

Заметки и наблюдения из практики

© С.А.А. НАФЕЕВ, В.А. ЗАНКИН, 2013

УДК 616.61-002.151-022:578.833.29]-039:616.346.2-002

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

А.А. Нафеев^{1,2}, В.А. Занкина¹

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области», Ульяновск; ²ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Приведено наблюдение геморрагической лихорадки с почечным синдромом с абдоминальным синдромом, симулирующим острый аппендицит.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, аппендицит, органы брюшной полости

HEMORRHAGIC FEVER WITH ABDOMINAL SYNDROME DISGUISED AS ACUTE APPENDICITIS

A.A. Nafeev, V.A. Zankina

Ulyanovsk Regional Centre of Hygiene and Epidemiology; Ulyanovsk State University, Medical Faculty, Russia

A case of hemorrhagic fever with renal and abdominal syndromes in the form of appendicitis is reported.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome; appendicitis; abdominal cavity of organs.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — распространенное острое вирусное природно-очаговое заболевание. Значительные трудности в дифференциальной диагностике ГЛПС и заболеваний органов брюшной полости представляет встречающийся при этом заболевании абдоминальный синдром: тошнота, рвота, боль в животе, задержка стула и газов, напряжение мышц передней брюшной стенки [2—5]. Клинические проявления абдоминального синдрома в случаях ГЛПС при отсутствии достаточного практического опыта у врачей-хирургов обуславливают нередко ошибочный диагноз острого аппендицита и последующее за этим оперативное вмешательство.

Приводим наблюдение.

Больной Г., 32 лет, поступил на стационарное лечение в одно из медицинских учреждений Ульяновска в декабре 2012 г. переводом из центральной районной больницы с диагнозом «острый живот» и жалобами на боль в животе, преимущественно в правой подвздошной области. При дообследовании в хирургическом отделении диагноз острого аппендицита исключить было невозможно и было принято решение об оперативном лечении.

12.12.12 произведена операция: аппендэктомия, дренирование брюшной полости. В ходе операции выявлено, что воспалительные изменения в области червеобразного отростка минимальны, в брюшной полости асцитическая жидкость.

Проведены следующие исследования.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости от 12.12.12: при сканировании печени, поджелудочной железы патологических изменений не обнаружено, селезенка не увеличена, в брюшной полости свободная жидкость.

УЗИ почек (после операции) от 14.12.12: правая почка типично расположена, ограничена в подвижности, увеличена (130 × 74 мм), паренхима утолщена (26 мм), корковое вещество несколько повышенной эхогенности, рисунок несколько смазан, чашечно-ло-

ханочная система не расширена. Вдоль верхнего полюса полоска жидкости толщиной до 2 мм, у нижнего полюса «следы» жидкости. Левая почка типично расположена, ограничена в подвижности, увеличена (130 × 65 мм), паренхима утолщена (27 мм), аналогичной структуры, в нижнем полюсе единичная киста (8 мм), чашечно-лоханочная система не расширена. У нижнего полюса следы жидкости.

Общий анализ крови от 12.12.12: Нв 179 г/л, эр. $6,41 \times 10^{12}/л$, л. $14,21 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи от 12.12.12: белок 0,4 г/л (норма до 0,12 г/л), эритроциты 1—2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 0—1, зернистые 1—2 в поле зрения; от 13.12.12: относительная плотность 1,010, белок 2,08 г/л, лейкоциты 10—12 в поле зрения, эритроциты 3—5—8 в поле зрения.

Биохимический анализ крови (от 13.12.12): креатинин 96,6 мкмоль/л (норма 44—115 мкмоль/л), мочевины 6,2 моль/л (норма 1,7—8,3 моль/л), АСТ 222,7 Ед/л (норма 0—37 Ед/л), АЛТ 233,1 Ед/л (норма 0—40 Ед/л).

Анализ асцитической жидкости от 12.12.12: мутная, цвет розовый, реакция нейтральная, белок 42,5 г/л, лейкоциты 0—1 в поле зрения, мочевины 7,4 ммоль/л, амилаза 32 Ед/л, эритроциты — большое количество в поле зрения.

В раннем послеоперационном периоде температура тела достигала 38°C, затем стала субфебрильной, с 4-х суток нормальная. Диурез увеличен до 2,5—3 л в сутки, в дальнейшем полностью восстановился. После консультации инфекциониста (21.12.12) и получения результата лабораторного исследования (20.12.12) на ГЛПС — положительная реакция непрямой флюоресценции (титр 1:512) — установлен диагноз ГЛПС средней степени тяжести, период ранней реконвалесценции.

В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось, рана зажила первичным натяжением, отека и гиперемии вокруг послеоперационной раны нет, швы сняты на 8-е сутки. В биохимическом

мических анализах крови положительная динамика в виде снижения уровня трансаминаз (аспартатами-нотрансфераза 71,8 Ед/л, аланинаминотрансфераза 104,3 Ед/л), в моче исчезли признаки протеинурии (0,09 г/л). При УЗИ отмечено уменьшение признаков отека паренхимы почек.

Диагноз при выписке: острый катаральный аппендицит, распространенный серозный перитонит. ГЛПС средней степени тяжести, период ранней реконвалесценции.

Причиной ошибочного диагноза острого аппендицита при ГЛПС является прежде всего недостаточное знание практическими врачами особенностей эпидемиологии и клинической картины этого заболевания. В последние годы при ГЛПС стало характерно несколько пиков сезонного подъема заболеваемости: первый подъем — с января по март, второй подъем — с июня по август (летний подъем), третий подъем (самый продолжительный) — с сентября по декабрь. В клиническом течении тяжесть состояния больных часто не соответствует разлитой умеренной боли в животе на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела и данным лабораторных исследований: высокому лейкоцитозу с появлением незрелых форм нейтрофилов, тромбоцитопении, гипостенурии, протеинурии, микро- или макрогематурии, цилиндрурии, снижению диуреза.

При тщательном сборе эпидемиологического анамнеза, учете эпидемиологической обстановки в регионе, сопоставлении клинической картины с

данными лабораторных и дополнительных методов исследования возможность диагностической ошибки может быть сведена к минимуму, но в ряде наблюдений, когда больные сначала находятся на лечении в одном медицинском учреждении, а затем поступают переводом в другое нет возможности проследить динамику заболевания. ГЛПС в большинстве случаев имеет циклическое течение. В приведенном примере в пользу ГЛПС указывали следующие данные [1, 5, 6]: в крови — увеличение количества эритроцитов и повышение гемоглобина в лихорадочном периоде, но этот период прошел в первом медицинском учреждении так же, как и протеинурия — важный диагностический признак ГЛПС — наряду с микрогематурией и цилиндрурией, данными УЗИ почек (увеличение толщины паренхимы, отек почек). Раннему установлению диагноза ГЛПС могли помочь эпидемиологические данные: неблагополучие по этому заболеванию в районе проживания больного. К сожалению, использование эпидемиологического анамнеза при установлении диагноза инфекционного заболевания остается редкостью, что, как правило, ведет к поздней постановке серологических реакций на ГЛПС с целью обнаружения антител к хантавирусам.

«Врачебную ошибку» в описанном случае можно отнести к категории субъективных. Имеющиеся объективные данные позволяли провести раннюю диагностику ГЛПС и избежать ненужного оперативного вмешательства.

Сведения об авторах:

Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области

Нафеев Александр Анатольевич — д-р мед. наук, зав. отд-нием особо опасных инфекций центра, проф. каф. инфекционных и кожно-венерических болезней Ульяновского мед. университета; e-mail: nafeev@mail.ru
Занкина Вера Александровна — врач-эпидемиолог центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нафеев А.А., Нафеева Е.Н., Киселева Л.М. Значение специфических лабораторных исследований в диагностике геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Дальневосточный медицинский журнал. 2003; 3: 108.
2. Башков Ю.А., Осинцева В.С. Абдоминальный синдром в клинике ГЛПС. Хирургия. 1979; 10: 81—4.
3. Ганцев Ш.Х., Загидуллин Ш.З., Ганцева Х.Х., Атаев М.П. Ошибки диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом в работе хирурга. Клиническая медицина. 1989; 2: 42—4.
4. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Нуртдинов М.А. и др. Дифференциальная диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Хирургия. 2001; 3: 23—5.
5. Фазлыева Р.М., Хунафина Д.Х., Камиллов Ф.Х. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан. Уфа; 1995.
6. Сиротин Б.З., Фазлыева Р.М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. В кн.: Нефрология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 548—61.

7. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (современные аспекты экологии, этиологии, эпидемиологии, иммунопатогенеза, диагностики, клиники и лечения) / Слонова Р.А., Ткаченко Е.А., Иванис В.А. и др. Владивосток; 2006.

REFERENCES

1. Nafeev A.A., Nafeeva E.N., Kiseleva L.M. Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal. 2003; 3: 108.
2. Bashkov Yu.A., Osintseva V.S. Khirurgiya. 1979; 10: 81—4.
3. Gantsev Sh.Kh., Zagidullin Sh.Z., Gantseva Kh.Kh., Ataev M.P. Klin. meditsina. 1989; 2: 42—4.
4. Sakhautdinov V.G., Galimov O.V., Nurtdinov M.A. et al. Khirurgiya. 2001; 3: 23—5.
5. Fazlyeva R.M., Khunafina D.Kh., Kamilov F.Kh. Hemorrhagic fever with renal syndrome in Bashkortostan. Ufa; 1995.
6. Sirotnin B.Z., Fazlyeva R.M. Hemorrhagic fever with renal syndrome. In: Nefrologiya. M.: GEOTAR-Media; 2009: 548—61.
7. Slonova R.A., Tkachenko E.A., Ivanis V.A. et al. Hemorrhagic fever with renal syndrome. Vladivostok; 2006.

Поступила 11.03.13