

Мизякина Е. А. и др. // Здравоохран. Казахстана.— 1986.— № 3.— С. 43—45.

3. Кассиль В. Л. // Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии.— М., Медицина, 1987.

4. Михайленко А. А., Соринсон С. Н., Магасова А. Н. и др. // Сов. мед.— 1980.— № 6.— С. 85—88.

5. Попова Л. М., Левченко Н. И., Алферова В. П., Попов А. А. // Анестезиол. и реаниматол.— 1987.— № 4.— С. 42—46.

6. Садыкова А. Б., Алексеев П. А. // В кн.: Сборник научных трудов Киргизского медицинского института. Пищевые токсикоинфек-

ции и бактериальные интоксикации.— 1986.

7. Mac. Donald K. L., Cohen M. L., Blake P. A. // Am. J. Epidemiol.— 1986.— Vol. 124.— P. 794—799.

8. Morris J. G. // In: Biomedical aspects of botulism, by G. E. Lewis.— Academic Press, New-York, 1981.

9. Siegel L. S., Johnson-Winedar A. D., Sellin L. C. // Toxicol. and Applied Pharmacol.— 1986.— Vol. 84.— P. 255—263.

10. Tacket C. O., Shandern W. X. et al. // Am. J. Med.— 1984.— Vol. 76.— P. 794—798.

Поступила 26.11.87.

УДК 616.61—002.151—08

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов, Ш. А. Мухаметзянов, С. Г. Салимова,  
Г. А. Таурова, В. З. Аминова

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. Д. Ш. Еналеева) Казанского медицинского института имени С. В. Курашова, 6-я городская больница (главврач — В. И. Зайцев) г. Казани

У больных с тяжелыми формами геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) большое значение для благополучного исхода болезни имеет организация рациональной терапии. Это особенно важно при развитии у пациента острой почечной недостаточности, ДВС-синдрома и других вариантов осложненного течения болезни.

Анализ летальных исходов при ГЛПС за последние 10 лет в ТАССР показал, что в ряде случаев плохому исходу способствовали поздняя диагностика и госпитализация, несоблюдение строгого постельного режима и необоснованная транспортировка больных в другие стационары, в том числе в отделения гемодиализа. Отдельным больным с острой почечной недостаточностью внутривенно вводили большие объемы маннитола и других жидкостей без учета потерь, что приводило к острому отеку легких и мозга [1, 2].

Нами проанализированы истории болезни 94 пациентов с тяжелыми формами ГЛПС, леченных в стационарах Казани и районах Татарии за 1985—1987 гг. Больные были разделены на 2 группы: в 1-ю включены 46 человек, которым не проводился гемодиализ, во 2-ю (48 чел.) — леченные гемодиализом в г. Набережные Челны и в 6-й городской больнице г. Казани. Умерли 12 больных, из них 2 — из городов и 10 — из районов республики.

Пациенты были преимущественно в молодом возрасте. Большинство больных обеих групп поступили в стационар на 4—5-й день болезни (52 чел.) и на

6—7-й дни (16 чел.). На более поздних сроках (9—11-й дни) были госпитализированы только трое, на ранних сроках (до 4-го дня от начала заболевания) — 23 человека. Таким образом, распознавание болезни и госпитализация многих больных были сравнительно поздними, а следовательно, задерживались сроки лечения и охранительного постельного режима. Из 48 больных, которые были на гемодиализе, 14 человек поступили из городов республики, 34 — из районов.

Отягощенное преморбидное состояние выявлено у 14 лиц (язвенная болезнь и рак желудка, хроническая ишемическая болезнь сердца, псориаз, полиартриты, хронический алкоголизм, ревматизм), но ни у одного в анамнезе не было заболевания почек.

Клиническая картина болезни у всех пациентов характеризовалась выраженной циклическостью со всеми основными симптомами и синдромами. Следует лишь отметить, что в группе больных, поступивших на гемодиализ, было больше лиц с симптомами нарушения центральной нервной системы. На фоне гемодиализа у них усиливался геморрагический синдром: гематурия и желудочно-кишечные, носовые и другие кровотечения.

Длительность лихорадки до 7—10-го дня болезни имела место у 78% больных 1-й группы и у 96% — 2-й. Олигурия наблюдалась у всех пациентов, но длительность ее свыше 7 суток чаще всего была среди лиц, которым проводился гемодиализ (соответственно 6 и

24 чел.). Эта закономерность вполне понятна, так как продолжительная олигурия в большинстве случаев являлась основанием для перевода пациентов в отделение гемодиализа.

Длительность положительного симптома Пастернацкого более 8 дней также наблюдалась чаще среди больных, леченных гемодиализом (соответственно 8 и 21 чел.), что, несомненно, было обусловлено более обширным отеком и тяжелым поражением почечной паренхимы. В олигурическом периоде отмечались протениурия от 0,33 до 30 г/л, цилиндрурия, микро- и макрогематурия; причем последняя встречалась в 4 раза чаще у больных, находившихся на гемодиализе. Среднее содержание в сыворотке крови мочевины, креатинина и ионов калия представлено в табл. 1.

Таблица 1

Мочевина, креатинин и ионы калия в крови у больных с тяжелой формой ГЛПС в динамике заболевания

Показатели	Олигурический период		Полиурический период	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Уровень мочевины, ммоль/л	28,0	40,3	13,8	11,4
креатинина, ммоль/л*	до 1,8	1,86-5,3	—	—
ионов калия, ммоль/л	4,8	4,4	4,4	4,4

\* У здоровых — 0,145—0,88 ммоль/л.

Как видно из табл. 1, у всех больных в олигурической фазе болезни имели место 3—5-кратное повышение содержания в крови мочевины и значительное увеличение уровня креатинина, особенно у лиц, находившихся на гемодиализе. Содержание ионов калия в обеих группах было в пределах нормы.

Осложненное течение болезни чаще наблюдалось у 10 больных, леченных гемодиализом, среди них у 2 был диагностирован энцефалит, у 3 — субкапсулярный разрыв почки, у 2 — отек легких, у 2 — отек мозга, у одного — пневмония. Среди больных, которым гемодиализ не проводился, бронхопневмония была установлена у 2 пациентов, энцефалит — у одного.

Из 94 больных с тяжелым течением болезни умерли 12 (12,8%). Непосредственными причинами смерти послужили уремическая интоксикация (у 3), разрыв капсулы почки (у 1), кровотечения и кровоизлияния в жизненно важные органы (у 5), энцефалиты (у 2), отек мозга и легких (у 1). Почти все больные

умерли в олигурическом периоде и только один с энцефалитом — в фазе полиурии.

Лечение больных ГЛПС включает организацию строгого постельного режима, диету, богатую углеводами (особенно в фазе олигурии) для максимального предотвращения распада белков [4]. Предпочтительны стол № 4 (по Певзнеру) без ограничения соли, питье фруктовых соков и минеральной воды (Боржоми, Ессентуки № 4); в периоде полиурии — прием пищи, богатой солями калия [3].

Опыт показывает, что при тяжелом течении болезни в первые дни олигурического периода введение больным жидкостей и солей не противопоказано, так как у них обычно уменьшен объем циркулирующей крови и повышен гематокрит. В этой ситуации потери жидкости и солей происходят со рвотой (до 2—3 л в сутки), а иногда и с жидким стулом. Назначение внутривенных инфузий должно проводиться со строгим соблюдением суточного баланса жидкости. Удобна в работе предлагаемая схема учета потерь и введения жидкостей с итогами за каждые 6 ч (табл. 2).

Использование этой схемы в практике лечения тяжелых больных, как правило, не приводит к такому нередкому осложнению, как гипергидратация.

Для внутривенного вливания в олигурической фазе болезни мы обычно используем гипертонический раствор глюкозы, который обеспечивает организм углеводами при малом объеме воды, с добавлением ряда лекарственных средств. Состав следующий: 40% раствор глюкозы (110 мл), инсулин (10 ед.), 0,25% раствор новокаина (40 мл). На фоне гипертонического раствора дополнительно в систему вводим 10% раствор глюконата кальция (10 мл), 5% раствор аскорбината натрия (10 мл), преднизолон (30—60 мг). Такое сочетание лекарственных средств с 40% раствором глюкозы можно повторять 2—3 раза в сутки. Для улучшения почечного кровотока назначаем 2,4% раствор эуфиллина по 5—10 мл. Для инфузии используем также изотонические растворы глюкозы, реополиглюкин, гемодез, 5% раствор альбумина.

Суточную дозу преднизолона в тяжелых случаях целесообразно увеличивать более 90—120 мг; длительность лечения — 3—5 дней. Мы сравнивали влияние различных курсовых доз преднизолона на состояние суточного диуреза у 39 тяжелых больных ГЛПС, леченных без гемодиализа. Результаты показали, что у 13 больных увеличение курсовых доз преднизолона до 1500 мг при

Лист учета суточного баланса жидкости

Дата, ч	Потери, мл					Введено, мл		
	перспирация	моча	рвота	испражнения	итого	внутривенно	внутри	итого
9—15	150							
15—21	150							
21—3	150							
3—9	150							
Сумма за сутки	600							

средней длительности лечения в 7,3 дня не повышает диуреза по сравнению с курсовыми дозами до 450 мг и средней длительностью терапии в 4,3 дня (26 чел.).

Для предотвращения чрезмерной гидратации в олигурической фазе желательнее стимулировать диурез салуретиком лазиксом. Его лучше применять 1—2 раза в сутки в большой разовой дозе 2—5 мг/кг внутривенно струйно. Если желаемый эффект не наступает, то дополнительно вводить салуретик нецелесообразно, так как следует опасаться его токсического воздействия на эпителий почечных канальцев. По нашим данным, 14 больных, не получавших лазикса, на фоне патогенетической терапии выделяли за сутки в среднем по 150 мл мочи, а 37 пациентов, леченных этим препаратом, — по 245 мл.

Исключительная осторожность необходима при использовании в период олигурии осмотического диуретика маннитола, так как быстрое накопление маннита во внеклеточном пространстве приводит к клеточной дегидратации. Мы в своей практике отказались от применения маннитола в качестве диуретика.

При развитии выраженного ДВС-синдрома с кровотечениями и кровоизлияниями показан весь комплекс терапии этого синдрома, включая прямое переливание крови.

Во врачебной практике имеет место увлечение антибиотиками при лечении ГЛПС. По нашим данным, 83% больных с ГЛПС получали пенициллин в суточной дозе 2—3 млн. ед. в течение 5—7 дней. Хорошо известно, что назначение антибиотиков оправдано при

наличии гнойных осложнений. При неосложненном течении геморрагической лихорадки антибиотики не оказывают положительного влияния на течение болезни и назначать их без конкретных показаний нецелесообразно. Мы сравнили группы больных ГЛПС, получавших антибиотики на фоне обычной патогенетической терапии (63 чел.), и леченных без них. Результаты показали, что назначение антибиотиков при ГЛПС не оказывало влияния ни на длительность олигурического периода (6,4 дня против 6,3 дня), ни на средний койко-день (20,3 против 19,8).

Правильная тактика ведения больных ГЛПС включает и своевременное направление больных в отделение гемодиализа. Показаниями для перевода больных на гемодиализ являются выраженная олигурия в течение 3—5 дней, повышение уровня мочевины в плазме крови в 4—5 раз, высокое содержание креатинина и ионов калия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мухаметзянов Ш. А., Леонова В. Н., Куренева М. М. и др. // Казанский мед. ж. — 1985. — № 3. — С. 188—192.
2. Петричко М. И. // Острая почечная недостаточность и спонтанные разрывы почек у больных ГЛПС. — Автореф. канд. дисс. — Киев, 1980.
3. Руководство по инфекционным болезням. // Под ред. В. И. Покровского и К. М. Лобана. — М., Медицина, 1986.
4. Справочник по анестезиологии и реаниматологии. // Под ред. А. А. Бунатяна. — М., Медицина, 1982.

Поступила 10.11.87.