

А.Ю. Никифоров¹, С.Ю. Харюкова¹, Н.Ю. Коваль²

¹ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Кафедра детских болезней

²ГБУЗ ДГКБ №1, г. Тверь, РФ

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, дети, клинический случай

Резюме. Несмотря на то, что по данным литературы геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) по уровню заболеваемости занимает первое место среди природно-очаговых инфекций в Российской Федерации, данное заболевание регистрируется в основном у взрослых трудоспособного возраста. На долю детей приходится лишь 2,4% всех выявленных случаев. Однако отсутствие специфической профилактики и многообразие клинических проявлений данного заболевания указывают нам на важность данной проблемы для педиатрической практики. В статье описан клинический случай геморрагической лихорадки с почечным синдромом у ребёнка 16 лет.

Введение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – острое вирусное заболевание, характеризующееся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек по типу острого интерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности. ГЛПС – строгий природно-очаговый зооноз. В клинической картине в разгар заболевания, как правило, доминируют геморрагический синдром и проявления острого почечного повреждения [3]. Клиническая диагностика на ранних этапах заболевания представляет определенные сложности: у 20 % пациентов, поступивших в стационар, имеет место поздняя диагностика заболевания [2]. Кроме того, ГЛПС в детском возрасте протекает не тяжело, возможно именно по этой причине настороженность врачей-педиатров в отношении данного заболевания остаётся довольно низкой.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ истории болезни ребенка 16 лет, находившегося на лечении в стационаре ДГКБ №1 г. Твери в феврале-марте 2024 г. с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Результаты и их обсуждение

В приёмное отделение ДГКБ г. Твери из ЦРБ 07.02.24 поступил пациент Б, 16 лет с жалобами на боль в околопупочной области. Болен в течение 7 дней. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает; контакт с грызунами, домашними,

сельскохозяйственными и дикими животными, птицами отрицает. За пределы РФ за последние 14 дней не выезжал. Операций и гемотрансфузий в последние 6 месяцев не проводилось. Сырую воду не употребляет. На диспансерном учёте у узких специалистов не состоит.

Заболел 01.02.24, когда появилась боль в горле. 02.02.24 боль в горле сохранялась. 03.02.24 отмечался подъём температуры до $39,5^{\circ}\text{C}$, после приёма антипиретика температура тела нормализовалась. 04.02.24 – однократная рвота. 05.02.24 частота рвоты увеличилась до 3 раз за сутки. 06.02.24 отмечался повторный подъём температуры тела до субфебрильных цифр и однократный жидкий стул. С данными жалобами ребёнок был госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ с диагнозом острый гастроэнтерит.

В клиническом анализе крови в день поступления в стационар отмечались лейкоцитоз до $16,5 \cdot 10^9/\text{л}$ и выраженная тромбоцитопения – $37 \cdot 10^9/\text{л}$. В биохимическом анализе крови мочевины $26,43 \text{ ммоль/л}$, креатинин 432 мкмоль/л , АлАТ 45 ЕД/л , С-реактивный белок +++++, На $125,8 \text{ ммоль/л}$. В общем анализе мочи лейкоцитурия до 15-20 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения, протеинурия 2 г/л . На УЗИ органов мочевыделительной системы, проведённом в день поступления, выявлено повышение эхогенности паренхимы, увеличение размеров почек, признаки гломерулонефрита. На 7 день болезни силами бригады медицинской эвакуации пациент транспортирован в приёмное отделение ДГКБ г. Твери с диагнозом острый гломерулонефрит.

При поступлении в приёмное отделение ДГКБ г. Твери пациент в сознании (по шкале Глазго 15 баллов), контактен. Аппетит снижен. Выраженная слабость. Менингеальных знаков нет. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Частота дыхания 18 в минуту. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. АД 117/71 мм.рт.ст. SpO₂ 98%. Кожа бледная. Отмечается пастозность лица и умеренная гиперемия конъюнктивы. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. Пальпация органов брюшной полости умеренно болезненна по флангам живота, в правом подреберье и эпигастриальной области. Печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания слабо положительный. Учитывая изменения лабораторных данных и состояние, угрожаемое по острой почечной недостаточности, было принято решение о госпитализации больного в отделение реанимации с диагнозом: острый гломерулонефрит, острое почечное повреждение (исключить). Ребёнку проводилась антибактериальная терапия (ампициллин сульбактам), дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия), патогенетическая и симптоматическая терапия.

На второй день госпитализации в клиническом анализе крови сохраняется повышение уровня лейкоцитов ($11,4 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения ($136 \cdot 10^9/\text{л}$) и ускорение СОЭ до $15,9 \text{ мм/час}$. В бактериологическом анализе мочи роста микрофлоры не обнаружено. Диурез достаточный. На УЗИ органов брюшной полости признаки гепатоспленомегалии, реактивного состояния поджелудочной железы. Признаки отёка и гиперфузии обеих почек. Изменения в коагулограмме

свидетельствуют о склонности к гипокоагуляции: МНО 1,74, протромбиновое время по Квику - 20,2 сек, протромбиновый индекс 69,3 %, тромбиновое время 16,8 сек. Пациент был проконсультирован рядом узких специалистов. Нефрологом: острое почечное повреждение, неуточнённое, без олигурии и артериальной гипертензии. Оториноларингологом: хронический тонзиллит. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 77 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца.

К 10 дню заболевания на фоне проводимой терапии у ребёнка отмечалась положительная динамика: показатели клинического анализа крови нормализовались – лейкоциты $8,3 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $157,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 14 мм/час. Тромбоциты по Фолио: $329 \cdot 10^9/\text{л}$. Время свёртывания по Сухареву: начало – 138,0 сек., конец: 205,2 сек. В биохимическом анализе крови креатинин 476,0 мкмоль/л, азот мочевины 16,15 ммоль/л, мочевая кислота: 866,0 мкмоль/л, С-реактивный белок 9,0 мг/л, Na 129,0 ммоль/л, прочие показатели без динамики. Антистрептолизин-О 159 МЕ/мл. Общий анализ мочи без патологии. Диурез достаточный. Учитывая выраженные лабораторные изменения, к лечению добавлен преднизолон с динамической коррекцией, исходя из выявленных показателей.

На 13-й день болезни общее состояние пациента без отрицательной динамики. Согласован перевод из отделения реанимации в нефрологическое отделение ДГКБ г. Твери. При переводе в клиническом анализе крови без существенных изменений. В биохимическом анализе крови отмечается тенденция к нормализации показателей мочевины (15,5 ммоль/л), креатинина (153,0 мкмоль/л) и С-реактивного белка (4,0 мг/л). Пациенту был проведён иммуноферментный анализ: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: Ig M 7,08 КП (обнаружены); Ig G 6,95 КП (обнаружены), антитела к *Brucella* Ig M 0,1 КП (не обнаружены), Ig G 0,1 КП (не обнаружены). Иммунохимия: С4 компонент комплемента 0,18 г/л (0,1-0,4), С3 компонент комплемента 0,9 г/л (0,9-1,8). Общий анализ мочи без патологии. Белок суточной мочи 0,107 г/24 часа, диурез 2,145 л. В коагулограмме продолжают сохраняться изменения: МНО 1,5, протромбиновое время по Квику 16,7 сек., протромбиновый индекс 80,9%. Пациент осмотрен офтальмологом: глазное дно без патологии. Анализ мочи по Зимницкому (14-15.02.24): выпито 2500 мл, выделено 2145 мл; дневной диурез/ночной диурез 1510/635, удельный вес минимальный 1004, максимальный 1006.

В иммуноферментном анализе от 22.02.24 – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: Ig M 8,2 КП (обнаружены); Ig G 9,2 КП (обнаружены).

Ребёнок выписан из нефрологического отделения ДГКБ г. Твери 01.03.24 (на 29 день болезни) с заключительным диагнозом: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжёлое течение МКБ-10 (A98.5). С развитием острого почечного повреждения, вызванного вирусом ГЛПС, неолигурического (N17.9). Острый тубулоинтестинальный нефрит вирусной этиологии (N10). Хронический тонзиллит (J35.0).

На момент выписки динамика заболевания положительная. Достигнута полная клиническая ремиссия, азотистый баланс нормализовался, сохранялся остаточный мочевого синдром. Показатели свёртывающей системы в пределах нормы. УЗИ почек с положительной динамикой. Пациент выписывается с улучшением по основному заболеванию под диспансерное наблюдение педиатра по месту жительства. Преднизолон оставлен на амбулаторный приём с постепенным снижением дозы до полной отмены. Рекомендована плановая госпитализация через 3 месяца после выписки.

Несмотря на то, что Тверская область является эндемичной по ГЛПС, настороженность врачей в отношении данного заболевания довольно низка, особенно на этапах медицинских учреждений первого уровня. Данные реалии требуют дополнительных мер, направленных на обучение и повышение уровня информированности врачей в отношении ГЛПС. В рассмотренном нами клиническом случае пациентом являлся ребёнок 16 лет, тем не менее течение заболевания отличалось от такового у взрослых, что, возможно, связано с особенностями гормонального фона у подростков. Следует так же отметить, что эпидемиологический анамнез пациента был не отягощён, поэтому на ранних этапах врачи не приняли во внимание возможность развития ГЛПС. Лишь отсутствие положительной динамики по основному заболеванию (острый гломерулонефрит) позволило определиться с диагнозом ГЛПС. Риск госпитализации таких детей в реанимационное отделение достаточно высок, поэтому такая же настороженность в отношении ГЛПС должна присутствовать и у врачей реаниматологов.

Выводы

Представленный нами клинический случай подтверждает сложность диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом у детей и требует дифференциального диагноза со многими инфекционными заболеваниями, протекающими с синдромами интоксикации, лихорадкой и поражением почек.

Диарея у детей является достаточно частым симптомом на первых этапах заболевания. Синдром диареи, имеющий место у данного пациента, так же встречается при многих инфекционных и неинфекционных заболеваниях и состояниях [1] и требует отдельной дифференциальной диагностики.

Список литературы

1. Кулагина М.Г. Дифференциальная диагностика острых диарейных инфекций // *Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение.* – 2013. –Т.5, №4. – С. 39-47.
2. Мурзабаева Р.Т., Валишин Д.А., Мамон А.П., Шайхмиева В.Ф. Трудности диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом // *Актуальные вопросы*

Тверской медицинский журнал. 2025 год. Выпуск №1.

клинической медицины: сборник научных трудов, посвящённый 70-летию кафедры факультетской терапии. – Уфа, 2005. – С.128-130.

3. Ткаченко Е.А., Дзагурова Т.К., Бернштейн А.Д. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (история, проблемы и перспективы изучения) // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2016. – №3. – С. 23-34.