

Мы не задавались специальной целью проделать параллельно с посевом на воду также посевы на желчь, но все же таких параллельных исследований у нас набралось 19. И здесь, хотя эта цифра маленькая, процент совпадений является значительным, а именно из 19—16. Кроме того, в одном случае подвижные палочки были обнаружены при посеве на воду и не обнаружены на желчи. Таким образом, как видно из приведенных данных, нужно присоединиться к мнению Клодницкого и Сятецкого, что посев крови на воду дает удовлетворительные результаты и, повидному, мало чем отличается по результатам от посева на желчь. Поэтому и способ этот вполне можно рекомендовать для практического использования.

Идея этого способа берет свое начало от того давно известного факта, что палочка Eberth'a в отношении питательной среды весьма нетребовательна.

Что касается нахождения подвижных палочек в смеси крови с водой, то, по нашим наблюдениям, для диагноза это решающего значения не имеет, так как возможны загрязнения: мы имели два случая, где подвижные палочки были обнаружены, а пересевы бацилл Eberth'a не дали.

Литература: 1) Strotmüller. Руков. по вн. бол. Mohr и Stahelin, 1912;—2) Клодницкий. Русский врач, 1912;—3) Сятецкий. Врачебн. дело, 1924, № 12;—4) Самсонов. Мед. вестник Узбекистана, 1927, № 8.

Глистная инвазия у малярийных больных.

Д-ра Ф. Н. Пермякова (Казань).

Паразитические черви в свете современных учений рассматриваются не только как возбудители глистных болезней, весьма разнообразных по этиологии и клиническому течению, но в значительной мере и как первоисточник весьма частых инфекционных болезней, как инокуляторы микробной флоры, как фактор, действующий своими ядовитыми свойствами на организм, нарушая нормальную функцию органов и predisposing его к другим заболеваниям и к тяжелому течению болезней. При развитии большинства инфекционных болезней первая роль принадлежит глистам, а вторая бактериям; течение и смертельный исход болезни нужно рассматривать как результат комбинационной разрушительной работы тех и других. „Не следует находиться только под гипнозом микробов“ (Cadeak).

В современной гельминтологии накопилось чрезвычайно много фактов, которые в совершенно ином освещении вырисовывают перед нами детали патогенеза и течение не только глистных, но и других заболеваний. Медицина обогатилась целым рядом новых понятий, кои были ведомы прежде: „аскаридная пневмония“, „глистный фактор в эпидемиологии и эпизоотологии болезней“, „роль глист в этиологии новообразований“, „проникновение аскарид чрез неоврежденную кожу“, „переход глист чрез плаценту из организма матери в организм плода“, „гельминтологический анализ мокроты“, „глистный абсцесс“, глистный метрит“, „глистная эпилепсия“, „глистный полиневрит“—все эти понятия, говорит проф. Скрябин, являются для современного врача еще слишком чуж-

дыми, далеки. Далеко, например, не все знают, что современный человек является хозяином 125 различных видов паразитических червей, а наши домашние млекопитающие и птицы около 60 видов.

О том, какой процент людей инвазирован глистами, красноречиво говорят следующие данные: проф. К. И. Скрябин и д-р Шульц тщательными исследованиями в Армении и Донбассе обнаружили глистную инвазию у людей в 94% случаев. Проф. Б. Г. Массино, исследуя население Узбекистана, нашел: зараженных глистами от 40% до 48,6%, причем двумя видами в 4,8%, тремя в 0,25%. Н. Н. Плотников (Свердловск), исследуя детей, обнаружил 43,2% зараженных глистами. Одним видом—в 35,2% двумя—в 7,4%, тремя—в 0,6%. Д-р Зубарев, исследуя учащихся детей Казанской школы жел. дор., дет. сада, нашел из 220 человек зараженных глистами 124 человека, т. е. 56%, причем двумя видами в 3,2%. Наиболее распространены: *Enterobius vermicularis* 49%, *Ascaris lumbricoides* 4,5%, *Dibotriocephalus latus* 0,9%, *Taenia solium* et *saginata* 1,8%.

Из этих данных видно, какое громадное количество людей поражается глистами. Что же касается изменений, которые производят различные глисты в человеческом организме, то они изучены далеко не со всех сторон. Некоторые авторы: как Roheyer, Shapiro и Подвысоцкий наблюдали, что *Dibotriocephalus latus* выделяет яд, действующий на состав крови и кроветворные органы, вызывая пернициозную анемию; Rosenquist наблюдал разрушение белков под влиянием ядов глист; Zinn приводит случай смерти от анемии высокой степени под влиянием ядов глист; Golli, Valerio приводят наблюдения повышения и понижения t°, явления гемолиза и раздражения центральной нервной системы под влиянием ядов глист; Tallquist'у удалось из тела ленточной глисты экстрагировать липоидное вещество, имеющее сильное гомолитическое свойство, изменяющее красные кровяные шарики и гемоглобин; Zerpert, Müller и другие считают глистный яд кровяным токсином, действием которого и объясняют констатируемую зоонофилию; Messeneo, Calmida и другие, впрыскивая экстракт из *taenia* животным, получали моторные расстройства и часто *exitus letalis*; Lastel и Stamen у инвазированных глистами больных наблюдали расстройства желудочно-кишечного тракта, поносы, сильные головные боли, шум в ушах, дисменорею, обморочные припадки, судороги и проч.; Sayderhelm, исследуя больных инвазированных *taenia* и *ascaris*, нашел, что эти паразиты выделяют токсины, вызывающие тяжелую анемию; Brian наблюдал увеличенное выделение азота у носителей *ascaris* и *taenia*. Интересны наблюдения Annaradonna и Drouillard'a в Индии, касающиеся псевдоменингитов, кишечных расстройств, Cheyne-Stokes'ова дыхания, часть которых закончилась летально; все эти явления были вызваны большей частью аскаридами.

Konoff и Walbaum наблюдали при аскаридозе сужение зрачков, тризм, опистотонус, в одном случае окончившийся смертью.

Общезвестно, что у занимающихся экспериментально аскаридами наблюдались волдыри на руках, шум в голове крапивница и проч.

Bergmann, Arbore, Rolly и другие приводят много случаев из практики брюшного тифа, паратифов, аппендицита и перитифита, обусловленных глистами.—Мы поставили себе целью исследовать влияние

глистной анвазии на малярию, проследить те случаи, где имелись глисты и малярия.

Наши наблюдения велись над учащимися Казанской желез. дорож. школы и дет. сада, а также над больными Пропедевтической терапевтической клиники Казанского университета. Из всех обследованных учащихся, у коих оказались глисты, числом 124 человека, мы имели 36 случаев в сочетании с малярией.

Т А Б Л И Ц А № 1.

Г л и с т ы	М а л ы р и я			
	Квартана	Терциана	Тропика	Не выяснена
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1	4	2	—
<i>Dibotriocephalus latus</i>	—	1	1	—
<i>Taenia sol. et sag.</i>	—	2	1	—
<i>Taenia sol.</i> + <i>Enterobius vermicul.</i>	—	—	1	—
<i>Ascaris lumbricoid.</i> + <i>Enterobius vermicul.</i> .	1	2	—	—
<i>Enterob. vermicular.</i>	—	8	2	10
	2	17	7	10

Из числа указанных больных 16 человек, у коих были малярия+глисты: *ascaris lumbricoides*, *taenia sol. et sag.*, *dibotriocephalus latus*, мы взяли под наблюдение и клиническое обследование.

Все эти больные выделялись особенной бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, отличались повышенной раздражимостью; жаловались на головные боли, головокружение, сердцебиение, по временам у некоторых наблюдались обморочные состояния, жаловались также на расстройство и боли в области живота и имели малярийные приступы. Исследование крови на малярию дало положительный результат. Почти во всех случаях была констатирована увеличенная селезенка до больших размеров. Больные ранее подвергались систематическому курсовому противомаларийному лечению (хинин+метилевоная синька, мышьяк) в течение довольно продолжительного времени, но значительного улучшения не отмечали, так как не было обращено внимания на глистную инвазию. Во всех этих случаях мы рассматривали целый ряд факторов, могущих влиять на организм больных, как-то: питание, занятия в школе и дома, образ жизни, но все это не дало нам объяснения плохого течения у них малярии и их общей слабости. Тогда нами было обращено внимание на другие заболевания, могущие иметь место у наших больных и препятствующие излечению, как, например, *tbc*, *lues*, глистную инвазию и друг. При обследовании этих больных мы не нашли признаков *lues*'а и каких либо заметных проявлений *tbc*,—но все больные были инвазированы глистами. Мы решили сначала провести противоглистное лечение, а затем и противомаларийное лечение.

Однако раньше чем мы обратили должное внимание на глистов, одного больного (Р., 15 лет) мы потеряли. Он имел *malaria tropic*+*taenia*

solium и погиб при $t^{\circ} 40^{\circ}$, при резком развитии мозговых явлений. Уже спустя 4—6 недель после лечения мы отметили у наших больных в 10 случаях из 15 отсутствие, во-первых, приступов малярии, во-вторых, улучшение самочувствия и общего состояния; усиление аппетита, улучшение сна и отсутствие головокружения и общей слабости. В 3-х случаях отмечалось отсутствие приступов малярии, но явления слабости и утомляемости продолжались, больные были еще неспособны к усидчивой работе. Остальные 2 человека по временам отмечали невысокий подъем t° до $37,5^{\circ}$ с явлениями предшествующего озноба, но эти приступы были гораздо реже и слабее.

Кроме вышеуказанных больных-учащихся, мы также произвели наблюдения над больными малярией и глистами в Пропедевтической терапевтической клинике Казанского университета, их оказалось 9 человек. Клинические больные имели следующие сочетания малярии с глистами.

Т А Б Л И Ц А № 2.

Г л и с т ы	М а л я р и я		
	Квартана	Терциана	Тропика
<i>Taenia solium</i>	—	2	1
» <i>sagin.</i>	1	1	—
<i>Dibotriocephalus latus</i>	—	—	1
<i>Ascaris lumbricoid.</i>	—	2	1
	1	5	3

Все эти больные ранее были частыми пациентами амбулатории клиники, лечились амбулаторно от малярии и малокровия, жаловались на малярийные приступы, озноб, жар и поты, на отсутствие аппетита, слюнотечение, общую слабость, бессонницу, на боли в области живота, часто сопровождающиеся то запорами, то поносами. Вследствие хронического течения малярии и резкой общей слабости они были приняты для стационарного лечения.

Приводим краткую историю болезни одной из них:

Больная Д-ко А-ра, 25 л., замужняя, домашняя хозяйка, поступила в клинику 18/VII 27 г. с жалобой на сильную слабость, головокружение, тяжесть под лопаткой, не зависящую от приема пищи, отсутствие аппетита, неприятный вкус во рту, по временам слюнотечения; иногда чувствовала такую резкую слабость, что падала, теряя сознание. С весны 1925 г. больна малярией, приступы повторялись часто. Больная лечилась от малярии, принимала хинин, осенью 1926 г. сделала 10 инъекций хинина, но малярийные приступы вскоре начали повторяться. Весной 1927 г. у больной снова появились малярийные приступы; лечилась у специалиста по малярии, принимала хинин, мышьяк и под., но малярийные приступы больную не оставляли. Еще ранее, до болезни малярией, заметила у себя выхождение члеников глисты.

В детстве перенесла корь, свинку; менструации на 15 году, нормальны. Вереческие болезни отрицает. Отец умер от старости, мать—от крупозного воспаления легких. Братя и сестры ничем особенным не страдали.

Status praesens: Больная среднего роста, кожные покровы и видимые слизистые очень бледны. Землистый цвет лица. Подкожный жировой слой развит слабо. Со стороны сердца и легких резких отклонений от нормы не обнаружено. Исследование желудочного сока (тонким зондом): натошак 60,0 HCl—общ. 12, в течение 2-х часов HCl не обнаружено.—Печень выступает из подреберья на 1/2, попер. пальца, плотноватой консистенции, болезненна. Селезенка: выступает при глубоком вдохе на палец из подреберья, плотновата, болезненна. Мочиспускание свободно. В моче ничего патологического.

Нервная система: сухожильные рефлексы повышены, резко выражен красный дермографизм, исчезающий через 20'—25'. Глоточный рефлекс отсутствует. Исследование крови:—обнаружены плазмодии малярии тропика. В кале яйца глист *taenia sol.*

Диагноз: Helminthiasis, Malaria trop., Anaemia.

24/VII 27 г. Больной назначено лечение: Extr. filic. maris. 25/VII глиста вышла, найдена головка, поставлена клизма с бензином. 28/VII. Исследование кала на яйца глист дало отрицательный результат. 29/VII. У больной приступы малярии усилились. С 29/VII по 9/VIII больной было проведено лечение хинином 0,3×3 в течение 4 дней, 4 дня перерыв, потом снова хинин 0,3×3 4 дня. Приступов малярии у больной за этот период не отмечалось. Самочувствие хорошее.

9/VIII исследование желудочного сока. Натошак 45,0 HCl—общ. 10, обнаружено в течение 2-го часа HCl.—Больная пожелала выписаться.

Было рекомендовано на дому лечение мышьяком. Всего было сделано 30 инъекций. Больная все время находилась под нашим наблюдением, она отмечала, что стал значительно улучшаться аппетит, исчезла слабость; она стала заниматься хозяйственными делами. Через каждые 4 дня больная принимала 1 день хинин по 0,3×3.

С 1 по 20/IX больная отмечала очень хорошее самочувствие, хороший сон и аппетит; прибавилась в весе 8 фунтов.

Больная находится под наблюдением; уже с год приступов малярии не было.

Характер течения болезни всех больных виден из следующей таблицы:

ТАБЛИЦА № 3.

№№ по поряд.	Фамилии больных	До лечения					После лечения					
		Лета	Приступ маляр.	Яйца глист или членики	Малокровие или слаб.	Отсут. ап- пегита, слю- потечение	Повыш. раз- драж., отсут- ств. сна	Приступ малярии	Яйца глист или членики	Малокров., слабость	Аппетит	Сон
1	Д-ко . . .	25	+	+	+	+	+	—	—	—	Очень хор.	Хор.
2	Т-ва . . .	38	+	+	+	+	+	—	—	—	Хор.	Удов.
3	А-ва . . .	36	+	+	+	+	Удов.	—	—	—	Удов.	Удов.
4	Ч-н . . .	30	+	+	+	+	Сон	—	—	Отмеч.	Удов.	Хор.
						Слюно- теч. не отмеч.	Удов.					
5	Ф-в	24	+	+	+	+	+	Изред- ка по- знабл.	—	—	Удов.	Хор.
6	А-в . . .	29	+	+	+	+	+	—	—	—	Хор.	Удов.
7	И-ва . .	31	+	+	Нерез.	+	+	—	—	Нерез.	Удов.	Удов.
							Сон слаб.					
8	Су-ва . .	33	+	+	+	+	+	—	—	—	Удов.	Хор.
9	С-ва . . .	22	+	+	Нерез.	+	+	—	—	—	Хор.	Хор.
							Сон слаб.					

У всех больных после изгнания глистов мы имели отсутствие приступов малярии, резкое улучшение самочувствия, увелич. количества красных кровяных шариков и гемоглобина, улучшение аппетита и сна. Некоторые больные заявляли, что они избавились от тяжелых страданий.

Наш материал, хотя и немногочисленный, но результаты, которые мы получили, достаточно показательны в том отношении, что глистная инвазия, иногда не вызывающая даже резких явлений у ее носителей, очень часто незамечаемая самими больными и остающаяся без внимания со стороны врачей (особенно на амбулаторных приемах), совместно с другими заболеваниями, как малярией, действует своими отравляющими свойствами на организм, препятствуя излечению этих болезней.

Из Детской клиники Ленинградского медицинского и-та (Директор профессор Н. И. Красногорский).

Об азотистом обмене при молочно-растительной диете.

А. Б. Воловик.

В одном из наших сообщений¹⁾ нам удалось показать, что молочная диета, не удовлетворяя энергетической потребности скарлатинозных больных, приводит к отрицательному балансу азота. Так как в молочной диете наряду с умеренным содержанием белка и жира имелось чрезвычайно мало углеводов, то естественно было предположить, что увеличение количества последних может оказать существенное влияние на белковый обмен. Для пополнения пищи углеводами мы включили в диету, помимо молока, овощные пюре, каши, кисель. Меню было составлено таким образом, что на завтрак и ужин больным давалась каша с молоком, а на обед овощное пюре и клюквенный кисель. Кроме того, два раза в сутки дети получали 200 гр. молока в качестве питья. Известная схематизация блюд была проведена в целях облегчения технических условий работы. По предварительному подсчету общекалорийная ценность нашей молочно-растительной диеты равнялась 2086 калорий, при содержании в пище 56 гр. белка, 294 гр. углеводов и 70 гр. жира. Из 10 детей, посаженных на это меню, только один больной 12-ти лет с легкой формой скарлатины съел предложенную ему пищу целиком, остальные же дети довольствовались большей или меньшей частью даваемых им блюд. Больные в возрасте 4—5 лет выпивали в среднем 600—700 гр. молока и съедали 150—300 гр. каши, 75—150 гр. картофельного пюре и 150—200 гр. киселя; более старшие дети съедали 400—500 гр. каши, 150—300 гр. пюре, 250—300 гр. киселя и около 800 гр. молока.

Из исследований азотистого обмена 10 детей в нашей клинике²⁾ у 9-ти получился положительный баланс азота. У 3-х больных в возрасте $4\frac{1}{2}$ —5-ти лет с весом $15\frac{1}{2}$ —17 кило, получавших ежедневно 29—37 гр. белка, 136—158 гр. углеводов, 30—34 гр. жиров и 961—1088 калорий, или считая на кило веса—белка 1,87—2,18, углеводов 8,8—9,3, жиров

¹⁾ Печатается в Саратовском клиническом журнале.

²⁾ По технич. условиям подробные таблицы исследования обмена не приводятся.