

## СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ГИНЕКОЛОГИИ

*А.А. Нафеев<sup>1</sup>, Р.М. Салахиева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»,  
<sup>2</sup>Департамент здравоохранения и фармации Ульяновской области

Ульяновская область относится к числу субъектов Российской Федерации с высокими ежегодными показателями заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), что объясняется наличием напряженных природных очагов этой инфекции. В отдельные годы, как правило, в период подъема заболеваемости, имеют место летальные исходы. У всех умерших диагноз ГЛПС был подтвержден с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции (МФА) с культуральным диагностикумом ГЛПС производства ГУП «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН». Летальность, как показатель тяжести ГЛПС, составляет в отдельные годы от 0,85 до 4,75 % (в европейских районах России 1–2 %, в дальневосточных районах 5–10 %).

Непосредственными причинами смерти при ГЛПС являлись: инфекционно-токсический шок, уремия + отек легких, отек легких + уремия + пневмония. Летальные исходы чаще наступали на 8–12-й день болезни. У всех умерших на секции были обнаружены типичные для ГЛПС изменения со стороны почек. У большей части отмечались резкие колебания артериального давления – от гипертензии до коллапса. Геморрагический синдром был выявлен во всех случаях и проявлялся клинически кожными кровоизлияниями, кровоточивостью в местах инъекций. Несомненно, развитию этих осложненных форм способствовала поздняя госпитализация (на 4-й день и позднее), а также несвоевременно проведенная интенсивная терапия.

Патоморфологическим субстратом ГЛПС служит генерализованный иммунокомплексный васкулит (повышение проницаемости со-

судистой стенки является одним из начальных нарушений, играющих важную роль в патогенезе ГЛПС). Нарушения кровообращения и значительные расстройства гемостаза в связи с ДВС-синдромом являются важнейшими клинко-патогенетическими синдромами, влияющими на летальность при этом заболевании [2]. Связанные с ним геморрагические проявления во многом обуславливают разнообразие клинической картины и являются причиной возникновения ряда осложнений, нередко заканчивающихся летальными исходами. Среди осложнений наибольшее значение имеют острая почечная недостаточность, спонтанный разрыв почек, желудочно-кишечное кровотечение, сердечно-сосудистая недостаточность, геморрагическая пневмония, менингоэнцефалитический синдром.

В 2005 г. в Ульяновской области имел место случай осложненного течения ГЛПС с поражением женских половых органов, описание которого приводится ниже.

Больная И., 1961 г. р., поступила в гинекологическое отделение МУЗ УЦГКБ 30 октября 2005 г. с диагнозом: острый правосторонний аднексит. Жалобы при поступлении: боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в правую ногу, поясницу, слабость, тошнота, повышение температуры до 39°С. Заболела остро. При поступлении осмотрена терапевтом, хирургом, гинекологом, госпитализирована для динамического наблюдения. 1 ноября проведена операция – диагностическая лапаротомия, резекция левого яичника, санация и дренирование брюшной полости. Диагноз: апоплексия левого яичника, миома матки малых размеров, хронический сальпингоофорит.

В послеоперационном периоде уменьшились боли в животе, но сохранялись боли в пояснице, лихорадка до 39° С. Проводилась антибактериальная, гемостатическая, спазмолитическая, дезинтоксикационная терапия. 2 ноября больная консультирована врачом-инфекционистом. На момент осмотра данных за острое инфекционное заболевание нет. В связи с лихорадкой рекомендовано обследование на брюшной тиф, сыпной тиф, малярию. 3 ноября больная предъявляла жалобы на боли в горле, кровохарканье, повышение температуры тела до 39° С, без озноба. Осмотрена урологом. Заключение: данных за острый пиелонефрит нет. Рекомендовано обследование на ГЛПС. С 4 ноября отмечалась олигурия, появились многочисленные кровоизлияния на коже, увеличилась печень.

7 ноября появились отеки на конечностях, асцит. Проведен консилиум в составе: заместителя главного врача по лечебной работе, заместителя главного врача по инфекционной службе, заведующего терапевтическим отделением, заведующего хирургическим отделением, заведующего гинекологическим отделением, заведующего пульмонологическим отделением, реаниматоров. Были заподозрены: криптогенный сепсис, ГЛПС?, полиорганная недостаточность, острая почечная недостаточность. Рекомендовано провести обследование больной на ГЛПС. Учитывая наличие в анамнезе контакта с мышевидными грызунами, клиническую картину болезни (боли в животе, пояснице, головная боль, уменьшение диуреза, увеличение отеков, появление асцита, увеличение печени и селезенки), результаты лабораторного исследования крови и мочи и обнаружение антител к ГЛПС в титре 1 : 1024, был выставлен клинический диагноз: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелая форма с полиорганной недостаточно-

стью. Осложнения: инфекционно-токсический шок II–III степени, ДВС-синдром, гепаторенальный синдром, острая почечная недостаточность, токсическая энцефалопатия III степени, субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние, отек, набухание вещества головного мозга, гипохромная анемия. Сопутствующие заболевания: апоплексия левого яичника, миома матки малых размеров, правосторонний сальпингоофорит.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больной ухудшалось. 17 ноября в 2 ч 10 м констатирована смерть больной.

#### Заключение

Многообразие клинической картины тяжелой формы ГЛПС зависит во многом от выраженности геморрагического синдрома, который и является причиной нескольких осложнений, описанных выше. Отсутствие при поступлении собранного эпидемиологического анамнеза, редкость клинического течения случая ГЛПС на фоне поражения женских органов и тяжесть клинического течения представленного нами случая – все это привело к тяжелым необратимым последствиям. В результате диагностической ошибки (в данном случае имела место ГЛПС с преимущественным поражением органов брюшной полости, т. е. клиника острого живота [1]) первичное подозрение на ГЛПС появилось только на 4-й день заболевания, что при развившихся осложнениях привело к потере времени в оказании адекватной медицинской помощи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рошупкин В.И., Суздальцев А.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Саратов, 1990.
2. Сиротин Б.З., Федорченко Ю.Л., Давидович И.М. //Тер. архив. 1995. № 11. С. 30–32.