

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Ю. А. Башков, В. С. Осинцева

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. А. И. Чукавина) 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]. Наиболее 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 трудную 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 нашим данным [6], полученным в ходе изучения клинического течения более чем у 500 больных ГЛПС, приблизительно у половины из них имели место различные проявления острой абдоминальной патологии: сильные боли в животе (48%), рвота (43%). Почти у каждого они сочетались с задержкой отхождения газов и стула, у многих определялось напряжение 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, клетчаточных пространств и забрюшинно расположенных образований, кровоизлияния в них легко объясняют возникшую клиническую ситуацию. В таких случаях проявления ложного «острого живота» удастся ликвидировать путем консервативных мероприятий. Однако, если больной доставляется с явлениями «острого живота» непосредственно в дежурное хирургическое отделение, то о ГЛПС как возможной его причине 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 острых 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 анамнез, выполнение минимума клинического и лабораторного обследования служат эффективными средствами предупреждения диагностических 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, начавшееся 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 кишки и мелкие кро-

воизлияния под серозную оболочку последней. После операции тяжелое состояние больного еще более ухудшилось. Нарастала интоксикация, появились кровь в мокроте, дегтеобразный стул и гематома в области операционной раны. Выраженными стали признаки острой почечной 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. Консультанты из г. Устинова выяснили главный момент в анамнезе заболевания, которому не придали значения районный хирург, акцентировавший свое внимание лишь на болях в животе и беспокойном поведении больного. Оказалось, что последний, работая на повале леса, заболел еще за 5 дней до поступления в больницу. Болезнь началась бурно: с озноба, головной боли, повторной рвоты, быстрого подъема температуры до 39°. Вскоре присоединились тянущие боли в пояснице и ощущение в ней «усталости». Мочепускание стало редким, малыми порциями. Боли в животе появились с 5-го дня заболевания, они не были локализованными. Не учел хирург и того, что у больного при нормальной температуре был необычно высокий лейкоцитоз ($31,4 \cdot 10^9$ в 1 л) с наличием в лейкоцитарной формуле молодых клеточных форм (миелоцитов — 3%, юных — 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. Ее *consilio* у больного была диагностирована тяжелая форма ГЛПС, осложненной острой почечной 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 подтвердило. Операция, безусловно, усугубила тяжесть состояния больного и послужила причиной летального исхода.

Подобные ошибки были допущены и у других больных. Некоторых из них ценой больших 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 большей степени в правой подвздошной области и к тому же налицо симптом Щеткина — Блюмберга, врач, естественно, может предположить острый аппендицит, что и является наиболее частой врачебной ошибкой. Кроме того, в сопроводительных документах были поставлены следующие диагнозы — кишечная непроходимость, острый холецистит и правосторонняя пневмония, острый панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение и просто «острый живот». Двое больных были доставлены из инфекционных отделений районных больниц после исключения у них острой дизентерии. 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 горожанами, 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 врачи скорой помощи. У большинства больных были диагностированы грипп и ОРЗ, у 2 — дизентерия, у одного — пневмония.

Общее состояние 12 больных при поступлении в хирургическое отделение было расценено как тяжелое, у 8 — средней тяжести. У 9 пациентов температура была нормальной, у 11 — субфебрильной. Отмечался лейкоцитоз от $13,6$ до $32,1 \cdot 10^9$ в 1 л с резким нейтрофильным сдвигом формулы (вообще для ГЛПС характерно наличие в формуле юных форм вплоть до миелобластов. Нередко при этом находят клетки раздражения Тюрка; выявляется тромбоцитопения).

Большинству больных показания к операции не были установлены, хотя у них

были выраженные боли в животе, усиливавшиеся при его пальпации; у 9 человек отмечались симптомы раздражения брюшины. 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 гиалиновые 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 дежурного хирурга абдоминальных симптомах у больного, доставленного в приемный покой по линии неотложной хирургии, исследование мочи является совершенно необходимым и обязательным мероприятием. Пренебрежение этим анализом или неправильная интерпретация изменений со стороны функции почек (признание их следствием острого абдоминального синдрома) и определяет чаще всего диагностическую ошибку дежурного 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 установлен в процессе наблюдения, консультаций, лечения (в том числе с применением искусственной почки у 3 больных), у 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

1. Бунин К. В., Осинцева В. С., Чукавина А. И. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Горький, 1980.— 2. Войно-Ясенецкий А. М., Петричко М. И. Сов. мед., 1977, 5.— 3. Зеленский А. И., Ковальский Г. С., Константинов А. А. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом на Дальнем Востоке СССР. Хабаровск, Хабаровское книжное изд-во, 1979.— 4. Казбинцев Л. И. Клиника и патогенез острого инфекционного нефрозо-нефрита. Автореф. канд. дисс., Хабаровск, 1947.— 5. Мазченко Н. С., Хавилов А. И. Ложный острый живот. Владивосток, Дальневосточное книжное изд-во, 1976.— 6. Осинцева В. С. Клинические, поликардиографические и ренографические наблюдения над больными геморрагической лихорадкой с почечным синдромом. Автореф. канд. дисс., Ижевск, 1971.— 7. Ратнер Ш. И. Геморрагический нефрозо-нефрит. Хабаровск, Хабаровское книжное изд-во, 1962.— 8. Сергеев С. И. В кн.: Труды Хабаровского медицинского института. Сб. 12, 1952.

Поступила 30 января 1984 г.

УДК 616.61—002.151—092—08

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

Т. А. Башкирев

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