ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ТЯЖЕЛЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

Солтанова Р.Я.

Научные руководители:

д.м.н., проф. А.А. Корсунский,

д.м.н., проф. Г.И. Смирнова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Ключевые слова: дети, геморрагическая лихорадка, повреждение почек

Актуальность. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая болезнь, протекающая с высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией, геморрагическим синдромом и тяжёлым поражением почек. Наш клинический случай представляется актуальным для повышения компетентности педиатров в диагностике и лечении ГЛПС.

Описание клинического случая. Девочка, 12 лет, болеет 9 дней, повышение температуры тела до 40°C. Рвота до 3 раз в сутки и кашицеобразный стул до 2 раз в сутки. Жалуется на боли в животе с иррадиацией в область поясницы. В связи с ухудшением состояния больная была доставлена в приёмное отделение ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, девочку направили в инфекционное отделение. Из анамнеза выявлено, что за 2 нед до начала заболевания неоднократно купалась в открытых водоёмах. Контакты с животными отрицает. Состояние при поступлении тяжёлое за счёт выраженной интоксикации, болевого абдоминального синдрома, вялости. По тяжести состояния девочка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). При поступлении — азотемия (мочевина 13,3 ммоль/л, креатинин 234,66 мкмоль/л), протеинурия — 17,8 г/л, абдоминальный болевой синдром, лейкоцитоз 18,44 тыс/мкл, нейтрофилёз палочко-ядерный сдвиг влево до 18%, моноцитоз 16%, тромбоцитопения (53,4–60,9 тыс/мкл), содержание С-реактивного белка — 52,3 г/л,

уровень прокальцитонина в крови 1,79 нг/л. Диурез — 1,2 мл/кг/ч. Принято решение о необходимости исключения ГЛПС и проведении поиска инфекционных агентов. В ОРИТ у больной отмечено нарастание азотемии и уменьшение диуреза, сочетающееся клинически с ухудшением самочувствия, вялостью и сонливостью. Одновременно выявлено нарушение структуры и функции почек по данным УЗИ: эхопризнаки увеличения размеров почек со снижением кортико-медуллярной дифференцировки и нарушениями почечного кровотока, экзогенные пирамидки, утолщения паренхимы с обеих сторон. Далее наблюдалось прогрессирование острого повреждения почек (ОПП) до 3 стадии в соответствии с клиническими практическими рекомендациями по острому почечному повреждению (KDIGO), нарастание азотемии в динамике (мочевина с 22 → 25,4 ммоль/л, креатинин 574,31 → 635,31 мкмоль/л, олигурия в течение 12 ч — 0,5 мл/кг/ч), появление отёчного синдрома и метаболических нарушений, что указывало на высокую вероятность формирования показаний к заместительной почечной терапии (ЗПТ). Учитывая отсутствие эффекта от терапии и наличие показаний, было принято решение о ЗПТ в режиме гемодиализации постоянной (продолжительной) вено-венозной (continuous veno-venous hemodiafiltration (CVVHDF) без антикоагуляции, т.к. больной проводилась антитромботическая терапия фрагмином в дозе 200 ед/кг/сут в 2 введения. Под контролем ЧСС/АД/сатурации после установки двухходового диализного катетера в правую бедренную вену, начата процедура CVVHDF на аппарате «Prismaflex» set ST100 со следующими параметрами: скорость кровотока — 120 мл/мин; скорость диализата — 750 мл/ч; замещающий раствор — 650 мл/ч; ультрафильтрация — 100 мл/ч; доза эфлюента — 43 мл/кг/ч, без антикоагуляции. Через 9 ч 24 мин ЗПТ было выполнено плановое завершение процедуры CVVHDF под контролем ЧСС, АД и сатурации. После проведённого сеанса установлено уменьшение азотемии — мочевина — 16 ммоль/л, креатинин — 381,32 мкмоль/л и нарастание диуреза. В динамике — дальнейшее уменьшение содержания мочевины — 15,2 ммоль/л и креатинина — 264 мкмоль/л. При УЗИ почек отмечена положительная структурная динамика. Анализы на ротавирусы, норовирусы, сальмонеллы, кампилобактерии, шигеллы, на кишечные инфекции, листериоз, COVID-19 были отрицательны. Исследование кала на *Enterobius vermicularis* — положительно, проведена антигельминтная терапия. При проведении непрямо реакции иммунофлюоресценции к вирусу ГЛПС был выявлен положительный результат к вирусу ГЛПС — титр 1 : 1000. Таким образом, на основании анамнеза и клинико-лабораторных данных выставлен диагноз: ГЛПС, полиурический период, тяжёлая форма. В связи с улучшением состояния пациентку перевели в инфекционное отделение для продолжения медикаментозного лечения, включая антибактериальную, фибринолитическую, инфузионную терапию. Затем больная была выписана с улучшением под наблюдение педиатра, нефролога, гастроэнтеролога в соответствии с рекомендациями.

Заключение. Данный клинический случай показывает, что в настоящее время ГЛПС может встречаться у детей в эндемичных зонах. В связи с этим следует увеличить осведомлённость врачей о ГЛПС и своевременно проводить расширенный диагностический поиск, т.к. её симптоматика неспецифична, а проведение дифференциального диагноза довольно сложно.