



Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

ГБУЗ « Пензенский дом ребенка »

Что такое Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом



- острое инфекционное заболевание, характеризующееся избирательным поражением кровеносных сосудов и протекающее с лихорадкой, интоксикацией и поражением почек





Эпидемиология

- ГЛПС -- природно-очаговый зооноз. Во всех природных очагах отмечается тесная связь между заболеваемостью человека и численностью мышевидных грызунов.
- **Источником** заболевания являются полевки; мыши; домовая мышь, крысы.
- Вирус передается от грызуна к грызуну через эктопаразитов: блох, гамазовых клещей. Грызуны переносят инфекцию в легкой форме и выделяют вирус в окружающую среду с фекалиями и мочой. Заболевание от грызуна к человеку **передается:**
 - контактным путем**, т. е. при соприкосновении с грызунами или через инфекционные предметы -- **контактно-бытовой** способ;
 - аэрогенным путем** (воздушно-пылевым) вирус поступает в организм человека с частичками пыли во время сельскохозяйственных работ (при уборке сена, соломы и др.);
 - алиментарным путем** -- через продукт питания, инфицированные вирусом;
 - трансмиссивным** -- через укусы энтопаразитами.
- От человека к человеку заболевание не передается.
- После перенесенного заболевания остается стойкий иммунитет.





Этиология

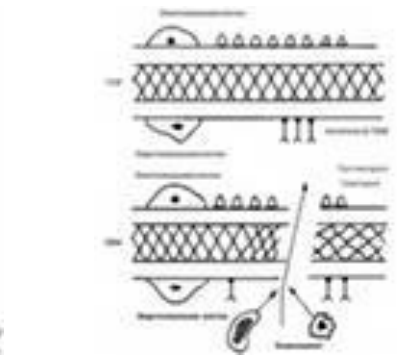
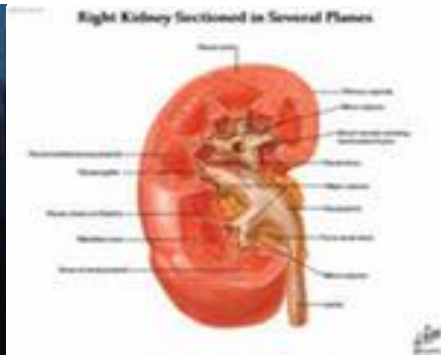
- Возбудитель относится к семейству буньявирусов. Это РНК-содержащие вирусы, выделенные в отдельный род Hantavirus. Существуют 2 типа возбудителя- восточный и западный. Первый вызывает более тяжелую форму болезни. Во внешней среде нестойк. Находится в крови и в моче в течение всего лихорадочного периода болезни.





Патогенез

- 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, и основным в патогенезе болезни является поражение сосудистой стенки, хотя в развитии геморрагического синдрома определенную роль играет и состояние свертывающей и антисвертывающих систем.
- В генезе почечного синдрома поражение сосудов также играет существенную роль. Было установлено, что при тяжелом течении ГЛПС значительно снижается клубочковая фильтрация и что это снижение не сопровождается деструктивными нарушениями гломерул. Можно допустить, что среди причин, приводящих к развитию острой почечной недостаточности, имеет значение и иммунопатологический фактор. В зависимости от тяжести болезни отмечается разной выраженности тромбогеморрагический синдром





Клиническая картина

- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом имеет несколько периодов в клиническом течении заболевания:
- инкубационный период -- около 14 дней, но может удлиняться до 45 дней;
- доолигурический период -- 1--4-й день;
- олигурический период -- с 4-го по 8--12-й дней;
- полиурия -- с 8--12-го по 24-й день;
- реконвалесценция



Клиническая картина

- **Начальный период** (доолигурический период) 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. 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. Со стороны внутренних органов 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.





Клиническая картина

- **Олигурический период (лихорадочный)** (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 являются боли в пояснице различной выраженности. 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.
- **Тромбогеморрагический синдром** разной выраженности развивается лишь у половины больных с более тяжелым течением ГЛПС. Прежде всего и чаще всего отмечается повышенная ломкость сосудов. Возможны кровотечения
- К характерным проявлениям болезни относится **поражение почек**. Оно проявляется в одутловатости лица, пастозности век, положительном симптоме Пастернацкого. Олигурия 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 олигурического периода может быть микрогематурия, в осадке обнаруживают гиалиновые и зернистые цилиндры, иногда появляются длинные грубые "фибриновые" цилиндры Дунаевского. Нарастает остаточный азот. Наиболее выраженной азотемия бывает к 7-10-му дню болезни. Нормализация содержания остаточного азота наступает через 2-3 нед.
- **Период органических поражений**. Протекает чаще на фоне нормальной температуры тела и в первую очередь проявляется признаками нарастающей азотемии. В крови как следствие органических поражений нарастает лейкоцитоз и начинает повышаться СОЭ. Резко снижается относительная плотность мочи; в дальнейшем у большинства больных развивается изогипостенурия. В моче увеличивается количество белка, обнаруживают свежие эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры, вакуолизированные клетки почечного эпителия (клетки Дунаевского).



Клиническая картина

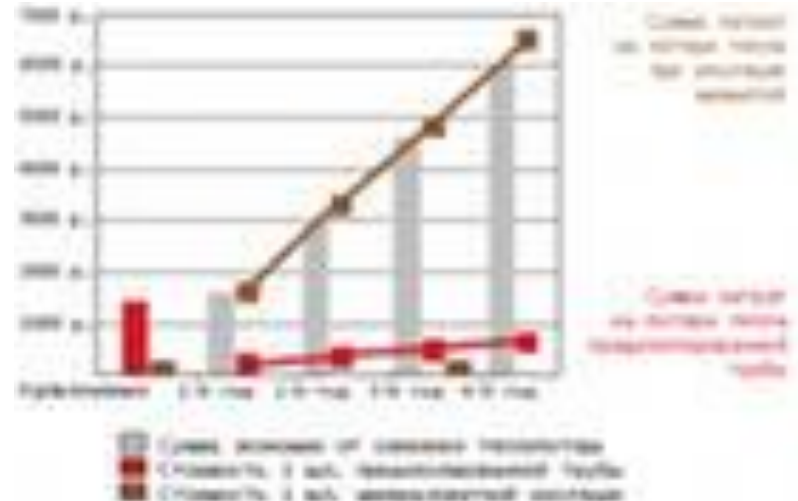
- **Полиурический период** наступает с 9-13-го дня болезни. Прекращается рвота, постепенно исчезают боли в пояснице и животе, нормализуются сон и аппетит, увеличивается суточное количество мочи (до 3-5 л), сохраняется слабость, сухость во рту, постепенно (с 20-25 дня) наступает период выздоровления.





Клиническая картина

- **Период реконвалесценции.** Продолжается от 3 до 12 мес. В течение длительного времени остаются выраженная астенизация, патология со стороны почек, особенно в случаях развившегося острого или хронического пиелонефрита. При стойком сохранении (более 6 мес) полиурии, жажды и сухости во рту следует думать о хронической тубулоинтерстициальной нефропатии с нарушением экскреторно-секреторной функции канальцев и повышением суточной экскреции электролитов. Состояние может сохраняться до 10 лет, однако исходов в хроническую почечную недостаточность не наблюдают.





Осложнения

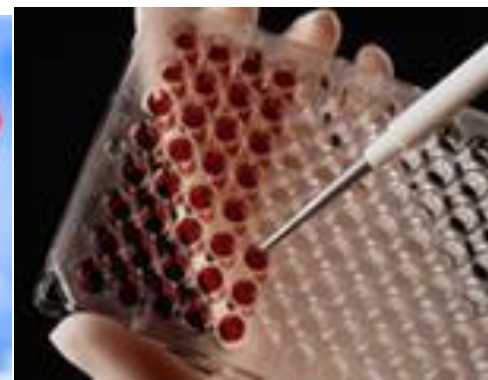
- обусловлены развитием инфекционно-токсического шока, острой почечной недостаточностью, отёка лёгких, органических кровоизлияний и кровотечений, разрывов почки. В редких случаях наблюдают эклампсию с артериальной гипертензией, тоническими и клоническими судорогами, тризмом, потерей сознания, расширением зрачков, замедлением пульса и дыхания. Возможны субарахноидальные кровоизлияния. В Китае (1988) описаны случаи энцефалитов при геморрагической лихорадке с почечным синдромом.





Диагностика Геморрагической лихорадки с почечным синдромом:

- Основанием для постановки диагноза ГЛПС служат характерное сочетание острого лихорадочного заболевания, протекающего с поражением почек и геморрагическим синдромом, а также эпидемиологические данные. При лабораторном обследовании в начальном периоде выявляют лейкопению, а затем лейкоцитоз, увеличение количества плазматических клеток, повышение СОЭ. Характерны изменения мочиснижение относительной плотности, высокое содержание белка. В мочевом осадке выявляют свежие и выщелоченные эритроциты, гиалиновые, зернистые и фибринные цилиндры, клетки круглого вакуолизированного почечного эпителия. В специфической диагностике используют: РНИФ, ИФА и другие методы.





Лечение

- Специфическая терапия в лечении ГЛПС неизвестна. Одним из важнейших условий успешного комплексного лечения больных является соблюдение постельного режима. Строгий постельный режим назначают на 1,5--2 недели при легкой, до 3--4-х недель -- при тяжелой форме заболевания. Больному не рекомендуют делать резких движений, во избежание осложнений.





Лечение

- Диета должна состоять преимущественно из полужидкой, легкоусвояемой пищи. Большое значение имеет подбор продуктов и блюд, хорошо переносимых больными. В первый период рекомендуют простоквашу, кефир, творог, кисели, фруктовые и молочные желе, жидкие каши, супы. Диета, кроме того, должна содержать достаточное количество витаминов, особенно аскорбиновую кислоту, уменьшающую проницаемость сосудистой стенки.
- Всем больным назначают поливитамины внутрь, больным средне-тяжелой и тяжелой формами ГЛПС аскорбиновую кислоту вводят внутривенно (5%-ю 5--10 мл). Рекомендуется одновременно вводить и витамины В1 и В6 по 1--2 мл 3--6%-го раствора.
- Диета № 4 без ограничений белка и соли.





Лечение

- Этиотропная терапия эффективна в первые 3-4 дня болезни. Рекомендован виразол внутривенно или рибамидил в таблетках по 15 мг/кг/сут в течение 5 дней.





Лечение

- Патогенетическое лечение проводят с учётом тяжести течения болезни и ведущих клинических синдромов. В лёгких случаях назначают рутин, аскорбиновую кислоту, глюконат кальция, димедрол, салицилаты до 1,5 г/сут.
- В более тяжёлых случаях показано внутривенное введение 5% раствора глюкозы, изотонического раствора натрия хлорида по 500 мл с добавлением 200-400 мл гемодеза и 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. При нарастании признаков сосудистой недостаточности показаны вливания реополиглюкина (200-400 мл). В период олигурии инфузии изотонического раствора натрия хлорида отменяют.





Лечение

- Показаниями к применению глюкокортикоидов являются угроза развития выраженной почечной недостаточности (анурия, многократная рвота), олигурия в течение 2 нед и более, развитие менингоэнцефалита. В этих случаях применяют преднизолон парентерально в суточной дозе от 1 до 2 мг/кг курсом на 3-6 дней. При развитии инфекционно-токсического шока или острой сосудистой недостаточности суточную дозу преднизолона увеличивают до 10-12 мг/кг.





Лечение

- Показаны антигистаминные препараты, ингибиторы протеаз (трасилол, контрикал в/в до 50 тыс. ЕД), препараты антибрадикининового действия, улучшающие микроциркуляцию (продектин по 0,25 г 4 раза в сутки).





Лечение

- Для улучшения диуреза применяют 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина (добавляют в капельницу).





Выписка, диспансеризации

- Выписку больных проводят при клиническом выздоровлении; при этом возможны остаточные полиурия и изогипостенурия.

После выписки реконвалесценты нетрудоспособны в течение 1-4 нед. В дальнейшем их освобождают от тяжёлой физической работы, занятий спортом на 6-12 мес. В восстановительный период рекомендуют полноценное питание, обильное питьё (щелочные минеральные воды, настои шиповника и трав с мочегонным действием), применение витаминных препаратов, физиотерапевтических процедур (диатермия, электрофорез), массажа и лечебной физкультуры.

- Сроки диспансерного наблюдения устанавливают в зависимости от тяжести перенесенного заболевания.
- Рекомендуется санаторно-курортное лечение.





Профилактика

- **Профилактические мероприятия** включают благоустройство лесопарковой территории, барьерной и домовой дератизации на территории природных очагов и санитарно-просветительную работу среди населения.
- Специфическая профилактика не разработана.
- Мероприятия по борьбе с грызунами и защите людей от соприкосновения с ними, а также предметами и продуктами, загрязненными их выделениями.

