

ИШУТКИНА С. С., РАЗДОЛЬКИНА Т. И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У РЕБЕНКА

Аннотация. Несмотря на то, что доля детского населения в структуре общей заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом невелика, полиморфизм проявлений, отсутствие специфических методов профилактики указывают на важность данной проблемы в педиатрии. В статье описан клинический случай геморрагической лихорадки с почечным синдромом у девочки 15 лет. Представленное клиническое наблюдение указывает на трудности диагностики заболевания в детском и подростковом возрасте, проведение дифференциального диагноза с заболеваниями, протекающими с синдромом интоксикации, лихорадкой и поражением почек.

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

ISHUTKINA S. S., RAZDOLKINA T. I.
CLINICAL CASE OF HEMORRHAGIC FEVER
WITH RENAL SYNDROME IN CHILD

Abstract. Despite the fact that the proportion of the child population in the structure of the overall incidence of hemorrhagic fever with renal syndrome is small, the polymorphism of manifestations, the absence of specific methods of prevention indicate the importance of this problem in pediatrics. The article describes a clinical case of hemorrhagic fever with renal syndrome in a 15-year-old girl. The presented clinical observation indicates the difficulties in diagnosing the disease in children, making a differential diagnosis with diseases that occur with intoxication syndromes, fever, and kidney damage.

Keywords: children, hemorrhagic fever with renal syndrome, clinical case.

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (далее – ГЛПС) – острое вирусное заболевание, основой которого является системное поражение мелких сосудов с развитием иммунокомплексного васкулита и полиорганного поражения. Актуальность этой инфекции определяется трудностью диагностики, неспецифичностью начальных клинических проявлений в связи с развитием патологического процесса во многих органах, развитием осложнений и высокой летальностью [1].

В мире ежегодно отмечается около 200 000 случаев ГЛПС. На долю детей до 14 лет приходится 3–4% от общего числа заболевших. Российская Федерация по заболеваемости ГЛПС занимает второе место в мире. Наиболее высокие показатели отмечены в Уральском,

Приволжском, Центральном федеральных округах. ГЛПС является достаточно частой инфекционной патологией и в Республике Мордовия, где заболеваемость в разные годы составляла от 10 до 40 случаев на 100 000 населения [4].

Возбудителем болезни является РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Буньявирусов рода Хантавирусов, имеющий около 30 серотипов, 4 из которых (Hantaan, Puumala, Seul и Dobrava/Belgrad) вызывают заболевание [7]. Резервуаром инфекции служат мышевидные грызуны (домовые крысы, мыши полевки, маньчжурские полевые мыши, и др.). Человеку инфекция передается при вдыхании пыли со взвешенными инфицированными выделениями грызунов (аспирационный путь), попадании инфицированного материала на царапины, порезы (контактный путь), употреблении пищевых продуктов, инфицированных выделениями грызунов (алиментарный путем). Наибольшая заболеваемость ГЛПС отмечается с конца мая по декабрь.

Патологическое действие вируса в первую очередь направлено на мелкие сосуды. Возникают воспалительные изменения сосудистой стенки, способствующие повышению ее проницаемости, нарушению микроциркуляции с развитием ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности. Наиболее часто при ГЛПС поражаются почки [3; 5].

Клиническая картина при ГЛПС характеризуется последовательной сменой нескольких периодов [8]. Выделяют 4 стадии заболевания: лихорадочную, олигурическую, полиурическую и стадию реконвалесценции. По истечении инкубационного периода (длится от 7 до 46 суток) наступает короткий продромальный период, во время которого отмечаются миалгии, головные боли, субфебрилитет. Заболевание, как правило, начинается остро, с повышения температуры тела до 38–40 °С, головной боли, мышечных болей. Часто отмечается симптом «капюшона», проявляющийся покраснением лица, шеи, верхней части туловища. Характерны боли в глазных яблоках, затуманенное зрение, мелькание «мушек», видение предметов в красном цвете. Олигурическая стадия длится от 2 до 12 суток, температура тела снижается до нормы или субфебрильных цифр, однако состояние пациента не улучшается. Нарастают боли в поясничной области, животе, беспокоят тошнота, рвота, более чем у половины больных развивается тромбгеморрагический синдром, появляется олигурия, в тяжелых случаях – анурия, отмечается артериальная гипертензия [9]. Геморрагический синдром может проявляться в различной степени и включать в себя носовые, маточные, желудочно-кишечные кровотечения, макрогематурию, кровотечения из мест инъекций. В олигоурический период могут возникнуть тяжелые осложнения (кровоизлияния в головной мозг, гипофиз, надпочечники), служащие причиной летального исхода [5]. В полиурическую стадию нормализуется температура тела, исчезают боли в области поясницы, отеки, увеличивается диурез [6]. Для периода реконвалесценции, продолжающегося до 6 месяцев,

характерны быстрая утомляемость, жажда, полиурия, никтурия [10].

В диагностике геморрагической лихорадки с почечным синдромом используют неспецифические и специфические методы. В клиническом анализе крови выявляются тромбоцитопения, лейкопения, повышение СОЭ. В общем анализе мочи отмечаются гематурия, протеинурия. В биохимическом анализе крови диагностируется повышение уровня креатинина, мочевины, калия, трансаминаз, метаболический ацидоз. При ультразвуковом исследовании почек отмечается увеличение их объема, усиление кортикальной эхогенности. Также применяется фиброгастродуоденоскопия, электрокардиография, эхокардиография [2]. Наличие специфических иммуноглобулинов (Ig) класса М и G в крови, нарастание титра антител к возбудителю в динамике являются специфическим лабораторным подтверждением диагноза ГЛПС. Выявить РНК вируса ГЛПС позволяет ПЦР диагностика [9].

Для лечения ГЛПС у взрослых пациентов с противовирусной целью рекомендуется рибавирин [5], согласно данным литературы у детей используют интерфероны и индукторы интерферона [11]. Однако этиотропная терапия противовирусными препаратами, как правило, не проводится, поскольку период вирусемии, чаще всего, протекает на догоспитальном этапе. Поэтому основой лечения при ГЛПС является патогенетическая терапия (дезинтоксикационная, антиоксидантная, коррекция водно-солевого баланса), профилактика и лечение инфекционно-токсического шока, ДВС синдрома, также используется симптоматическая терапия [12].

Клиническое наблюдение.

Девочка З., 15 лет, поступила в нефрологическое отделение ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» города Саранска 23.04.2022 г. с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 37,5 °С, тошноту, рвоту, снижение аппетита.

Anamnes morbi.

Заболела 6 дней назад (18.04.22 г.), когда появилась головная боль, купированная в течение дня 4 таблетками «Спазмалгон». На третий день (20.04.22 г.) появились боли внизу живота, поясничной области, рвота до пяти раз в день, принимала 2 таблетки «Спазмалгон». На 5 день (22.04.22 г.) на фоне начавшегося менструального цикла болевой синдром усилился, повысилась температура тела до 37,7 °С в связи с чем девочка была госпитализирована в инфекционное отделение ГБУЗ РМ «Торбеевская ЦРБ», где в процессе обследования диагностированы: умеренная протеинурия 165 мг/л, повышение в крови уровня креатинина до 131,4 мкмоль/л, мочевины до 9,2 ммоль/л, С-реактивный белок (СРБ) до 55,7 нг/л, увеличение размеров обеих почек с повышением эхогенности коркового слоя. Назначена антибактериальная (цефтриаксон), инфузионная, противорвотная терапия. На следующий

день после консультации нефролога (23.04.2022 г.) ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» девочка была госпитализирована в нефрологическое отделение с диагнозом: Острый гломерулонефрит? Острое почечное повреждение, стадия риска (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 49 мл/мин).

Anamnes vitae.

Родилась от первой беременности, первых срочных родов, период новорожденности протекал без особенностей (девочка воспитывается бабушкой, госпитализирована без формы 112у, что не позволило собрать подробный анамнез). Вакцинирована по возрасту, из перенесенных заболеваний – ветряная оспа, острые респираторные заболевания. Наследственность по заболеваниям мочевыводящей системы не отягощена.

Status praesens.

Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации, выраженных болей в поясничной области. Частота сердечных сокращений 90/мин., артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Диурез за предшествующие 7 часов – 830 мл (2 мл/кг/час). По результатам общеклинических исследований, взятых с интервалом в один день выявлены повышенные показатели скорости оседания эритроцитов (21 мм/час, 51 мм/час, 53 мм/час), микрогематурия (соответственно 3–4, 6–8, 1–3 в поле зрения), незначительная протеинурия, снижение удельного веса (соответственно (1010, 1001, 1001). В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение содержания СРБ (91,8 мг/л), липазы (100,83 ед/л), амилазы (106,41 ед/л), D-димера (1210 нг/мл), увеличение в динамике показателей креатинина (173–190 мкмоль), мочевины (9,35–11,15 ммоль/л). По результатам пробы Зимницкого диагностирована выраженная гипостенурия (1001–1002), СКФ по формуле Шварца составила 46 мл/мин.

При ультразвуковом исследовании (23.04.2022 г.) отмечались признаки увеличения объема почек без нарушения интратрениального кровотока, признаки реактивных изменений в печени и поджелудочной железе.

В связи с неясностью генеза острого почечного повреждения в процессе обследования дифференцировали: острый гломерулонефрит, атипичный ГУС, IgA-нефропатию, дебют системного заболевания, поражение почек токсического генеза, ГЛПС. В результате чего были выявлены IgM и IgG антитела к Хантавирусу (IgM 1:200, IgG 1:100). После дополнительной беседы с девочкой выяснилось, что 2 недели назад она ездила в деревню к родственникам и помогала убирать в подсобном помещении.

Пациентка была консультирована инфекционистом, выставлен диагноз: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, средней степени тяжести. Острое почечное повреждение.

На фоне дезинтоксикационной, антиоксидантной (аскорбиновая кислота 5% внутривенно струйно), симптоматической терапии (омепразол, метоклопрамид) состояние девочки улучшилось – нормализовалась температура тела, перестали беспокоить боли в поясничной области. По данным лабораторных исследований в динамике уменьшились показатели скорости оседания эритроцитов до 21 мм/ч, появилась тенденция к увеличению удельного веса мочи с 1001 до 1005, нормализовались уровни мочевины (6,43 ммоль/л), креатинина (97 мкмоль/л), СРБ (3 мг/л), D-димера (328 нг/мл), СКФ увеличилась в динамике до 82 мл/мин., по данным ультразвукового исследования почек структурные изменения в динамике не выявлены.

Выписана с диагнозом: Острое почечное повреждение, стадия повреждения, неолугоурический вариант на фоне геморрагической лихорадки с почечным синдромом, период восстановления.

Заключение. Таким образом, клиническая диагностика ГЛПС у детей на ранних этапах заболевания достаточно сложная. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует, что для постановки диагноза необходимы тщательный сбор и анализ эпидемиологических данных, детальная оценка клинических симптомов в динамике, проведение дифференциальной диагностики. Своевременное выявление возбудителя геморрагической лихорадки с почечным синдромом помогает снизить риск осложнений и способствует благоприятному течению заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нехаев С. Г., Мельник Л. В. Актуальные аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-1/7-4.pdf> (дата обращения: 19.02.2023).
2. Кауфман Э. А., Кычанова А. Н. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом // Материалы МСНК «Студенческий научный форум». – 2021. – № 8. – С. 59–63.
3. Павлов В. Н. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Актуальные вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с.
4. Павелкина В. Ф., Ускова Ю. Г. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: клинико-патогенетические и терапевтические аспекты // Вестник Мордовского университета. – 2017. – Т. 27, № 3. – С. 315–329.
5. Валашин Д. А., Мурзабаева Р. Т., Иванис В. А., Суздальцев А. А., Фазылов В. Х.,

- Шестаков И. В. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у взрослых. Клинические рекомендации. – М., 2016. – 64 с.
6. Компанец Г. Г., Иунихина О. В., Максема И. Г., Иванис В. А., Захаров Н. Е., Верхотурова В. И. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, вызванная хантавирусом Амур: особенности эпидемиологии и клиники // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26741> (дата обращения 20.01.2023).
 7. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 688 с.
 8. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с.
 9. Смирнов А. В., Витазин А. В., Голубев Р. В., Дзагоева Ф. У., Добронравов В. А., Каюков И. Г., Котенко О. Н., Кучер А. Г., Ремезов О. В., Румянцев А. Ш, Храброва М. С., Шилов Е. М. Острое почечное повреждение. Клинические рекомендации. – 2020. – 142 с.
 10. Григорьева Е. В. Волошинова Е. В. Острое почечное повреждение в практике нефролога // Нефрология и диализ. – 2018. – № 4. – С. 439–441.
 11. Иунихина О. В., Компанец Г. Г. Особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом среди детского населения Приморского края // Acta biomedica scientifica. – 2018. – С. 38–41.
 12. Любушкина А. В., Попова Л. Л., Недугов Г. В., Константинов Д. Ю., Стулова М. В. Прогнозирование тяжести геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Журнал инфектологии. – 2019. – № 11 (2). – С. 35–39.