

ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Мурзабаева Р.Т., Мамон А.П., Хасанова Г.М., Кутлугужина Ф.Г., Шарифуллина Л.Д., Арсланова Р.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия.

Аннотация. В работе представлена характеристика эпидемиологических аспектов, клинических проявлений, общеклинических анализов крови и мочи у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом при первичном обращении за медицинской помощью. Представлена структура первичных диагнозов, сроки поступления больных в стационар, информативность дополнительных методов исследования. Показана обоснованность провизорной госпитализации лихорадящих пациентов с подозрением на ГЛПС в стационар.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, клиника, диагностика.

DIFFICULTY OF EARLY DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

Murzabaeva R.T., Mamon A.P., Khasanova G.M., Kutluguzhina F.G., Sharifullina L.D., Arslanova R.F.

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Annotation. This paper presents the characteristics of epidemiological aspects, clinical manifestations, general clinical blood and urine tests in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome at the initial request for medical care. The structure of the primary diagnoses, the timing of admission of patients to the hospital, the information content of additional research methods are presented. The validity of provisional hospitalization of febrile patients with suspected HFRS in the hospital is shown.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, clinic, diagnosis.

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - распространенное природно-очаговое вирусное заболевание, характеризуется вовлечением в патологический процесс практически всех органов и систем, протекающее с различными клиническими проявлениями

[7, 8, 9 10]. Территория Республики Башкортостан (РБ) является одним из крупных и активных эндемических очагов ГЛПС. Заболеваемость ГЛПС в РБ составляет 40-60% заболеваемости по Российской Федерации [1, 2, 3, 4, 5]. В 2017 году ГЛПС переболело 1305 жителей республики, показатель заболеваемости составил 32,09 на 100 тысяч населения, что выше среднероссийских значений в 5,2 раза и уровня заболеваемости в РБ за 2016 год в 5,6 раза [1, 6].

В преобладающем большинстве случаев заболевание протекает циклически. В лихорадочном периоде болезни преобладают неспецифические симптомы интоксикации, что затрудняет дифференциальную диагностику ГЛПС с другими лихорадочными заболеваниями [2, 4, 5].

Целью работы явился анализ диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) на догоспитальном этапе.

Пациенты и методы. Нами проанализировано 100 историй болезни пациентов с диагнозом: ГЛПС, госпитализированных в инфекционную клиническую больницу (ИКБ) №4 г.Уфы с сентября 2017 по январь 2018 года.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых пациентов 42 человека обращались за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, 52 пациента доставлены в стационар врачами скорой медицинской помощи (СМП) и 6 человек сами обратились в приемный покой ИКБ №4.

Представляет определенный интерес анализ сроков обращения больных за медицинской помощью. Так, из 42 пациентов, обратившихся в поликлинику, 20 посещали её в первые 2-3 дня и 22 человека – на 5-7 дни болезни. Среди обратившихся за медицинской помощью по линии СМП - 16 пациентов обратились в лихорадочный период (в первые 2-4 дня болезни) и 36 человек - в олигурический период (на 5-7 дни от начала заболевания). Среди больных, самостоятельно обратившихся в приемное отделение ИКБ №4, четыре человека обратились в лихорадочный период и 2 - в олигурический периоды болезни.

При первичном обращении больного к врачу в распознавании болезни важное значение имеют данные истории развития заболевания, выяснение эпидемиологического анамнеза и анализ результатов скринингового лабораторного обследования (в условиях поликлиники).

Из 42 пациентов, обратившихся в поликлинику, у 22 (52,4%) выявлены характерный эпидемиологический анамнез, типичная клиническая картина (острое начало, ознобы, лихорадка, тяжесть в пояснице, гиперемия лица, инъектированность склер). На 2-3 день после сдачи анализов получены информативные изменения в общем анализе крови (ОАК) и мочи (ОАМ), что позволило уже при первичном обращении у больных заподозрить ГЛПС и с получением результатов анализов направить в инфекционный стационар на 5-6 дни болезни. В 18 случаях (42,9%) были выяснены эпидемиологические и клинические данные, при этом в ОАК и ОАМ характерных изменений не было, поэтому они наблюдались в поликлинике

в динамике и лишь на 7-8 дни болезни госпитализированы в стационар. У 2 пациентов (4,7%) при первичном осмотре регистрировались только данные эпиданамнеза. С учетом указанных данных из 42 исследуемых больных у 22 при первичном обращении был заподозрена ГЛПС и они направлены на стационарное лечение в инфекционную больницу №4.

Оставшимся 20 пациентам первоначально был поставлен диагноз: Острая респираторная инфекция (10 чел.), острый пиелонефрит (4 чел.), внебольничная пневмония (6), назначено обследование и лечение. Однако заболевание развивалось и из-за ухудшения самочувствия 10 пациентов (50%) обращались к врачам по линии СМП и госпитализированы в ИКБ №4 с подозрением на ГЛПС и на ОРВИ.

Из оставшихся 10 больных пятерым, учитывая динамику развития заболевания и результаты ОАК и ОАМ, при повторном осмотре в поликлинике был установлен диагноз: ГЛПС и они направлены на лечение в инфекционный стационар. В ИКБ №4 из поликлиники по тяжести состояния ещё 3 пациента поступили с диагнозом: острая респираторная инфекция и 2 – с диагнозом: острый гастроэнтерит, которым уже в стационаре была установлена ГЛПС.

При обращении пациентов за медицинской помощью в лихорадочном периоде ГЛПС чаще предварительно устанавливался диагноз: ОРВИ, пиелонефрит, пневмония, поскольку еще не было характерных клинических признаков ГЛПС и не выявлены типичные изменения в общеклинических анализах крови и мочи. У ряда пациентов (до 10%) на фоне высокой температуры на 2-3 дни болезни присоединялись неоднократная рвота, жидкий стул до 3-5 раз в сутки и им был установлен диагноз острой кишечной инфекции.

Следует отметить, что причиной ошибочного первичного диагноза в приведенных случаях были не только неполный анамнез болезни, эпиданамнез и поверхностный анализ полученных при объективном осмотре данных, но и особенности ранней стадии и тяжелого течения ГЛПС, которые сопровождаются ранним вовлечением в инфекционный процесс многих органов и систем, и преобладанием неспецифических проявлений синдрома общей интоксикации.

Представляет интерес изучение информативности общеклинических анализов крови и мочи в ранние сроки болезни при обращении больных в поликлинику.

Из 20 пациентов, обследованных в поликлинике в лихорадочном периоде болезни, у 9 выявлены значительные изменения в ОАК в виде лейкопении (в среднем $3,8 \pm 0,28 \times 10^9/\text{л}$), сгущения крови (количество эритроцитов $5,2 \pm 0,43 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин $158 \pm 14,8$ г/л), тенденции к тромбоцитопении ($148 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$).

Не было характерных изменений в общем анализе крови у 11 пациентов, что стало одной из причин первоначальной ошибочной диагностики ГЛПС и постановки ОРВИ, пневмонии, пиелонефрита и

гастроэнтерита. При раннем обращении к врачу (в первые 3-4 дня болезни) в общем анализе мочи (ОАМ) патологические изменения практически отсутствовали. При посещении поликлиники на 5-7 дни болезни в моче выявлены изменения в виде протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии, типичные для начала олигоанурического периода ГЛПС. У 18 больных на 3-4 дни болезни (лихорадочный период) выявлены отклонения в биохимическом анализе крови в виде умеренной азотемии: увеличение показателей креатинина до $115 \pm 10,4$ мкм/л и мочевины до $9,5 \pm 0,94$ мм/л.

У 5 пациентов регистрировалась атипичная форма заболевания, сопровождавшаяся длительной лихорадкой. Лихорадка до 12 дней наблюдалась у 2, до 16 дней – у 2 и до 20 дней – у 1 больных ГЛПС. Общеинфекционный синдром в виде головной боли, миалгий, лихорадки отмечался у всех пациентов. Геморрагический и почечный синдромы были умеренными, не ведущими. Указанные особенности определяют необходимость обследования лихорадящих больных на ГЛПС.

Следует подчеркнуть, что в первые 3-4 дня болезни при диагностировании ОРИ, диагноз был неуверенным, поскольку катаральный синдром был умеренным, а лихорадка была длительной (6-8 дней). Появление повторной рвоты, болей в эпигастрии и пояснице, уменьшение количества суточной мочи, эпидемиологический анамнез помогли заподозрить ГЛПС. В дальнейшем в стационаре диагноз подтверждался выявлением полиурии, гипоизостенурии, результатами РНИФ.

Всего, обратившихся за медицинской помощью по СМП было 52 пациента, среди них имели эпидемиологический анамнез, характерный для ГЛПС, типичную клинику - 36 (69,2%), типичную клинику - 14 (26%), и 2 пациентов (3,8%) - только эпид.анамнез. Из анализированных историй болезни пациентов поступивших по линии СМП расхождения диагнозов в приемном покое ИКБ № 4 составило 10 случаев (в 5 – острая кишечная инфекция, в 3 - ОРИ, 3 – ангины), далее подтверждался диагноз «ГЛПС».

Таким образом, диагностика ГЛПС в ранние сроки болезни представляет сложную задачу. Для своевременной госпитализации больных ГЛПС в стационар необходимо в день первичного обращения в поликлинику обеспечивать скрининговым минимумом обследования (ОАК, ОАМ, рентгенография органов грудной клетки). В распознавании стертых, легких форм болезни необходимо учитывать неблагоприятный эпидемиологический анамнез, результаты лабораторных анализов.

Выводы.

1. Диагностика ГЛПС затруднена в связи с неспецифичностью клинических проявлений в ранние сроки болезни.
2. Дифференциально–диагностические трудности чаще возникают при разграничении ГЛПС от гриппа, пневмонии и пиелонефрита.
3. В основе диагностических ошибок при ГЛПС на догоспитальном этапе лежат как объективные причины, связанные с особенностями ее

клинического течения, так и субъективные факторы (недостаточный сбор анамнеза болезни и эпиданамнеза, позднее получение результатов общеклинических анализов).

4. В целях своевременной диагностики в сезон подъема заболеваемости ГЛПС оправдана провизорная госпитализация лихорадящих больных в стационар.

Список литературы

1. Алехин, Е.К. Геморрагическая лихорадка почечным синдромом / Е.К. Алехин и др. // Медицинский вестник Башкортостана – 2013. - Т.8. - №5. - С. 24-31.

2. Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Мамон А.П., Кутуев О.И., Рожкова Е.В., Кутдусова А.М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: учебное пособие для студентов и врачей – Уфа, ГБОУ ВПО БГМУ, - 2012. – 53 с.

3. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова – М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. – С. 671-701.

4. Рошупкин В.И., Суздальцев А.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - Самара, - 2003. - 68 с.

5. Сиротин Б.З. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – Хабаровск, - 1994. – 300 с.

6. Ткаченко, Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в России – проблема XXI века / Е.А. Ткаченко, Т.К. Дзагурова, П.А. Набатников // Вестник российской академии естественных наук – 2012. - №1. – С. 48-54.

7. Хасанова Г.М. Актуальные аспекты иммунопатогенеза, витаминно-микроэлементного баланса и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом: диссер. ... д.м.н. – Москва, ГОУВПО «Российский университет дружбы народов» – 2012. – 316 с.

8. Хасанова Г.М., Исхаков Э.Р. Разработка образовательного комплекса в реабилитации больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Проблемы управления здравоохранением - 2010. - №51. - С. 82-85.

9. Павлов В.Н., Казихинуров А.А., Сафиуллин Р.И., Фарганов А.Р., Чингизова Г.Н., Насибуллин И.М., Галимзянов В.З. Абдоминальный синдром у больных с тяжелой формой геморрагической лихорадки и острой почечной недостаточностью // Медицинский вестник Башкортостана. - 2015. - Т. 10. - № 3. - С. 106-108.

10. Павлов В.Н., Казихинуров А.А., Сафиуллин Р.И. Хирургические осложнения у больных с тяжелой формой геморрагической лихорадкой и ОПН // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2007. - № 1S-2. - С. 763.

© Мурзабаева Р.Т., Мамон А.П., Хасанова Г.М., Кутлугужина Ф.Г., Шарифуллина Л.Д., Арсланова Р.Ф., 2018.