

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

О. Б. Поселюгина, Я. Ю. Комиссарова, И. Э. Крылова, В. С. Козлова, Л. Н. Аль-Гальбан

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России

*Статья посвящена разбору клинического случая больного геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), поскольку Тверская область является эндемичной по данному заболеванию. Использован обзор современной медицинской литературы по данной теме, а также данные истории болезни пациента с ГЛПС.*

*Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, ГЛПС, клинический случай.*

**Под геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)** (синонимы: геморрагический нефрозонефрит, болезнь Чурилова, эпидемический нефрозонефрит, дальневосточная геморрагическая лихорадка, корейская геморрагическая лихорадка, маньчжурская геморрагическая лихорадка, скандинавская эпидемическая нефропатия, тульская лихорадка; hemorrhagic fever with renal syndrome) понимают острое вирусное природно-очаговое заболевание, характеризующееся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим синдромом, гемодинамическими расстройствами и своеобразным поражением почек по типу острого интерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности. [1,3].

По данным Роспотребнадзора за январь-октябрь 2017 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 4,03 случая заболеваемости ГЛПС на 100 тыс. населения, что на 40,7% больше по сравнению с аналогичным периодом за 2016 г. Также превышены среднесезонные показатели на 13,5% (4,03 против 3,55). Территория Тверской области находится в природном очаге ГЛПС. Ежемесячно здесь регистрируются единичные случаи заболеваемости [5].

Возбудителем заболевания являются вирусы рода *Hantavirus*, семейства *Bunyaviridae*. Для заболевания характерна летне-осенняя сезонность. Источником возбудителя являются мышевидные грызуны, выделяющие вирус с мочой и калом, которые могут инфицировать окружающую среду, продукты питания и предметы обихода. Заражение человека происходит преимущественно воздушно-пылевым путем (до 80%), при вдыхании высушенных испражнений инфицированных грызунов. Возможен алиментарный путь передачи.

В организме зараженного человека развивается вирусемия, сопровождающаяся интоксикацией, генерализованным васкулитом, в результате которого повышается проницаемость, возникает плазморея, диффузные нарушения микроциркуляции, тромбогеморрагический синдром и поражением почек [1,3,4].

В клинической картине преобладает поражение почек с развитием острой почечной недостаточности. Больной человек не является заразным. Прогноз заболевания зависит от регионарных особенностей течения болезни. У выздоровевших постепенно полностью восстанавливается функция почек. Хроническая почечная недостаточность не формируется. Перенесенная инфекция оставляет стойкий пожизненный типоспецифический иммунитет. Известны единичные случаи повторного заболевания. В настоящее время специфическая профилактика не разработана. Основные мероприятия направлены на борьбу с грызунами, защиту от них пищевых продуктов и воды, необходимо использование респираторов при работе в запылённых помещениях [1,2,4].

Пациенты с ГЛПС не сразу попадают «в поле деятельности» врача нефролога, особенно когда у них сохранен диурез и клиническая картина имеет стертую форму, они «переходят» от одного специалиста к другому, теряя драгоценное время, необходимое для своевременного начала лечения. Ввиду низкой осведомленности о многообразии клинических проявлений данного заболевания и, учитывая тот факт, что Тверская область является эндемичной для данного заболевания, была поставлена цель – разобрать клинический случай больного с ГЛПС.

#### **Описание клинического случая**

Больной К. мужчина 32 лет житель Тверской обл., поступил в нефрологическое отделение Областной клинической больницы с жалобами на умеренно выраженную слабость, боли распирающего характера в пояснице справа, периодически длительную икоту.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент считает себя больным с 24.10.2016 г., когда появилась и стала нарастать общая слабость.

С 26.10.2016 г. отмечалась фебрильная температура с подъемом до 38,6<sup>0</sup>С с ознобом, сопровождающаяся сильной головной болью и ощущением тяжести в пояснице, больше справа. Для облегчения указанных жалоб пациент принимал самостоятельно жаропонижающие средства без существенного облегчения симптомов болезни. На 2-е сутки обратился к участковому терапевту. Указанное состояние было расценено как острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено лечение: кагоцел, ингавирин, парацетамол, затем цефтриаксон по 1,0 грамму в мышцу 2 раза в сутки. Пациент получал указанную терапию на протяжении 2-х дней без значимого эффекта. Симптомы заболевания сохранялись.

28.10.2016 г. на коже конечностей и передней поверхности грудной клетки появилась скудная сыпь геморрагического характера, кровоизлияния под конъюнктиву. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение ГКБ №7 г. Твери. При обследовании рентгенологически выявлен малый гидроторакс слева, и пациент с подозрением на пневмонию был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы. В ходе стационарного обследования по лабораторным данным впервые выявлено повышение креатинина крови до 137 мкм/л, мочевины - до 8,9 мм/л. В общем

анализе мочи – протеинурия до 0,132 г/л, микрогематурия. Пациенту был выставлен диагноз: острая почечная недостаточность, неолигурический вариант, наиболее вероятно как проявление геморрагической лихорадки с почечным синдромом. В связи с чем, на следующий день, пациент был переведен в нефрологическое отделение Областной клинической больницы г. Твери.

Из анамнеза жизни выяснилось, что пациент по роду своей профессии часто бывает на чердачных и в подвальных помещениях, проживает в частном доме.

К перенесенным заболеваниям в течение жизни относит простудные. Имеет врожденную аномалию развития мочевыделительной системы – аплазию левой почки, удвоение чашечно-лоханочной системы правой почки. Отмечает транзиторное кратковременное повышение артериального давления до максимальных значений 160/100 мм рт.ст. в течение нескольких лет. Операций и травм не было. Семейный и аллергический анамнез не отягощены, вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании общее состояние пациента расценено как удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, нормальной влажности, со скудной геморрагической сыпью на нижних конечностях и передней поверхности грудной клетки, кровоизлияния под конъюнктиву. Лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков не было. Патологии со стороны костно-мышечная системы не отмечалось. Частота дыхательных движений составляла 18 в минуту, перкуторно над легкими ясный легочный звук, при аускультации выслушивалось везикулярное дыхание с обеих сторон без хрипов. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. АД составило 130/80 мм рт. ст. Границами относительной сердечной тупости были: правая – правый край грудины, верхняя – 3 ребро, левая – 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, патологические шумы не выслушиваются. Со стороны пищеварительной системы значимой патологии не выявлялось: язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень, селезенка не увеличены, стул обычного цвета. При пальпации правой почки отмечалось резкая болезненность. Симптом поколачивания по поясничной области справа был положительным. Диурез до 1,2л.

Был выставлен предварительный диагноз: ГЛПС. Острая почечная недостаточность, неолигурический вариант.

Пациенту начато проведение расширенного обследования, при котором в клиническом анализе крови от 01.11.2016 г. выявлялся лейкоцитоз (до  $30,5 \times 10^9$ /л), анизоцитоз эритроцитов (15,9%), незначительная тромбоцитопения ( $169 \times 10^9$ /л), ускоренное СОЭ (13 мм/ч), лейкоцитарный сдвиг формулы влево до метамиелоцитов, моноцитоз (19%). В биохимический анализ крови: признаки почечной недостаточности - повышение мочевины до 17,1 мм/л и креатинина до 226 мкм/л. В общем анализе мочи отмечался низкий удельный

вес ( $1006 \text{ г/см}^3$ ), незначительная протеинурия (0,1 г/л), лейкоцитурия (до 7 в п/з). В коагулограмме: увеличение АПТВ (49 сек) и МНО (1,39 ед), уменьшение ПТИ (83%).

Электрокардиограмма от 02.11.2016 г. без клинически значимой патологии. По данным УЗИ почек от 02.11.2016 г. отмечалось увеличение размеров правой почки ( $170 \times 77 \text{ мм}$ ), контуры неровные, границы не четкие, увеличение толщины ее паренхимы до 23 мм с повышением эхогенности, удвоение чашечно-лоханочной системы, без признаков нарушения оттока мочи.

По данным эзофагогастродуоденоскопии от 08.11.2016 г. был диагностирован грибковый эзофагит, гастродуоденит.

Пациент осматривался различными специалистами, в том числе инфекционистом, который для подтверждения ГЛПС рекомендовал определение титра антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Проводился анализ крови от 08.11.2016 г. на определение титра антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом, титр был диагностическим и составил 1:6400. Кроме того, пациент осматривался гастроэнтерологом. Был выставлен диагноз хронического гастродуоденита, обострение, грибкового эзофагита. Были даны лечебные рекомендации поведению пациента.

Таким образом, на основании совокупности клинико-лабораторно-инструментальных данных пациенту был выставлен диагноз:

Основное заболевание: А 98.5 Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом тяжелой степени. Осложнения основного заболевания: Острая почечная недостаточность средней степени в неолигурическом варианте. Хронический гастродуоденит, обострение. Грибковый эзофагит.

Сопутствующие: Врожденная аномалия развития мочевыделительной системы – аплазия левой почки, полное удвоение правой почки.

С момента поступления в отделение пациенту назначается полупостельный режим, диета №4 по Певзнеру, пульс-терапия солю-медролом 250 мг внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора 5 дней с постепенным снижением дозы до отмены препарата, нексиум 40 мг в вену, раствор эуфиллина 2,4% - 10,0 мл внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора 2 раза в сутки, панкреатин по 2 таблетке 3 раза в день во время еды, платифиллин 1,0 мл внутримышечно 2 раза в день, но-шпа 4,0 внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора №5, флуконазол 150 мг через день №3.

На фоне проведенного лечения самочувствие больного улучшилось: исчезла общая слабость, нормализовалась температура тела, купирован болевой синдром в пояснице, возрос диурез до 1,5л. Отмечалась и положительная лабораторная динамика: исчез лейкоцитоз крови, нормализовались уровни мочевины и креатинина крови. В общем анализе мочи сохраняется низкий удельный вес ( $1010 \text{ г/см}^3$ ), однако исчезла протеинурия и

лейкоцитурия. По данным УЗИ почек от 10.11.2016 г. нормализовалась толщина паренхимы правой почки до 18мм.

Пациент был выписан из стационара с рекомендациями по приему таких препаратов, как курантил, канефрон, а также под наблюдение терапевта по месту жительства.

### **Выводы**

Представленный клинический случай пациента с диагнозом: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, осложненная острой почечной недостаточностью позволяет сделать заключение о том, что выздоровлению данного пациента способствовало раннее обращение в лечебное учреждение, проведенный полный комплекс диагностических мероприятий в специализированном отделении, своевременно и правильно установленный диагноз, правильно подобранная патогенетическая и симптоматическая терапия, в том числе пульс-терапия глюкокортикоидами, а также приверженность самого пациента к проводимому лечению.

### **Список литературы:**

1. Актуальные проблемы болезней, общих для человека и животных [Текст]: материалы II Всероссийской научно-практической конференции / ред. А.Н. Куличенко. - Ставрополь, 2017. - С. 24-25.
2. Аликеева, Г.К. Инфекционные болезни [Текст]: учебник для вузов / Г.К. Аликеева; ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с.
3. Нефрология [Текст]: национальное руководство / ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-720с.
4. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст]: учебник для вузов / С.Г. Пак, Н.И. Брико. - 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1008 с.
5. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-октябрь 2017 г. от 10 ноября 2017 г. // Отчёт федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федерального центра гигиены и эпидемиологии г. Твери.