

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.61-002.151-022:578.833.29]-039:616.24-036.1

ЛЕГОЧНЫЕ ФОРМЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А. А. Нафеев^{1,2}, Н. М. Телегина³, Л. А. Бесова³

¹ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области; ²Кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней медицинского факультета института медицины, экологии и физической культуры ГОУ ВПО Ульяновского государственного университета; ³ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница

В данном сообщении приводится описание двух случаев ГЛПС с легочной симптоматикой, проявившейся в виде атипичной и назокомальной (бактериальной) пневмонии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: геморрагическая лихорадка с почечной симптоматикой, органы дыхания, пневмония, рентгенологическое обследование

PULMONARY FORMS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

A.A. Nafeev^{1,2}, N.M. Telegina³, L.A. Besova³

¹Centre of Hygiene and Epidemiology for Ul'yankovsk Region; ²Ul'yankovsk State University; ³Ul'yankovsk Regional Clinical Hospital

Two cases of hemorrhagic fever with renal syndrome are reported. Pulmonary symptoms were manifest in the form of atypical and nasocomial (bacterial) pneumonia.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, respiratory organs, pneumonia, X-ray examination

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острое вирусное заболевание зоонозной природы, характеризующееся системным поражением мелких кровеносных сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами, поражением почек.

Исследованиями последних лет показано, что возбудитель ГЛПС может вызывать глубокое и тяжелое поражение не только почек (интерстициальный нефрит с развитием острой почечной недостаточности), но и других органов, включая легкие. Воспалительный процесс в легких, вызванный сероваром Хаантан (одним из четырех сероваров возбудителя ГЛПС), в некоторых случаях может протекать без выраженного поражения почек. Сведения об особенностях поражения легких при этом заболевании немногочисленны и приводятся лишь при клиническом описании нарушений дыхания у тяжелобольных. Их распознавание затруднено в связи со значительными компенсаторными возможностями системы дыхания. Симптомы дыхательной недостаточности появляются обычно внезапно и быстро приобретают характер угрожающих жизни осложнений.

В пульмонологическом отделении Ульяновской областной клинической больницы в течение 1 мес под наблюдением находились 2 больных с ГЛПС, у которых отмечены клинические признаки поражения легких.

Б о л ь н о й К., 33 года, находился на стационарном лечении с 07.11. по 26.11.10 с клиническим диагнозом «внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести». При обследовании на ГЛПС обнаружены антитела в титрах 1:256 (1-я сыворотка) и 1:256 (2-я сыворотка). Жалобы при посту-

плении на общую слабость, тяжесть в левой половине грудной клетки, болезненность при вдохе, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39°C с ознобом.

Болен с середины октября 2010 г., когда появилась боль в грудной клетке слева. Госпитализирован в районную больницу 01.11 с диагнозом «левосторонняя нижнедолевая плевропневмония». На рентгенограммах от 03.11 и 06.11 — нарастание объема жидкости в плевральной полости, распространяющейся паракостально до верхушки левого легкого». Для дальнейшего лечения больной был переведен в пульмонологическое отделение. В мокроте — высев зеленеющего стрептококка. При ультразвуковом исследовании плевральных полостей от 09.11 — справа жидкости нет, слева — 500—600 мл жидкости. В динамике (16.11) слева в заднем и боковом синусе осумкованная жидкость (более 270 мл) со спайками и плевральными наложениями, справа жидкость не выявлена. В моче: плотность 1010, белок 0,09—0,13 г/л (норма до 0,12 г/л), лейкоциты 0—1, эритроциты 0—1 в поле зрения.

Б о л ь н о й А., 39 лет, находился на стационарном лечении с 03.12 по 28.12.10 с диагнозом «внегоспитальная правосторонняя нижне- и верхнедолевая пневмония тяжелого течения». При лабораторных исследованиях на ГЛПС — нарастание в динамике титров антител с 1:64 до 1:256 (2-я сыворотка). Жалобы при поступлении на одышку в покое, кашель с желтоватой мокротой, сильную слабость, боль в грудной клетке справа, усиливающаяся при глубоком дыхании, отсутствие аппетита, тошноту, озноб. Болен с 25.11, почувствовал ухудшение состояния в виде слабости, появления кашля со слизисто-гноющей мокротой; око-

ло 3—4 дней отмечал сильный озноб. В связи с усилением одышки 03.12 обратился в приемное отделение Ульяновской областной клинической больницы и по экстренным показаниям госпитализирован в реанимационное отделение. На рентгенограмме легких от 24.12: неоднородное снижение прозрачности в нижних отделах справа, утолщение паракостальной плевры справа, формирующиеся плевродиафрагмальные спайки. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония, формирующийся фиброторакс. При анализе мокроты на микрофлору обнаружены *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter freundii*. При ультразвуковом исследовании плевральных полостей от 22.12 в нижней доле правого легкого обнаружен безвоздушный участок «печеночной» плотности размером 67 × 59 мм, между ним и париетальной плеврой — щелевидная полость шириной 15 мм, полностью заполненная фибрином, слева жидкости не выявлено. В моче протеинурия 1,2—0,86 г/л (норма до 0,12 г/л), лейкоцитурия (20—40 в поле зрения), эритроцитурия (4—5 в поле зрения). В крови гиперазотемия (креатинин 279,9 мкмоль/л, мочевины 12,8 ммоль/л).

Сведения об авторах:

Нафеев Александр Анатольевич — д-р мед. наук, доц. каф. инфекционных и кожно-венерических болезней; e-mail: nafeev@mail.ru

Телегина Наталья Михайловна — врач-пульмонолог

Бесова Людмила Александровна — зав. пульмонологическим отд-нием

Таким образом, респираторные нарушения регистрировались в первом случае в начальном периоде, во втором — в периоде разгара и угасания симптомов ГЛПС.

У наблюдаемых нами больных инфильтрация в легочном поле являлась рентгенологическим отображением сочетания пневмонии с фибро- и гидротораксом. В клинической картине преобладали обструктивные проявления (сухой кашель, сухие хрипы, жесткое везикулярное дыхание с удлинённым выдохом), ослабление дыхания, одышка. Проявления дыхательной недостаточности и разнообразная аускультативная картина наблюдались с первого дня болезни, преобладали в начальном периоде и подвергались обратному развитию в разгар заболевания.

Повсеместно распространенная в Ульяновской области ГЛПС, вызванная сероваром Пуумала, кроме поражения почек, характеризуется также наличием легочных форм, что требует проведения у больных острой пневмонией специфических лабораторных исследований с целью обнаружения антител к хантавирусам.

Уважаемые читатели!

В ОАО «Издательство "Медицина"» выходят из печати книги:

Интервенционная медицина: Руководство для врачей / Под ред. Г. И. Назаренко. — М., 2011. — 805 с.: 527 илл. Для специалистов по интервенционной медицине, практикующих врачей, руководителей многопрофильных учреждений.