

на основании литературных данных и собственного опыта указывали на ее хороший ортопедический эффект, так как в 81,8% были получены благоприятные исходы. Этот способ применяли П. И. Дьяконов, Н. В. Склифосовский, Н. П. Напалков, С. П. Косломнин. Распространению операции мешал укоренившийся среди хирургов неправильный взгляд, что основным показанием для нее является туберкулез костей стопы, который встречается сравнительно редко.

Вклад В. Д. Владимиров в ортопедию охарактеризовал проф. В. И. Разумовский в следующих словах: «Со времен Пироговской операции это наиболее крупное приобретение русской хирургии XIX века».

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616. 988

ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Р. Ф. Абдурашитов, А. А. Ваганов, Д. Н. Хунафина, В. М. Ахметов

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Р. Ф. Абдурашитов)
Башкирского медицинского института и инфекционная клиническая больница
(главврач — Р. Г. Сагитова)

В настоящем сообщении приводятся результаты клинических и лабораторных наблюдений над 464 больными геморагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), находившимися на лечении в клинике инфекционных болезней Башкирского медицинского института в 1970 г.

С диагнозом ГЛПС было направлено в стационар 91,6% больных, остальные 8,4% поступили с диагнозами: брюшной тиф(?), острая дизентерия(?), сыпной тиф(?). С января по август было зарегистрировано 11,6% случаев заболевания, с сентября по декабрь — 88,4%.

В первые 4 дня болезни поступило 13% больных, с 5 по 10-й день — 73,4%, на 11-й день и позже — 13,6%. Лиц мужского пола было 401 (86,4%), женского — 63 (13,6%); в том числе детей от 5 до 14 лет — 14. Преобладали лица в возрасте от 15 до 55 лет, старше 50 лет было 26 чел. У 127 чел. заболевание протекало в легкой форме, у 282 — в среднетяжелой и у 55 — в тяжелой. Жителей Уфы было 408 (87,9%), сельской местности — 56 (12,1%). В эпиданамнезе получено указание на место заражения у 374 (80,7%) больных. У остальных место заражения не установлено.

У большинства больных заболевание начиналось остро, и лишь у 9,9% наблюдалась prodroma (недомогание, легкая усталость, головная боль и катаральные явления со стороны дыхательных путей). Явления prodromы чаще всего держались 2—5 дней, вслед за чем разыгрывалась острая картина болезни. При остром начале появлялся потрясающий озноб, значительно повышалась температура. У 11 больных (2,3%) лихорадочный период длился до 3 дней, у 131 (28,2%) — от 4 до 6 дней, у 180 (38,2%) — до 9 дней и у 142 (31,3%) — более 10 дней. Температурные кривые различались по продолжительности и характеру подъема и снижения температуры. При тяжелом течении отсутствовали утренние ремиссии, снижение происходило чаще критически, реже в течение 24—48 час. У трети больных и после нормализации температуры отмечались повторные незначительные субфебрильные волны продолжительностью от 12 до 96 часов. В большинстве случаев двух- и трехволновая лихорадка была свойственна больным с легким и среднетяжелым течением болезни. В лихорадочный период в картине болезни доминировали следующие симптомы интоксикации: головная боль, общая разбитость, боли во всем теле, нарушение сна. В тяжелых случаях болезни преобладали жалобы на тошноту, рвоту и жажду.

При постановке диагноза наиболее типичными считаются кровоизлияния в склеру одного или обоих глаз и кожу, кровотечения из носа и слизистых. Эти симптомы наблюдались у 102 (21,9%) больных; чаще всего они появлялись на 4—7-й день болезни, иногда и позже. Рассасывание кровоизлияний происходило медленно. Частыми вспомогательными симптомами в лихорадочном и олигурическом периоде болезни при постановке диагноза являлась гиперемия зева (у 318 больных — 68,5%), гиперемия лица и шеи (у 205—44,1%), одутловатость и бледность лица (у 230—49,9%).

Отмечались явления нерезко выраженного бронхита, рентгеноскопически у 12 чел. была выявлена в основном мелкоочаговая или бронхопневмония.

При поражении сердечно-сосудистой системы характерным симптомом являлась глухость тонов сердца, гипотония или кратковременная гипертензия. АД снижалось обычно в конце лихорадочного периода и особенно на фоне падения температуры. Гипертензия была чаще свойственна больным тяжелой формой. В лихорадочном

периоде болезни у 25% больных была относительная брадикардия. Тахикардия наблюдалась у 25,9% больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами. У 4 больных был инфекционный миокардит. Он характеризовался расширением границ сердца, приглушением тонов, появлением короткого систолического шума. На ЭКГ обращало на себя внимание снижение амплитуды зубцов QRS, удлинение отрезка PQ и увеличение систолического показателя более 5%.

Больные с первых дней болезни предъявляли жалобы на отсутствие или снижение аппетита, тошноту, рвоту и реже икоту. К редким симптомам поражения желудочно-кишечного тракта надо отнести наличие у 3,6% больных жидкого стула. В испражнениях этих больных были примеси слизи, изредка прожилки крови, что давало основание в некоторых случаях заподозрить острую дизентерию. Большинство больных жаловалось на боли в животе без строгой локализации, но пальпаторно болезненность чаще определялась в эпигастрии, иногда вокруг пупка или в области подреберий.

Продолжительность болей в животе составляла в среднем 3—4 дня. При среднетяжелом течении болезни боли в животе держались до 9 дней у 114 (35,9%) больных. У больных с тяжелой формой боли в животе возникали в лихорадочном периоде болезни и держались длительно, постепенно ослабевали и полностью исчезали в периоде выздоровления.

Увеличение печени не достигало значительных размеров, обычно она выступала из-под правого подреберья на 1—4 см по среднеключичной линии, пальпация ее была болезненной. На 10-й день болезни увеличение печени наблюдалось у 163 (35%) больных, на 20-й — у 35 (7,5%). Увеличение размеров печени было характерно для больных с тяжелой и среднетяжелой формой.

Для этих же больных постоянным симптомом являлись боли в пояснице. Появление их совпадало с обычной при лихорадке олигурией. Одновременно с этим у 87,3% больных становился положительным симптом Пастернацкого. У некоторых больных он вызывался при легком поколачивании или при легком поверхностном прикосновении рукой в области проекции почек. У 104 (73,1%) больных с легкой формой симптом Пастернацкого определялся на 10-й день болезни, а позже 10-го дня — лишь у 3 больных. При среднетяжелой форме позже 10-го дня болезни симптом определялся у 68 (24%) больных. При тяжелой форме симптом Пастернацкого был всегда положительным и у некоторых больных сохранялся как в периоде ранней, так и в периоде поздней реконвалесценции.

Примерно с 4—5-го дня лихорадочного периода отмечалось уменьшение количества мочи. Отчетливая олигурия с 5-го по 10-й день от начала заболевания установлена у 35,5% больных, анурия, длящаяся до 48—72 часов, — у 2. У остальных больных олигурия была кратковременной. Параллельно с олигурией появлялся белок в моче от 0,066% до 33%. Высокие цифры протеинурии были свойственны больным с тяжелой степенью интоксикации. Продолжительность протеинурии зависела от степени патологического процесса в почках. Так, при легкой форме болезни белок в моче переставал определяться на 8—12-й день болезни, тогда как у отдельных больных среднетяжелой и особенно тяжелой формой следы белка сохранялись до 13—23-го дня реконвалесценции. В осадке мочи значительной и длительной лейкоцитурии не отмечалось. Микро- и макрогематурия были частым явлением. Как правило, у большинства больных в моче осадке наряду с клетками почечного эпителия обнаруживались фибринные цилиндры в виде скопления или единичные. Появление полиурии служило признаком перелома болезни. Восстановление диуреза при тяжелом течении болезни наступало позже, чем при среднетяжелом и легком. Более половины больных были выписаны из стационара с умеренно выраженной полиурией и удельным весом мочи 1005—1013.

Изучение периферической крови в динамике болезни проведено у 100 больных. В лихорадочном периоде у 28% больных было повышено число эритроцитов и уровень гемоглобина. В разгаре болезни развивалась умеренная анемия. Лейкоцитоз со сдвигом влево регистрировался чаще всего в лихорадочном периоде у больных с тяжелой формой, лейкопения — в первые дни лихорадочного периода и перед выпиской. Число тромбоцитов как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции было низким у 95% больных. У единичных больных с повторными кровотечениями оно составляло 40 000—60 000, а у большинства больных было в пределах 100 000—140 000. РОЭ ускорялась чаще всего в период почечных поражений и в период реконвалесценции. У больных тяжелой формой она достигала 20—50 мм/час; одновременно у этих больных наблюдалась умеренная анемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурашитов Р. Ф. Клиническая характеристика ГЛПС в Башкирской АССР. В кн.: Клещевой энцефалит и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Европейской части РСФСР. Медицина, М., 1968.— 2. Башкирев Т. А. Казанский мед. ж., 1965, 5.— 3. Гальперин Э. А. Клиника инфекционных геморрагических болезней и лихорадок. Медгиз, М., 1960.— 4. Дановский Л. В. Клин. мед., 1969, 12.— 5. Мусина С. А. Педиатрия, 1966, 8.— 6. Осинцева В. С. В кн.: Клещевой энцефалит и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Европейской части РСФСР. Медицина, М., 1968.— 7. Цыганков Г. М. Геморрагические лихорадки и их профилактика. Медицина, М., 1968.