

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 геморрагического лихорадки с почечным 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, вздутость и болезненность при пальпации живота, особенно в правом подреберье и в области проекции почек, гепатомегалия с одновременной олигоанурией. 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 брюшке 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°, появились 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 — $5 \cdot 10^9$ /л, в моче уровень белка — 16,5%, отн. пл. — 1,016, 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 сменялась 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 нейтрофилизом, 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, высокоинформативным 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 докрасшиванием ядер раствором сафранина и оценивали их число в цитоплазме по 4-балльной шкале. По этим результатам вычисляли 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 $10,6 \cdot 10^9$ /л) и увеличенная СОЭ (15—25 мм/ч). Обследование больных острым бруцеллезом проводилось на 18—24-й день от начала заболевания.

Во 2-й группе было 80 больных хроническим бруцеллезом давностью 1—3 года и частыми (до 3—4 раз в год) обострениями. Диагноз заболевания помимо клинических данных подтверждался у них эпидемиологическими показателями и результатами серо-аллергологического обследования (у всех больных проба Бюрне была положительной, реакция Райта — 1 : 200—1 : 400, РНГА — 1 : 200—1 : 800). Бруцеллез у этих больных протекал с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

Сенсибилизацию у больных хроническим бруцеллезом определяли по показателю повреждаемости нейтрофилов (ППН). В качестве алергена использовали бруцеллин. В группе контроля величина ППН не превышала 0,1. С учетом значений ППН больных хроническим бруцеллезом были подразделены на две подгруппы. К первой подгруппе были отнесены больные с умеренно выраженной сенсибилизацией, у которых величина ППН не превышала 0,2 (49 чел.), ко второй — больные с величиной ППН, превышающей 0,3 (31 чел.). Больные хроническим бруцеллезом обследованы в фазе декомпенсации процесса.

63 человека с положительными серо-аллергическими реакциями на бруцеллез, не имевшие в анамнезе указаний на перенесенный в прошлом бруцеллез и не предъявляющие жалоб, вошли в 3-ю группу. Реакция Райта у них определялась в титрах 1 : 50 — 1 : 200; РНГА — 1 : 100 — 1 : 200. Проба Бюрне была положительной у 33 человек. ППН составил 0,2.

У больных 1-й группы показатели неферментных катионных белков до начала лечения превышали соответствующие значения у лиц из группы контроля ($P < 0,01$). При просмотре мазков крови больных острым бруцеллезом после окраски обнаруживалось большое количество лейкоцитов с выходом катионных белков за пределы цитоплазмы.

Всем больным 1-й группы проводили антибактериальную терапию, которая включала курс внутримышечного введения стрептомицина 2 раза в сутки по 0,5 в течение 3 нед. Одновременно с этим больные получали второй антибиотик — левомицетин в дозе 1,0 в сутки двумя курсами по 7 дней каждый с перерывом между ними в одну нед. Антибактериальную терапию сочетали с применением десенсибилизирующих препаратов. После лечения у 21 больного уровень неферментных катионных белков снизился до показателей контрольной группы и у 9 больных к моменту окончания лечения сохранялся на уровне исходных значений.

При анализе отдаленных последствий перенесенного острого бруцеллеза (срок наблюдения — 1 год) было отмечено, что из 9 больных, имевших высокий уровень неферментных катионных белков к моменту выписки из стационара, переход в хронический бруцеллез зарегистрирован у 8, а из числа лиц с низким его уровнем — только у 5.

Таким образом, определение содержания неферментных катионных белков у больных острым бруцеллезом может иметь известное прогностическое значение.

У больных 2-й группы показатели неферментных катионных белков также превышали значения группы контроля ($P < 0,01$), однако по мере возрастания уровня сенсибилизации их уровень снижался. 45 больных хроническим бруцеллезом, у которых показатель ППН равнялся 0,3 и был ни-

же (нормоэргическая реакция), лечили бруцеллезной вакциной путем 5—6-кратного его введения с интервалами в 3—5 дней. До 2—3-кратного введения вакцины наблюдалось повышение содержания неферментных катионных белков ($P < 0,01$), однако последующая антигенная стимуляция приводила к снижению их уровня, которое сохранялось до 3 мес после окончания лечения. В ответ на каждое введение бруцеллезной лечебной вакцины у больных возникала общая (повышение температуры, озноб) и очаговая (усиление болей в суставах, мышцах, головная боль и т. д.) реакция.

Ближайший положительный эффект вакцинации (улучшение самочувствия, уменьшение или полное исчезновение болей в суставах) был отмечен у 32 больных; у 13 улучшения состояния не наступило. У 29 из 32 больных, почувствовавших улучшение самочувствия после лечения, обострение процесса развилось в срок до 6 мес после его окончания и у 3 — в течение года. Нам не удалось выявить достоверной зависимости частоты и сроков развития рецидивов у больных хроническим бруцеллезом после вакцинации от уровня неферментных катионных белков лейкоцитов.

У лиц 3-й группы результаты исследования неферментных катионных белков не отличались от значений контрольной группы.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение содержания неферментных катионных белков лейкоцитов периферической крови у больных бруцеллезом для более полной характеристики клинических проявлений заболевания и его исходов.

УДК 616.61—002.151—02:616.33—008.3—039.13

М. С. Ширапова (Саратов). Секреторная функция желудка у реконвалесцентов геморрагической лихорадки с почечным синдромом

Целью настоящей работы было изучение секреторной (кислотообразующей и протеолитической) функций желудка у больных и реконвалесцентов геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС).

Были обследованы 76 реконвалесцентов ГЛПС в возрасте до 50 лет без сопутствующих и перенесенных в прошлом заболеваний желудочно-кишечного тракта. Динамическое наблюдение осуществлялось у одних и тех же пациентов. Диагноз у всех больных был подтвержден серологически (4-кратное нарастание титров антител по методу МФА при динамическом исследовании сыровороток). Контрольную группу составили 26 здоровых лиц.

О функциональном состоянии желудка судили по показателю дебит-часа соляной кислоты и по секреции пепсина (дебит-час пепсина). Концентрацию соляной кислоты определяли титрованием 0,1 н. раствором NaOH. Активность пепсина исследовали в базальной (сборной в течение одного ч) и стимулированной (в течение второго ч) секреции. В качестве стимулятора использовали пентагастрин в дозе 6 мкг/кг.

У больных ГЛПС в разгаре заболевания наблюдалось нарушение секреторной функции желудка. Наиболее типичным было снижение секреторной активности. Так, гипоацидное состояние отмечалось у 65% больных. Наиболее выраженные изменения были у больных с тяжелым течением заболевания: дебит-час соляной кислоты нато-