

РЕЗИДУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С
ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Т.А. АНИСИМОВА, Э.В. ЕФИМОВА

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Московский проспект, д.15, Чебоксары, Россия, 428015*

Аннотация. Проанализированы исходы геморрагической лихорадки с почечным синдромом у 55 больных, находившихся под наблюдением врача – инфекциониста поликлиники в течение одного года после перенесенной геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Эта проблема более подробно изучена на примере Хантаан-инфекции в Дальневосточном регионе, последствия Пуумала-инфекции изучены недостаточно, у врачей поликлинического звена отсутствует настороженность в отношении формирования хронической почечной патологии у реконвалесцентов. Вместе с тем доказано, что особенности клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом обусловлены определенным серотипом вируса. Выявлено, что ведущим клиническим проявлением у больных в раннем реконвалесцентном периоде геморрагической лихорадки с почечным синдромом являлся астеновегетативный синдром. Отдаленный прогноз у больных, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, не всегда благоприятный, что может быть связано с длительными нарушениями функций почек. Почечная патология, выявленная у больных, включала в себя пояснично-болевой синдром, отеки век, дизурические явления, полиурию, никтурию, протеинурию, гематурию, цилиндрурию, гипоизостенурию. Установлено, что перенесенное заболевание также сопровождается длительным нарушением функций нервной системы, сердечно-сосудистой системы, гепато-билиарной системы, что говорит о возможности развития хронической патологии различных органов и необходимости наблюдения реконвалесцентов геморрагической лихорадки с почечным синдромом, помимо инфекциониста, нефрологом, кардиологом, неврологом.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, реконвалесценты, резидуальные (остаточные) явления, патология почек, отдаленный прогноз.

RESIDUAL SYNDROME IN CONVALESCENTS OF HEMORRHAGIC FEVER
WITH RENAL SYNDROME

T.A. ANISIMOVA, E.V. EFIMOVA

Chuvash State I.N. Ulyanov University, Moskovsky av., 15, Cheboksary, Russia, 428015

Abstract. The outcomes of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) were analyzed in 55 patients who were under the supervision of a physician – infectious within one year after the disease. This issue has been studied in more detail by the example of Hantaan virus infection in the Far East, the effects of Puumala infection aren't well understood, vigilance among physicians concerning the formation of chronic kidney disease in patients is lacking. However, it is proved that the peculiarities of the clinical course of HFRS are caused by a specific serotype of the virus. It is revealed that the leading clinical manifestation in patients in early convalescence period of HFRS was asthenovegetative syndrome. Long-term prognosis of patients with HFRS, isn't always favorable, it may be associated with prolonged disorders of the kidneys. Renal pathology includes lumbar – pain, eyelid swelling, dysuric phenomena, polyuria, nycturia, proteinuria, hematuria, cylindruria, reposotory. It is established that the disease is accompanied by a prolonged dysfunction of the nervous system, cardiovascular system, hepato-biliary system, this suggests the possibility of development of chronic pathology of different organs and the need for surveillance of HFRS patients, not only the infectious, but the nephrologist, cardiologist, neurologist.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, convalescents, residual phenomena, kidney pathology, long-term prognosis.

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острая вирусная природно-очаговая инфекция, в основе патогенеза которой лежат вирусное поражение сосудов микроциркуляторного русла и иммунопатологические механизмы.

Широкое распространение ГЛПС в мире, высокие показатели заболеваемости, длительное снижение работоспособности реконвалесцентов обуславливают высокую социальную и медицинскую значимость проблемы ГЛПС в России.

Характерной особенностью ГЛПС является высокая частота резидуальных (остаточных) явлений у реконвалесцентов, связанных в основном с патологией почек и *сердечно-сосудистой системы* (ССС), а также нервной, эндокринной и пищеварительной систем, что может влиять на качество жизни больных [1, 3,

7]. Поскольку при ГЛПС почки являются главным органом – мишенью, в первую очередь внимание клиницистов обращено к детальному изучению состояния мочевыделительной системы. Острая почечная недостаточность – основной синдром ГЛПС – рассматривается в настоящее время как фактор риска формирования хронической почечной патологии [2, 4]. Ряд исследователей прямо указывают на закономерную возможность формирования ХПН у перенесших ГЛПС [6, 9-11].

Отечественные и зарубежные исследователи еще в 50-60-х годах XX века наблюдали те или иные отклонения со стороны почек в разные сроки после перенесенного ГЛПС. С.Л. Глазунов (1957), A.J. Rowe (1952), K.P. Brown (1954), D.C. Gajdusek (1962), A.A. Беляев (1968) отмечали у перенесших тяжелую форму болезни спустя 4-8 месяцев недостаточную концентрационную способность почек. В.И. Рощупкин (1969) описывает отсутствие у перенесших ГЛПС хронического поражения клубочкового аппарата, при сохранении в течение нескольких месяцев после болезни утомляемости, болевых явлений в пояснице, полиурии, реже дизурию и гипертермию. Г.С. Ковальский (1970) пришел к заключению, что в ранний реконвалесцентный период сохраняются ноющие боли в пояснице, жажда, полиурия, низкая относительная плотность мочи, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. М.Е. Rubini с соавторами (1960) выявляют более частую обращаемость переболевших по поводу заболеваний мочевой системы, чем в контрольной группе. Б.З. Сиротинин с соавт. (1980) спустя 12 месяцев после болезни отметил у пациентов снижение концентрационной способности почек в 21,8%, коррелирующую с тяжестью болезни.

Анализ публикаций о возможных последствиях перенесенного ГЛПС в нашей стране показывает, что эта проблема более подробно была изучена на примере Хантаан-инфекции в Дальневосточном регионе. Последствия Пуумала-инфекции изучены недостаточно, у врачей поликлинического звена отсутствует заинтересованность в отношении формирования хронической почечной патологии у реконвалесцентов ГЛПС [3, 5, 8]. Вместе с тем доказано, что особенности клинического течения ГЛПС и реконвалесценции обусловлены определенным серотипом вируса [6, 8, 11].

В работах С.Л. Жарского (2005) выделяются следующие группы последствий у реконвалесцентов ГЛПС:

1. Почечные:

- a) Хронический пиелонефрит – формируется у 7,3-16% переболевших.
- b) Очаговый интерстициальный фиброз – диагностируется, по данным УЗИ, в 69,2% случаев после тяжелой формы болезни на основании выявления эхо-плотных очагов в проекции пирамид.
- c) Синдром тубулярных дисфункций.
- d) Резидуальный дисциркуляторный почечный синдром – проявляется нарушениями основных звеньев почечного кровотока, выявляемых при ультразвуковой доплерографии, а также на уровне клубочков с развитием у части перенесших (42,9% в первые три месяца) состояния гиперфльтрации. Сохраняется на протяжении до одного года.

2. Сердечно-сосудистые:

- a) Артериальная гипертензия – развивается после ГЛПС в 8,5-10% случаев и имеет, вероятнее всего, нефрогенный характер.
- b) Синдром гемодинамических нарушений в малом круге кровообращения – выявляется в первые 3 месяца после ГЛПС.

3. Гепатолиенальные: синдром преходящей портальной гипертензии – сохраняется в первые месяцы после болезни.

4. Неврологические:

- a) Синдром поствирусной астении – проявляется в первые месяцы после тяжелой и среднетяжелой форм болезни.
- b) Синдром резидуальной энцефалопатии – формируется в течение первого года и сохраняется не менее двух лет после болезни.

Таким образом, ранний и поздний реконвалесцентные периоды у перенесших ГЛПС могут сопровождаться разнообразными нарушениями со стороны многих органов и систем. Врач-инфекционист поликлинического звена сталкивается как с кратковременными изменениями со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем больного, так и с проявляющейся в более поздние периоды серьезной патологией со стороны почек, эндокринной и других систем.

Цель исследования – выявление имеющихся остаточных явлений у больных, перенесших ГЛПС.

Материалы и методы исследования – нами проанализировано течение восстановительного периода у 55 больных, находившихся под наблюдением врача – инфекциониста поликлиники в течение одного года после перенесенной ГЛПС. Мужчин было 35 человек, женщин – 20. Тяжелое течение инфекции наблюдалось у 11 больных (20,0%), легкое течение у 1 больного (1,8%). Средний возраст больных составил 42,8±1,8 лет (у мужчин – 40,8±2,2 лет, у женщин – 46,2±3,3 лет).

Результаты и их обсуждение. Ведущим клиническим проявлением у больных в раннем реконвалесцентном периоде ГЛПС (1-3 мес. после выписки из стационара) являлся астеновегетативный синдром (синдром поствирусной астении), выявленный у 32 человек (58,2%), причем у больных тяжелой формой частота его встречаемости гораздо выше – (81,8%, 9 человек). Клиническими проявлениями синдрома являлись по-

вышенная утомляемость, слабость, нарушение сна и аппетита, эмоциональная лабильность (у 63,6% больных, перенесших тяжелую форму и у 41,4% больных, перенесших среднетяжелую форму ГЛПС), нарушение работоспособности (в 48,0% случаев после тяжелой формы и в 28,4% случаев после среднетяжелой формы инфекции). Сроки проявления симптомов примерно соответствуют срокам сохранения высоких уровней антихантавирусных антител (до 1 года). Длительно сохраняющиеся астенические жалобы имеют большое экономическое значение, поскольку ограничивают трудоспособность реконвалесцентов.

Частым остаточным проявлением перенесенной хантавирусной инфекции является почечная патология, включающая в себя пояснично-болевой синдром, отеки, дизурические явления, полиурию, никтурию, протеинурию, гематурию, цилиндрурию, гипоизостенурию. Так, по нашим наблюдениям, тяжесть и тупые боли в поясничной области отмечались до 9-12 месяцев после госпитального периода у 35,4% реконвалесцентов в общей группе, а после перенесенной тяжелой формы в 57,8%. Дизурические явления беспокоили 11,3% реконвалесцентов. По данным лабораторных исследований, спустя 1-6 месяцев у больных сохранялись изменения в анализах мочи: гипоизостенурия отмечалась в 79,2%, умеренная эритроцитурия в 19,3%, повышение уровня лейкоцитов в анализе мочи по Нечипоренко – в 43,4%. Хронический пиелонефрит, по данным лабораторно-инструментальных исследований, наблюдался у 22,1% больных.

ССС также страдает в остром и реконвалесцентном периодах ГЛПС. Можно говорить о некоронарном поражении сердца при этой тяжелой вирусной инфекции. В олигурическом периоде ГЛПС изменения на ЭКГ могут быть связаны как с глубокими дистрофическими нарушениями, так и гипо- или гиперкалиемией. Наиболее частым проявлением сердечной патологии в реконвалесцентном периоде является *артериальная гипертония* (АГ), имеющая разное происхождение. По нашим данным, частота обнаружения АГ у реконвалесцентов ГЛПС в общей группе составляет 14,4%, при тяжелой форме инфекции – 36,3%.

Поражение гепато-билиарной системы в клинике ГЛПС исследователями недостаточно освещено, поскольку эта патология замаскирована более манифестными проявлениями. В остром периоде ГЛПС умеренная гепатомегалия регистрировалась нами в 50,1%, достоверно чаще встречаясь при тяжелом течении (77,6%), умеренное повышение уровня АЛАТ наблюдалась в общей группе и среди больных с тяжелым течением соответственно в 27,0 и 49,6%. У переболевших ГЛПС в сроки 1-3 месяцев определялось умеренное увеличение печени в 35,4% (при тяжелом течении – 52,3%), умеренный синдром цитолиза у 21,4% реконвалесцентов.

Выводы:

1. Таким образом, отдаленный прогноз у больных, перенесших ГЛПС, не всегда благоприятный.
2. Самым частым проявлением резидуального синдрома в раннем реконвалесцентном периоде является астеновегетативный синдром, ограничивающий трудоспособность больных.
3. Изменения со стороны почек могут сохраняться длительно и приводить к хронической почечной патологии.
4. Поражение ССС проявляется чаще артериальной гипертонией, беспокоит в течение первых месяцев после выписки.
5. Помимо наблюдения у врача-инфекциониста, больной, при необходимости, должен проходить обследования у нефролога, кардиолога, невролога и других специалистов.

Литература

1. Дударев М.В., Пименов Л.Т. Астенический синдром у больных, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом: клиническая характеристика и лечебная коррекция // Клиническая фармакология и терапия. 2005. № 14(2). С. 25–29.
2. Земченков АЮ, Н.А. Томилина «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности (О новом разделе Рекомендаций К/DOQI по диагностике, классификации и оценке тяжести хронических заболеваний почек) // Нефрология и диализ. 2004. № 6(3). С. 204–220.
3. Исакова М.А. Патфизиологическая характеристика позднего реконвалесцентного периода у лиц, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным: автореферат канд. мед. наук. Уфа, 2006. 22 с.
4. Кузнецова Л.В., Хрусталева Е.В., Шутов А.М. Хроническая болезнь почек у больных, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2012. № 3 (23). С. 60–66.
5. Кустарников Г.К. Клиника и функциональное состояние почек у переболевших геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (по материалам Удмуртской АССР): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев, 1982. 12 с.
6. Пименов Л.Т., Дударев М.В., Васильев М.Ю. Возможности формирования хронической болезни почек в исходе геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Клиническая нефрология. 2009. №2. С. 63–65.
7. Сайтгареев А.А., Фазлыева Р.М. К вопросу об изменениях внутренних органов реконвалесцентов ГЛПС // Актуальные проблемы природно-очаговых инфекций: материалы II республиканской науч.-практ. конф., 8-9 апреля 1998 г. Ижевск, 1998. С. 135–136.

8. Сиротин Б.З., Шапиро И.А., Манешин В.Н. Тубулоинтерстициальные изменения у больных перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом. Терапевтический архив. 1989. Т. 61. № 12. С. 91–95.
9. Шутов А.М., Кузнецова Л.В., Ханьжина С.А. ХПН у перенесших ГЛПС – миф или реальность? // Нефрология и диализ. 2004. Том 6. № 3 . С. 262–265.
10. Follow up of patients with HFRS / Cizman D., Furlan P., Kaplan-Pavlovic S. [et. al.] // Proc. Int. Symp. Hemorrhagic fever with renal syndrome. Hubei China, 1998. 150 p.
11. Pathological renal changes in epidemic hemorrhagic fever accompanied by chronic renal in one case / P.S. Yan, Y.F. Liu, B.Y. Wang [et. al.] // Chin Med. 1986. № 99. С. 503–506.

References

1. Dudarev MV, Pimenov LT. Astenicheskiy sindrom u bol'nykh, perenessikh gemorragicheskuyu likhoradku s pochechnym sindromom: klinicheskaya kharakteristika i lechebnaya korrektsiya. Klinicheskaya farmakologiya i terapiya. 2005;14(2):25-9. Russian.
2. Zemchenkov AYu, Tomilina NA. «K/DOKI» obrashchaetsya k istokam khronicheskoy pochechnoy nedosta-tochnosti (O novom razdele Rekomendatsiy K/DOQI po diagnostike, klassifikatsii i otsenke tyazhesti khronicheskikh zabolevaniy pochek). Nefrologiya i dializ. 2004;6(3):204-20. Russian.
3. Isakova MA. Patofiziologicheskaya kharakteristika pozdnego rekonvalescentogo perioda u lits, perenessikh gemorragicheskuyu likhoradku s pochechnym [dissertation]. Ufa (Ufa region); 2006. Russian.
4. Kuznetsova LV, Khrustaleva EV, Shutov AM. Khronicheskaya bolezni pochek u bol'nykh, perenessikh gemorragicheskuyu likhoradku s pochechnym sindromom. Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy regi-on. Meditsinskie nauki. 2012;3(23):60-6. Russian.
5. Kustarnikov GK. Klinika i funktsional'noe sostoyanie pochek u perebolevshikh gemorragicheskoy likhoradkoy s pochechnym sindromom (po materialam Udmurtskoy ASSR) [dissertation]. Kuybyshev; 1982. Russian.
6. Pimenov LT, Dudarev MV, Vasil'ev MYu. Vozmozhnosti formirovaniya khronicheskoy bolezni pochek v iskhode gemorragicheskoy likhoradki s pochechnym sindromom. Klinicheskaya nefrologiya. 2009;2:63-5. Russian.
7. Saitgareev AA, Fazlyeva PM. K voprosu ob izmeneniyakh vnutrennikh organov rekonvalescentov GLPS. Aktual'nye problemy prirodno-ochagovykh infektsiy: materialy II respublikanskoy nauch.-prakt. konf., 8-9 aprelya 1998. Izhevsk; 1998. Russian.
8. Sirotin BZ, Shapiro IA, Maneshin VN. Tubulointerstitsial'nye izmeneniya u bol'nykh perenes-shikh gemorragicheskuyu likhoradku s pochechnym sindromom. Terapevticheskiy arkhiv. 1989;61(12):91-5. Russian.
9. Shutov AM, Kuznetsova LV, Khan'zhina SA. KhPN u perenessikh GLPS – mif ili real'nost'? Nefrologiya i dializ. 2004;6(3):262-5. Russian.
10. Cizman D, Furlan P, Kaplan-Pavlovic S, et. al. Follow up of patients with HFRS. Proc. Int. Symp. Hemorrhagic fever with renal syndrome. Hubei China; 1998.
11. Yan PS, Liu YF, Wang BY, et. al. Pathological renal changes in epidemic hemorrhagic fever accompanied by chronic renal in one case. Chin Med. 1986;99:503-6.