

# ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В НЕФТЯНЫХ РАЙОНАХ ВОСТОЧНОГО ЗАКАМЬЯ

Л. В. Дановский

ИИ кафедра терапии (зав. — проф. О. С. Радбиль)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В Татарской АССР заболевания геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) или геморрагическим нефрозо-нефритом (ГНН) впервые были диагностированы в Агрызском и Высокогорском районах (Т. А. Башкирев, В. А. Бойко, 1959). Позднее единичные случаи заболевания отмечались в Чистопольском (А. А. Иванов, 1961), Лениногорском районах (Л. В. Дановский, 1961; 1964) и в Казани (А. Е. Резник, В. Я. Давыдов, 1965). В настоящей работе обобщены материалы 6-летнего наблюдения за заболеваемостью ГЛПС в нефтяных районах Восточного Закамья ТАССР. За 1960—1965 гг. в больницах Лениногорского, Альметьевского, Бугульминского и Бавлинского районов находились на лечении 102 больных ГЛПС (в 1960 г. — 1, в 1961 г. — 0, в 1962 г. — 11, в 1963 г. — 20, в 1964 г. — 28, в 1965 г. — 42). Тяжелая форма болезни была у 26 больных, средняя — у 53, легкая — у 23. Обращает на себя внимание чрезвычайное разнообразие ошибочных диагнозов, с которыми больные ГНН направлялись в лечебные учреждения. Чаще всего это были «острый нефрит» (17 чел.), «грипп» (15 чел.), «пневмония» (12 чел.). 29 больных поступили с диагнозами «брюшной тиф», «дизентерия», «аппендицит», «пищевая интоксикация» и др. Кроме того, 20 чел. были направлены без диагноза (на обследование). Это свидетельствует о недостаточно широком знакомстве практических врачей с клиникой данной болезни. Указанное обстоятельство подтверждается и поздними сроками госпитализации. В первые 1—3 дня болезни было госпитализировано 15 больных, до 5-го дня — 37, до 8-го — 38, позднее — 12.

Мужчин было 92, женщин — 10. Большинство больных было в возрасте от 21 до 40 лет. Рабочих предприятий нефтяной промышленности (бурильщиков, операторов скважин, геофизиков, бульдозеристов, шоферов, трактористов и др.) было 45, колхозников — 25, работников лесного хозяйства — 12, прочих — 20.

Наблюдения, проведенные в шести лесничествах Альметьевского и бывшего Ново-Шешминского районов (В. А. Бойко) показали, что среди лесных грызунов численно доминирующим видом является рыжая полевка (60—80%). Летне-осенние исследования в Бутинском лесничестве Альметьевского района за 1964 г. выявили интенсивную эпизоотию среди рыжих полевков. Гистологическим анализом (К. Ш. Низамутдинова) были установлены патологоанатомические изменения в органах зверьков, сходные с изменениями у людей, погибших от ГЛПС. В этом же году возросла заболеваемость ГЛПС среди населения района. Это дает основание связывать заболеваемость ГЛПС среди людей с эпизоотией среди рыжих полевков.

По нашим данным, заражение людей происходило в лесах юго-востока Татарии. Максимум заболеваемости приходился на летне-осенние месяцы. Так, за шесть лет в летние месяцы (июнь — август) было зарегистрировано 32 заболевания (31,3%) ГЛПС, в осенние (сентябрь — ноябрь) — 59 (57,8%). С момента установления постоянного снежного покрова число заболеваний резко уменьшалось, а в феврале — марте не наблюдалось ни одного случая за все годы.

Больные поступали из различных населенных пунктов, контактной связи между ними не установлено. Повторных заболеваний и внутрибольничных заражений нет.

Заболевание начиналось остро. В первую лихорадочную фазу (5—8 дней) повышалась температура, появлялись головные боли, ознобы, адинамия, анорексия, иногда рвота. В легких случаях заболевание ограничивалось общетоксической фазой и быстро переходило в стадию реконвалесценции. При средних и тяжелых формах болезни была выражена вторая фаза — геморрагический диатез и органические поражения. Геморрагический диатез проявлялся мелкоточечными геморрагиями на коже и слизистых зева, кровоизлияниями в склеры глаз, носовыми кровотечениями, редко — желудочно-кишечными или легочными; сердечно-сосудистый синдром — приглушенностью сердечных тонов, тахикардией, сменяющейся брадикардией, гипо- или гипертензией. У половины больных наблюдался абдоминальный синдром (тошнота, рвота, боли в животе, метеоризм, задержка стула, иногда поносы). Наиболее выражен почечный синдром (с 3—6-го дня болезни) — боли в пояснице, положительный симптом Пастернацкого, микрогематурия, протенурия, цилиндрурия; в тяжелых случаях развивалась острая почечная недостаточность (олигурия, гиперозотемиа). В фазу реконвалесценции отмечается полиурия, гипо-, изостенурия до 4—6 недель от начала болезни. Хронических форм и рецидивов при этом заболевании нет.

Работ, посвященных изучению пепсинообразующей функции желудка при ГЛПС, в доступной литературе мы не обнаружили. Нами (совместно с Т. А. Башкиревым) проведено беззондовое исследование пепсинообразующей функции слизистой оболочки желудка путем определения пепсиногена в моче (уропепсиногена) и пепсиногена плазмы крови по методу В. Н. Туголукова у больных ГЛПС в период клинических проявлений и в фазу реконвалесценции.

Содержание уропепсиногена в суточном количестве мочи в миллиграммах у больных ГЛПС в разные периоды заболевания по сравнению с контрольной группой представлено в табл. 1.

Таблица 1

Обследованные группы	Статистические показатели				
	<i>n</i>	<i>M</i>	$\pm m$	<i>P</i>	
Здоровые	10	47,4	8,19	—	
Больные ГЛПС	Период клинических проявлений	15	81,7	9,40	<0,05
	Стадия реконвалесценции	15	176,8	30,50	<0,01

У 12 больных ГЛПС в период клинических проявлений определялся натощак уровень пепсиногена плазмы крови, который в среднем ( $M \pm m$ ) был равен  $8,90 \pm 1,11$  мг% (норма по В. Н. Туголукову — 2—8 мг%). Таким образом, сопоставляя литературные данные о снижении кислотности желудочного сока у больных ГЛПС (Э. А. Гальперин, Г. М. Цыганов, Л. И. Казбинцев и др.) и наши наблюдения, можно отметить, что параллелизма между изменением кислотообразующей функции желудка, с одной стороны, и уровнем пепсиногена плазмы крови, а также выделением уропепсиногена, с другой, при ГЛПС нет.

Лечение ГЛПС мы проводили комплексно и в зависимости от тяжести заболевания. При легко текущем заболевании назначали постельный режим, щадящую диету, обильное питье, салицилаты, димедрол. При средних и тяжелых формах болезни больные получали витамины К, Р, С, группы В, антигистаминные средства (салицилаты, супрастин, димедрол). При острой почечной недостаточности проводили капельные внутривенные вливания растворов глюкозы, кровопускания с учетом уровня АД и суточного диуреза. При выраженном болевом синдроме (боли в животе, пояснице) назначали анальгин, промедол, омнопон. Сердечно-сосудистые средства (строфантин, кордиамин, кофеин, камфару) применяли по показаниям. Антибиотики (стрептомицин, пенициллин, тетрациклин) давали лишь с целью профилактики и лечения осложнений (острые пневмонии, обострение хронической инфекции и т. д.).

Из 102 больных умерло 3, у 99 заболевание закончилось полным выздоровлением с восстановлением трудоспособности через 30—50 дней от начала заболевания.

В литературе отмечается положительное влияние на течение болезни средних доз преднизолона (Г. С. Ковальский, Т. В. Ковальская, 1965). При развитии острой почечной недостаточности при этом заболевании хорошие результаты получены от гемодиализа (М. Ф. Сакаева, Р. М. Уразаев, 1965).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Башкирев Т. А., Бойко В. А. Казанский мед. ж., 1959, 5. — 2. Гальперин Э. А. Клиника инфекционных геморрагических болезней и лихорадок. Медгиз, М., 1960. — 3. Дановский Л. В. Казанский мед. ж., 1961, 4; 1964, 3. — 4. Иванов А. А. Казанский мед. ж., 1961, 1. — 5. Ковальский Г. С., Ковальская Т. В. Тер. арх., 1965, 9. — 6. Резник А. Е., Давыдов В. Я. Казанский мед. ж., 1965, 5. — 7. Ратнер Ш. И. Геморрагический нефрозо-нефрит. Хабаровск, 1962. — 8. Сакаева М. Ф., Уразаев Р. М. Клин. мед., 1965, 11. — 9. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. Медицина, М., 1965. — 10. Цыганков Г. М. Геморрагический нефрозо-нефрит. Медгиз. Л., 1963. — 11. Грегор О. Клин. мед., 1959, 2.