

Геморрагическая  
лихорадка  
с почечным  
синдромом

**ГЛПС** — острая вирусная (природно-очаговая) инфекция, характеризующаяся генерализованным вовлечением мелких сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и поражением почек по типу острого тубулоинтерстициального нефрита с развитием ОПП

# Эпидемиология

В России занимает 1 место среди природноочаговых инфекций. Более 95% случаев приходится на европейскую часть России. 89,7% всех зарегистрированных случаев заражения ГЛПС в РФ приходится на ПФО.

Широкое распространение, высокие показатели заболеваемости, преимущественное поражение лиц молодого и среднего возраста, сопровождающееся длительным периодом снижения трудоспособности, значительная частота тяжелых форм течения болезни, отсутствие специфических средств лечения и профилактики обуславливают высокую социальную и медицинскую значимость проблемы ГЛПС в ПФО.

# Этиология

Возбудители ГЛПС — вирусы рода Хантавирусы семейства Bunyaviridae. Пути передачи инфекции: воздушно-пылевой (основной), контактный, алиментарный. Основные резервуары инфекции полевая мышь, рыжая полевка.

# Клиническая картина

Инкубационный период составляет от 4 до 45 дней (в среднем 2-4 нед).

В клиническом течении выделяют 5 периодов:

Продромальные явления продолжительностью 2-3 дня проявляются недомоганием, головной болью, миалгиями и субфебрилитетом.

- 1) Начальный (лихорадочный)
- 2) Гипотензивный
- 3) Олигурический
- 4) Полиурический (фаза восстановления диуреза)
- 5) Период реконвалесценции.

**Начальный период** продолжается до 3–4-го дня болезни и характеризуется острым началом, повышением температуры до 38-40С, плохо купирующейся жаропонижающими препаратами.

Жалобы: сильная головная боль, слабость, снижение аппетита, тошнота, ломота в теле, боли в пояснице, нарушение зрения («туман, мушки» перед глазами).

Объективно: гиперемия кожи и слизистых оболочек, инъекцированность сосудов склер, брадикардия, снижение АД. Проявлением абдоминального синдрома являются умеренный метеоризм и разлитая болезненность при пальпации живота, может быть гепатомегалия. Иногда, при тяжелых формах, наблюдаются явления менингизма.

**Гипотензивный период** (на 3—6-й день с момента начала лихорадки): риск развития ИТШ.

## Олигоурический период

(с 6-8 по 10–12-й дни болезни).

Снижение температуры в этот период не сопровождается улучшением состояния больного. Нарастают общетоксические явления (усиливается головная боль, тошнота, рвота), боли в поясничной области, животе, часто наблюдается диарея. Степень выраженности олигоурии, как правило, коррелирует с тяжестью заболевания. В этом периоде наблюдаются различные проявления геморрагического синдрома: носовые, желудочно-кишечные кровотечения, макрогематурия, петехии в подмышечной области и верхней части ГК, подкожные гематомы в местах инъекций.

Основные осложнения в этот период: ОПН, ИТШ, ДВС-синдром, разрывы почек, ОРДС. Кровоизлияния в жизненно важные органы (ЦНС, гипофиз, надпочечники) являются причиной летального исхода.

**Полиурический период** наступает с 10–15-го дня болезни. Состояние больных улучшается. Увеличивается суточное количество мочи (до 5-9л), никтурия, исчезают боли в пояснице и животе, нормализуется аппетит, появляется жажда. Длительность периода в зависимости от тяжести клинического течения может колебаться от нескольких дней до нескольких недель.

В этом периоде сохраняется риск таких осложнений, как надрывы или разрывы коркового вещества и капсулы почек.

**Период реконвалесценции** (с 20–22-го дня болезни и продолжается в среднем 6 месяцев).

Особенность клинического течения ГЛПС в настоящее время заключается в значительном увеличении числа атипичных вариантов болезни, особенно в начальном периоде.

Существенное изменение клинических проявлений в последние годы отмечено в УР. Частота тяжелого течения болезни возросла с 19% в 1997 г. до 68% в 2004 г. В этом же очаге увеличилось количество больных с первичным поражением легких

# Диагностика

1) Основанием для постановки клинического диагноза является характерное сочетание картины острого лихорадочного заболевания, протекающего с поражением почек и геморрагическим синдромом. Необходимо учитывать эпидемиологические данные, сезонность и цикличность течения болезни.

2) ОАК: норма, лейкопения или лейкоцитоз, п/я сдвиг, тромбоцитопения, появление плазматических клеток, повышение СОЭ.

3) ОАМ: протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, стойкая гипоизостенурия.

5) ИФА: IgM и G.

Оптимальные сроки забора и обследования сывороток для определения 4-кратного и более нарастания титра АТ: 1-я сыворотка — при поступлении больного в стационар; 2-я — через 3-4 дня после взятия 1-й сыворотки. В случае отсутствия нарастания титра антител в парных сыворотках, следует произвести забор 3-й сыворотки через 7-8 дней после взятия второй сыворотки.

4) УЗИ почек: увеличение толщины паренхимы почек, отек почек и появление «пирамидок».

## ЛЕЧЕНИЕ

Все больные подлежат госпитализации. Постельный режим назначается на периоды лихорадки и олигурии. Показан стол № 4.

### ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

Рибавирин (виразол) 6 мг/кг 4 р/сут 3 дня в/в, затем по 1000 мг в сутки внутрь до 5 дней.

Этиотропная терапия наиболее эффективна в первые 5 дней заболевания. Она показана при среднетяжелой и тяжелой формах болезни.

# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

1. Дезинтоксикационная терапия осуществляется введением 5–10% раствора глюкозы, полиионных растворов, коллоидов. Объем вводимой жидкости не должен превышать количество суточной мочи более чем на 500 мл.
2. Нормализация проницаемости сосудистой стенки: аскорбиновую кислоту, препараты кальция и др.
3. Улучшение микроциркуляции и почечного кровотока достигается введением внутривенно эуфиллина, внутримышечно папаверина и т.д.
4. Лечение ДВС-синдрома: гепарин, СЗП.
5. Десенсибилизирующая терапия: клемастин и др.
6. Мочегонные средства: осмотические диуретики, салуретики (при наличии ответного диуреза).
7. Коррекция водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния.

**Симптоматическая терапия** включает в себя мероприятия, направленные на купирование болевого синдрома, рвоты, бессонницы, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы.

Показаниями для проведения гемодиализа являются:

Олигоанурия более 3-4 сут, анурия в течение суток,  
токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга,  
калий крови  $> 6,0$  ммоль/л,  
мочевина  $> 26-30$  ммоль/л,  
креатинин  $> 0,7$  ммоль/л,  
ацидоз с ВЕ  $6$  ммоль/л, рН  $7,25$  и ниже.