

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

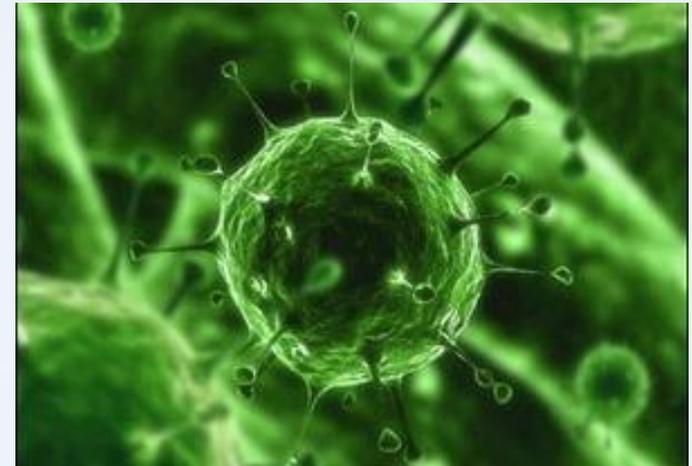
Выполнила: студентка 4
курса
43 группы Красногорова
Кристина

Это острая вирусная зоонозная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся системным поражением мелких кровеносных сосудов, геморрагическим диатезом, гемодинамическими расстройствами и поражением почек с развитием ОПН.

ЭТИОЛОГИЯ

- **Возбудитель** — арбовирус семейства *Bunyaviridae*, рода *Hantavirus*, включающий около 30 серотипов, 4 из которых (*Hantaan*, *Puumala*, *Seul* и *Dobrava/Belgrad*) вызывают заболевание, известное под названием ГЛПС.

- Вирус ГЛПС имеет сферическую форму; содержит четыре полипептида: нуклеокапсид (N), РНК-полимеразу и гликопротеины мембраны — G1 и G2.



- РНК-содержащий вирус.
- Вирус чувствителен к хлороформу, ацетону, эфиру, бензолу, ультрафиолетовому облучению; инактивируется при 50 °С в течение 30 мин, кислотолабилен (полностью инактивируется при рН ниже 5,0). Относительно устойчив во внешней среде при 4–20 °С, хорошо сохраняется при температуре ниже –20 °С. В сыворотке крови, ...

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Основной источник и резервуар возбудителя - мышевидные грызуны которые переносят бессимптомную инфекцию и выделяют вирус с мочой и фекалиями.
- Заражение людей происходит воздушно-пылевым путём (при аспирации вируса из высохших испражнений инфицированных грызунов), контактным (через повреждённые кожные и слизистые покровы), алиментарным (при употреблении продуктов, загрязнённых выделениями инфицированных грызунов и не прошедших термическую обработку).
- Передача инфекции от человека к человеку невозможна.
- Чаще болеют мужчины (70–90% больных) от 16 до 50 лет.
- Перенесённая инфекция оставляет стойкий пожизненный типоспецифический иммунитет.



РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- Природные очаги ГЛПС распространены по всему миру: в скандинавских странах, Болгарии, Чехии, Словакии, Югославии, Бельгии, Франции, Австрии, Польше, Сербии, Словении, Хорватии, Боснии, Албании, Венгрии, Германии, Греции, Дальнем Востоке.
- В России наиболее активные очаги между Волгой и Уралом (Башкортостан, Татарстан, Республика Марий Эл, Самарская и Ульяновская области) и на Дальнем Востоке.

Сезонность заболеваемости: с мая по

ПАТОГЕНЕЗ

Выделяют несколько стадий:

- **Заражение.** Вирус внедряется через слизистые дыхательных, пищеварительных путей, повреждённый кожный покров и репродуцируется в лимфоузлах и мононуклеарно-фагоцитарной системе.
- **Вирусемия и генерализация инфекции.** Происходит диссеминация вируса и его инфекционно-токсическое воздействие на рецепторы сосудов и нервной системы - инкубационный период.
- **Токсико-аллергические и иммунологические реакции (лихорадочный период).** Циркулирующий в крови вирус захватывают клетки МФС и при нормальной иммунореактивности удаляют из организма. При нарушении регуляторных механизмов комплексы антиген-антитело повреждают стенки артериол → повышается проницаемость сосудов и развивается геморрагический диатез с плазмореей в ткани. Ведущее место в патогенезе также принадлежит клеточным факторам иммунитета: цитотоксическим лимфоцитам, НК-клеткам и провоспалительным цитокинам, которые оказывают повреждающее действие на инфицированные вирусом клетки.
- **Висцеральные поражения и обменные нарушения (олигурический период).** Результатом развившихся под действием вируса нарушений становятся геморрагические, дистрофические и некробиотические изменения в гипофизе, надпочечниках, почках и других паренхиматозных органах (манифестация ДВС-синдрома). Наибольшие изменения отмечают в почках — снижение клубочковой фильтрации и нарушение канальцевой реабсорбции, что

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Периоды болезни	Клиническая характеристика
Начальный период	<p>Длится от 3 до 10 сут. Острое начало, повышение температуры до 38–40°С, сильная головная боль, сухость во рту, тошнота, снижение аппетита, слабость, миалгии. Отмечают запоры. Характерны жалобы на снижение остроты зрения («мушки» перед глазами), боли в глазных яблоках, которые исчезают в течение 1–5 дней. Гиперемия лица, шеи, верхней части груди, инъекция склер и конъюнктивы, гиперемия зева, геморрагическая энантема на мягком нёбе, умеренная брадикардия. Возможны кровянистые выделения из носа, рвота, боли в пояснице, животе; с 3–5-го дня - петехиальная сыпь в области ключиц, подмышечных впадин, груди. При тяжёлых формах отмечают симптомы менингизма. На 4–6-й день болезни возрастает риск развития ИТШ, особенно при нарушении лечебно-охранительного режима.</p>
Олигурический период	<p>С 3–6-го по 8–14-й день болезни - усугубляются симптомы интоксикации и снижается суточный диурез. Характерна адинамия, боли в поясничной области различной интенсивности, геморрагический синдром (кровоизлияния в склеры, в местах инъекций; носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения). Кровоизлияния в жизненно важные органы (ЦНС, надпочечники, гипофиз). Объективно - бледность лица, пастозность век, одутловатость лица; брадикардия, гипотензия, которая к концу периода сменяется гипертензией. При пальпации живота - болезненность в проекции почек, гепатомегалия, положительный симптом поколачивания (проверять с осторожностью).</p>
Полиурический период	<p>С 9–13-го дня болезни - отличается развитием полиурии (до 5 л/сут и более), никтурии с гипоизостенурией; прекращением рвоты, исчезновением болей в пояснице, восстановлением сна и аппетита. В то же время сохраняется слабость, сухость во рту, усиливается жажда.</p>
Период реконвалесценции	<p>Восстанавливается суточный диурез, приходят к норме показатели мочевины и креатинина, улучшается общее состояние больного. Длительность выздоровления зависит от скорости восстановления почечных функций и продолжается от 3 нед до 2–3 лет.</p>

КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ

Лёгкое течение:	Среднетяжёлое течение:	Тяжёлое течение:
<ul style="list-style-type: none"> -лихорадка (до 38,0°С); -олигурия (до 900 мл/сут); -микропротеинурия; -микрогематурия; -концентрация мочевины сыворотки крови в норме, повышение уровня креатинина до 130 мкмоль/л. 	<ul style="list-style-type: none"> -лихорадка (до 39,5°С); -головная боль, частая рвота; -интенсивная боль в области поясницы, боли в животе; -геморрагическая сыпь; -олигурия (300–900 мл/сут); -умеренная азотемия (мочевина в плазме крови до 18 ммоль/л, креатинин до 300 мкмоль/л). 	<ul style="list-style-type: none"> -осложнения в виде ИТШ и острой сосудистой недостаточности; -геморрагический синдром; -олигурия (менее 300 мл/сут) или анурия; -уремия (концентрация мочевины выше 18,5 ммоль/л, креатинина — выше 300 мкмоль/л).

ОСЛОЖНЕНИЯ

Специфические:

- ИТШ;
- ДВС-синдром;
- азотемическая уремия;
- отёк лёгких и головного мозга;
- кровоизлияния в гипофиз, надпочечники, миокард, головной мозг;
- эклампсия;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- профузные кровотечения;
- надрыв или разрыв капсулы почки;
- инфекционный миокардит;
- геморрагический менингоэнцефалит,
- парез кишечника;
- вирусная пневмония.

Неспецифические:

- пиелонефрит;
- восходящий пиелит;
- гнойный отит;
- абсцессы;
- флегмоны;
- пневмонии;
- паротит;
- сепсис.

ДИАГНОСТИКА

- РНИФ: исследования проводят в парных сыворотках, взятых с интервалом 5–7 сут. Диагностически значимым считают нарастание титра антител в 4 раза и более. (подтверждаемость диагноза достигает 96–98%).
- Для повышения эффективности диагностики -первый забор сыворотки до 4–7-го дня болезни, а второй — не позже 15-го дня.
- Также используют ИФА.
- Для ранней диагностики применяют ПЦР.

ЛЕЧЕНИЕ

- Соблюдение строгого постельного режима до прекращения полиурии.
- Полноценное дробное питание, в тёплом виде. В олигурический период исключают продукты, богатые калием (овощи, фрукты) и белком (бобовые, рыба, мясо). В полиурии, наоборот, показано употребление этих продуктов. Питьевой режим – с учётом количества выделенной жидкости.

Этиотропная терапия проводится в начальном периоде, в первые 3–5 дней:

- рибавирин - 0,2г 4 раза в сутки 5–7 дней;
- йодофеназон — по схеме: по 0,3г 3 раза в сутки в течение первых 2 дней, по 0,2г 3 раза в сутки следующие 2 дня и по 0,1г 3 раза в сутки в течение последующих 5 дней;
- тилорон — 250 мг 2 раза в сутки в 1-й день, далее по 125 мг 2 дня;
- донорский специфический иммуноглобулин против ГППС по 6 мл 2

• В олигурический период для борьбы с уремической интоксикацией проводят промывание желудка и кишечника 2% раствором пищевой соды, внутривенные инфузии 4% раствора натрия гидрокарбоната, объём введения рассчитывают в миллилитрах по формуле: **$0,6 \times \text{масса тела больного (кг)} \times \text{ВЕ (ммоль/л)}$** .

• Назначают энтеросорбенты (полифепан, энтеросорб); стимулируют диурез фуросемидом в режиме ударных доз (по 100–200 мг одномоментно).

• При неэффективности проводимой терапии рекомендуют проведение экстракорпорального гемодиализа.

В полиурическом периоде проводят восполнение воды и солей - внутрь регидрон, цитраглюкосолан, минеральной воды, внутривенное введение солевых растворов (ацесоль, хлосоль и др.), приём препаратов калия (панангин, аспаркам, 4% раствор калия хлорида по 20–60 мл/сут).

Для лечения воспалительных заболеваний органов мочевыводящей системы назначают нитрофураны.

Общеукрепляющая терапия - поливитамины.

Важный компонент терапии - купирование болевого синдрома анальгетиками после исключения хирургической патологии;

Купирование судорожного синдрома — диазепам, дроперидол;

Купирование артериальной гипертензии —блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин, верапамил);

Купирование гиперпирексии;

Купирование упорной рвоты и икоты - метоклопрамид внутримышечно.

ПРАВИЛА ВЫПИСКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Правила выписки

- Выписку больных производят при удовлетворительном состоянии больного, нормализации диуреза, лабораторных показателей (мочевины, креатинина, гемограммы) за исключением гипозостенурии (сохраняется в течение длительного времени).
- Срок освобождения от работы после выписки: при лёгкой форме 7–10 дней, среднетяжёлой — 10–14 дней, тяжёлой — 15–30 дней.

Диспансеризация

- Диспансерному наблюдению подлежат все реконвалесценты ГЛПС. Срок наблюдения для переболевших лёгкой формой ГЛПС — 3 мес, среднетяжёлой и тяжёлой — 12 мес.
- Первое контрольное обследование - через 1 мес после выписки из стационара с исследованием мочи, уровня мочевины, креатинина, АД, далее — через 3, 6, 9, 12 мес.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!