

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.

Таким образом, в анамнезе всех больных отмечался контакт с мышами-полевками, которые являются переносчиками возбудителя геморрагической лихорадки типа геморрагического нефрозо-нефрита.

Все больные были в возрасте от 22 до 34 лет, сопутствующих заболеваний у них не было.

У одного заболевание протекало тяжело, у трех — в форме средней тяжести и у одного — в легкой форме.

Заболевание начиналось остро с ознобом, температура повышалась до 39—40°. Были головная боль, тошнота, а у некоторых — однократная или повторная рвота. С первых дней заболевания отмечалась слабость, вялость, апатия, головокружение, ломота в теле, особенно в области поясницы. Один больной жаловался на боли в икроножных мышцах. Температура после резко го подъема до 39—40° держалась в пределах 38,5°—37,5° до 7—10 дня болезни, а затем литически или ускоренным лизисом снижалась до нормы. Только у А. с тяжелой формой температурная кривая носила двухволновый характер и установилась нормальной к 14 дню.

У всех больных в той или иной степени выраженности наблюдались проявления геморрагического синдрома: гематурия, носовые кровотечения, единичные геморрагические высыпания на коже, на конъюнктиве век, на мягком нёбе. Были также отчетливая гиперемия зева и инъекция склер.

Лимфатические узлы не пальпировались. В легких патологические изменения не определялись. Тоны сердца были приглушены, у 2 больных отмечалось временное появление систолического шума на верхушке. У 4 больных наблюдалась брадикардия (54—40), только у А. с тяжелой формой на всем протяжении болезни отмечалась умеренная тахикардия.

У 2 больных в период наиболее выраженной почечной недостаточности АД повышалось до 160/80—140/80 с последующим быстрым снижением до нормальных величин. Отеков у больных не было.

У 3 больных отмечались боли в животе. У одного больного боль сопровождалась напряжением мышц живота и положительным симптомом Щеткина.

Характерным для всех больных было нарушение функции почек. К 5—7 дню болезни развивалась олигурия (100—200 мл мочи в сутки), сопровождавшаяся альбуминурией, цилиндрурией, макро- и микрогематурией, а в некоторых случаях — выделением с мочой характерных для геморрагической лихорадки грубых фибринных цилиндров. Симптом Пастернацкого был резко положительный. Болей при мочеиспускании не было.

В последующие дни, с улучшением общего состояния больных, олигурия сменялась полиурией с гипо- и изостенурией, прекращалась гематурия и альбуминурия. К моменту выписки (20—22 дни болезни) в моче отклонений от нормы не находили, лишь удельный вес мочи оставался низким (1008—1010).

Заболевание сопровождалось лейкоцитозом (10—16 тысяч), отмечался умеренный моноцитоз (10—14%) или лимфоцитоз. На высоте заболевания РОЭ ускорялась до 42—53 мм/час.

Больные получали внутривенно 40% раствор глюкозы, внутрь 10% раствор хлористого кальция, викасол, рутин, аскорбиновую кислоту в обычных дозах и молочно-растительную диету с ограничением поваренной соли.

С целью предупреждения вторичной гнойной инфекции у отдельных больных применялась пенициллинотерапия.

Все случаи заболевания закончились полным выздоровлением.

Эпидемиологическое течение болезни, динамика диуреза, результаты исследования мочи с обнаружением характерных фибринных цилиндров дают основание все приведенные случаи считать заболеваниями типа геморрагического нефрозо-нефрита.

Несомненно, подобные заболевания были и в прошлые годы, но из-за отсутствия должного внимания к данному заболеванию они проходили под другими диагнозами.

Правильно и своевременно поставленный диагноз геморрагического нефрозо-нефрита дает возможность провести соответствующие противоэпидемические мероприятия, направленные в наших условиях, в первую очередь, на борьбу с мышевидными грызунами (полевка) в данной конкретной зоне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонова С. Я. и Загребина Е. А. Сов. мед. 1957, 12. — 2. Башкирев Т. А. Казанский мед. ж. 1958, 6; Клиника и эпидемиология геморрагической лихорадки с почечным синдромом на Среднем Поволжье. Автореф. канд. дисс. Казань, 1963. — 3. Башкирев Т. А. и Бойко В. А. Казанский мед. ж. 1959, 5. — 4. Дановский Л. В. Там же, 1964, 3. — 5. Смородинцев А. А., Казбинцев Л. И., Чудаков В. Г. Вирусные геморрагические лихорадки. Медгиз, Л., 1963.

Поступила 13 октября 1964 г.