

## Случай из практики

УДК 616.98-07

DOI 10.52246/1606-8157\_2023\_28\_3\_63

### ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КУ-ЛИХОРАДКИ

**С. Ф. Попов<sup>1\*</sup>**, доктор медицинских наук,  
**Г. Ф. Иванова<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**М. С. Тимонова<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**О. В. Александров<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, 400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1.

**РЕЗЮМЕ** Описан клинический случай серологически подтвержденного диагноза Ку-лихорадки, характеризующейся длительной интоксикацией с признаками синдрома системного воспалительного ответа, цитолиза гепатоцитов, транзиторной тромбоцитопении и умеренной прямой гипербилирубинемии. Эта довольно редкая инфекция представляет собой типичное «заболевание-маску», имитируя клиническую картину целого ряда инфекций. Полиморфизм клинической картины Ку-лихорадки, разнообразие путей передачи, наличие стертых, атипичных и хронических её форм, а также сокращение объемов лабораторного тестирования для подтверждения коксиеллеза создают значительные трудности на этапе раннего диагностического поиска при данном заболевании.

**Ключевые слова:** Ку-лихорадка, *Coxiella burnetii*, природно-очаговые заболевания, коксиеллез, зоонозные инфекции.

\*Ответственный за переписку (corresponding author): ghost2039@rambler.ru

Как известно, Ку-лихорадка – эндемичный для ряда регионов Российской Федерации и мира природно-очаговый, зоонозный коксиеллез с преимущественно нетрансмиссивными механизмами заражения, вызванный *C. burnetii*, который в отдельных случаях может имитировать картину многих инфекционных заболеваний с синдромами специфической пневмонии, гепатомегалии, поражением центральной нервной системы и других органов и систем организма [2, 3, 5–7]. Иногда Ку-лихорадка может приобретать хроническое течение и в силу своей редкости, разнообразия путей передачи и нередко стертой или атипичной клинической картины представляет существенные диагностические трудности для практикующего врача любой специальности [1–4].

Наблюдали мужчину 49 лет, обратившегося за медицинской помощью самостоятельно в Вол-

гоградскую областную инфекционную больницу № 1 через восемь дней после начала заболевания с жалобами на повышение температуры тела до 37,4 °С, редкий малопродуктивный кашель с мокротой зеленоватого цвета и постоянную заложенность носа.

Из анамнеза при поступлении известно, что пациент заболел остро, восемь дней назад, отмечив резкую слабость с повышением температуры тела до 38,6 °С, чувство ломоты в мышцах. Начал лечение самостоятельно, принимая парацетамол, терафлю – с временным эффектом. Через два дня после появления первых симптомов присоединилось першение в горле, а еще через два дня – сухой кашель. Больной принимал умефовиор, внутримышечно на протяжении трех дней вводили цефтриаксон, по 2 г/сут – без видимого эффекта. Затем по назначению врача выполнена КТ органов

грудной клетки, патологических изменений не выявлено, экспресс-тест на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 показал отрицательный результат. Из-за отсутствия улучшения состояния пациент был вынужден самостоятельно обратиться в Волгоградскую областную инфекционную больницу № 1.

При сборе эпидемиологического анамнеза на день поступления установлено, что больной работал главным специалистом в сфере гидро-мелиорации и, находясь в командировках в сельских районах Волгоградской области и Республике Калмыкии, изредка употреблял в пищу сырое коровье молоко и молочные продукты.

Объективно при поступлении были отмечены гиперемия слизистой ротоглотки, увеличение до I степени подчелюстных лимфоузлов, слегка чувствительных, подвижных; тоны сердца при аускультации приглушены, в легких аускультативно выслушивалось жесткое дыхание. Температура тела при поступлении нормальная, сатурация – 96 %, на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка на увеличены. Пациент госпитализирован с диагнозом: «Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная, средней тяжести». Сопутствующий диагноз: «Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 2-й степени, риск 3. Хронический синусит. Обследование на новую коронавирусную инфекцию COVID-19».

Результаты первичного лабораторного обследования пациента в отделении: в общем анализе крови – относительный лимфоцитоз до 42,2 % в формуле, сменившийся лейкоцитозом до  $16,0 \times 10^9/\text{л}$  на четвертый день пребывания в стационаре, а также транзиторная тромбоцитопения до  $80 \times 10^9/\text{л}$  с последующей нормализацией числа тромбоцитов. СОЭ характеризовалась умеренным повышением до 17 мм/ч в конце второй недели стационарного лечения. Мокрота при исследовании вязкая, слизистая, без изменений со стороны клеточного состава. Показатели коагулограммы, ЭКГ и эхоКГ – в пределах

относительной нормы. При УЗ-исследовании органов брюшной полости выявлены диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

Необходимо особо отметить рост показателей сывороточных трансаминаз и тимоловой пробы, гипербилирубинемия до 55 мкмоль/л за счет прямой фракции билирубина (42 мкмоль/л), увеличение уровня С-реактивного белка до 60 мг/л и прокальцитонина – до 2 нг/мл, что дало повод заподозрить и провести серологическое обследование методом ИФА на Ку-лихорадку (12-й день пребывания в стационаре), был получен положительный результат (IgM+ к Ку-лихорадке). Данные серологических тестов на бруцеллез и иерсиниоз отрицательные.

Характерным являлось и то, что на фоне анти-микробной, патогенетической и симптоматической терапии (цефтриаксон, ципрофлоксацин, бронхорус, дексаметазон, реамберин, эноксапарин, антигистаминные, жаропонижающие, витамин С) пациент продолжал высоко лихорадить до 39,2 °С. Снижение температурной реакции и улучшение общего состояния больного были отмечены после назначения доксициклина в суточной дозе 200 мг на протяжении 10 дней. Выписан с улучшением на 22-й день лечения с рекомендациями по дальнейшему амбулаторному долечиванию.

Обобщая вышеизложенное, можно констатировать, что Ку-лихорадка, являясь довольно редкой инфекцией группы облигатных зоонозов, представляет собой типичное «заболевание-маску», часто имитируя клиническую картину целого ряда инфекций, что снижает настороженность практикующего врача-инфекциониста при её диагностике. Полиморфизм клинической картины Ку-лихорадки, разнообразие путей передачи, наличие стертых, атипичных и хронических её форм, а также сокращение объемов лабораторного тестирования для подтверждения коксииллеза создают значительные трудности на этапе раннего диагностического поиска при данном заболевании.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лубова В.А., Леонова Г.Н. Ку-лихорадка – природно-очаговый зооноз. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2020;19(4):97-101.
2. Малов В.А., Горобченко А.Н., Гюлазян Н.М., Немилостива Е.А., Каншина Н.Н., Нехаев С.Г., Свиридова М.Б. «Неясная лихорадка»: восемьдесят лет спустя. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017;22(4):200-207.
3. Попов С.Ф., Александров О.В. Особо опасные инфекции в практике врача. Монография; Изд-во ВолгГМУ; 2018:240.
4. Чеканова Т.А., Петремгвдлишвили К. Лихорадка Ку в Российской Федерации: взгляд на заболеваемость через призму уровня развития лабораторной диагностики. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2022;21(6):5-12.
5. Marmion BP, Storm PA, Ayres JG, et al. Long-term persistence of *Coxiella burnetii* after acute primary Q fever. *Q J Med.* 2005;98:7-20.
6. Miller HK, Priestley RA, Kersh GJ. Q Fever: A troubling disease and a challenging diagnosis. *Clinical Microbiology Newsletter.* 2021;43(13):109-118.
7. Woldehiwet Z. Q fever (*coxiellosis*): epidemiology and pathogenesis. *Res Vet Sci.* 2004;77:93-100.

---

## DIFFICULTIES IN DIAGNOSING KU FEVER

S. F. Popov, G. F. Ivanova, M. S. Timonova, O. V. Aleksandrov

**ABSTRACT** A clinical case of serologically confirmed diagnosis of ku fever, which is characterized by prolonged intoxication with signs of systemic inflammatory response syndrome, cytolysis of hepatocytes, transitory thrombocytopenia and moderate direct hyperbilirubiemia is described. This rather rare infection is a typical "masked disease", imitating clinical picture of several number of infections. Polymorphism of clinical course of ku fever, variety of transmission paths, presence of its erased, atypical and chronic forms, and shortening of laboratory testing volumes for coxiellosis confirmation resulted in significant difficulties creation at the stage of early diagnostic search in this disease.

**Key words:** ku fever, *Coxiellaburnetii*, natural focal diseases, coxiellosis, zoonotic diseases.