



ЕГОРОВ В.Б., УШАКОВА И.А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Уфа

Клинические проявления и исходы геморрагической лихорадки с почечным синдромом у детей различных возрастов

Наш интерес к геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) у детей был обусловлен многообразием ее клинических проявлений, а также тем, что данное заболевание является основной природно-очаговой инфекцией в нашей республике.

В этом плане интерес представляет вспышка ГЛПС среди учеников сельской школы.

Всего заболело 60 человек учащихся и двое учителей. Большинство заболевших — 55 детей (92%) — были в возрасте от 11 до 14 лет. Первые случаи заболевания вызвали затруднения в постановке диагноза, больных направляли в стационар для лечения ОРВИ, пиелонефрита, ангина. Двум детям с выраженным абдоминальным синдромом была проведена аппендэктомия по поводу катарального аппендицита. По мере увеличения числа заболевших и появления манифестных признаков детям был выставлен диагноз ГЛПС. Всем больным было проведено серологическое обследование, выявившее 4-кратное нарастание титра антител к вирусу.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических проявлений и исходов ГЛПС для определения критериев диагноза и тяжести болезни у детей в различных возрастных группах.

Последующее наблюдение позволило отметить отсутствие четкой сменяемости периодов болезни. Ухудшение состояния и развитие специфического почечного синдрома регистрировалось не после снижения температуры, а на 4–5-й день болезни, в разгар лихорадки. Длительность последней составила $8,54 \pm 0,52$ дня. К сроку $4,88 \pm 0,26$ дней болезни у всех больных регистрировался симптом Пастернацкого, в 55,6% случаев сочетавшийся с сильными болями в животе. Проявления геморрагического синдрома имели место у 38,9% детей в виде петехиальной сыпи на коже и слизистых, а в 27,8% случаев как обильные носовые кровотечения. У 16,7% больных отмечались жалобы на снижение остроты зрения. Начиная с $5,20 \pm 0,26$ дня болезни состояние больных резко ухудшалось в связи с развитием олиго- или анурии. В 16,7% случаев начало олигурии сопровождалось развитием инфекционно-токсического шока 2 степени. Лабораторные данные, полученные в период олиго-анурии, отражали прогрессирующее нарушение функции почек. Так, низкий удельный вес мочи ($1002,15 \pm 0,69$) регистрировался у 72,2% больных, количество белка в моче составило $2,83 \pm 0,64\%$, у 61,1% больных имела место лейкоцитурия, а в 66,7% случаев микрогеуатурия. Макрогеуатурии отмечено не

было. К этому периоду отмечалось дальнейшее увеличение содержания мочевины в сыворотке крови ($22,64 \pm 1,46$ ммоль/л; $p < 0,05$), креатинина ($293,00 \pm 17,18$ мкмоль/л $p < 0,05$) и остаточного азота ($0,76 \pm 0,04$ г/л; $p < 0,05$). Это, по-видимому, обусловлено как снижением фильтрационной способности почек, так и эндогенным распадом белка (общий белок $74,36 \pm 0,37$ г/л при норме $83,52 \pm 0,67$ г/л; $p < 0,05$). Содержание электролитов сыворотки крови существенных изменений не претерпевало, составив соответственно: калий $4,16 \pm 0,09$ ммоль/л, натрий $132,10 \pm 0,58$ ммоль/л, кальций $2,58 \pm 0,006$ ммоль/л. Дальнейшее развитие ДВС-синдрома проявлялось увеличением числа тромбоцитов ($931,50 \pm 68,64$ тыс. в 1 мл), а также уменьшением протромбинового индекса ($52,00 \pm 1,49\%$). Длительность олигурии в этой группе больных составила $4,56 \pm 0,45$ дней и с наступлением полиурического периода состояние больных значительно улучшалось.

Суточное количество мочи у детей в полиурический период достигало 3000,0–4000,0, а начиная с $9,79 \pm 0,65$ дня от начала болезни симптом Пастернацкого уже не отмечался. Исследуемые биохимические показатели к 10–12-му дню болезни достигали физиологических величин. Следует отметить, что даже в период реконвалесценции (6 месяцев после выздоровления) у 38,9% детей сохранялся низкий удельный вес мочи, а в 27,8% случаев значительная лейкоцитурия.

Полученные результаты позволяют сделать некоторые выводы и предположения.

Клинические проявления ГЛПС у детей имеют ряд существенных отличий от «классических» проявлений болезни, присущей лицам старшего возраста. Так, олиго-анурия развивается на фоне сохраняющейся лихорадки, а снижение температуры знаменует собой не столько возможность последующего ухудшения состояния больного, сколько значительное его улучшение. Значительную (более 5%) протеинурию имели только 16,7% больных с тяжелой формой ГЛПС, что не позволяет использовать данный критерий в качестве показателя тяжести болезни. Следует отметить, что даже при развитии анурии или инфекционно-токсического шока существенных изменений в минеральном обмене не происходило. Следует полагать, подобные особенности, а также большая частота легких и среднетяжелых форм болезни обусловлены особенностями 2-го серотипа вируса ГЛПС. Высокая частота (11,6%) остаточных проявлений заболевания в виде гипостенурии и лейкоцитурии требует длительного и тщательного наблюдения за реконвалесцентами.