Сначала здесь был испробован хинин в разных дозах; больной переносил его хорошо, никаких неврастенических явлений у него не отмечалось, однако на нефроз хинин не оказал никакого действия. Тогда, все же подозревая, что нефроз развился у больного на малярийной почве, я влил ему два раза неосальварсан по 0,3, с недельными промежутками, после чего все болезненные явления в почках совершенно исчезли, и реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат.

У. Вольной С., в детстве перенес малярию; теперь не считает себя маляриком, жалуется на апатию и сильную общую слабость. Больше года тому назад я определил у него скрытую малярию, от которой он в течение всего этого времени лечился самым регулярным образом. Вначале у него были применены большие дозы хинина (1,0—1,5 в день), которые он переносил с трудом, вследствие чего пришлось перейти на меньшие дозы (не больше 0,5 в день), которые он периодически принимал в течение осени и весны, месяца по два, вместе с препаратами железа, мышьяка и йода. Около двух месяцев провел на берегу моря, чувствовать себя лучше, но все же результатом лечения удовлетворен не был. Сделанная 6/II 1926 г. реакция Савченко-Баронова дала положительный результат (4 плюса), вследствие чего вновь назначено лечение бромистым хинином по 0,35 ежедневно. После 35-дневного лечения реакция Савченко-Баронова получилась слабее, и состояние больного стало несколько лучше, но не могло вполне удовлетворить его, так как слабость и апатия все же остались. Тогда 10/II ему было сделано первое вливание неосальварсана (0,3, после которого состояние больного резко изменилось к лучшему, и реакция Савченко-Баронова дала отрицательный результат. Затем было еще сделано вливание 0,3 неосальварсана, после которого апатия и слабость сделались значительно меньше, появились бодрость и ясность в голове, цвет лица принял более здоровый вид.

Подобные же результаты дало применение неосальварсана и в других наших случаях скрытой малярии. Назначая это средство, надо только начинать с малых доз, в особенности у нервных больных с явлениями резкой анафилаксии; у таких лиц нельзя также повышать дозу уже со второго раза; напротив, лица с мало выраженными нервными явлениями гораздо легче переносят повышение доз неосальварсана. Вообще относительно дозировки и числа вливаний неосальварсана необходимы дальнейшие наблюдения, ибо наш материал является слишком недостаточным для тех или иных категоричных выводов.

Неосальварсан я рекомендую в случаях, где обычные медикаменты не оказывают действия, и где хинин плохо переносится. Последнее особенно наблюдается опять таки у нервных больных, которым я обычно назначаю бромистый хинин в дозах 0,35 в день. Этот препарат хинина вместе с укрепляющими средствами—мышьяком и железом—иногда давал удовлетворительный результат, но сравниться с действием неосальварсана его действие не может.

Для укрепления нервной системы в зимнее время я рекомендую больным скрытой малярией, отличающимся большой зябкостью и плохо переносящим всякие гидротерапевтические процедуры (ванны, обливания, обтирания и пр.), обгирание тела сухим полотенцем, имеющее значение легкого общего массажа. Больные легко переносят эту процедуру, и она совместно с остальными лечебными мероприятиями благоприятно влияет на нервную систему.

У больных, страдающих скрытой малярией, важное значение имеет, далее, диета. Большая часть их страдает запорами и атонической формой колита. Задержка каловых масс у таких больных создает благоприятные условия для кишечной интоксикации, которая еще более ухудшает их общее состояние. Для устранения ее я предписываю своим больным вегетарианский стол, который лучше всяких слабительных регулирует стул и тем самым оказывает благоприятное влияние на общее состояние и на основную болезнь. Вначале вегетарианский стол переносится невыносимыми к нему больными тяжело, но впоследствии они сами замечают благоприятное его действие на общее состояние.

Кроме лекарственного и диетического лечения больные со скрытой малярией больше, чем какие-либо другие, нуждаются в климатотерапии.

Д-р Триантафиллидес наблюдал в подобных случаях прекрасный успех от пребывания больных на высотах Кавказа, в Букурьяне, на высоте 1800 метров, где происходит усиленная регенерация эритроцитов, играющих, повишимоу, немалую роль в борьбе с малярийными плазмодиями. Мы со своей стороны рекомендовали-бы больным скрытой малярией, неслишком ослабленным, Теберду, находящуюся на высоте 1300 метров и чарующую каждого своей красотой и здоровым, сухим горным климатом. Здесь следовало-бы организовать достаточное количество санаторий для больных скрытой малярией, которые своими страданиями вполне заслуживают внимания к себе как со стороны врачей, так и общества.

Старая, хорошо оборудованная климатическая станция с прекрасным сообщением, каковою является Кисловодск, также могла бы служить курортом и для больных скрытой малярией. По нашим наблюдениям пребывание в Кисловодске оказывает весьма благоприятное действие на них, улучшая общее состояние и успокаивая нервную систему. В течение около года после Кисловодска больные чувствуют себя обычно трудоспособными, к весне же состояние их ухудшается. Подобные больные ежегодно должны пользоваться климатическим лечением наряду с медикаментозным, так как однократное пребывание на курорте дает лишь временное восстановление трудоспособности, хотя вообще в настоящее время мы не располагаем данными говорить о полном излечении скрытой малярии.

Настоящий материал, в виду малочисленности наших случаев, я представляю, как предварительное сообщение, с тем, чтобы в будущем продолжить свои наблюдения; тем не менее на основании его я позволю себе сделать следующие выводы:

- 1) Скрытая малярия на Кубани имеет большое распространение.
- 2) Распознавание ее облегчается, благодаря открытой проф. И. Г. Савченко и д-ром И. М. Бароновым специфической реакции связывания комплемента, дающей при скрытой малярии положительный результат почти в 100%.
- 3) Согласно этой реакции во всех, наблюдавшихся нами, случаях скрытой малярии возбудителем ее был *plas. vivax*.
- 4) При всяком подозрении на малярию у больного должна быть проделана эта реакция, — как Wassermann'овская реакция — при подозрении на сифилис.
- 5) Протекает скрытая малярия в большинстве случаев при резко выраженных явлениях малярийной неврастении.
- 6) Апатия, общая слабость сонливость, поты в середине ночи, горький вкус во рту по утрам являются характерными припадками у больных с этой болезнью.
- 7) Малярийный цвет лица, наблюдающийся почти у каждого больного со скрытой малярией, является весьма ценным диагностическим ее признаком.
- 8) Болезненность области печени и в особенности селезенки, когда края ее не прощупываются, также весьма характерна для скрытой малярии.
- 9) Невралгии — *nervi supraorbitalis sin.*, *plexus cervicalis et brachialis sin. et nervi intercostalis sin.*, — каждая в отдельности, подозрительны для скрытой малярии, одновременное же существование всех этих невралгий делает наличность скрытой малярии почти несомненною.

10) Субнормальная, нормальная или субфебрильная температура, представляющая обратный тип (*typus inversus*), и одинаковые вечерние и утренние температуры должны также наводить на подозрение о скрытой малярии.

11) При безуспешности обычных медикаментов у больных, страдающих скрытой малярией, необходимо применять неосальварсан.

12) Дозы последнего и их повышения требуют крайней осторожности, в особенности у лиц с резко выраженными нервными явлениями.

13) У скрытых маляриков, в особенности страдающих атоническим колитом, необходимо применять вегетарианский стол, регулирующий стул и благотворно влияющий на общее состояние.

14) Скрытые малярики даже и при успехе медикаментозного лечения нуждаются в климатотерапии.

15) Наиболее подходящею для этой цели является Теберда, где необходимо устройство санаторий для больных со скрытой малярией.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Сборник работ д-ра Т. П. Триантафиллидеса. 1890.—
 - 2) Laveran. Палудизм. Рус. пер., СПб, 1901.—3) Ziemann. Malaria und Schwarzwasserfieber. Leipzig, 1924.—4) Проф. И. Г. Савченко и д-р И. М. Баронов. Каз. Мед. Журнал, 1925, № 10.—5) И. П. Патрик. Куб. Науч.-Мед. Вестник, 1924.—6) И. М. Маркус. Врач. Дело, 1925, № 22—23.—7) Л. В. Соболев. Врач, Газ., 1915, № 31—33.—8) Н. Н. Нижибицкий. Харьк. Мед. Журн., 1908.—
 - 9) Grumann und Bontempes. Deut. med. Woch., 1914, № 22.
-