

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.61—002.151—07—035.7

Д. Х. Хунафина, Г. М. Волегова, А. П. Мамон,
М. М. Абдрахманов, С. И. Мамон (Уфа). Ошибка
в диагностике геморрагической лихорадки с по-
чечным синдромом

Широкому кругу врачей разных специальностей хорошо известна клиника ГЛПС, однако даже при существующей настороженности в отношении болевого синдрома при данном заболевании известны ошибки в диагностике, потребовавшие оперативного вмешательства.

Мы наблюдали 300 больных ГЛПС, из которых у 150 заболевание сопровождалось болями в животе. Обычная корригирующая консервативная терапия приводила к стиханию болей в животе, прекращению рвоты и выздоровлению. У отдельных пациентов боли носили выраженный характер и снимать их приходилось инъекциями 50% раствора анальгина с димедролом, 1% раствора промедола. Особенно интенсивными они были на 3—6-й день болезни в периоде геморрагических и почечных проявлений. Состояние таких больных было тяжелым: на фоне общей интоксикации, гиперемии и одутловатости лица, пастозности век, инъекции склер отмечались сухость языка, вздутие и болезненность при пальпации живота, особенно правом подреберье и в области проекции почек, гепатомегалия с одновременной олигоануреей. У 2 больных состояние усугубилось разрывом почек, потребовавшим оперативного вмешательства по жизненным показаниям.

П., 67 лет, поступила в хирургическую клинику 25.08.85 г. с подозрением на перфорацию брюшно-тифозной язвы и в тот же день была оперирована. Обнаружен прозрачный выпот в брюшной полости, на брыжейке тонкого и толстого кишечника видны точечные кровоизлияния. Околопочечная клетчатка отечна. Почки увеличены в размере.

Диагностическая ошибка произошла из-за недооценки анамнеза и объективных данных осмотра, не были учтены и результаты лабораторных анализов. Больная поступила на 6-й день заболевания. Начало болезни было острым: резко поднялась температура до 39°, появился озноб, головная боль, с 3-го дня боли в животе, тошнота, повторная рвота желчью. В день поступления в больницу состояние больной следующее: температура — 37,4°, сухой язык, напряжение мышц правой половины живота, положительный симптом Щеткина. Частота пульса — 76 уд. в 1 мин, АД — 12,0/6,6 кПа. В крови лейкоцитов — $6 \cdot 10^9/\text{л}$, в моче уровень белка — 16,5%, отн. пл.—0,16, лейкоциты — 3—5, эритроциты — 30—50 (свежие), соли ураты, содержание остаточного азота — 1,3 ммоль/л. Отмечалось уменьшение количества мочи до 100 мл, уровень мочевины крови — 19,9 ммоль/л, креатинина — 451,8 ммоль/л.

26.08.85 г. была консультирована инфекционистами: диагностирована тяжелая форма ГЛПС. На фоне корригирующей дезинтоксикационной терапии состояние больной постепенно улучшалось, олигурия сменилась полиурией.

11.10.85 г. (на 47-й день) после наступившего выздоровления больная была выписана.

Следовательно, диагноз ГЛПС должен быть

основан на характерном клиническом симптомокомплексе, цикличности течения, результатах анализов крови и мочи, эпидемиологическом анамнезе. Болевой синдром при ГЛПС выражен после снижения температуры тела, в периоде олигурии, и не имеет отчетливой локализации. У большинства больных отмечается положительный симптом Пастернацкого на фоне снижения диуреза, изменения цвета мочи за счет гематурии. Как правило, наблюдается брадикардия. Характерны лейкоцитоз с нейтрофилезом, тромбоцитопения. В моче выявляются альбуминурия, свежие и выщелоченные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки Дунаевского. Нарастает азотемия. Поэтому у каждого больного, поступающего в больницу, рекомендуем проводить повторное исследование мочи и крови, особенно в сомнительных случаях.

УДК 616.981.42—076.5:616.155.3

В. Н. Букин, Н. П. Толоконская (Новосибирск). Катионные белки лейкоцитов в периферической крови у больных бруцеллезом

По мнению ряда авторов, высоконформативным способом оценки состояния неспецифической резистентности организма является определение содержания неферментных катионных белков (НКБ) нейтрофильных гранулоцитов периферической крови. Неферментные катионные белки помимо участия в подготовке бактерий к фагоцитозу служат еще и медиаторами воспалительной реакции.

Мы поставили задачу выявить возможность использования показателей неферментных катионных белков лейкоцитов у больных бруцеллезом для оценки тяжести течения заболевания и прогнозирования его исходов.

Содержание неферментных катионных белков нейтрофильных гранулоцитов периферической крови определяли цитохимическим методом путем окрашивания бромфеноловым синим при pH 8,1—8,2 с последующим докрашиванием ядер раствором сафранина и оценивали их число в цитоплазме по 4-балльной шкале. По этим результатам высчитывали средний цитохимический коэффициент (СЦК) и коэффициент «К», характеризующий отношение числа лейкоцитов с высоким содержанием неферментных катионных белков к общему числу НКБ-положительных лейкоцитов. Для выведения нормальных значений изученных показателей было обследовано 50 здоровых людей в возрасте от 18 до 35 лет.

Под наблюдением находились 173 пациента с бруцеллезом в возрасте от 18 до 49 лет. 1-ю группу составили 30 больных острым бруцеллезом. Диагноз бруцеллеза был подтвержден эпидемиологически, клинически, а также высокими титрами серологических реакций (реакция Райта — 1:800—1:1600, РНГА — 1:800—1:3200). Очаговая симптоматика отсутствовала. Проба Бюрне у 12 больных была отрицательной, у остальных слабо положительной или сомнительной. В клиническом анализе периферической крови определялись умеренно выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (от 8,4 до $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$) и увеличенная СОЭ (15—25 мм/ч). Обследование больных острым бруцеллезом проводилось на 18—24-й день от начала заболевания.