

УДК 616.9:616.61-002.151-053.2

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_4_44

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Е. П. Калистратова¹, кандидат медицинских наук,

С. Н. Орлова^{1*}, доктор медицинских наук,

Н. Н. Федотова¹

Н. В. Калистратов²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иваново, 153003, Россия, г. Иваново, ул. Парижской Коммуны, д. 5

РЕЗЮМЕ Описаны клинические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) у детей г. Иваново в июле и сентябре 2021 г.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, зооноз, препубертат, пубертат.

* Ответственный за переписку (corresponding author): orloff3.dok@mail.ru

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – природно-очаговый зооноз с весенне-осенней сезонностью, характеризующийся острым началом, поражением сосудов, развитием геморрагического синдрома, нарушениями гемодинамики и тяжелым поражением почек с возможным появлением острой почечной недостаточности. В настоящее время на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции встречается эпизодическая заболеваемость другими инфекциями. В отношении ГЛПС отмечено появление этого заболевания у детей, чего ранее никогда не наблюдалось. По данным литературы, особенностью ГЛПС является то, что это инфекционное заболевание регистрируется у взрослых и подростков в постпубертатный период, практически всегда – у лиц мужского пола. Причиной этой особенности учёные называют нейроэндокринные механизмы регуляции иммуногенеза при ГЛПС. Гипоэргический тип ответа на внедрение вируса ГЛПС обеспечивает то обстоятельство, что в детском возрасте клинических проявлений ГЛПС обычно не развивается [1, 2].

Представлены два случая развития ГЛПС, которые наблюдали в июле и сентябре 2021 года у ребенка 9 лет и подростка 15 лет. Заболевшие – жители г. Иваново – проходили стационарное лечение в ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иваново.

Больной Б., 15 лет, был переведен из Ивановской областной детской клинической больницы, куда был доставлен на третий день болезни с жалоба-

ми на боли в животе, тошноту, рвоту, лихорадку. При поступлении осмотрен детским хирургом, экстренная хирургическая патология исключена.

При обследовании был выявлен мочевого синдром в виде протеинурии (содержание белка в моче – до 2,3 г/л), а также азотемия: повышение уровня креатинина до 248 мкмоль/л, мочевины – до 17,9 ммоль/л. В биохимическом анализе крови также отмечалось кратковременное повышение уровня АлАТ до 136 МЕ/мл. В общем анализе крови определялся лейкоцитоз до $16,9 \times 10^9$ /л, незначительный палочкоядерный сдвиг влево (до 6 %), а также тромбоцитопения до 60×10^9 /л. В коагулограмме выявлялась тенденция к гипокоагуляции. Уровень тромбоцитопении при ГЛПС определяет тяжесть и распространенность тромбоваскулита и является безусловно важным критерием тяжести этого заболевания.

При ультразвуковом исследовании почек установлено, что их размеры увеличены, отмечено снижение кортико-медуллярной дифференцировки. Уже в первые сутки стационарного лечения лечащим врачом заподозрено инфекционное заболевание, ребенок был переведен в инфекционный стационар.

В ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иваново мальчик поступил на четвертый день болезни с жалобами на сохраняющуюся слабость, тошноту, периодические неинтенсивные боли в животе. Температура тела при поступлении – 37 °С. При клиническом обследовании патологи-

ческих изменений внутренних органов не выявлено. Отмечалась некоторая бледность кожных покровов и явления двухстороннего склерита.

Из анамнеза выяснено, что повышенная до 39 °С температура тела сохранялась в течение трех суток, затем отмечался субфебрилитет. С первых дней болезни беспокоили боли в животе, сопровождающиеся рвотой до трех раз в сутки. С 7 сентября (на третий день болезни) отмечал некоторое снижение диуреза.

Из эпидемиологического анамнеза установлено, что ребенок в августе отдыхал на даче в селе Васильевское Шуйского района Ивановской области. Явный контакт с грызунами отрицал, употребление некипяченой воды – отрицал.

Весь период наблюдения в инфекционном стационаре температура тела у пациента была нормальной. Снижение объема мочи не зарегистрировано. В общем анализе крови отмечалась положительная динамика: снижение уровня лейкоцитоза до $10 \times 10^9/\text{л}$, нормализация лейкоцитарной формулы, увеличение количества тромбоцитов до $153 \times 10^9/\text{л}$, в то же время в динамике нарастал уровень азотемии (9 сентября) (мочевины – 22,79 ммоль/л, креатинина – 321 мкмоль/л) с быстрой положительной динамикой (15 сентября) (мочевина – 4,8 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л). При обследовании 13 сентября все показатели гемограммы нормализовались. В общем анализе мочи сохранялась гипостенурия (удельный вес мочи – 1009), следы белка, небольшая лейкоцитурия.

Диагноз ГЛПС подтвержден выявлением типоспецифических антител методом ИФА (anti Hanta IgM+).

Подростку проводилось этиотропное лечение: противовирусная терапия вифероном 500 тыс. МЕ два раза в день ректально, антибактериальная терапия цефтриаксоном 1,0 г два раза в день внутримышечно, дезинтоксикационная терапия, симптоматические средства.

Провел в стационаре семь койко-дней и выписан в удовлетворительном состоянии с клинико-биохимическим улучшением под наблюдение участкового врача. Диагноз при выписке: «ГЛПС (anti Hanta IgM+), среднетяжелое течение».

Второй случай ГЛПС — у ребенка 9 лет. Отец мальчика перенес ГЛПС в июне-июле 2021 г. Вместе с ним ребенок отдыхал в деревне. В доме были мыши и крысы.

Мальчик заболел 2 июля, когда появилась рвота до 4–5 раз в день, стал вялым. 6 июля повысилась

температура тела до 37 °С. 7 июля однократно был подъем температуры тела до 39 °С. В связи с наличием эпидемиологической ситуации (отец ребенка находился на стационарном лечении в инфекционном стационаре с установленным диагнозом ГЛПС) участковым педиатром заподозрена ГЛПС и дано направление на стационарное лечение.

При поступлении в больницу мальчик предъявлял жалобы на повышение температуры тела накануне, головную боль, тошноту, слабость, снижение аппетита. При осмотре – температура тела 37,3 °С, состояние расценено как среднетяжелое. При клиническом обследовании выявлялась обложенность языка и небольшое увеличение печени (до +1 см по среднеключичной линии). Дизурических расстройств не было.

Весь период наблюдения ребенка в стационаре температура тела сохранялась на нормальных цифрах, самочувствие было удовлетворительным, головная боль, тошнота не повторялись. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Снижение диуреза не зарегистрировано.

При лабораторном исследовании в анализе крови патологических изменений не обнаружено. В анализе мочи из патологических изменений регистрировались следы белка, в биохимическом анализе крови уровень мочевины и креатинина соответствовал нормальным показателям (3,42 и 82 мкмоль/л соответственно). Диагноз ГЛПС также верифицирован выявлением типоспецифических антител методом ИФА (anti Hanta IgM+).

Проводилась противовирусная терапия вифероном 500 тыс. МЕ два раза в день ректально, назначались симптоматические средства. Выписан из стационара на пятый день пребывания (на 13-й день болезни) с диагнозом «ГЛПС (anti Hanta IgM+), легкое течение».

Таким образом, ГЛПС у ребенка препубертатного возраста имеет клинические особенности. Клинические проявления заболевания ограничались изолированной гипертермией и интоксикацией в продромальный период болезни. Фактически периода разгара болезни с присущими ему клиническими и лабораторными синдромами (гематологические и биохимические изменения, а именно азотемия, нарушения диуреза, мочевого синдрома) не было. Следовательно, можно говорить о стёртом характере клинических симптомов ГЛПС у детей препубертатного возраста. Особенностью случая является то обстоятельство,

ство, что, по данным литературы, случаи ГЛПС в этой возрастной группе крайне редки.

У мальчика-подростка ГЛПС протекала с периодами, характерными для этой нозологии. Отмечается также период острой почечной недостаточности с азотемией, мочевым синдромом, характерной УЗИ-картиной поражения почек, но нормализация показателей отмечалась в более ранние сроки болезни, чем у взрослых пациентов с той же тяжестью течения болезни.

Достаточно быстрое восстановление нарушенных функций при диффузном тромбоваскулите у детей и подростков связано с состоянием их сосудистой системы, более гибком и быстром процессе восстановления и компенсации нарушенных функций организма. Характерной особенностью течения ГЛПС у жителей Ивановской области является отсутствие каких-либо клинических проявлений геморрагического синдрома.

Появление случаев ГЛПС в группе детей и подростков в Ивановской области должно нацелить педиатров на диагностику этого заболевания при соответствующем эпидемиологическом анамнезе: нахождение в сельской местности, возможность аэрозольного контакта с мышевидными грызунами при длительном инкубационном периоде до 49 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рощупкин В.И., Суздальцев А.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Саратов; Изд-во Саратовского ун-та; 1990:106.
2. Поздеева О.С., Мохова О.Г., Канкасова М.Н., Кирпичева Н.С., Петренко М.В. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей. Практическая медицина. 2016;08(16):54–57.

CLINICAL CASES OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN CHILDHOOD

E. P. Kalistratova, S. N. Orlova, N. N. Fedotova, N. V. Kalistratov

ABSTRACT Clinical peculiarities of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) in children in the Ivanovo city in July and September, 2021 are described.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, zoonosis, prepuberty age, puberty age.