

УДК 616.61-002.151-06.003.215-07-08(470.51-25)

doi: 10.21685/2072-3032-2023-4-8

Особенности диагностики и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, осложненной гематомой почки

С. Н. Стяжкина¹, Р. Р. Шаймухаметов², И. И. Гайнетдинова³, Ю. С. Бажина⁴

^{1,2,3,4}Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

¹sstazkina064@gmail.com, ²bfecokenjob@mail.ru,

³gaynetdinovainna@mail.ru, ⁴bazhina.y4@mail.ru

Аннотация. *Актуальность и цели.* Уникальность клинического случая геморрагической лихорадки с почечным синдромом, осложненной гематомой почки, обусловлена нетипичностью симптомокомплекса заболевания. Описание такого же клинического случая в литературе не было обнаружено. Ограниченность информации, связанная с низкой встречаемостью подобного клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, ставит практикующих специалистов перед трудностями в диагностике и лечении. *Материалы и методы.* Изучены амбулаторная карта, данные лабораторных и инструментальных исследований. *Результаты.* Данное наблюдение подтверждает правильность выжидательной тактики как основу успешной терапии для пациента. *Выводы.* Полученные данные свидетельствуют о том, что назначение терапии, направленной на коррекцию метаболических нарушений, способствует достижению благоприятного результата, а иммунотерапия является перспективным методом в лечении вирусных заболеваний, в частности, геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, подкапсульная гематома почки, ронколейкин, хирургия, клинический случай

Для цитирования: Стяжкина С. Н., Шаймухаметов Р. Р., Гайнетдинова И. И., Бажина Ю. С. Особенности диагностики и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, осложненной гематомой почки // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2023. № 4. С. 76–82. doi: 10.21685/2072-3032-2023-4-8

Features of diagnosis and treatment of hemorrhagic fever with renal syndrome complicated by renal hematoma

S.N. Styazhkina¹, R.R. Shaymukhametov², I.I. Gaynetdinova³, Yu.S. Bazhina⁴

^{1,2,3,4}Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

¹sstazkina064@gmail.com, ²bfecokenjob@mail.ru,

³gaynetdinovainna@mail.ru, ⁴bazhina.y4@mail.ru

Abstract. *Background.* The uniqueness of this clinical case is due to the atypical symptom complex of the disease. A description of the same clinical case was not found in the literature, however, taking into account the fact that hemorrhagic fever with renal syndrome, like most other nosologies, is characterized by a polymorphism of clinical manifestations, the authors consider it necessary to describe this clinical case to the circle of specialists. Limited information due to the low incidence of this clinical course of hemorrhagic fever with renal syndrome puts practitioners in front of the difficulties of diagnosis and treatment.

© Стяжкина С. Н., Шаймухаметов Р. Р., Гайнетдинова И. И., Бажина Ю. С., 2023. Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 License / This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License.

Materials and methods. The outpatient card, data of laboratory and instrumental studies were studied. **Results.** This observation confirms the correctness of expectant management as the basis for successful therapy for the patient. **Conclusions.** The data obtained indicate that the appointment of therapy aimed at correcting metabolic disorders contributes to the achievement of a favorable result, and immunotherapy is a promising method in the treatment of viral diseases, in particular, hemorrhagic fever with renal syndrome.

Keywords: hemorrhagic fever with renal syndrome, subcapsular hematoma of the kidney, ronculeukin, surgery, clinical case

For citation: Styazhkina S.N., Shaymukhametov R.R., Gaynetdinova I.I., Bazhina Yu.S. Features of diagnosis and treatment of hemorrhagic fever with renal syndrome complicated by renal hematoma. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki* = *University proceedings. Volga region. Medical sciences*. 2023;(4):76–82. (In Russ.). doi: 10.21685/2072-3032-2023-4-8

Введение

Несмотря на увеличение числа публикаций, посвященных особенностям дифференциальной диагностики и этипатогенетического лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), количество успешно проведенных терапий остается далеким от оптимального. Связано это, в первую очередь, с несвоевременной постановкой правильного диагноза.

Заболеваемость ГЛПС характеризуется выраженной летне-осенней сезонностью, что обусловлено активизацией связи человека с дикой природой. ГЛПС распространена по всему миру [1, 2]. В Приволжском федеральном округе регистрируется 85,5 % от всех случаев ГЛПС в Российской Федерации. Удмуртская Республика находится на первом месте среди субъектов РФ по заболеваемости ГЛПС и является одним из самых крупных природных очагов [3, 4].

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом представляет собой острое вирусное природно-очаговое заболевание, характеризующееся системным поражением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, расстройствами гемодинамики и поражением почек по типу острого тубулоинтерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности [5].

Материалы и методы исследования

Клинический случай. Мужчина в возрасте 31 года экстренно доставлен в стационар 01.10.2022 бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С, тянущие боли в поясничной области (с обеих сторон), общую слабость, снижение объема мочи за сутки, сухость во рту, снижение аппетита, появление отеков на лице. В приемном покое осмотрен, обследован. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) – отек паренхимы и увеличение размеров обеих почек, подкапсульная гематома правой почки, выпот в брюшной полости, гидроторакс до 50 мл (справа). По данным лабораторных исследований: креатинин 216 мкмоль/л, мочевины 20,1 ммоль/л, К 2,89 ммоль/л, Na 123 ммоль/л, Cl 90,5 ммоль/л.

Данные анамнеза: болен 10 дней, в течение которых поднялась температура тела до 40 °С, появились тянущие боли в поясничной области (с обеих сторон), общая слабость с головными болями. Самостоятельно принимал парацетамол с временным эффектом. Затем появилась сыпь на кистях и предплечьях, снизился объем суточной мочи, через 5–6 дней мочи не было в течение

ние двух суток, присоединилась рвота, боли в поясничной области усилились, температура сохранялась до 40 °С. Вызвал терапевта, была назначена противовирусная терапия без эффекта. На 7-й день появилась моча в малых количествах (со слов примерно 100 мл). Ввиду отсутствия положительной динамики лечения и нарастания болей в поясничной области вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни: простудные заболевания (ВИЧ, гепатиты, туберкулез, венерические заболевания и сахарный диабет отрицает). Перенесенные оперативные вмешательства – аппендэктомия. Переливаний крови не было.

Общий осмотр: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые. Пастозность лица, нижних конечностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочный. Частота дыхательных движений 16 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, артериальное давление 130/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 112 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в проекции почек. Симптом сотрясения не проводился. Печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Перистальтика выслушивается. Диурез снижен.

Диагноз при поступлении: острое повреждение почек III стадии, осложненное подкапсульной гематомой правой почки.

Был назначен следующий план ведения пациента: строгий постельный режим, контроль диуреза, инфузионная терапия с учетом объема диуреза (+500 мл), антибактериальная, противовоспалительная, гемостатическая терапия; контроль К, Cl, Na, креатинина, мочевины; контрольные УЗИ; определение уровня Ханта IgM и IgG.

При поступлении отмечается:

– по данным лабораторных исследований: в крови лейкоцитоз до $18,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эритропения до $3,96 \cdot 10^{12}/\text{л}$ при относительно нормальном уровне гемоглобина (120 г/л), повышение уровня печеночных трансаминаз (аспартатаминотрансфераза 72,4 ЕД/л, аланинаминотрансфераза 370,4 ЕД/л), фибриногена (6,28 г/л); снижение относительной плотности мочи до 1010, рН мочи 6,5.

– по данным УЗИ выявлены признаки увеличения размеров обеих почек (правой до $14,2 \times 6,6$ см, левой – до $14,2 \times 6,7$ см), утолщение паренхимы (до 2,7–2,8 см с обеих сторон) и ограничение подвижности обеих почек, чашечно-лоханочные системы не расширены. В паранефрии слева отмечается выпот толщиной приблизительно 2–3 мм, жидкость в забрюшинном пространстве толщиной 11–14 мм, а также подкапсульная гематома справа размером $113 \times 64 \times 44$ мм, объемом приблизительно 180 мл. В брюшной полости следы жидкости, мочевого пузыря без особенностей.

Данному пациенту был назначен следующий план лечения:

1. Раствор Рингера 1000 мл внутривенно медленно в течение 5 дней 1 раз в день.
2. Транексам 1,0 внутривенно в течение 6 дней 1 раз в день.
3. Раствор преднизолона 30 мг внутривенно в течение 7 дней 1 раз в день.
4. Раствор фуросемида 30 мг внутривенно 1 раз в день в течение 7 дней.
5. В качестве антибактериального препарата был выбран цефтриаксон 2,0 ЕД 1 раз в день внутривенно.

Таблица 1

Динамика биохимических показателей крови

Показатель	Дата исследования			
	01.10.2022	01.10.2022	02.10.2022	03.10.2022
Мочевина, ммоль/л	20,1	18,2	17,7	11,5
Креатинин, мкмоль/л	216,0	173,1	184,7	133,7
К, ммоль/л	2,89	3,26	3,39	3,43
Na, ммоль/л	123,0	129,3	129,3	138,2
Cl, ммоль/л	90,5	93,7	98,7	102,8

По данным, представленным в табл. 1, можно с уверенностью говорить о положительной динамике: просматривается восстановление электролитного баланса и показателей метаболитов крови на фоне проводимой терапии.

04.10.2022 был получен результат на наличие ханта IgM и IgG – результаты положительные (10,4 и 12,0 ЕД/мл соответственно).

По данным УЗИ почек, проведенных 01.10.2022 и 03.10.2022: отсутствует положительная динамика, не исключен прорыв подкапсульной гематомы в забрюшинное пространство справа ввиду уменьшения размеров подкапсульной гематомы до $66 \times 34 \times 52$ мм, объема до 65 мл и увеличения скопления жидкости в забрюшинном пространстве до $60 \times 43 \times 33$ мм, объемом 50 мл.

Результаты УЗИ почек от 05.10.2022: левая почка без отрицательной динамики, сохраняется отек паренхимы с преимущественным поражением коркового слоя, правая почка – сохраняется подкапсульная гематома в прежнем объеме, дыхательная подвижность отсутствует, в паранефрии «следы» жидкости, больших скоплений специалист не находит; в полостях «следы» свободной жидкости, в брюшной полости свободной жидкости нет.

В ходе лечения данного пациента не было произведено удаление подкапсульной гематомы в связи с ее малым объемом. В динамике наблюдения и после выписки отмечается рассасывание подкапсульного «жидкостного скопления», что свидетельствует о грамотном подходе и правильной тактике в проведенных этапах терапии.

Пациент был выписан из урологического отделения в связи с явной положительной динамикой (нормализацией основных показателей крови и мочи, улучшением общего состояния) на 7-й день, контрольные осмотры назначены через неделю и месяц.

Результаты и обсуждение

Данное наблюдение демонстрирует, что принятая тактика лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, осложненной гематомой правой почки, может считаться достаточной, так как учитывает основные патогенетические механизмы, приводящие к нарушению гомеостаза организма [6–8].

Успешное лечение данного пациента заключается в выжидательной тактике по отношению к подкапсульной гематоме, раннее удаление которой могло повлечь за собой ухудшение общего состояния. Способ лечения под-

капсульной гематомы врач должен подбирать индивидуально для каждого пациента [9, 10].

Также стоит отметить, что в тактике лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, осложненной гематомой почки, возможно применение иммунокоррекции препаратом Ронколейкин. Данный препарат был применен у пациента со схожей патологией, а именно геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, спонтанным разрывом правой почки, забрюшинной гематомой. Дозировка составила 500 мг 1 раз в неделю внутривенно.

Вследствие проводимой комплексной терапии наступила положительная динамика, улучшилось состояние иммунной системы и иммунного ответа. Применение данного препарата в нутритивной иммунотерапии позволило в быстрые сроки улучшить качество жизни пациента.

Иммунотерапия является перспективным методом в лечении в том числе инфекционных заболеваний (например, вирусные гепатиты, ГЛПС). Препараты получают путем генной инженерии. Иммунный ответ появляется уже через 4 ч.

Заключение

Терапия ГЛПС, особенно в эндемичных районах данной нозологии, должна быть строго индивидуальной. В основе лечения и диагностики лежат общепринятые тактики, однако не стоит забывать о возможном отклонении от типичных методов, если исход таковых будет лучше для пациента.

Назначение терапии, направленной на коррекцию метаболических нарушений, способствует достижению благоприятного результата, а иммунотерапия является перспективным методом в лечении.

Список литературы

1. Деконенко А. Е., Ткаченко Е. А. Хантавирусы и хантавирусные инфекции // Вопросы вирусологии. 2004. № 3. С. 40–44.
2. Ткаченко Е. А., Бернштейн А. Д., Хадарцев О. С. Эпидемиологический анализ заболеваемости ГЛПС в России за последние 10 лет // Медицинская вирусология. 2007. № 24. С. 135–144.
3. Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожина В. К. Инфекционные болезни : руководство для врачей общей практики. СПб. : Питер, 2001. С. 346. (Серия «Спутник врача»).
4. Тюгаева Е. А., Корчагин В. И., Миронов К. О., Платонов А. Е. Генетические факторы, определяющие особенности течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2019. № 18 (2). С. 113–122. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-factory-opredelyayushchie-individualnye-osobennosti-techeniya-gemorragicheskoy-lihoradki-s-pochechnym-sindromom/viewer> (дата обращения: 16.04.2023).
5. Бородин Ж. И., Царенко О. Е., Монахов К. М., Багаутдинова Л. И. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – проблема современности // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gemorragicheskaya-lihoradka-s-pochechnym-sindromom-1/viewer> (дата обращения: 16.04.2023).
6. Гермаш Е. И. Патогенетическая терапия больных с тяжелой формой геморрагической лихорадки и острой почечной недостаточностью // Терапевтический архив. 1997. № 11. С. 26–30.

7. Мингазова Э. М., Шайхуллина Л. Р., Валишин Д. А., Хунафина Д. Х. Современные аспекты этиотропной терапии геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. Т. 10, № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-etiotropnoy-terapii-gemorragicheskoy-lihoradki-s-pochechnym-sindromom/viewer> (дата обращения: 16.04.2023).
8. Валишин Д. А., Мурзабаева Р. Т., Мамон А. П., Кутуев О. И., Рожкова Е. В., Кутдусова А. М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: клиника, диагностика и лечение : учеб. пособие для врачей. Уфа : Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. 22 с.
9. Павлов В. Н., Фазлыева Р. М. Гемморрагическая лихорадка с почечным синдромом // Актуальные вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 68–70.
10. Валишин Д. А., Рабинович В. И., Мурзабаева Р. Т. Иммунологические и патоморфологические аспекты патогенеза геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: история изучения и современное состояние эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики : материалы Всерос. науч.-практ. конф. Уфа : Изд. отдел филиала «Иммунопрепарат» ФГУП «НПО Микроген», 2006. С. 58–64.

References

1. Dekonenko A.E., Tkachenko E.A. Hantaviruses and hantavirus infections. *Voprosy virologii = Virology issues*. 2004;(3):40–44. (In Russ.)
2. Tkachenko E.A., Bernshteyn A.D., Khadartsev O.S. Epidemiological analysis of the incidence of HFRS in Russia over the past 10 years. *Meditinskaya virusologiya = Medical virology*. 2007;(24):135–144. (In Russ.)
3. Rakhmanova A.G., Neverov V.A., Prigozhina V.K. *Infektsionnye bolezni: rukovodstvo dlya vrachey obshchey praktiki = Infectious diseases : a guide for general practitioners*. Saint Petersburg: Piter, 2001:346. (Series “Sputnik vracha”). (In Russ.)
4. Tyugaeva E.A., Korchagin V.I., Mironov K.O., Platonov A.E. Genetic factors determining the course of hemorrhagic fever with renal syndrome. *Epidemiologiya i vaktsinoprofilaktika = Epidemiology and vaccine prevention*. 2019;(18):113–122. (In Russ.). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-factory-opredelyayuschie-individualnye-osobennosti-techeniya-gemorragicheskoy-lihoradki-s-pochechnym-sindromom/viewer> (accessed 16.04.2023).
5. Borodina Zh.I., Tsarenko O.E., Monakhov K.M., Bagautdinova L.I. Hemorrhagic fever with renal syndrome - a modern problem. *Meditinskiy vestnik Bashkortostana = Medical bulletin of Bashkortostan*. 2013;8(5). (In Russ.). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/gemorragicheskaya-lihoradka-s-pochechnym-sindromom-1/viewer> (accessed 16.04.2023).
6. Germash E.I. Pathogenetic therapy of patients with severe hemorrhagic fever and acute renal failure. *Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic archive*. 1997;(11):26–30. (In Russ.)
7. Mingazova E.M., Shaykhullina L.R., Valishin D.A., Khunafina D.Kh. Modern aspects of etiotropic therapy of hemorrhagic fever with renal syndrome. *Meditinskiy vestnik Bashkortostana = Medical bulletin of Bashkortostan*. 2015;10(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-etiotropnoy-terapii-gemorragicheskoy-lihoradki-s-pochechnym-sindromom/viewer> (accessed 16.04.2023).
8. Valishin D.A., Murzabaeva R.T., Mamon A.P., Kutuev O.I., Rozhkova E.V., Kutdusova A.M. *Gemorragicheskaya likhoradka s pochechnym sindromom: klinika, diagnostika i lechenie: ucheb. posobie dlya vrachey = Hemorrhagic fever with renal syndrome: clinical picture, diagnostics and treatment: textbook for doctors*. Ufa: Izd-vo GBOU VPO BGMU Minzdravsotsrazvitiya Rossii, 2012:22. (In Russ.)

9. Pavlov V.N., Fazlyeva R.M. Hemorrhagic fever with renal syndrome. *Aktual'nye vo-prosy patogeneza, kliniki, diagnostiki i lecheniya* = *Current issues of pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment*. Moscow: GEOTAR-Media, 2019:68–70. (In Russ.)
10. Valishin D.A., Rabinovich V.I., Murzabaeva R.T. Immunological and pathomorphological aspects of the pathogenesis of hemorrhagic fever with renal syndrome. *Gemorragicheskaya likhoradka s pochechnym sindromom: istoriya izucheniya i sovremennoe sostoyanie epidemiologii, patogeneza, diagnostiki, lecheniya i profilaktiki: materialy Vse-ros. nauch.-prakt. konf.* = *Hemorrhagic fever with renal syndrome: history of study and current state of epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention: proceedings of the All-Russian scientific and practical conference*. Ufa: Izd. otdel filiala «Immunopreparat» FGUP «NPO Mikroген», 2006:58–64. (In Russ.)

Информация об авторах / Information about the authors

Светлана Николаевна Стяжкина

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры факультетской
хирургии, Ижевская государственная
медицинская академия (Россия,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

E-mail: sstazkina064@gmail.com

Svetlana N. Styazhkina

Doctor of medical sciences, professor,
professor of the sub-department
of faculty surgery, Izhevsk State Medical
Academy (281 Kommunarov street,
Izhevsk, Russia)

Равиль Рифович Шаймухаметов

студент, Ижевская государственная
медицинская академия (Россия,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

E-mail: bfecokenjob@mail.ru

Ravil' R. Shaymukhametov

Student, Izhevsk State Medical Academy
(281 Kommunarov street, Izhevsk, Russia)

Инна Ирековна Гайнетдинова

студент, Ижевская государственная
медицинская академия (Россия,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

E-mail: gaynetdinovainna@mail.ru

Inna I. Gaynetdinova

Student, Izhevsk State Medical Academy
(281 Kommunarov street, Izhevsk, Russia)

Юлия Сергеевна Бажина

студент, Ижевская государственная
медицинская академия (Россия,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281)

E-mail: bazhina.y4@gmail.com

Yuliya S. Bazhina

Student, Izhevsk State Medical Academy
(281 Kommunarov street, Izhevsk, Russia)

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflicts of interests.

Поступила в редакцию / Received 02.05.2023

Поступила после рецензирования и доработки / Revised 14.08.2023

Принята к публикации / Accepted 04.10.2023