

О ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РАЙОНАХ ПРИКАМЬЯ ТАТАРСКОЙ АССР

А. А. Иванов

Чистопольская городская больница (главврач — П. С. Крестников)

Среди обширной группы геморрагических лихорадок (Омской, Крымской, Среднеазиатской, Буковинской, Смоленской и т. п.) особое место занимает геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (геморрагический нефрозо-нефрит). Этот тип лихорадки, в отличие от первых, имеющих сравнительно узкую природную очаговость, отражающуюся в их названиях, имеет чрезвычайно широкое распространение. Она описывалась в местах, расположенных к востоку, — до островов Японии, на западе — до Скандинавии и от Заполярья до Югославии (М. Чумаков, А. А. Смородинцев и др.). Значительное количество случаев геморрагической лихорадки выявлено в центральных районах СССР (Т. А. Башкирев и В. А. Бойко, С. Л. Глазунов, С. Я. Агафова и др.).

Так как это заболевание встречается чаще в сельских местностях, где имеется значительное количество мышей-полевков, оно может наблюдаться преимущественно сельскими медиками, сравнительно мало знакомыми с геморрагической лихорадкой. Надо полагать, что с ознакомлением их с этой инфекцией будет выявлено немало новых ее очагов.

В терапевтическое отделение Чистопольской городской больницы в 1959 г. поступили из Чистопольского (6 чел.) и прилегающих к нему Ново-Шешминского и б. Кзыл-Юлдузского районов (по 1 чел.) 8 больных геморрагической лихорадкой, по профессии рыбаки, пастухи, рабочие леспромхоза. Надо полагать, что фактически число заболеваний значительно больше, так как в городскую больницу попадают не все.

В тех случаях, где это удавалось установить, инкубационный период равнялся 12—14 дням. Заболевание начиналось остро, сопровождалось повышением температуры до 38,5—40°, которая по типу укороченного лизиса снижалась до нормы на 3—7 дни. В первые дни состояние тяжелое, «тифоподобное». На 2—3 дни появлялись сильные боли в пояснице и по всему животу. У ряда больных боли были настолько сильными, что давали повод к диагностическим ошибкам при направлении («острый живот», острый радикулит и т. п.).

На высоте температуры лицо гиперемировано, сосуды склер инъецированы. После тщательных поисков у большинства выявлялись мелкие немногочисленные геморрагии на коже, чаще в участках тесного соприкосновения кожи с одеждой — у подмышечных впадин, на поясе, на ногах. Иногда отмечались точечные петехии на небе, повторные носовые кровотечения и кровоизлияние в склеру.

Наиболее характерным был почечный синдром, выражавшийся в первые дни олигурией, альбуминурией с количеством белка до 6,6% гематурией (от 20—30 эритроцитов в поле зрения до сплошного его покрытия). На 6—7 дни высокий удельный вес мочи быстро снижался до 1006—1002, появлялись полнурия и полидипсия до 6—8 литров; проба Зимницкого давала выраженную гипоизостенурию и никтурию. На протяжении всей болезни отмечалась цилиндрурия со значительным количеством цилиндров всех видов, в частности цилиндров Дунаевского (длинные цилиндры, напоминающие растительные волокна).

Кратковременное повышение АД до 145—160 отмечено у 2 больных. Отеков не было ни у одного больного.

Красная кровь обычно давала картину сгущения с количеством Нв до 105 ед. и эритроцитов до 5 500 000. РОЭ была в пределах 20—30 мм/час. В тех случаях, где проводился подсчет тромбоцитов, отмечалась тромбоцитопения с количеством клеток до 105—90 тыс. В первые дни болезни у большинства отмечался лейкоцитоз (от 15 000 до 17 000), чаще с умеренным сдвигом влево.

Катаральных явлений, как правило, не было. У 4 больных отмечались диспептические явления: боли под ложечкой, снижение аппетита, тошнота.

Течение болезни было относительно легким; по-видимому, это объяснялось тем, что все больные были сравнительно молодыми крепкими людьми. Чем старше больные, тем обычно выраженнее были явления интоксикации и более затяжной была реконвалесценция.

Тяжелое субъективное состояние, начиная со 2-й недели, становилось у всех удовлетворительным. Улучшение шло параллельно со снижением температуры, альбуминурии и гематурии. Более устойчиво держались гипоизостенурия и цилиндрурия, которые исчезали лишь к концу 3-й недели. Все больные полностью выздоравливали не позднее 4-й недели. Осложнений не было.

Терапия была симптоматической и включала витамины С, К, Р и анальгезирующие средства. Антибиотики не применялись.

Необходимо отметить, что, по литературным данным, это заболевание может протекать значительно более тяжело, сопровождаясь острой почечной недостаточностью, даже разрывом почки и кровоизлияниями во внутренние органы. По данным Т. А. Башкирева, в условиях Среднего Поволжья смертность достигает 1,5%.

В заключение нужно отметить необходимость уточнения названия данного забо-

левания. В зарубежной литературе (США, Скандинавские страны, Япония, Югославия и пр.) предлагались самые различные названия, не получившие общего признания. В отечественной литературе ранее предлагались географические термины в определении типа лихорадки, ныне утратившие значение (Дальневосточная, Ярославская и т. п.). До сих пор многие авторы даже в работах, относящихся к 1958 г. (В. Угрюмов, С. Я. Агафонова, Л. И. Казбинцев и др.), называют ее геморрагическим нефрозо-нефритом. Не говоря уже о некоторой архаичности этого названия, оно не отражает сущности заболевания, являющегося, в первую очередь, «лихорадкой». Кроме того, такое название дает повод к смешению геморрагической лихорадки с почечным синдромом, с другими собственно почечными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонова С. Я. и др. Сов. мед., 1957, 12. — 2. Башкирев Т. А. Казанский мед. журн., 1958, 6. — 3. Башкирев Т. А. и В. А. Бойко. Казанский мед. журн., 1959, 5. — 4. Глазун В. С. Л. и др. Клин. мед., 1957, 1. — 5. Казбинцев Л. И. Клин. мед., 1958, 6.

Поступила 22 февраля 1960 г.

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Асс. Е. С. Станкевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев) Казанского
медицинского института

Активная борьба с алкоголизмом является важным разделом ликвидации пережитков капитализма и воспитания человека коммунистического общества. Работникам здравоохранения в решении этой всенародной задачи принадлежит особая роль.

Все организационные вопросы, связанные с профилактикой, лечением и экспертизой (медицинской, трудовой и судебной), как и обобщения (статистические, научные) в той или иной степени зависят от правильного понимания термина «хронический алкоголизм». Различного рода определения алкоголизма, в том числе и имеющие вековую давность, вновь подвергаются на страницах печати оживленному обсуждению, отражая в одних случаях несходство мнений из-за неясности патогенеза, в других — из-за приверженности таким теориям, как фрейдизм, конституциональная неполноценность и др. Вместе с этим выдвигаются и критерии для определения хронического алкоголизма: биологический, социальный, клинический, критерий успешности лечения, частоты употребления и дозы алкоголя и пр.

Подробно разбирая несостоятельность теорий алкоголизма зарубежных авторов, Б. М. Сегал (5) отмечает, что одни из них рассматривают влечение к алкоголю как своеобразную невротическую реакцию, другие трактуют его в плане фрейдизма, третьи — в плане конституциональных факторов, будто влечение к алкоголю свойственно главным образом душевнобольным и психопатам, как это представлялось Кречмером, Шредером, Гоффом и др.

Некоторые зарубежные авторы расценивают синдром «влечения» к алкоголю как явление биологической неполноценности: например, эндокринной неполноценности, и объясняют его особенностями метаболизма (Смит, Тинтер, Ловелл и др.), «извращенной потребности к соли» (Силкуорт и Текстон), нарушения функции печени (Сирнес), дефицита определенных веществ в организме (Лекокк, Вильямс, Берри и Биштехер и т. д.).

Исходя из определения хронического алкоголизма на основании частоты и дозы вводимого яда, Э. Крепелин и К. Бонгефер полагали, как это указывает Н. П. Татаренко (1), что наслаивание новой дозы алкоголя на предыдущую, когда та еще не выведена из организма, и является хроническим алкоголизмом; С. С. Корсаков и Ф. Е. Рыбаков, базируясь на клиническом критерии, считали симптомами хронического алкоголизма расстройства деятельности организма в результате многократного потребления алкоголя.

По мнению И. В. Стрельчука (5), критерием определения понятия «хронический алкоголизм» следует считать патологическое, неудержимое влечение к алкоголю. Психические и соматические нарушения являются следствием хронической алкогольной интоксикации. А. М. Рапопорт (5) предлагает патологическое влечение или привыкание к алкоголю, при отсутствии явлений алкогольной деградации личности, относить к алкогольной наркомании, которая представляется, по его мнению, наиболее многочисленной и курабельной. В отношении же лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, он считает, что к ним следует относить лишь тяжелые формы заболевания с де-