

## Случай из практики

УДК 616.36-002:616.9:616.61-002.151

DOI 10.52246/1606-8157\_2021\_26\_3\_48

### СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ВСПЫШКЕ ГЕПАТИТА А

**Е. С. Алешковская**<sup>1\*</sup>, кандидат медицинских наук,  
**И. Г. Ситников**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5.

**РЕЗЮМЕ** Описан случай смешанной инфекции – семейная вспышка гепатита А (ВГА) и геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Микстинфекция протекала тяжело с длительной лихорадкой, гепатомегалией, желтухой, нарушением диуреза, при отсутствии геморрагического синдрома, болей в пояснице, расстройств зрения.

**Ключевые слова:** гепатит А, природно-очаговое заболевание, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, смешанная инфекция.

\*Ответственный за переписку (corresponding author): elena.alesh@rambler.ru

Гепатит А занимает лидирующее положение в этиологической структуре острых вирусных гепатитов (63,1 % – в 2020 г., 61,6 % – в 2019 г.). В целом Россию относят к регионам со средней эндемичностью, где заболевание чаще встречается у взрослых.

Данная инфекция отличается возможностью возникновения эпидемических вспышек, вариантами затяжного и тяжелого течения, наличием различных клинических форм, частым сочетанием с вирусными гепатитами другой этиологии и хроническими заболеваниями печени [1]. Значимость проблемы гепатита А обусловлена еще и тем, что у большого числа взрослых людей в крови не определяют антитела к этому вирусу. В настоящее время отмечается снижение популяционного иммунитета к гепатиту А. В связи с этим необходимо проводить ширококомасштабную плановую иммунизацию детей. Это позволит перевести данную инфекцию в разряд управляемых средствами специфической профилактики и снизит заболеваемость взрослых [2].

Заболеваемость гепатитом А в РФ за 2019–2020 гг. – самая низкая за последнее десятилетие и составляет 2,88 и 1,89 на 100 тыс. населения соответственно (при средне многолетнем показателе 4,66 за предыдущие 10 лет). В Ярославской области этот показатель находится на невысоком уровне, ниже, чем в среднем по России, и регистрируется на уровне 1,49 на 100 тыс. населения – в 2019 г., 1,3 – в 2020 г. Более 70 % заболевших в регионе составляют взрослые. Наиболее поражаемая возрастная группа на протяжении последних лет – от 20 до 39 лет.

В настоящее время огромную медицинскую и социальную значимость для РФ имеет ГЛПС. В последние годы она является самым распространенным природно-очаговым заболеванием, на долю которого в 2019 г. пришлось почти 50 % от всех зоонозных инфекций. Общероссийский показатель заболеваемости в 2019 г. был самым высоким за последние 10 лет, когда зарегистрировали 13 996 случаев (9,53 на 100 тыс. населения). Заболевание выявлено в 60 субъектах РФ.

Ярославская область вошла в десятку регионов с наибольшей заболеваемостью ГЛПС, которая составила в 2019 г. 31,92 на 100 тыс. населения. Данный показатель является максимальным за последние десять лет. Удельный вес ГЛПС в структуре зоонозных инфекций в нашем регионе в последние пять лет составлял от 37 до 80 % [3, 4]. Заболеваемость ГЛПС опередила таковую вследствие инфекций, передаваемых клещами, удельный вес которых снизился до 17 %. Случаи заболевания ГЛПС регистрируются на территории области практически в течение всего года, однако значительный рост отмечается со второго полугодия. Болеют преимущественно мужчины трудоспособного возраста [3].

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема смешанных инфекций. Присоединение одной инфекции к другой может по-разному влиять на развитие инфекционного процесса, в одних случаях усиливая, в других, наоборот, снижая его интенсивность.

Приводим клинический разбор семейной вспышки вирусного гепатита А и случай микстинфекции у одного из заболевших (гепатит А и ГЛПС).

#### *Наблюдение 1*

Больной А., 29 лет, заболел 6 мая 2018 г. У пациента поднялась температура тела до 38–39 °С, развились катаральные явления, снизился аппетит. С данными симптомами больной обратился к врачу поликлиники, лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». На пятые сутки появилась иктеричность склер и кожи, потемнела моча, стул стал ахоличным. Повышенная температура (37,3–38,3 °С) сохранялась еще три дня после появления желтухи. При осмотре выявлено увеличение печени (+2,0... +3,0 см ниже края реберной дуги), безболезненность при пальпации, ожирение I степени (индекс массы тела – 32,8 кг/см<sup>2</sup>). Другие органы – без изменений. С данными симптомами больной был госпитализирован в ГУЗ ЯО ИКБ с предварительным диагнозом «Вирусный гепатит, обследование».

Из эпиданамнеза известно, что пациент живет в благоустроенной квартире, работает электриком на заводе, сырую воду не пьет, парентеральных вмешательств за последние шесть месяцев не было, незащищенные половые контакты отрицает.

Были проведены лабораторные и инструментальные исследования для постановки диагноза. При биохимическом анализе крови установлено увеличение уровня билирубина до 102,4 мкмоль/л за счет прямой фракции (99,3 мкмоль/л), повышение уровня ГГТ – до 523 Ед/л, тимоловой пробы – до 5,8 Ед, печеночных трансаминаз: АЛТ – до 741,1 Ед/л, АСТ – 239,5 Ед/л. ПТИ – 90 %. При общем анализе в крови определен нормоцитоз, в лейкоцитарной формуле – лимфоцитоз (38–40 %). Показатели общего анализа мочи – в пределах нормы, при первом анализе наблюдалась незначительная уробилинурия.

По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки.

Методом ИФА в сыворотке крови на 8-й день болезни обнаружены а-HAV-IgM, других маркеров вирусных гепатитов не установлено.

Таким образом, на основании клинических проявлений и данных дополнительных исследований был выставлен диагноз: «Вирусный гепатит А средней тяжести».

Лечебные мероприятия включали щадящую диету, обильное питье, инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, прием гепатопротекторов.

Пациент был выписан на 16-е сутки от начала заболевания, при этом у него наблюдались краевая субиктеричность склер, кожа обычной окраски, светлая моча, окрашенный стул, незначительное увеличение печени.

#### *Наблюдение 2*

Пациентка Н., 50 лет, заболела 13 мая 2018 г. с повышения температуры до 39,2 °С. 16.05.18 появились желтушность склер и кожи, тошнота и рвота, моча приобрела темный цвет. Из эпиданамнеза: работает продавцом в продуктовом магазине. Ранее в инфекционную больницу поступил сын, которому был выставлен диагноз «Вирусный гепатит А» (см. наблюдение 1).

Госпитализирована в ГУЗ ЯО ИКБ, где у больной отмечался лихорадочный синдром с колебаниями температуры тела от 37,4 до 39,2 °С. Наблюдались иктеричность кожи и слизистых, боли в животе разной локализации: чаще в правом подреберье, затем в эпигастрии. В связи с болевым синдромом была неоднократно осмотрена хирургами, которые исключили острую хирургическую патологию. На шестой день заболевания отмечено снижение диуреза до 100 мл, при этом было введено и выпито 1200 мл жидкости. В связи с олигурией, продолжающейся высокой лихорадкой, болями в правом подреберье была переведена в реанимационное отделение, где находилась четыре дня. Таким образом, из клинических проявлений у больной наблюдались двухволновая лихорадка с длительностью первой волны 13 дней, затем – 3 дня нормальной температуры, вторая волна была длительностью 12 дней. На десятый день болезни на ногах появилась пятнисто-папулезная сыпь. Длительное время беспокоили боли в правом подреберье, гепатомегалия. Весь период пребывания в стационаре отмечались иктеричность склер и кожи.

В биохимическом анализе крови регистрировалась гипербилирубинемия (253 мкмоль/л), гиперферментемия (АЛТ – 1170,2 Ед/л, АСТ – 1440,2 Ед/л), повышение тимоловой пробы до 8,6 Ед/л.

Методом ИФА в крови обнаружены а-HAV-IgM.

По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены гепато- и спленомегалия, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, реактивные изменения желчного пузыря, следы жидкости в брюшной полости.

По результатам МРТ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы. Имелись данные в пользу острого холецистита, перихолецистита. Билиарная гипертензия II степени.

На основании клинических проявлений, данных эпиданамнеза (сын болен ВГА) и данных дополнительных исследований был выставлен диагноз «Вирусный гепатит А, тяжелый».

Однако длительная лихорадка, эпизод олигурии, отеки голеней и стоп дали основание заподозрить зоонозную инфекцию, протекающую с поражением

почек – ГЛПС или лептоспироз. Учитывая весенний период, возникла необходимость исключения заражения клещевыми инфекциями, прежде всего клещевого энцефалита.

В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня креатинина до 166,7 мкмоль/л, мочевины – до 43,9 ммоль/л, СРБ – до 204,8 мг/л. При всех анализах в крови выявлен лейкоцитоз ( $11,8\text{--}20,5 \times 10^9/\text{л}$ ), высокая СОЭ (32–48 мм/ч), уровень тромбоцитов – на верхней границе нормы ( $396\text{--}414 \times 10^9/\text{л}$ ), эритроцитов – снижен до  $2,94 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобина – в пределах 82–88 г/л, анизоцитоз.

При общем анализе мочи установлены незначительная протеинурия, лейкоцит-, эритро-, уробилинурия. В анализе мочи по Зимницкому на 22-й день болезни наблюдались полиурия (2500 мл) и гипоизостенурия (1002–1003).

В крови методом ИФА обнаружены а-ханта-IgM и IgG. Анализ крови на лептоспироз с помощью РМА показал отрицательный результат. При исследовании сыворотки крови методом ИФА антитела к вирусу клещевого энцефалита не определялись.

По данным УЗИ органов мочевыделительной системы изменений со стороны почек не выявлено.

На основании клинико-лабораторных исследований был выставлен еще один диагноз: «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелая».

Лечение включало инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, назначение гормонов, мочегонных препаратов, антибиотиков (цефтриаксон, ванкомицин), гепатопротекторов, жаропонижающих средств.

На 38-й день от начала заболевания пациентка была выписана из стационара с улучшением: нормальная температура тела, кожа и склеры субиктеричные, незначительная гепатомегалия.

Итак, у больной имела место смешанная вирусная инфекция (вирусный гепатит А и ГЛПС), протекавшая тяжело с длительной лихорадкой (более трех недель), гепатомегалией, желтухой, эпизодом олигоурии с последующей сменой на полиурию, сыпью и отеками нижних конечностей. Следует отметить, что у пациентки не было болей в пояснице, нарушения зрения, геморрагического синдрома, характерных для ГЛПС. Ни при одном анализе в крови не было выявлено тромбоцитопении, встречающейся у 65,7 % пациентов с тяжелым течением ГЛПС в нашем регионе.

### *Наблюдение 3*

Больной Е., 53 лет, заболел 16 апреля 2018 г. Предъявлял жалобы на слабость, головокружение, желтуху. Лечился амбулаторно у терапевта с диагнозом: «Токсический гепатит», получал обильное питье и гепато-

протекторы. При биохимическом анализе крови от 26 апреля 2018 г. выявлены гипербилирубинемия (272,3 мкмоль/л), повышение уровня печеночных трансаминаз (АЛТ – 931,7 Ед/л, АСТ – 435,2 Ед/л). При исследовании сыворотки крови методом ИФА на маркеры вирусных гепатитов – HbsAg и а-HCV не обнаружены, данные об антителах к вирусу гепатита А отсутствуют.

Примерно через месяц от начала заболевания (18 мая) пациент поступил в ГУЗ ЯО ИКБ с жалобами на слабость, тяжесть в правом подреберье. При осмотре температура тела – нормальная, кожа и склеры бледные с легким желтушным оттенком, печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5–2,0 см, безболезненная при пальпации. Моча имела насыщенный цвет, стул окрашен. Ожирение I степени (индекс массы тела – 33,9 кг/м<sup>2</sup>). Остальные органы – без особенностей.

Из эпиданамнеза известно, что пациент пьет некипяченую воду, работает стропальщиком. В инфекционной больнице находились на лечении его сын и жена с диагнозом «Вирусный гепатит А» (см. наблюдения 1 и 2).

Пациенту были проведены лабораторные и инструментальные исследования. В биохимическом анализе крови определено незначительное повышение содержания билирубина (28,4 мкмоль/л) за счет прямой фракции (21,0 мкмоль/л), увеличение уровня ГГТ – 105,4 Е/л, ЩФ – 124,4 Е/л, АЛТ – 113 Ед/л, АСТ – 59,9 Ед/л, тимоловой пробы – 9,6 Ед/л, ПТИ – 117 %.

При общем анализе крови выявлены нормоцитоз с незначительным снижением количества тромбоцитов ( $168 \times 10^9/\text{л}$ ). В моче изменений не обнаружено. По данным УЗИ органов брюшной полости визуализируются гепатомегалия, диффузные изменения печени, реактивные нарушения желчного пузыря.

Методом ИФА от 21.05.18 в крови обнаружены а-HAV-IgM, другие маркеры вирусных гепатитов не определены.

На основании клинических проявлений, данных эпиданамнеза (у жены и сына диагностирован ВГА) и результатов дополнительных исследований был выставлен диагноз: «Вирусный гепатит А, период ранней реконвалесценции».

Лечение включало щадящую диету, обильное питье, прием гепатопротекторов.

Описанный случай семейной вспышки ВГА представляет интерес в эпидемиологическом плане. Последний член семьи из поступивших в инфекционную больницу оказался первым, кто заболел ВГА. Контактно-бытовым путем он заразил сына и жену. Сам, вероятно, инфицировался при употреблении некипяченой воды. Этот пациент поступил в инфекционную больницу в период реконвалесценции с остаточны-

ми проявлениями заболевания. Его сын имел классическую картину острого ВГА и характерные изменения при лабораторных исследованиях.

Представляет интерес случай смешанной инфекции у женщины. Не удалось выяснить, где она инфицировалась хантавирусом, но, учитывая ее профессию (продавец в продуктовом магазине), можно предположить, что это произошло на работе. По данным литературы известно, что в связи с генетической предрасположенностью мужчины болеют ГЛПС тяжелее женщин, но в нашем случае инфицирование двумя вирусами (гепатита А и ГЛПС) утяжелили течение заболевания у пациентки.

В заключение отметим, что на амбулаторном этапе рекомендуется проявлять большую настороженность в отношении вирусных гепатитов у пациентов с синдромом желтухи. Вне зависимости от возраста и сезона необходимо обследовать таких больных на наличие ВГА.

Учитывая высокую заболеваемость ГЛПС в РФ и в Ярославской области, в частности, врачам рекомендуется быть настороженными в отношении данной зоонозной инфекции и при подозрении на нее тщательно собирать эпидемиологический анамнез и проводить клинико-лабораторные исследования, направленные на ее диагностику.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А в прошлом, настоящем и будущем. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014;3:38-48.
2. Ситников И.Г., Бохонов М.С. Гепатит А в России и Ярославской области. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2011;2(57):82-84.
3. Алешковская Е.С., Чупрунова С.В., Галицина Л.Е., Синицина О.Д. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – актуальная природноочаговая инфекция в Ярославской области. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015;4:9-12.
4. Алешковская Е.С., Чупрунова С.В., Ситников И.Г. Природноочаговые инфекции в Ярославской области Журнал инфектологии. 2019;11(4):40-41.

---

## A CASE OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN FAMILY BREAK OF HEPATITIS A

E. S. Aleshkovskaya, I. G. Sitnikov

**ABSTRACT** A case of mixed infection – family break of hepatitis A (VHA) and hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) is described. Mixed infection had severe course with long-term fever, hepatomegaly, jaundice, diuresis disorder, absence of hemorrhagic syndrome, lumbus pain, vision disorders.

**Key words:** hepatitis A, natural focal disease, hemorrhagic fever with renal syndrome, mixed infection.