

Р.З. Валиуллина, Д.А. Назаров, М.Х. Гайфутдинова, Д.Ш. Юсупов, С.П. Мартыненко (Набережные Челны). **Опыт успешного лечения абдоминального синдрома при геморрагической лихорадке, осложненной острой почечной недостаточностью**

Абдоминальный синдром — один из частых симптомокомплексов геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), осложненной острой почечной недостаточностью (ОПН). Сочетание абдоминального синдрома с гастроинтестинальной диспепсией и реакцией системно-воспалительного ответа нередко становится причиной ошибочной диагностики и констатации острой патологии органов брюшной полости. Боли в животе, различные по выраженности и локализации почти всегда сопутствуют ГЛПС. Чаще всего они возникают к концу лихорадочного периода, проявляясь в последующем все более отчетливо. Довольно пестрая симптоматика абдоминального синдрома вызвана серозно-геморрагическим воспалением, отеком и кровоизлияниями в слизистую желудочно-кишечного тракта, рыхлой пред- и позабрюшинной клетчатке, брыжейке кишечника, поджелудочной железе, вегетативных ганглиях и других анатомических образованиях брюшной полости. При встрече с больным ГЛПС хирург сталкивается со сложной диагностической и тактической задачами.

Приводим следующий клинический пример.

Больной И., 1986 года рождения, находился на стационарном лечении в отделениях хирургии № 1, реанимации, оперативной нефрологии БСМП с 28.09 по 25.10.2002 г.

Заболел 20.09.02 г. В течение 6 дней отмечались лихорадка, повышение температуры до 39°C, тошнота, рвота, головная боль, снижение диуреза. Лечился дома, принимал парацетамол. В июне-июле 2002 г. находился у родственников в Томской области, в августе неоднократно выезжал в лес. В инфекционную больницу поступил 25.09.02 г. с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, тошноту, умеренные боли в животе и поясничной области. При поступлении поставлен диагноз ГЛПС(?). 27.09.02 г. температура резко снизилась до 36°C, ухудшилось самочувствие, усилились боли в животе. На основании нормальных показателей шлаков в крови и симптомов острого живота диагноз ГЛПС был снят, и больного перевели 28.09.02 г. в хирургическое отделение БСМП с диагнозом острого аппендицита.

При поступлении в хирургическое отделение № 1 БСМП 28.09.2002 г. больной адинамичен,

заторможен, жалуется на слабость, сильные боли в животе и поясничной области. Количество выделяемой мочи сокращено до 300 мл в сутки. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, геморрагических высыпаний нет, тургор кожи нормотоничен, отеков нет. Конъюнктивы глаз гиперемированы. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура — 36°C. В легких дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД — 100/60 мм Нг, частота пульса — 84 уд. в 1 мин. Живот умеренно вздут, напряжен в нижних отделах, в акте дыхания не участвует, резко болезненный при пальпации в мезо- и гипогастрии. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон.

Нб — 157 г/л, гематокрит — 44%, э. — $4,4 \cdot 10^{12}/л$, л. — $4,5 \cdot 10^9/л$. Лейкоформула: п. — 16%, с. — 50%, эоз. — 0%, мон. — 15%, л. — 18%, пл. кл. — 1. Глюкоза — 6,6 ммоль/л, тромбоциты — $120 \cdot 10^9/л$, ПТИ — 94%, уровень фибриногена — 4,4 г/л, фибриноген Б — отриц. Тромботест (по методу Фуэнте—Ита) — 5-й степени. Время свертывания — 6 мин 35 с, длительность кровотечения — 1 мин 30 с. Уровень мочевины — 8,8 ммоль/л, креатинина — 160 мкм/л, билирубина — 12,0 ммоль/л, общего белка — 44 г/л. K^+ — 3,7 ммоль/л, Na^+ — 143 ммоль/л. АЛТ — 0,34 мккат/л, АСТ — 0,4 мккат/л, α -амилаза — 18,5 г/л.

Анализ мочи: насыщенно желтая, мутная, отн. пл. — 1,020, реакция нейтр., уровень белка — 4,6 г/л, эр. — до 40, эп. — 0—1, л. — 4—8 в поле зрения.

УЗИ органов брюшной полости при поступлении: печень значительно увеличена, паренхима однородная, эхогенность повышенная. Желчный пузырь сокращен. Поджелудочная железа плохо визуализируется из-за метеоризма, явно не увеличена. Селезенка увеличена до 15,4S12,0 см. Почки расположены обычно: правая — 15,6S7,0 см, левая — 15,4 S 6,2 см, паренхима утолщена до 2,0 см. ЧЛС не расширена. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

После подготовки, включавшей инфузии физиологического раствора (400 мл), 4% гидрокарбоната натрия (200 мл), гемодеза (400 мл), 5% глюкозы (400 мл), больной взят на операцию под эндотрахеальным наркозом с предположительным диагнозом перитонита. 28.09.02 г. произведены диагностическая лапаротомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Во время операции в брюшной полости выявлен серозно-геморрагический выпот до 1500 мл, петли кишечника гиперемированы, местами отмечаются мелкоточечные кровоизлияния. Значительно увеличена печень. Селезенка занимает все

левое подреберье. На всем протяжении брыжейки тонкого и толстого кишечника имеются увеличенные лимфатические узлы. Купол слепой кишки и червеобразный отросток — без признаков воспаления. Произведена ревизия забрюшинного пространства с обеих сторон. Почки резко увеличены в размерах, плотные, анемичные, с участками подкапсульных кровоизлияний. Имбирование серозной жидкостью забрюшинного пространства справа достигает крыла подвздошной кости, слева незначительно. Произведены дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства справа, биопсия лимфоузла (гистологический анализ показал гиперплазию лимфоидной ткани).

Послеоперационный диагноз: ГЛПС, острый мезаденит, спленомегалия, диффузный серозный перитонит.

После операции больной находился на лечении в отделении реанимации до 03.10.02 г. Был переведен 03.10.02 г. в отделение оперативной нефрологии. Получал лечение: преднизолон (60 мг в/в 4 раза в сутки), эуфиллин, этамзилат, викасол, витамины С, В₁, В₆, В₁₂, эссенциале, димедрол, цефазолин, ранитидин, церукал. Инфузионная программа: гемодез, физраствор, переливание замороженной плазмы, альбумина.

По дренажам из брюшной полости и забрюшинного пространства в течение 4 суток выделялось до 600 мл серозно-геморрагического отделяемого. Дренаж из забрюшинного пространства удален на 5-е сутки, из брюшной полости — на 7-е.

В послеоперационном периоде отмечалось повышение уровня мочевины до 18,2 ммоль/л и креатинина до 600 мкм/л с последующей регрессией до нормальных показателей. С учетом постепенного увеличения диуреза и субкомпенсированного уровня шлаков в крови гемодиализ не проводился. На фоне лечения ОПН разрешилась, перешла в стадию полиурии, диурез увеличился до 5000 мл в сутки, что потребовало коррекции водно-электролитного баланса. В дальнейшем диурез постепенно сократился до 2000 мл.

УЗИ от 04.10.02 г.: печень увеличенная, контуры ровные, паренхима однородная. Вены, холедох не расширены. Желчный пузырь с перегибом в средней трети, содержимое анэхогенное. Поджелудочная железа не увеличена. Селезенка имеет размеры 15,6S12,0 см, значительно увеличена. Почки расположены обычно: левая — 14,4S 6,0 см, паренхима утолщена до 2,0 см, пирамидки до 1,2 см; правая — 14,6 S 7,0 см, паренхима утолщена до 3,0 см, определяется локальное расширение верхней группы чашечек до 1,2 см, часть пирамидок подчеркнута до 1,2 см. В брюшной полости свободной жидкости нет.

УЗИ от 11.10.02 г.: правая доля печени — 14,8 см,

левая — 6,9 см. Желчный пузырь сокращен. Селезенка (10,9 S 7,0) однородная. Почки расположены обычно: справа — 12,6S6,0 см, паренхима — 1,8 см, слева — 12,0 S 4,8 см, паренхима — 1,7 см. ЧЛС без особенностей.

Рентгенография легких от 10.10.02 г.: легкие без очаговых инфильтративных изменений; корни структурные; синусы свободные; тень сердца и аорты без особенностей.

Анализ крови при выписке 25.10.02 г.: Нб — 120 г/л, гематокрит — 36%, эр. — $3,85 \cdot 10^{12}/л$, л. — $7,9 \cdot 10^9/л$. Лейкоформула: п. — 3%, с. — 54%, эоз. — 2%, мон. — 15%, л. — 28%, глюкоза — 4,2 ммоль/л, число тромбоцитов — $193 \cdot 10^9/л$, ПТИ — 100%, уровень фибриногена — 3,11 г/л, фибриноген Б — отрицат., тромботест — 4-й степени. Уровень мочевины — 7,8 ммоль/л, креатинина — 96 мкм/л, билирубина — 12,0 мкм/л, общ. белка — 73 г/л, К⁺ — 5,4 ммоль/л, Na⁺ — 142 ммоль/л.

Анализ мочи: светло-желтая, опт. пл. — 1,010, реакция нейтральная, содержание белка — отрицат., эр. — 0—1, л. — 2—3, эп. — 0—1 в поле зрения. РВ, ВИЧ, маркеры вирусного гепатита — результаты отрицательные.

Диагноз ГЛПС подтвержден данными лабораторных анализов парных сывороток. Больной выписан через 28 дней после госпитализации в удовлетворительном состоянии. Контроль в течение 3 месяцев: функция почек хорошая, содержание шлаков в крови — в норме. Анализ мочи показал умеренное снижение оптической плотности, что соответствует стадии реконвалесценции.

УДК 362.7/.8:362.2:615.66

Ю.Б. Барыльник (Саратов). Структура психических расстройств в группе безнадзорных несовершеннолетних

Анализ внешних и внутренних условий, формирующих безнадзорность детей и преступное их поведение, а также психиатрический аспект проблемы безнадзорности несовершеннолетних изучены явно недостаточно.

В Саратовской областной психиатрической больнице организованы лечебно-реабилитационные палаты для оказания комплексной лечебной, психотерапевтической, психологической, социальной помощи несовершеннолетним. Всего за 2002 г. в отделение поступили из интернатов, приютов, социально-реабилитационных центров и из семей, находящихся в социально-опасном положении, 74 подростка в возрасте 11—18 лет.

Цель исследования: изучение структуры психических расстройств несовершеннолетних и определение путей их коррекции.

В работе применялись клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический, пато-