АБДОМАНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Ю. А. Башков, В. С. Осинцева

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. И. Чукаевна) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

О роли геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) в возникновении острого абдоминального симптомокомплекса — «острого живота» — сообщают немногие авторы [2, 5]. Найболее полно эти вопросы отражены в работе С. И. Сергеева (1952). В специальных руководствах по неотложной абдоминальной хирургии о ГЛПС как возможном мистификаторе «острого живота» не упоминается. Однако «острый живот» в клинике ГЛПС не является крайне редким явлением и представляет для хирурга трудно разрешимую задачу. Больные поступают непосредственно в дежурные отделения с симптомокомплексом абдоминальной катастрофы, которая, как правило, оказывается ложной, а значит, и не требует, за очень редким исключением (разрыв почки или селезенки), оперативного вмешательства.

По нашему мнению [6], полученному в ходе изучения клинического течения более чем у 500 больных ГЛПС, приблизительно у половины из них имели место различные проявления острого абдоминальной патологии: сильные боли в животе (48%), рвота (43%). Почти у каждого они сочетались с задержкой отхождения газов и стула, у многих определялась напряженность мышц брюшной стенки.

Ошибочная трактовка клинической картины ложного «острого живота» таит в себе опасность принятия хирургом решения о необходимости срочной операции, которая может стать причиной гибели больного от острой почечной недостаточности.

Когда больной находится в инфекционном отделении с установленным диагнозом ГЛПС, то развитие у него симптомов «острого живота» не вызывает затруднений в определении их причины. Серозно-геморрагический отек внутрибрюшных органов, кластичатых пространств и забрюшинно расположенных образований, кровоизлияния в них легко объясняют возникшую клиническую ситуацию. В таких случаях проявления ложного «острого живота» удаётся ликвидировать путем консервативных мероприятий. Однако, если больной доставляется с явлениями «острого живота» непосредственно в дежурное хирургическое отделение, то о ГЛПС как возможной причине его причины не возникает даже и мысли, что может привести к ошибке как диагностического, так и тактического характера.

Мы наблюдали за 20 подобными больными: 8 человек в неотложном порядке по ошибочным показаниям были оперированы, 5 из них погибли от острой почечной недостаточности в ближайшие после операции дни.

Происхождение этих тяжелых ошибок объясняется рядом факторов, основным из которых является игнорирование ГЛПС как возможной причины развития острого абдоминальных проявлений.

Мы полагаем, что знание клиники ГЛПС, а она детально изучена и описана рядом авторов [1, 3, 7], для каждого врача, а тем более хирурга, не только желательно, но и обязательно. Подробный клинический и эпидемиологический анализ, выполнение минимума клинического и лабораторного обследования служат эффективными средствами предупреждения диагностиических и тактических ошибок в распознавании и лечении природно-очаговых инфекций, к числу которых относится ГЛПС.

При ГЛПС боли в животе редко появляются ранее 3—5-го дня болезни, чаще они возникают лишь к концу недели, то есть в период апирексии, наступающей после 5—6-дневной лихорадки. Именно тогда и доставляют больного для оказания ему неотложной хирургической помощи в больницу в связи с острым абдоминальным синдромом.

Если хирург не выяснит, было ли у поступившего с болями в животе в течение недели какое-то заболевание острого характера, налагающееся с резкого подъема температуры, сильнейшей головной боли, озноба, повторной рвоты, разбитости и других симптомов общего инфекционного токсикоза (а именно так и начинается ГЛПС), он может стать виновником непоправимой ошибки.

Приводим выписку из истории болезни.

В одну из ЦРБ Удмуртской АССР поступил больной 17 лет с диагнозом кишечной непроходимости, который в неотложном порядке был оперирован. При лапаротомии обнаружены только гематома в брыжейке тонкой кишki и мелкие кро-
воинствия под серьезную оболочку после операции. После операции тяжелое состояние больного еще более ухудшилось. Нарастала интоксикация, появились кровь в моче, дегидратация стул и гематома в области операционной раны. Выраженности стали признаки острой похочной недостаточности: количество отделяемой мочи резко уменьшилось, в моче определялись белок (1,2—2,7 г/л), лейкоциты (2—5), свежие эритроциты (от 10 до 25 в поле зрения), клетки почечного эпителия. Температура и АД были нормальными. Консультации из г. Устюнова выявили главный момент в анамнезе заболевания, которому не придал значения районный хирург, акцентировавший свое внимание лишь на болях в животе и беспокойном поведении больного. Оказалось, что последний, работая на повале леса, заделал еще за 5 дней до поступления в больницу. Больной начался бурно: с озноба, головной боли, повторной рвоты, быстрого подъема температуры до 39°. Вскоре присоединились тяжелые боли в пояснице и ощущение в ней «усталости». Моноцелюсиска стало редким, мальми порциями. Боли в животе появились с 5-го дня заболевания, они не были локализованными. Учел хирург и того, что у больного при нормальной температуре был необычно высокий лейкоцитоз (31,4·10⁹ в 1 л) с наличием в лейкоцитарную формулу молодых клеточных форм (миелоцитов —3%, юнных —3%, палочкоядерных —20%). К сожалению, каких-либо других анализов, как и иных видов исследования, больному до операции не сделали. Операция была явно поспешной и необоснованной. Ex consilio у больного было диагностировано тяжелая форма ГЛПС, осложненная острой похочной недостаточностью. Мероприятия по борьбе с ней эффекта не дали. На 7-й день после операции (12-й день болезни) больной умер. Патологоанатомическое исследование диагноз ГЛПС подтвердил. Операция, бессловно, усугубила тяжелое состояние больного и послужила причиной летального исхода.

Подобные ошибки были допущены и у других больных. Некоторых из них цепной больных усилий удалось спасти, для чего иногда приходилось прибегать к гемодиализу. Что касается особенностей абдоминального синдрома на почве ГЛПС, то обращает на себя внимание несоответствие умеренно выраженных болей в животе тяжести общего состояния больного. Боль редко бывает стойкой и четко локализованной, что больше характерно для хирургической патологии. Напряжение брюшной стенки не столь резко выражено, как при перитоните хирургической природы. Медленным и осторожным надавливанием ладони на живот можно добиться того, что брюшная стенка становится податливой.

Если напряжение брюшной стенки и болезненность выражены в больной степени в правой подвздошной области и к тому же наличие симптома Щеткина — Блюмберга, врач, естественно, может предположить острый аппендицит, что и является частой врачебной ошибкой. Кроме того, в сопроводительных документах были поставлены следующие диагнозы — кишечная непроходимость, острый холецистит и правосторонний пневмония, острый панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение и просто «острый живот». Двое больных были доставлены из инфекционных отделений районных больниц после исключения у них острой дисентерии. Как видно, ошибки в постановке диагноза ГЛПС допускают порой и инфекционисты. Однако только хирург несет ответственность за решение вопроса о показаниях к операции при «остром животе» или их отсутствии, и именно он отвечает за последствия избранной оперативной тактики в лечении больного.

Анализ собственных ошибок еще более убедил нас в правоте тех авторов, которые считают, что распознавание природно-очаговых инфекций и вызванных ими осложнений невозможно без тщательного выяснения эпидемиологических сведений. Интересно, что большинство больных, поступивших в хирургические отделения с клиникой «острого живота» на почве ГЛПС, были сельскими жителями или городскими, незадолго до заболевания побывавшими на берегах рек, озер, прудов, в лесу, а также работавшими в садах и огородах за пределами города, где вполне реален контакт с мышевидными грызунами — носителями вируса ГЛПС. Всех больных доставляли в стационар на 5—11-й день от начала болезни. Возраст поступивших составлял 2—71 год. Среди них преобладали (17 чел.) лица мужского пола. У всех было типичное для ГЛПС начало заболевания. Каждый из них практически не один раз был осмотрен врачом на дому и (или) в поликлинике, к некоторым выезжали в специальной помощи. У большинства больных были диагностированы грипп и ОРЗ, у 2 — дисентерия, у одного — пневмония.

Общее состояние 12 больных при поступлении в хирургическое отделение было рассчитено как тяжелое, у 8 — средней тяжести. У 9 пациентов температура была нормальной, у 11 — субфебрильной. Отмечался лейкоцитоз от 13,6 до 32,1·10⁹ в 1 л с резким нейтрофильным сдвигом формулы (вообще для ГЛПС характерно наличие в формуле юнных форм вплоть до миелоblastов. Нередко при этом находят клетки раздражения Тюрка; вызывается тромбоцитопения). Большинство бушиевых показания к операции не были установлены, хотя у них
были выраженные боли в животе, усиливающиеся при его пальпации; у 9 человек отмечались симптомы раздражения брюшинны. Диагноз «острого живота» был сомнительным в основном из-за наличия существенных патологических изменений в функции почек. Наряду с олигурией была низкая плотность мочи (от 1,002 до 1,010), высокий уровень белка (от 0,9 до 8 г/л). В осадке имелись свежие и выщелоченные эритроциты и лейкоциты, у 7 больных — зернистые и гаилновые цилиндры, почечный эпителий, клетки Дунаевского.

Уровень остаточного азота в крови в день поступления был определен у 6 пациентов (35,8 — 85,7 ммоль/л). У некоторых больных при повторных анализах он возрастал до 150 ммоль/л и более (максимум — 185,2 ммоль/л), что требовало неотложных активных мер для борьбы с почечной недостаточностью.

Мы твердо убеждены, что даже при выраженных и, казалось бы, понятных для лекарного хирурга абдоминальных симптомах у больного, доставленного в приемный покой по линии неотложной хирургии, исследование мочи является совершенно необходимым и обязательным мероприятием. Проверившим этим анализом или неправильной интерпретацией изменений со стороны функции почек (признание их следствием остrego абдоминального синдрома) и определять чаще всего диагностическую ошибку лежурного хирурга, которая влечет за собой соответственно ошибку тактическую — установление показаний к неотложной операции. При сомнительных ситуациях есть смысл чаще прибегать к лапароскопии.

В ходе оперативного вмешательства у 4 из 8 больных заподозрена ГЛПС (наличие внутри- и забрюшинных кровоизлияний и гематом), которая в дальнейшем была подтверждена. У 14 больных, включая 4 оперированных, этот диагноз был устано- новлен в процессе наблюдения, консультаций, лечения (в том числе с применением искусственной почки у 3 больных), 2 — лишь посмертно.

ВЫВОДЫ

1. Почти у половины всех больных ГЛПС наблюдаются различной выраженности симптомы острой абдоминальной патологии.

2. Абдоминальный синдром при ГЛПС является ложным и не требует, за крайне редким исключением, оперативного вмешательства. Ошибочная операция при нераспознанной ГЛПС грозит больному гибелью от почечной недостаточности.

3. При правильной оценке эпидемиологических, клинических и лабораторных данных имеются реальные возможности для постановки диагноза ГЛПС в условиях приемного покоя любого лечебного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА


Поступила 30 января 1984 г.

УДК 616.61—002.151—092—08

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПУТЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Т. А. Башириев

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии (директор — проф. В. И. Курочкин)

За последние годы выявились наиболее активные природные очаги геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) в регионах Среднего Поволжья и