



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Стасова ул., д.180 г. Краснодар, 350075
тел. (861) 268-02-12, факс: (861) 268-25-03
E-mail: zdravkub@mail.ru
<http://www.kubanzdrav.ru>
ОКПО 01967425, ОГРН 1032307165967
ИНН 2309053058

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И
БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ
СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В
СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И
БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА
ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

П Р И К А З

«25» 08. 2009 г.

№ ___2135/229

г. Краснодар

О мерах организации профилактики, диагностики и лечения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Краснодарском крае

На территории Краснодарского края случаи заболеваний геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) регистрируются почти ежегодно и носят спорадический характер.

Всего с 1993 по 2008 годы зарегистрирован 91 случай ГЛПС. Наибольшее число заболевших отмечается в причерноморском – 50 (54,9%) и предгорном 28 (28,6%) ландшафтах.

Большая часть заболевших являются работниками, работа которых связана с пребыванием в лесу, остальные же заразились во время отдыха в лесу или во время пребывания на дачных участках в лесной зоне.

В текущем году отмечена активизация природных очагов ГЛПС. За 6 месяцев 2009 года зарегистрировано 12 случаев заболеваний геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, и.п. 0,24 (за аналогичный период 2008 г. - 1 случай, и.п. 0,02) в гг. Сочи (6), Краснодаре (1), районах Мостовском (2), Апшеронском (1), Крымском (1) и Туапсинском (1). Заболевание закончилось летальным исходом у 4 человек (33,3%).

Учитывая положительные результаты на ГЛПС от людей и выявление специфического антигена хантавирусов при проведении эпизоотологического обследования в природных очагах ГЛПС ФГУЗ «Причерноморская противочумная станция» у мышевидных грызунов лесного комплекса, основных носителей вируса ГЛПС на территории Краснодарского края, в целях обеспечения эпидемиологического благополучия населения, улучшения качества диагностики, оказания медицинской помощи и повышения эффективности проводимых мероприятий по борьбе с распространением этой инфекции на тер-

ритории края, руководствуясь Федеральным законом от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650) и во исполнении Постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.06.2007 № 33 «О мерах по предупреждению заболеваний людей геморрагической лихорадкой с почечным синдромом» и Главного государственного санитарного врача по Краснодарскому краю от 05.07.2007 № 11 «О мерах по предупреждению заболеваний людей геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в Краснодарском крае», п р и к а з ы в а е м:

1. Руководителям государственных учреждений здравоохранения, органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований края:

1.1. Обеспечить полный учёт и обследование на ГЛПС больных с симптомокомплексом: острое лихорадочное состояние (температурой 38⁰ и выше в первые дни болезни), выраженная интоксикация, поражение лёгких, почек, развитие тромбогеморрагического синдрома;

1.2. В территориях со стойкими природными очагами ГЛПС (приложение № 1):

1.2.1. Провести лабораторное обследование на наличие антител к возбудителям ГЛПС и ретроспективный анализ случаев заболеваний острыми нефритами, гломерулонефритами, нефрозонефритами, поражениями лёгких неустановленной этиологии, зарегистрированных в течение 2007-2009 гг. Срок – до 15 октября 2009 года.

1.2.2. Проводить обязательное обследование на ГЛПС всех больных с острыми нефритами, гломерулонефритами, нефрозонефритами, поражениями лёгких неустановленной этиологии. Срок – постоянно.

1.3. Обеспечить госпитализацию всех заболевших с явными клиническими признаками или подозрительных на заболевание ГЛПС согласно приложению № 2 (Порядок госпитализации и алгоритм оказания медицинской помощи больным ГЛПС);

1.4. В амбулаторных картах (историях болезни) отражать анамнез заболевания и эпидемиологический анамнез:

- наличие мышевидных грызунов (мышь северокавказская, малая лесная и кустарниковая полевка - основных носителей вируса ГЛПС на территории Краснодарского края) по месту проживания или работы, на приусадебных и дачных участках;

- наличие риска профессионального заражения;
- пребывание в природных очагах ГЛПС и т.д.;

1.5. Все истории болезни (копии) с диагнозом ГЛПС направлять в организационно-методический отдел ГУЗ «Специализированная клиническая инфек-

ционная больница по адресу: г. Краснодар, ул. Седина, 204, 5-эт.здание, 3-й этаж;

1.6. Ежегодно проводить семинары по клинике, диагностике и профилактике ГЛПС с последующим принятием зачетов.

1.7. Усилить санитарно-просветительную работу с населением о мерах профилактики ГЛПС.

2. Главному врачу ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края (Городин) обеспечить оказание методической и консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям края.

3. Главному врачу ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» (Калашников):

3.1. Решить вопрос по определению стационарного участка или пункта многолетних наблюдений в природных очагах ГЛПС в причерноморской или предгорной зонах края и организовать проведение в них зоологических обследований;

3.2. Обеспечить направление положительного биологического материала на хантавирусы от больных и мышевидных грызунов в ГУ «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН» для проведения исследований возбудителя и специфической лабораторной диагностики ГЛПС.

4. Начальникам территориальных отделов территориального управления Роспотребнадзора по Краснодарскому краю:

4.1. Усилить государственный санитарно-эпидемиологический надзор за организацией и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на подавление численности мышевидных грызунов в природных очагах ГЛПС, зонах отдыха населения и летних детских оздоровительных учреждениях, предупреждением возникновения заболеваний ГЛПС;

4.2. Принимать участие в проведении семинаров для специалистов лечебно-профилактических учреждений по вопросам эпидемиологии, клинической, лабораторной диагностики, лечения и профилактики ГЛПС;

4.3. Шире использовать меры административного воздействия к руководителям организаций, индивидуальным предпринимателям, гражданам, осуществляющим хозяйственную деятельность за невыполнение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний населения геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

5. Утвердить информационное письмо для врачей лечебно-профилактических учреждений края по клинике, диагностике и лечению ГЛПС (приложение № 3).

6. О проведенной работе по выполнению данного приказа информировать управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю и департамент здравоохранения Краснодарского края в срок до 1 декабря 2009 года.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя управления Роспотребнадзора по Краснодарскому краю Т.В. Шевыреву и заместителя руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края С.Н. Стриханова.

Руководитель департамента здравоохранения Краснодарского края

Е.Н. Редько

Руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Краснодарскому краю

В.П. Клиндухов

Проект разработан и внесен:

Отделом эпидемиологического надзора
управления Роспотребнадзора по Крас-
нодарскому краю

Начальник отдела
Отделом организации медицинской по-
мощи взрослому населению департамен-
та здравоохранения Краснодарского
края

С.Ч. Тешева

Начальник отдела организации меди-
цинской помощи взрослому населению

Т.С. Очерет

Составитель проекта:
Ведущий консультант отдела организа-
ции медицинской помощи взрослому
населению

И.Н. Вязовская

Ведущий специалист-эксперт отдела
эпидемиологического надзора управле-
ния Роспотребнадзора по Краснодар-
скому краю

Н.С. Сухинин

Проект согласован:
Заместитель руководителя управления
Роспотребнадзора по Краснодарскому
краю

Т.В. Шевырева

Заместитель руководителя департамента
здравоохранения Краснодарского края

С.Н. Стриханов

Начальник юридического отдела

И.Н. Маслова

Главный врач ГУЗ «Специализирован-
ная клиническая инфекционная больни-
ца»

В.Н. Городин

Приложение № 1
к совместному приказу департамента
здравоохранения Краснодарского края и
Управления Роспотребнадзора по Красно-
дарскому краю
от « ____ » _____ 2009 № _____

Территории действующих природных очагов ГЛПС

Предгорная, горная и причерноморская зоны.

1. Анапский район
2. г. Новороссийск
3. г. Геленджик
4. Абинский район
5. Северский район
6. Горячее Ключевской район
7. Туапсинский район
8. Апшеронский район
9. Центральный, Лазаревский, Хостинский, Адлерский районы г. Сочи
10. Отрадненский район
11. Мостовской район
12. Лабинский район

Лиманно-плавневая зона

14. Калининский район
15. Славянский район

Степная зона

16. Крыловской район
17. Новокубанский район

Начальник отдела эпидемиологического
надзора управления Роспотребнадзора
по Краснодарскому краю

С.Ч. Тешева

Приложение № 2
к совместному приказу департамента
здравоохранения Краснодарского края и
Управления Роспотребнадзора по Красно-
дарскому краю
от « ____ » _____ 2009 № _____

Порядок госпитализации
и алгоритм оказания медицинской помощи больным ГЛПС

1. При подозрении на ГЛПС больные немедленно госпитализируются в инфекционные отделения по месту выявления и подлежат клинико-лабораторному обследованию (врачебный осмотр, термометрия, измерение показателей гемодинамики, дыхания, почасовой учёт диуреза; общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, общий анализ мочи с обязательным определением количества белка и суточный диурез, биохимический анализ крови – остаточный азот, мочевины, креатинин, электролиты крови, показатели гемостаза).

2. Независимо от тяжести состояния за больными ГЛПС в течение всего периода осуществляется круглосуточное динамическое наблюдение врачебного персонала с контролем витальных функций и обязательной записью в истории болезни.

3. Больные, поступающие в тяжелом состоянии или с нестабильной гемодинамикой, или снижением диуреза должны быть срочно проконсультированы врачом анестезиологом-реаниматологом. О таких больных в течение 3-х часов с момента поступления или развития критического состояния сообщается по телефону в отделение реанимации и интенсивной терапии Государственного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, ул. Седина 204, тел. (861) 255-64-34). В случаях необходимости сразу решается вопрос о выезде консультанта или при стабильности состояния пациента и его транспортабельности переводе с заместителем главного врача по медицинской части ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» по телефону (861) 255-03-16.

4. Вопрос о транспортабельности больного решается коллегиально консилиумом в составе заместителя главного врача по медицинской части, врача анестезиолога-реаниматолога и врача-инфекциониста и отражается в истории болезни и в направлении в ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края.

5. Щадящая транспортировка в ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края после согласования осуществляется в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога. В случае необходимости перед транспортировкой осуществля-

ется комплекс мер, стабилизирующих состояние больного и упреждающих развитие критического состояния.

6. В случае нетранспортабельности больного весь комплекс интенсивной терапии проводится на местах в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии с вызовом консультантов на себя.

7. В целях анализа качества оказания медицинской помощи, заверенные копии медицинской документации (истории болезни) больных ГЛПС, а в случае летального исхода вся имеющаяся документация направляются в организационно-методический отдел (ГУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница») согласно приказу департамента здравоохранения Краснодарского края №2081 от 18.08.2009 года «О разборе случаев смерти от инфекционных заболеваний».

Начальник отдела
организации медицинской помощи
взрослому населению

Т. С. Очерет

Приложение № 3
к совместному приказу департамента
здравоохранения Краснодарского края и
Управления Роспотребнадзора по Красно-
дарскому краю
от « ____ » _____ 2009 № _____

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (клиника, диагностика, лечение)

Информационно-методическое письмо
для врачей лечебно-профилактических учреждений Краснодарского края

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией, своеобразным поражением почек и развитием тромбогеморрагического синдрома.

В настоящее время возбудитель ГЛПС относится к семейству буньявирусов (*Bunyaviridae*) и выделен в отдельный род, который включает вирус *Hantaan* (корейская геморрагическая лихорадка), вирус *Puumala* (эпидемическая нефропатия) и два вируса: *Prospect Hill*, *Tchoupitoulast*, которые непатогенны для человека. В настоящее время доказано наличие антигенных различий двух вариантов возбудителя ГЛПС. Вирусы Хантаан и Пуумала - сферические РНК-содержащие вирусы диаметром 85-110 нм. Вирусы инактивируются при температуре 50°C в течение 30 мин, при 0-4°C стабильны 12 час. В настоящее время доказано наличие антигенных различий вариантов возбудителя ГЛПС. На территории России среди мелких млекопитающих циркулируют, по крайней мере, 8 хантавирусных серотипов. Основным носителем вируса Хантаан служит полевая мышь. Резервуаром второго варианта вируса ГЛПС (Пуумала) является рыжая полевка. Третий антигенный вариант вируса – Добрава. Основным хозяином вируса Добрава и источником заражения людей на территориях Центральных областей России является полевая мышь *Apodemus agrarius*. В результате комплексных клинико-эпидемиологических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований в 2000 г. был обнаружен уникальный природный очаг хантавирусной инфекции в субтропической зоне Краснодарского края на территории Большого Сочи. К отличительным особенностям этого очага можно отнести установленный факт циркуляции ранее нигде не описанного геноварианта хантавируса Добрава и определение роли кавказской лесной мыши (*Apodemus ponticus*), как основного хозяина и переносчика этого вируса, а также источника заражения людей.

ГЛПС относится к нетрансмиссивным зоонозам с природной очаговостью. На территории Краснодарского края, по данным ТУ Роспотребнадзора, действующие природные очаги ГЛПС существуют в предгорной, горной и причерноморской зонах (гг. Новороссийск, Геленджик, Анапа, Горячий Ключ, Со-

чи, Анапском, Абинском, Северском, Горячеключевском, Туапсинском, Апшеронском, Отрадненском, Лабинском, Мостовском районах), в лимано-плавневой зоне (Калининский, Славянский районы), в степной зоне (Крыловской, Новокубанский районы).

Единственным *источником заражения людей* ГЛПС, которое происходит без участия членистоногих переносчиков, являются дикие грызуны - хронические носители хантавирусов, у которых инфекция протекает бессимптомно. Инфицированные грызуны выделяют вирус во внешнюю среду со слюной, мочой, экскрементами. В Европейской части России источником инфекции является рыжая полевка (инфицированность этих грызунов в эндемичных очагах достигает 40-57%). В городах резервуаром инфекции могут быть домовые крысы. Передача между грызунами осуществляется в основном через дыхательные пути. Заражение человека происходит воздушно-пылевым путем, при вдыхании высохших испражнений инфицированных грызунов. Передача вируса возможна также при соприкосновении с грызунами или инфицированными объектами внешней среды (хворост, солома, сено и т.п.). Допускается возможность заражения человека алиментарным путем, например, при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке (капуста, морковь и др.) и которые были загрязнены грызунами. Передачи инфекции от человека к человеку не происходит.

Заболевают чаще мужчины (70-90% больных) в основном наиболее активного возраста (от 16 до 50 лет). Заболеваемость характеризуется выраженной сезонностью. С января по май заболеваний почти не встречается, что связано с резким сокращением численности мышевидных грызунов в зимнее время.

Воротами инфекции является слизистая оболочка респираторного тракта, реже кожа и слизистая оболочка органов пищеварения. На месте ворот инфекции существенных изменений не наблюдается. Начальные проявления болезни обусловлены вирусемией и интоксикацией. Возбудитель ГЛПС обладает выраженной вазотропностью. В развитии геморрагического синдрома определенную роль играет состояние свертывающей и антисвертывающих систем. В генезе почечного синдрома поражение сосудов также играет существенную роль. Среди причин, приводящих к развитию острой почечной недостаточности, важное значение имеет и иммунопатологический фактор. В зависимости от тяжести болезни отмечается разной выраженности тромбогеморрагический синдром. После перенесенной ГЛПС остается прочный иммунитет. Повторных заболеваний не наблюдается.

Инкубационный период продолжается от 7 до 46 дней (чаще всего от 21 до 25 дней). За 2-3 дня до появления основных симптомов заболевания могут отмечаться продромальные явления в виде незначительной общей слабости и катаральных симптомов.

В течение болезни выделяют следующие периоды: начальный, олигоурический (период почечных и геморрагических проявлений), полиурический и реконвалесценции.

Начальный период продолжается от 1 до 3 дней и характеризуется острым началом, повышением температуры тела до 38-40°C, которое иногда сопровождается ознобом. Появляется сильная головная боль (но нет болей в надбровных дугах и глазных яблоках), слабость, сухость во рту, признаков воспаления верхних дыхательных путей не отмечается. Характерным для ГЛПС является нарушение зрения. Около 30% больных отмечают «туман», «сетку перед глазами» (двоение в глазах не типично).

При осмотре больных отмечается гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди (симптом "капюшона"). Слизистая оболочка зева гиперемирована, сосуды склер инъецированы, на фоне гиперемированных конъюнктив иногда можно заметить геморрагическую сыпь. У отдельных больных начало болезни может быть постепенным, а за 2-3 дня до болезни могут быть продромальные явления (слабость, недомогание, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей). Со стороны внутренних органов в начальном периоде особых изменений выявить не удастся. Возможна умеренная брадикардия, у некоторых больных тупые боли в пояснице, положительный симптом Пастернацкого. Относительно редко при тяжелых формах могут быть явления менингизма.

При ультразвуковом исследовании больных в начальном периоде отмечалось усиление эхогенности паренхимы, кортикомодулярная граница не распознавалась. Во II периоде отмечалось нарастание деструкции ткани. Почки значительно увеличивались в размере за счет толщины до 65-75 мм, паренхимы - до 30-35 мм, кортикомодулярная граница не распознавалась.

Олигоурический период (со 2-4-го по 8-11-й день болезни). Температура тела остается на уровне 38-40°C и держится до 4-7-го дня болезни, однако снижение температуры тела не сопровождается улучшением состояния больного, чаще оно даже ухудшается. Наиболее типичным проявлением олигоурического периода являются боли в пояснице различной выраженности (иногда они начинаются в конце начального периода). Отсутствие болей позже 5-го дня болезни при выраженности лихорадки и симптомов интоксикации заставляет сомневаться в диагнозе ГЛПС. У большинства больных через 1-2 дня после появления болей в пояснице возникает рвота до 6-8 раз в сутки и больше. Она не связана с приемом пищи или лекарств. В эти же сроки появляются боли в животе, часто отмечается вздутие живота. При осмотре в этот период кожа сухая, лицо и шея гиперемированы, сохраняется гиперемия слизистых оболочек зева и конъюнктив, может быть небольшая отечность верхнего века, сосуды склер инъецированы, с кровоизлияниями (симптом «красной вишни»). Появляются геморрагические симптомы.

Тромбогеморрагический синдром разной выраженности развивается лишь у половины больных с более тяжелым течением ГЛПС. Прежде всего, и чаще всего, отмечается повышенная ломкость сосудов (проба жгута), далее идет появление петехий (у 10-15% больных), макрогематурия (у 7-8%), кишечные кровотечения (около 5%), кровоподтеки в местах инъекций, носовые кровотечения, кровоизлияния в склеру, очень редко примесь крови отмечается в рвотных массах и мокроте. Иногда к фатальным профузным кровотечениям приводят и медицинские манипуляции. Не характерны для ГЛПС кровотечения

из десен и маточные кровотечения. Частота геморрагических проявлений зависит от тяжести болезни, чаще они наблюдаются при тяжелой форме (50-70%), реже при среднетяжелой (30-40%) и легкой (20-25%).

К характерным проявлениям болезни относится поражение почек. Оно проявляется в одутловатости лица, пастозности век, положительном симптоме Пастернацкого (проверять осторожно, так как энергичное поколачивание, также как и неосторожная транспортировка больных может приводить к разрыву почек). Олигоурия развивается со 2-4-го дня, в тяжелых случаях может достигать до анурии. Значительно повышается содержание белка в моче (до 60 г/л), в начале олигоурического периода может быть микрогематурия, в осадке обнаруживают гиалиновые и зернистые цилиндры, иногда появляются длинные грубые "фибринные" цилиндры Дунаевского. Нарастает остаточный азот. Наиболее выраженной азотемия бывает к 7-10-му дню болезни. Нормализация содержания азотистых шлаков наступает через 2-3 нед.

Полиурический период наступает с 9-13-го дня болезни. Прекращается рвота, постепенно исчезают боли в пояснице и животе, нормализуются сон и аппетит, увеличивается суточное количество мочи (до 3-5 л), сохраняется слабость, сухость во рту, постепенно (с 20-25 дня) наступает период выздоровления.

Реконвалесцентный период. При типичном течении болезни состояние больных продолжает улучшаться, полностью исчезают тошнота и рвота, больные становятся активными и при снижении диуреза до 2,5-3,0 л/сут к 20-21 дню болезни наступает период реконвалесценции. Данный период, в основном, характеризуется астено-вегетативными проявлениями, которые могут сохраняться и после выписки больного из стационара. Наступление реконвалесцентного периода характеризуется нормализацией содержания в периферической крови уровня лейкоцитов, тромбоцитов и СОЭ.

Обычно весь острый период болезни охватывает 25-30 дней. У части больных астенический синдром может сохраняться от нескольких месяцев до 1 года. В течение длительного периода времени могут наблюдаться гипотония, лабильность пульса, одышка при физической нагрузке, снижение полового влечения. Восстановление концентрационной способности почек может затягиваться до нескольких месяцев.

Осложнения - азотемическая уремия, разрыв почки, эклампсия, острая сосудистая недостаточность, отек легких, очаговые пневмонии. Иногда ГЛПС протекает с выраженными мозговыми симптомами, что можно рассматривать как осложнение или как особую "менингоэнцефалитическую" форму болезни. Осложнения при ГЛПС встречаются примерно у 16 % больных.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Распознавание ГЛПС проводят с учетом эпидемиологических данных (пребывание в эндемичных очагах, уровень заболеваемости, сезонность) и характерной клинической симптоматики (острое начало, сочетание лихорадки, общей интоксикации с поражением почек, геморрагическим синдромом, изменения мочи - цилиндры, значительное количество белка: крови – лейкопения с последующим лейкоцитозом, увеличе-

ние плазматических клеток, повышение СОЭ и др.). ГЛПС дифференцируют с гриппом и другими острыми респираторными инфекциями, сепсисом, лептоспирозом, менингококковой инфекцией, инфекционным мононуклеозом, клещевым энцефалитом и боррелиозом, острыми кишечными инфекциями. Часто возникает необходимость проводить дифференциальную диагностику с рядом терапевтических и хирургических заболеваний: пиелонефритом, пневмонией, панкреатитом, почечной коликой, гломерулонефритом, заболеваниями крови (острый лейкоз), отравлением токсическими веществами.

При дифференциальной диагностике следует помнить:

- у всех пациентов с острой лихорадкой неясного происхождения и находившихся в очаге ГЛПС в течение последних 46 дней или имевших контакт с материалом (продукты сельскохозяйственного производства, грибы, травы, и др.) из данного очага, необходимо исключать ГЛПС;
- при первичном обращении пациента в первые 3-4 дня болезни следует **активно** выявлять характерные для ГЛПС симптомы (сухость во рту, жажда, нарушение зрения, геморрагические проявления: симптом жгута, кровоизлияния на месте инъекций);
- боли в пояснице (и/или в животе) появляются на 3-5 день от начала болезни, температура тела в это время снижается, а состояние больных ухудшается в связи с развитием ОПН; **при большинстве инфекционных заболеваний признаки поражения почек (инфекционно-токсическая почка) наблюдаются в первые дни болезни на высоте лихорадки (1-4 день болезни);**
- в первые 5-6 дней болезни в общем анализе крови характерно увеличение концентраций эритроцитов и гемоглобина за счет сгущения крови без видимых потерь жидкости, в дальнейшем характерен лейкоцитоз (до 25 и более на $10^9/л$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, характерно обнаружение плазматических клеток;
- в общем анализе мочи существенные изменения возникают с 3-4 дня болезни: протеинурия (от 0,33 до 33 г/л), микро- или макрогематурия, лейкоцитурия (редко значительная), очень часто цилиндрурия. К середине олигурического периода, происходит снижение удельного веса мочи (изогипостенурия), которое может сохраняться несколько месяцев после выписки больного из стационара; **изогипостенурия – опорный диагностический признак ГЛПС.**

К настоящему времени наибольшее распространение получила следующая классификация болезни:

Классификация ГЛПС

Вариант течения:

Типичный

Атипичный

- безболевой

- абдоминальный

Степень тяжести:

Легкая форма

Интоксикация незначительная, температура тела не выше 38°C, умеренное уменьшение диуреза, мочевины крови в норме, креатинин до 130 мкмоль/л, нормоцитоз, незначительная протеинурия, микрогематурия.

Среднетяжелая форма

Интоксикация выражена, температура тела до 39,5°C, умеренно выраженный геморрагический синдром, олигурия 300-900 мл в сутки, мочевины 8,5-19 ммоль/л, креатинин 131-299 мкмоль/л, лейкоцитоз 8,0-14,0 x 10⁹/л, протеинурия, микрогематурия.

Тяжелая форма

Интоксикация значительно выражена, температура тела выше 39,5°C, геморрагический синдром, уремия, суточный диурез 200-300 мл, мочевины выше 19 ммоль/л, креатинин выше 300 мкмоль/л, лейкоцитоз выше 14,0 x 10⁹/л, выраженная протеинурия, микро-, макрогематурия.

Очень тяжелая форма

Геморрагический синдром, анурия 2-3 суток, мочевины выше 50 ммоль/л, креатинин выше 1000 мкмоль/л. ИТШ, почечная эклампсия, разрыв почки.

Лабораторная диагностика.

Обследованию на ГЛПС в природных очагах подлежат все лица с лихорадочным и почечным синдромом. Подтвердить диагноз можно обнаружением специфических антител непрямым методом иммунофлуоресценции (РНИФ). На сегодняшний день единственным официально зарегистрированным и общепризнанным в России коммерческим диагностическим препаратом для специфической диагностики ГЛПС является “Культуральный поливалентный диагностикум ГЛПС для непрямого МФА” производства ФГУП Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН. Диагностикум выявляет специфические антитела в сыворотках крови больных людей ко всем известным к настоящему времени вирусам-возбудителям ГЛПС. Оптимальные сроки забора и обследования сывороток крови для определения 4-х кратного и более нарастания титра специфических антител: 1-я сыворотка при поступлении больного в стационар или при обращении в поликлинику; 2-я через 3-4 дня. В случае отсутствия нарастания титра антител во второй сыворотке, следует сделать забор 3-й сыворотки через 7 дней после взятия второй сыворотки. Обследование реконвалесцентов с давностью заболевания ГЛПС от 5 до 30 лет позволило установить наличие специфических антител у 95 % обследованных лиц, что указывает на возможность сохранения пожизненного иммунитета к этой инфекции. Обнаружение антител класса IgM, G для диагностики ГЛПС у людей с помощью иммуноферментного анализа в настоящее время не имеет широкого распространения.

Патоморфологические проявления.

При патологоанатомическом исследовании обнаруживаются типично измененные, массой 550-650 г почки, некроз в центрах пирамид, множественные мелкоточечные кровоизлияния в лоханке, обширные кровоизлияния в околопочечной клетчатке, диафрагме, надпочечниках, под эндо- и перикардом, в правом предсердии и ушке сердца, мелкоточечные кровоизлияния и под капсулой печени и плеврой. Массивные кровоизлияния могут наблюдаться и под серозной оболочкой желудка, тонкой и толстой кишок, а также кровоизлияния не только в гипофиз, но и в ткани области турецкого седла, отек вещества головного мозга. В единичных случаях на аутопсии находили обширное субарахноидальное кровоизлияние, разбросанные местами сливные кровоизлияния во всем веществе головного мозга, гипофиз в виде "мешочка с кровью". Редко обнаруживаются конгломераты из наполненных кровью лимфоузлов средостения, кровоизлияния под надгортанник, отечная интенсивно красная трахея и двухсторонняя сливная геморрагическая пневмония.

При гистологическом исследовании в почках обнаруживаются выраженное мутное набухание эпителия извитых канальцев, в просвете гиалиновые цилиндры; умеренное кровенаполнение сосудов коркового слоя и резчайшее полнокровие сосудов мозгового слоя, в гипофизе обширные кровоизлияния и участки некроза.

Организация лечения больных.

В связи с тем, что природные очаги ГЛПС разбросаны по различным районам края подход к эвакуации должен быть дифференцирован. О каждом больном ГЛПС или с подозрением на это заболевание в течение 4 часов следует информировать ГУЗ «СКИБ» (отделение реанимации и интенсивной терапии по тел (861) 255-64-34). После согласования немедленно эвакуируются (в специализированные учреждения – в ГУЗ «СКИБ») больные с явлениями почечной недостаточности, но с нормальными показателями удельного веса крови, АД и пульса. Оптимальные сроки эвакуации - 5-7 дней от начала заболевания.

Существует категория больных, эвакуация которым противопоказана, так как она может привести к резкому ухудшению их состояния и даже к смерти во время транспортировки. Это относится к лицам с острой сердечно-сосудистой недостаточностью, выраженным геморрагическим синдромом (массивные внутренние кровотечения), отеком легких. Терапевтические мероприятия в этой группе больных должны оказываться в отделениях реанимации и интенсивной терапии на местах и быть направлены на стабилизацию АД, остановку кровотечения и возмещение кровопотери, после чего может быть решен вопрос об их эвакуации в специализированное учреждение.

Транспортировка больных осуществляется лежа на носилках, обязательно в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога. Под поясницу подкладывается подушка или одеяло. Перед этим больному вводятся преднизолон, обезболивающие средства, глюкоза, аскорбиновая кислота, а при повышенном давлении – гипотензивные средства. Следует иметь в виду, что при перевозке автомобилем усиливаются тошнота и боли в пояснице.

Лечение больных в стационаре.

Комплексная терапия больных ГЛПС должна осуществляться с учетом периода и тяжести течения болезни, степени выраженности ведущих синдромов (геморрагического, почечного, гемодинамического, диспепсического) и развития возможных осложнений.

В остром периоде болезни больной должен соблюдать строгий постельный режим, длительность которого также зависит от тяжести течения заболевания и имеющихся осложнений. Особенно необходимо оберегать больного от резких движений и толчков в поясничную область. Назначается легкоусвояемая диета с ограничением белка, но без ограничения поваренной соли.

Этиотропные (противовирусные) препараты эффективны при назначении в первые 5 дней болезни. Один из них рибавирин, вводится инфузионно по 700-750 мг/сут, в течение 3 дней, что приводит к более раннему снижению лихорадки и исчезновению клинических и лабораторных признаков, снижая число летальных исходов. Другой отечественный аналог рибавирина - рибамидил применяется в таблетках по 1 г в сутки не позже 4-го дня болезни в течение 5 дней по 0,2 г 4-5 раз в сутки. Известно, что нарушение в системе иммунитета при ГЛПС достаточно сложны и затрагивают как гуморальные, так и клеточные механизмы. В этой связи перспективным направлением может быть использование противовирусных и иммуномодулирующих препаратов, в частности α -интерферона (ИФ). Была доказана эффективность (не позже 6-го дня болезни) применения таких препаратов ИФ, как рекомбинантный интерферон альфа-2 β для внутримышечного (Реаферон) и ректального (Виферон) применения, а также липосомальной лекарственной формы (Реаферон-ЕС-Липинт).

Проводится дезинтоксикационная терапия (по алгоритму ведения больных с ОПН). При введении растворов следует строго контролировать объем жидкостей с учетом суточного диуреза, рвоты, наличия лихорадки.

При упорной рвоте, приводящей, как правило, к потере хлоридов, необходимо вводить по 10-30 мл 10% раствора хлорида натрия, а также его физиологический раствор, кристаллоидные препараты. Из других патогенетических и симптоматических средств следует назначать аскорбиновую кислоту по 10-15 мл 5% раствора внутривенно, витамины В1 и В6. С целью остановки кровотечения и возмещения кровопотери производят переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

При склонности к гипертонии назначают современные гипотензивные препараты (антагонисты кальция и др.). При тенденции к снижению АД необходимо введение вазопрессоров - допамина, преднизолона. Для купирования рвоты показано назначение церукала, а болевого синдрома - анальгетиков, вплоть до наркотиков. Для профилактики вторичной инфекции назначают антибиотики с учетом имеющейся почечной дисфункции.

Для снижения сосудистой проницаемости и агрегации тромбоцитов больным с ГЛПС показано введение этамзилата натрия.

В олигоанурическом периоде заболевания с развитием ОПН основные лечебные мероприятия у больных должны быть направлены на устранение ведущих ее симптомов - азотемии, ДВС-синдрома, водно-электролитных рас-

стройств, сдвигов кислотно-основного равновесия, предупреждение бактериальных осложнений.

При выраженных явлениях ОПН у больных ГЛПС показаны эфферентные методы детоксикации. Гемодиализ проводится при анурии более 2 суток, при олигурии и отсутствии четкой тенденции к увеличению диуреза к 12-13 дню от начала болезни, гиперкалиемии более 6 ммоль/л. Повышение показателей мочевины и креатинина в сыворотке крови имеет второстепенное значение.

Важнейшим условием для лечения больных ГЛПС является ранняя диагностика, щадящая транспортировка, комплексное и патогенетически обоснованное лечение конкретного больного с учетом тяжести и глубины поражения внутренних органов.

Наиболее частые ошибки при ведении больных ГЛПС

1. Несоблюдение режима и диеты.
2. Введение внутривенно излишних объемов жидкости на фоне олиго- или анурии.
3. Введение коллоидных растворов (реополиглюкин, полиглюкин).
4. Необоснованно активная тактика в острый период болезни (различные манипуляции, транспортировка больного и т.д.).
5. Необоснованный перевод на гемодиализ.
6. Введение мочегонных препаратов.

Отдаленные исходы ГЛПС:

1. Полное выздоровление:
 - а) ранняя реконвалесценция (в течение первых 6 месяцев);
 - б) затяжная реконвалесценция (в течение 7 месяцев - 5 лет).
2. Остаточные явления:
 - а) астено-невротический синдром;
 - б) пояснично-болевой синдром;
 - в) синдром тубулярной недостаточности почек (интерстициальный очаговый нефрофиброз);
 - г) гематологический синдром (нейтропения, лимфоцитоз);
 - д) диспротеинемия (гипоальбуминемия, гиперглобулинемия).
3. Вторичное поражение мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит).

Реабилитация

Реабилитация больных ГЛПС начинается уже в стационаре в периоде реконвалесценции (с 21-25 дня болезни). Постепенно расширяется режим двигательной активности, больные переводятся на палатный режим, а в дальнейшем на общий режим с возможными прогулками на воздухе.

Лечебная физкультура осуществляется ежедневно преимущественно в виде дыхательной гимнастики, простых упражнений для рук и ног. Занятия проводятся под контролем методиста ЛФК. Противопоказаны упражнения, связанные с прыжками и резкими изменениями положения туловища.

В периоде реконвалесценции назначается стол №15. Противопоказаны пряности, уксус, хрен, горчица, майонез, алкоголь. Обильное питье: минеральные воды типа Ессентуки №4.

При постинфекционной астении возможно назначение внутривенно 40% раствора глюкозы, внутримышечных инъекций кокарбоксилазы 0,05 г, АТФ по 1 мл 1% раствора. Назначаются адаптогены (настойка лимонника, аралии, заманихи, женьшеня; экстракт элеутерококка, радиолы розовой). Курс лечения составляет 2-3 недели. Показаны антиоксиданты – витамин Е по 50-100 мг в сутки, витамин А по 1 драже в сутки; аскорбиновая кислота по 0,1 г 3 раза в день на протяжении 3-4 недель.

При неврологических нарушениях – витамины В₁ и В₆ по 1 мл под кожу через день 10-12 дней, никотиновая кислота в виде 1% раствора по 1 мл в течение 10-15 дней. При невритах – прозерин по 0,015 1-2 раза в день в течение 10-12 дней.

Рекомендуются поливитамины внутрь: ундевит, супрадин, центрум и др..

При выраженных признаках гипофизарной недостаточности по согласованию с врачом-эндокринологом могут быть назначены адиуректин, питуитрин.

При пояснично-болевым синдроме применяют физиотерапию (индуктотермию, ультразвук, электрофорез с йодом и новокаином, парафиновые и грязевые аппликации).

При миокардиодистрофии лечение должно проводиться с участием терапевта-кардиолога. Назначают рибоксин по 0,2 три раза в день внутрь или в инъекциях, АТФ по 1 мл 1% раствор внутримышечно, аскорбиновую кислоту по 0,1-0,2 г 3 раза в день, панангин по 100 мг 3 раза в день.

При почечных проявлениях резидуального синдрома или развитии ХТИН дополнительно назначают трентал, который улучшает микроциркуляцию и активизирует обменные процессы в почках, способствует развитию коллатерального кровообращения в почечной ткани. Препарат назначают по 0,1 г 3 раза в день курсами по 2-3 недели. При выявлении иммунологических нарушений, возможно назначение иммуномодулирующих препаратов (полиоксидоний, иммунофан и др.).

Правила выписки из стационара

Выписка из стационара производится после исчезновения острых клинических проявлений и не ранее 3-4-й недели от начала болезни, нормализации показателей мочевины и креатинина. Умеренная полиурия и изогипостенурия не являются противопоказаниями для выписки.

Диспансеризация

Диспансеризация лиц, перенесших ГЛПС, требует к себе пристального внимания в связи с длительностью восстановительного периода, а также возможностью формирования в последующем различных остаточных явлений.

В течение 1-4 недель после выписки реконвалесценты считаются временно нетрудоспособными. На 6-12 месяцев переболевшие освобождаются от тяжелой физической работы, командировок, занятий спортом.

Диспансерное наблюдение перенесших легкую форму болезни – 3 месяца, среднетяжелую и тяжелую – 12 месяцев после выписки.

Через 1 месяц после выписки контрольное обследование в стационаре, через 3, 6, 9, 12 месяцев в специализированном стационаре (или КИЗе) с общим осмотром, измерением АД, общим анализом мочи, анализом мочи по Нечипоренко и пробой Зимницкого. Лица, у которых будут выявляться отклонения от нормы, продолжают наблюдаться врачом стационара.

При ухудшении состояния показана повторная госпитализация. Снятие с учета производится при отсутствии признаков хронической тубулоинтерстициальной нефропатии и других резидуальных проявлений.

Профилактика ГЛПС предусматривает комплекс дератизационных мероприятий, ликвидацию несанкционированных свалок и сухостоя на территории населенных пунктов, активную работу по гигиеническому воспитанию населения, с привлечением средств массовой информации о мерах профилактики ГЛПС.

Информационное письмо подготовлено главным внештатным инфекционистом департамента здравоохранения Краснодарского края, главным врачом, д.м.н. Городиным В.Н., заместителем главного врача по ОМР государственного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» департамента здравоохранения Краснодарского края Бахтиной В.А.

Начальник отдела
организации медицинской помощи
взрослому населению

Т. С. Очерет