

Интересны сравнительные данные ОМК у больных анацидным гастритом и раком желудка. Низкие показатели в обеих группах вызваны разными причинами: у больных анацидным гастритом, в основном, — падением концентрации К во второй исследуемой порции желудочного сока, а у больных раком желудка, кроме резкого падения концентрации К, — значительным нарастанием концентрации Na в порции желудочного сока, добытой через час. Небезынтересен и факт наличия высокого ОМК у больной с полипозом желудка при отсутствии в желудочном содержимом свободной соляной кислоты и очень низких цифрах общей кислотности.

ВЫВОДЫ

1. ОМК характеризует состояние секреторной функции желудка.
2. Изучение ОМК, по-видимому, может быть использовано для дифференциальной диагностики заболеваний желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Э. С. Узбекский биологический журнал, 1963, 2. — 2. Васюточкин В. М. и Дробинцева А. В. Тр. науч. совещания по проблемам физиологии и патологии пищеварения. М.—Л., 1954. — 3. Соловей М. Г. Казанский мед. ж. 1963, 1. — 4. Napkiewicz J. Arch. med. Wewnet. 1961, № 1, 13. — 5. Hollander F. Gastroenterology, 1961, v. 40, № 4, p. 477. — 6. Martin Lay M. D. Gastroenterology, 1950, v. 15, № 2, p. 326. — 7. Oszaeki J. и др. Nowotwory, 1958, т. 8, № 1, стр. 5. — 8. Pai M. L. Indian J. med. Res., 1962, v. 50, № 1, p. 82. — 9. Riddel M. J. и др. J. exp. Physiol. 1960, v. 45, № 1, p. 1. — 10. Saemundsson J. Acta med. Scandinavica, suppl. 208, 1948. — 11. Zaterka S., Neves D. P. J. digestive Dis. 1963, v. 8, № 2, p. 122.

УДК 616.988—616—022.6—616.61—002.26

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В СРЕДНЕМ ПОВОЛЖЬЕ

Т. А. Башкирев

(Казань)

Заболевания геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в последние годы стали регистрироваться на территории многих районов Среднего Поволжья (ТАССР, МАССР, Ульяновская и Куйбышевские области), что объясняется не только более широким распространением природных очагов этой болезни, но и тем, что она стала лучше диагностироваться. Однако и до настоящего времени наблюдаются затруднения в диагностике данного заболевания, а в ряде случаев оно распознается лишь на секционном столе. Если учесть, что летальность при геморрагической лихорадке на Среднем Поволжье более 2%, то важность освещения вопросов ранней диагностики, как и более совершенной терапии этой тяжелой болезни, становится очевидной.

Известно, что для обоснования диагноза большое значение имеет эпидемиологический анамнез. Носителями вируса геморрагической лихорадки на Среднем Поволжье являются рыжие и красные полевки, заселяющие леса южной таежной и лесостепной зон. Наши наблюдения, проведенные непосредственно в природных очагах, и наблюдения других авторов (М. П. Чумаков с соавторами, 1959; Б. Л. Угрюмов, 1961; С. М. Кулагин с соавторами, 1962, и др.) свидетельствуют, что люди заражаются скорее всего респираторно при контакте с предметами, инфицированными выделениями грызунов (лесная подстилка, почва, солома, пыль и т. д.). Летом и осенью заражение происходит в открытой природе (в лесу или на полях, граничащих с лесом), в осенне-зимнее время — в жилых и нежилых постройках, которые заселяются грызунами, мигрирующими в поисках пищи и тепла.

Дифференциальный диагноз геморрагической лихорадки приходится проводить с такими заболеваниями, как грипп, пневмония, сыпной и брюшной тифы, клещевой энцефалит, острый нефрит, острый гастрит, «острый живот», «капилляротоксикоз» и др. Такие ошибочные диагнозы фигурировали у 86 больных из 197, поступивших в стационары с выраженными формами геморрагической лихорадки. Анализ ошибок в диагностике свидетельствует о недостаточном знакомстве широкого круга врачей с клиническим течением этой болезни.

На Среднем Поволжье геморрагическая лихорадка с почечным синдромом протекает значительно легче (с менее выраженными геморрагиями, меньшими изменениями крови и меньшей летальностью), чем на Дальнем Востоке, в Ксее, Ярославской и Калининской областях, но заметно тяжелее, чем в Скандинавии. По клинической картине и исходам она наиболее сходна с близким ей заболеванием на Урале, в Тульской области и Закарпатье.

По нашим наблюдениям, инкубационный период варьирует от 9 до 27 и в среднем равняется 17 дням.

В начальной фазе имеется вирусемия с явлениями токсикоза (высокая температура, ознобы, головная боль, боль во всем теле, слабость, анорексия, нередко рвота) и, на пороге второй безлихорадочной фазы болезни (3—6 дни), универсальное поражение мелких сосудов, обуславливающее развитие геморрагического диатеза. Геморрагии возникают на кожных покровах и слизистых оболочках, во внутренних органах и нервной системе, наиболее же постоянно — в почках, что придает болезни характер своеобразного почечного страдания.

Острое начало, высокая температура, головная боль с локализацией в области глазниц, ломящие боли во всем теле, гиперемия лица и видимых слизистых оболочек, брадикардия и нередко лейкопения первого периода геморрагической лихорадки дают повод к диагнозу гриппа.

Однако между этими нозологическими формами нетрудно обнаружить различия как в эпидемиологическом, так и в клиническом отношении. Гриппу свойственна contagiousность с широким охватом населения. Для геморрагической лихорадки характерно поражение определенных контингентов или отдельных лиц, имевших контакт с дикими мышевидными грызунами, чаще всего в условиях необжитой природы. Клинически неосложненный грипп отличается обычно более выраженными катаральными явлениями верхних дыхательных путей, отсутствием висцеральных симптомов и сравнительно короткой лихорадкой, за которой следует реконвалесценция. При геморрагической лихорадке после падения температуры наступает безлихорадочный период с висцеральными проявлениями болезни. Выступающие к этому времени симптомы геморрагического диатеза и поражения почек (боли в пояснице, симптом Пастернацкого, олигурия, сменяющаяся полиурией с гипо-изостенурией, массивная альбуминурия, в моче осадок — цилиндры, эритроциты, круглые жироперерожденные клетки почечного эпителия) не встречаются при гриппе.

Труднее распознаются легкие формы геморрагической лихорадки с почечным синдромом, протекающие с умеренными общетоксическими явлениями и незначительными изменениями со стороны почек. Такие формы также нередко отождествляются с гриппом. Они распознаются лишь при наличии эпидемических вспышек, наряду с тяжелыми типичными случаями заболевания.

Для дифференциального диагноза легких форм этой болезни, кроме анамнеза, имеет значение динамическое исследование мочи больного, которое позволяет обнаружить нестойкие изменения со стороны почек (непродолжительную альбуминурию, временное снижение удельного веса мочи и т. д.).

У трех больных, поступивших под наше наблюдение, фигурировал диагноз пневмонии, которая действительно имела место. Однако она была не основным заболеванием, а лишь одним из многих симптомов геморрагической лихорадки, протекавшей в тяжелой форме с ярко выраженным почечным синдромом, который не встречается при обычной пневмонии.

С такими неправильными диагнозами, как «лихорадочное состояние» или «статус тифозус», госпитализировано 16 человек. Высокая температура, головная боль, а главное — гиперемия лица, резкая инъектированность сосудов конъюнктивы склер, петехиальная сыпь и встречающееся увеличение селезенки нередко дают повод к ошибочному диагнозу сыпного тифа. Однако дифференциальный диагноз не представляет особых затруднений, если учесть особенности течения и симптоматики каждого из этих заболеваний. Характерные для сыпнотифозных больных возбуждение, бред, галлюцинации не встречаются у больных геморрагической лихорадкой, наоборот, для них типична заторможенность при сохранившемся сознании. Эта болезнь отличается сравнительно коротким лихорадочным периодом и, несмотря на высокую температуру, — наличием относительной и абсолютной брадикардии, а для сыпного тифа характерны более длительный период лихорадки и тахикардия.

При сыпном тифе патологический процесс обычно заканчивается нормализацией температуры, затем медленно начинается выздоровление, а при геморрагической лихорадке лихорадочный период является лишь началом болезни. Дальнейшее ее развитие связано с поражением внутренних органов, особенно почек, что легко обнаруживается при исследовании мочи больного. Таким образом, при сопоставлении этих заболеваний имеется много опорных пунктов для дифференциального диагноза. Последний облегчается тем, что сыпной тиф можно подтвердить или исключить серологическими пробами (реакция Вейль-Феликса, агглютинация с риккетсиями Провачека, реакция связывания комплемента и реакция гемоагглютинации). Почечный синдром, доминирующий во втором, безлихорадочном периоде болезни, отличает это заболевание и от брюшного тифа, диагноз которого уточняется посевом крови в лихорадочном периоде, а на более поздних этапах — постановкой реакции Видала.

Трудности дифференциального диагноза геморрагической лихорадки с почечным синдромом и клещевого энцефалита обусловлены не только сходством начальных клинических симптомов, но еще и тем, что эти нозологические формы встречаются очень часто на одних и тех же эндемичных территориях (в сопряженных очагах). Клещевой энцефалит фигурировал в предварительном диагнозе у 8 больных, поступивших под наше наблюдение. Поводом к этому был их внешний вид (гиперемия лица, конъюнктив), а также наблюдавшиеся в начале болезни общетоксические и общемозговые симптомы (высокая температура, резкие головные боли, рвота, потеря аппетита, разбитость во всем теле, общая заторможенность и т. д.). Однако после стихания общетоксических явлений в клинической картине болезни у этих больных на первый план выступали не неврологические симптомы, свойственные клещевому энцефалиту, а симптомы поражения почек, типичные для геморрагической лихорадки. Следует указать, что последние, в отличие от клещевого энцефалита, не дает парезов и параличей, а также изменений спинномозговой жидкости, которая у наших больных была нормальной. Наконец, при клещевом энцефалите, в отличие от описываемой болезни, имеется возможность подтверждения диагноза постановкой реакции связывания комплемента и реакции нейтрализации вируса.

У заболевших геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на Среднем Поволжье, подобно тому, как это было описано на Дальнем Востоке Ш. И. Рагнером, С. И. Сергеевым и др., можно встретить клиническую картину «острого живота». Среди наших больных (на определенном этапе развития у них заболевания) такой диагноз ставился у трех больных. Известны и такие наблюдения, когда заболевшие доставлялись в хирургические стационары, откуда либо переводились в терапевтические отделения, либо подвергались ненужному хирургическому вмешательству. Разумеется, лапаротомия при этом заболевании является отягчающим обстоятельством для дальнейшего течения и исхода, даже если она ограничивается только ревизией брюшной полости. Поэтому дифференциальная диагностика между геморрагической лихорадкой и острыми заболеваниями брюшной полости приобретает большое значение.

В отличие от острых заболеваний брюшной полости, при геморрагической лихорадке с почечным синдромом развитию абдоминального синдрома всегда предшествует лихорадочный инфекционно-токсический период болезни. Такие симптомы, как анорексия, тошнота, рвота и задержка стула, появляются уже с первых дней болезни на фоне общего токсикоза.

Трудности для распознавания возникают к 5—8 дню болезни, когда температура обычно снижается до нормальных или субфебрильных цифр. К этому времени возникают сильные боли в животе (которые могут сочетаться с симптомами раздражения брюшины), рвота становится неукротимой, появляется икота и нередко выступают симптомы обезвоживания с наличием лейкоцитоза в периферической крови. Это придает геморрагической лихорадке сходство с клинической картиной «острого живота», обусловленного аппендицитом, кишечной непроходимостью, прободной язвой желудка и т. д. Однако при этом следует помнить, что для острых хирургических заболеваний брюшной полости не характерны ни предшествующее остроинфекционное начало, ни явления общего геморрагического диатеза, ни остро развивающаяся почечная недостаточность с наличием столь типичных для геморрагической лихорадки изменений мочи. Следовательно, при этой болезни абдоминальный синдром выступает в сочетании с другими, свойственными ей признаками, что имеет решающее значение для дифференциальной диагностики.

Почечный синдром, который в ряд случаев геморрагической лихорадки протекает с артериальной гипертонией, обуславливает необходимость дифференциального диагноза болезни с острым гломерулонефритом.

Геморрагическая лихорадка всегда начинается как острое инфекционное заболевание, на фоне которого развиваются геморрагический диатез и своеобразное поражение почек. Последнее укладывается в общую схему острой инфекционно-токсической почки и характеризуется и как двусторонний острый интерстициальный серозно-геморрагический нефрит, и как острый сегментарный деструктивно-обтурационный гидронефроз. Это поражение почек выступает лишь на определенном этапе заболевания геморрагической лихорадкой и, в отличие от брайтовой болезни, никогда не сопровождается отеками, никогда не переходит в хроническое течение. Наконец, при дифференциальном диагнозе нельзя упускать из виду внепочечные симптомы, которые для каждого из этих заболеваний носят своеобразный характер.

Предварительный диагноз «острого нефрита», который ошибочно фигурировал у 12 больных, поступивших под наше наблюдение, базировался на однократном исследовании мочи без учета динамики заболевания и других симптомов, которые были типичными для геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Геморрагический диатез, поражение почек и боли в животе обуславливают ошибки, при которых болезнь Шенлейн-Геноха принимается за геморрагическую лихорадку. Та и другая формы характеризуются поражением мелких сосудов. Однако болезнь Шенлейн-Геноха рассматривается большинством авторов (Н. Д. Стражеско, 1938; П. Н. Васильев, 1937; А. И. Кассирский и Г. А. Алексеев, 1955; Дерхам и Роджерсон, 1952, и др.) как анафилактикоидная реакция, близкая другим сосудистым гиперергическим заболеваниям (сывороточная болезнь, узелковый периартериит, красная волчанка и т. д.). Геморрагическая лихорадка, напротив, имеет четкое очертание как самостоятельная

нозологическая форма вирусной этиологии. Ее клиника отличается свойственной острой инфекции цикличностью, при этом поражение суставов и геморрагические высыпания на нижних конечностях, типичные для болезни Шенлейн-Геноха, никогда не встречаются.

Таким образом, диагноз геморрагической лихорадки, встречающейся на Среднем Поволжье, практически может основываться на данных эпидемиологии и клиники, которая отличается развитием своеобразной симптоматики. Главнейшие симптомы, характеризующие это заболевание на отдельных его этапах, представлены в нижеследующей таблице.

Симптомы	1-я фаза (лихорадка) 3—5 дней	2-я фаза (геморрагии и висцеральные симптомы) с 5 по 10—14 дни болезни	Период выздоровления
Лихорадка	Высокая температура, лихорадка неправильного типа	Обычно затяжное падение температуры с большими размахами, реже — критическое падение на 5—8 день болезни	Непостоянный субфебрилитет
Пульс	Относительная брадикардия	Относительная или абсолютная брадикардия (до 42)	Лабильный, наклонность к тахикардии
АД	Часто понижается (90/60)	Обычно низкое (80/50), реже одновременно повышается до 150/90	Нормальное
Геморрагический диатез	Иногда носовое кровотечение	Часто гематурия, реже — носовое кровотечение, иногда желудочно-кишечное кровотечение, кровохарканье, кровотечение из десен. У каждого третьего больного положительный симптом шипка, у каждого десятого — кровоизлияния в конъюнктиву склер, в слизистую мягкого неба и зева. Экхимозы и петехии лишь у отдельных больных	Обычно не проявляются
Изменения крови	Иногда лейкопения, сдвиг формулы влево	Часто лейкоцитов от 11000—19000 до 52000, со сдвигом до юных. Появляются клетки Тюрка. Тромбоцитопения	Быстрая нормализация формулы крови. Длительно ускоренная РОЭ
Остаточный азот крови	Повышается к концу периода	Обычно повышен и варьирует от 50 до 200 мг%	Нормальный
Боли в пояснице и симптом Пастернацкого	Возникают к концу периода	Резко выражены	Исчезают постепенно
Колич. выделяемой мочи	Часто олигурия	Олигурия может прогрессировать до анурии, затем наступает полиурия	Полиурия с постепенным уменьшением до нормы
Удельный вес мочи	Нормальный или повышен	Сначала нормальный, затем резко падает до гипоизостенурии (1002—1011)	Медленно повышается до нормальных цифр
Альбуминурия	В моче обычно следы белка	Может быть массивной (от десятих долей до 39‰), быстро исчезает	В виде следов или не обнаруживается
Характер гематурии	Единичные эритроциты в поле зрения	Иногда массивная, чаще группы эритроцитов	Не наблюдается

Симптомы	1-я фаза (лихорадка) 3—5 дней	2-я фаза (геморрагии и висцеральные симптомы) с 5 по 10—14 дни болезни	Период выздо- рвления
Цилиндро- урия	Редко	Гиалиновые, зернистые длинные фибриновые цилиндры у большинства больных	Редко еди- ничные ци- линдры, кото- рые быстро исчезают
Круглые жиропере- рожденные клетки ка- нальцевого эпителия	Редко	У большинства больных в виде скоплений или пластов	Отмечаются в начале пе- риода и быст- ро исчезают

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян А. А. *Вопр. вирусол.*, 1956, 4. — 2. Башкирев Т. А. *Казанский мед. ж.*, 1958, 6. — 3. Башкирев Т. А. и Бойко В. А. Там же, 1959, 5. — 4. Васильев П. Н. *Арх. патол. анат.* 1937, т. 3, 3. — 5. Гальперин Э. А. *Клиника инфекционных геморрагических болезней и лихорадок.* Медгиз, М., 1960. — 6. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. *Клин. гемат.* Медгиз, М., 1955. — 7. Кулагин С. М., Кетиладзе Е. С., Федорова Н. И. *ЖМЭИ.* 1962, 10. — 8. Ратнер Ш. И. *Геморрагический нефрозо-нефрит.* Хабаровск, 1962. — 9. Сергеев С. И. *Тр. Хабаровского мед. ин-та*, 1961. — 10. Угрюмов Б. Л. *Клиника геморрагических лихорадок.* Киев, 1961. — 11. Чумаков М. П., Лещинская Е. В., Повалишина Т. П. *Тез. докл. научно-практ. конференции.* Тула, 1959. — 12. Derham R. I., Rogerson M. M. *Arch. Dis. Child.* 1952, 27.

Поступила 10 марта 1964 г.

УДК 616.988—616—022.6

К КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

А. Е. Резник и В. Я. Давыдов

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Е. Резник) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института

В Казани на протяжении многих лет не было зарегистрировано ни одного заболевания геморрагической лихорадкой с источником заражения в черте города или его окрестностях.

В октябре 1963 г. мы впервые наблюдали 5 больных геморрагической лихорадкой, различной по форме тяжести, поступивших в наблюдательное отделение с подозрением на тифо-паратифозные заболевания и грипп, осложненный нефритом.

Трое больных поступили почти одновременно: со 2 по 6/X 1963 г. Они находились в одном спортивном лагере на берегу Волги.

К. и Г. с 3 по 19/X находились в студенческом спортивном лагере на берегу Волги, где было много мышей в лесу и в палатках. Один из них заболел 26/X, а другой — 30/X 63 г.

А. 24/X был на даче в 100 метрах от указанного спортивного лагеря и тоже обратил внимание на большое количество мышей. Заболел 29/X 63 г.

К., поступивший в отделение 8/X, имел контакт с мышами на одной из овощных баз Казани, где он временно работал грузчиком.

Л. поступил 28/X, на 6-й день болезни, с 4 по 27/X был на полевых работах в с. Бута, Альметьевского района, где занимался скирдованием соломы, в которой было много мышей.