

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – острая вирусная инфекция, характеризующаяся интоксикацией, выраженной стойкой гипертермией, поражением мелких артериальных и особенно венозных сосудов, геморрагическим диатезом (геморрагическим синдромом), своеобразным поражением почек по типу острого нефрита, других органов и систем.

Шифр по МКБ – А.98.5

Заболевание относится к природно-очаговым зоонозам. От человека к человеку ГЛПС не передается.

Геморрагических лихорадок множество: крымская, омская, ГЛПС, аргентинская, боливийская, среднеазиатская, желтая лихорадка, лихорадка Эбола, Ласа, Денге, болезнь Марбурга и другие.

Всех их объединяет вирусная природа заболевания и общие клинические проявления.

Впервые вспышка ГЛПС зафиксирована в Корее в 1951 г. На реке Хаантан, где заболевание перенесли более 3000 американских военнослужащих.

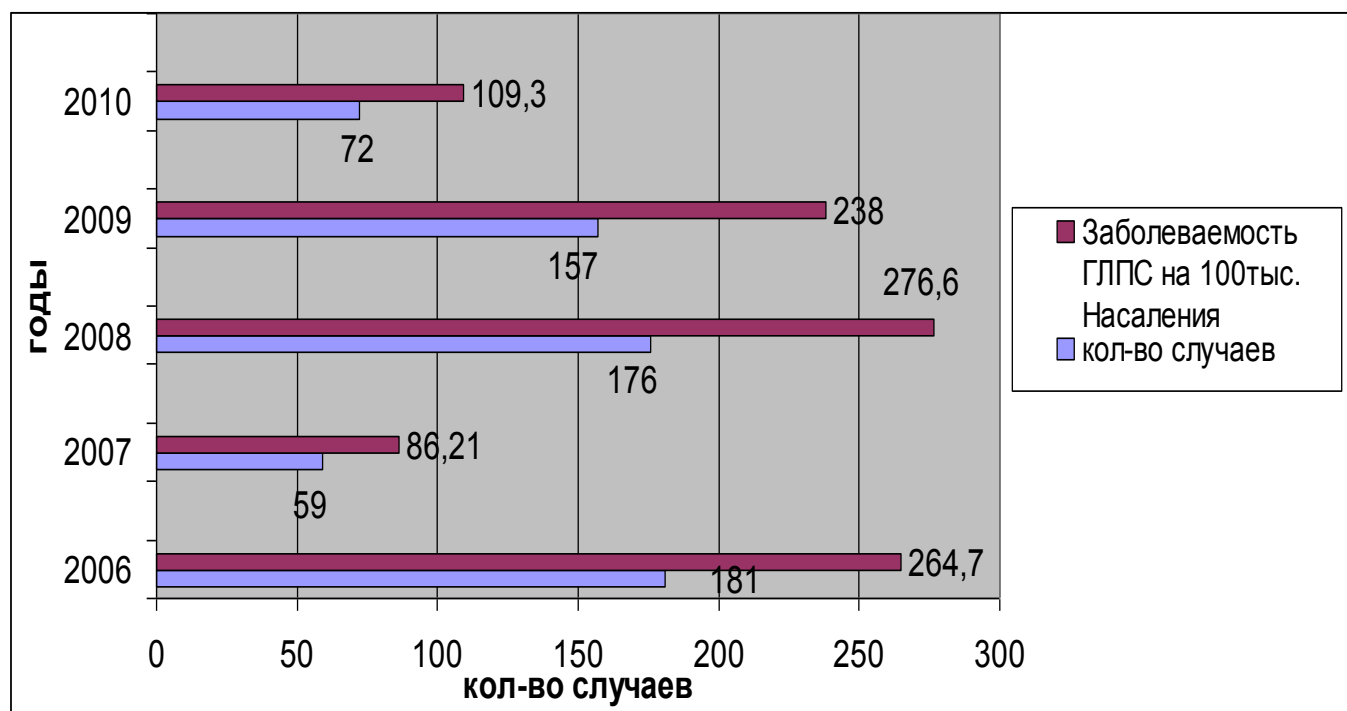
На территории России изучение ГЛПС началось 30-х годах XX века. Группа исследователей под руководством Смородинцева А.А. впервые описала новую болезнь – геморрагический нефрозонефрит, получившую в наше время название ГЛПС.

Ашинский район Челябинской области граничит с территорией Башкортостана, где расположен один из самых крупных и активных мировых очагов ГЛПС.

Заболеваемость ГЛПС регистрируется в Ашинском МР ежегодно с 1964 года.

За период 1964 – 2010 гг. зарегистрировано – 5827 случаев ГЛПС.

Заболелаемость ГЛПС в пересчете на 100 тыс. населения в период 2006-2010гг. представлена в таблице



Возбудителем ГЛПС являются хантавирусы (Пуумала, Сеул, Хантаан и др.), всего выделяют до 25 различных серотипов. В европейской части России преобладает вирус Пуумала. Возбудитель имеет сферическое строение, отличаются по АГ строению, располагается внутриклеточно, в цитоплазме пораженных клеток, где и происходит его активное размножение. Вирус устойчив во внешней среде при +4 +20 градусах, хорошо сохраняется и при -20, инактивируется при нагревании до 50 градусов в течении 30 минут.

Переносчиками хантовирусов служат мышевидные грызуны.

Инфицированные грызуны передают вирус во внешнюю среду со слюной, мочой и экскрементами. В АМР вирус был выделен у 15 видов мышевидных грызунов – переносчиков ГЛПС, среди этой группы ведущая роль в инфицировании окружающей среды принадлежит рыжей европейской полевке. Ореолом обитания данных грызунов являются широколиственные и хвойно-широколиственные леса с густым подлеском. Такой характер леса обеспечивает стабильную кормовую базу для мышевидных грызунов.

Отмечается тесная связь между заболеваемостью человека и численностью мышевидных грызунов.

По статистическим данным чаще болеют мужчины (до 70-90 %) наиболее активного работоспособного возраста 16-50 лет, заболеваемость детей составляет 3-5 %, значительно реже болеют женщины и пенсионеры.

ГЛПС носит выраженный сезонный характер с преобладанием в период с мая по ноябрь. Пик заболеваемости приходится на август – сентябрь. В январе - мае заболеваемость снижается за счет уменьшения численности грызунов в зимнее время. Единичные случаи продолжают регистрироваться в течении всего года. Имеются годовые колебания ГЛПС, периодичность подъемов составляет 3-4 года.

Проникновение вируса в организм человека происходит при попадании на слизистые дыхательных путей, ротовую полость и через поврежденные кожные покровы.

Пути передачи инфекции:

- 1 Аэрогенный (воздушно – пылевой) – при работе и отдыхе на природе;
- 2 Контактный (заражение через инфицированные предметы);
- 3 Алиментарный (при употреблении инфицированных продуктов питания);
- 4 Трансмиссивный (при укусе грызуна – переносчика).

За 2010 год зарегистрировано 72 случая заболевания.

При сборе эпиданамнеза установлено, что основное число заболевших ГЛПС заражаются при кратковременном посещении открытых мест природы (посещение леса с целью отдыха, сбора ягод, грибов, лекарственных трав, рыбалка, сенокос, заготовка дров и др.) – 31 человек, в коллективных садах и огородах – 14 человек, в производственных условиях, когда предприятия находятся около леса или работа связана с выходом в открытую природу – 11 человек, непосредственно в бытовых условиях (частный жилой сектор, расположенный около леса) – 16 человек.

Условия заражения ГЛПС в Ашинском районе за 2008-2010 годы (удел-ый вес)



Инкубационный период ГЛПС составляет от 7 до 38 дней, в среднем 1 – 2 недели.

Заболевание протекает циклично.

Периоды заболевания:

- 1 Начальный (1 – 4 дня);
- 2 Олигурический (с 5 – го по 10-12 день болезни);
- 3 Полиурический (от 1-2 дней до 2 недель);
- 4 Выздоровление.

Характер течения заболевания зависит от степени тяжести.

По степени тяжести выделяют:

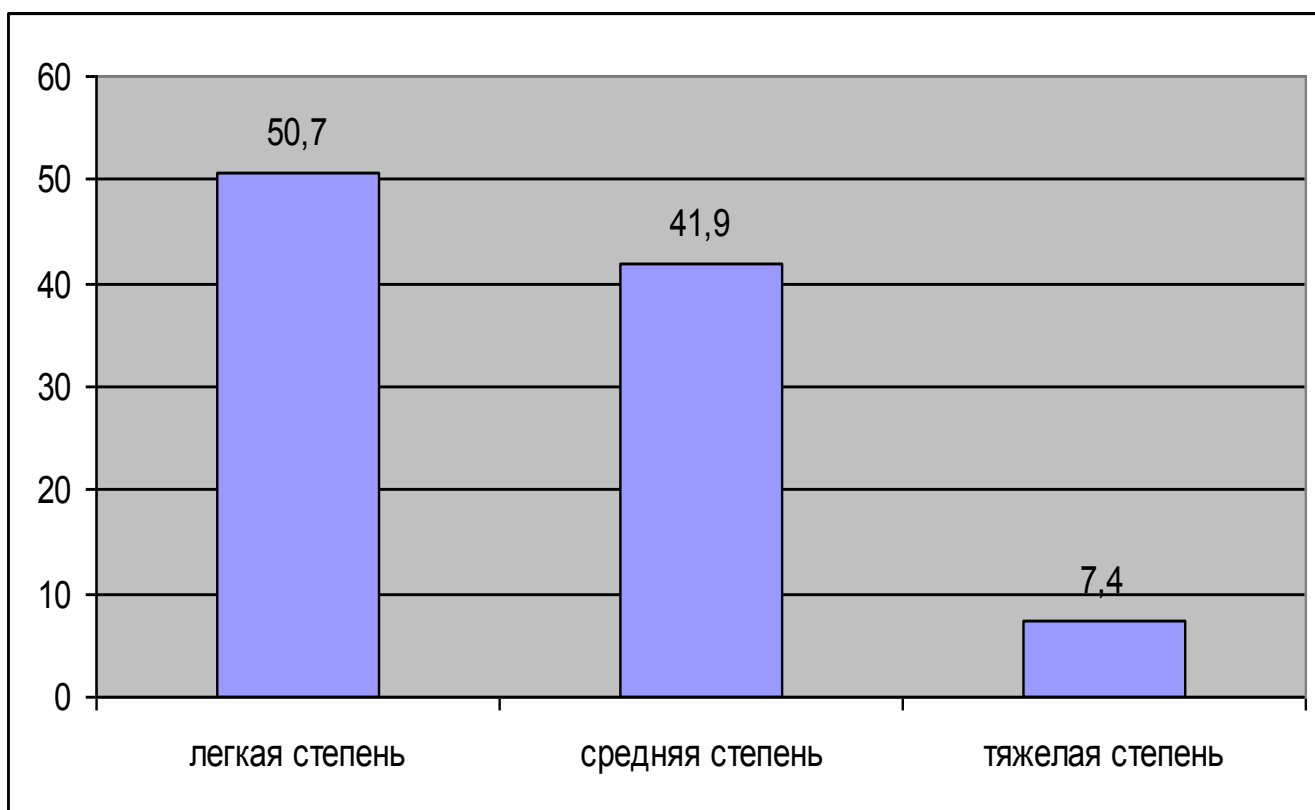
- 1 Легкая степень тяжести;
- 2 Средняя степень тяжести;
- 3 Тяжелая.

Распределение больных ГЛПС, получивших лечение в инфекционном отделении Ашинской ЦГБ за период 2008 – 2010 гг. представлено в таблице:

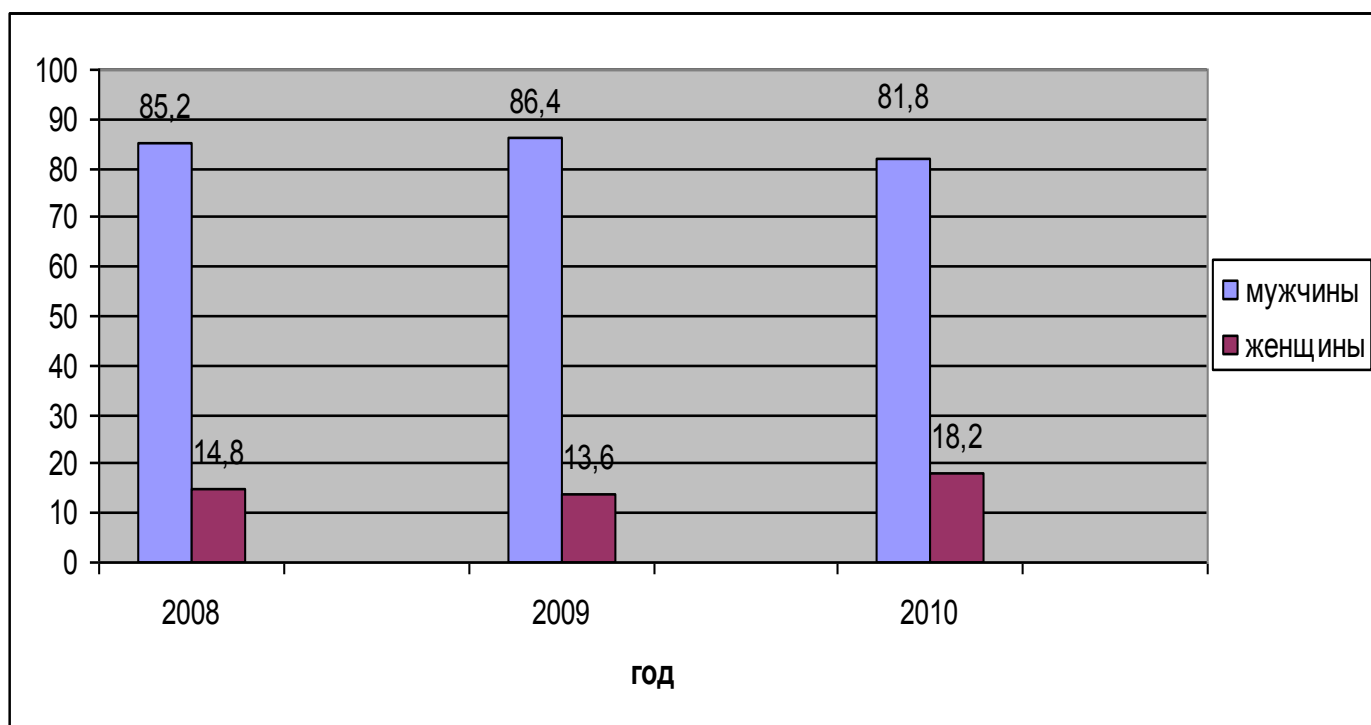
Степень тяжести	2008 год		2009 год		2010 год	
	случаи	%	случаи	%	случаи	%
легкая	70	39,8	79	50,3	48	36,6
средняя	87	49,4	64	40,8	21	29,2
тяжелая	19	10,8	14	8,9	3	4,2
всего	176	100	157	100	72	100

Средние показатели степени тяжести ГЛПС за период 2008 – 2010гг.

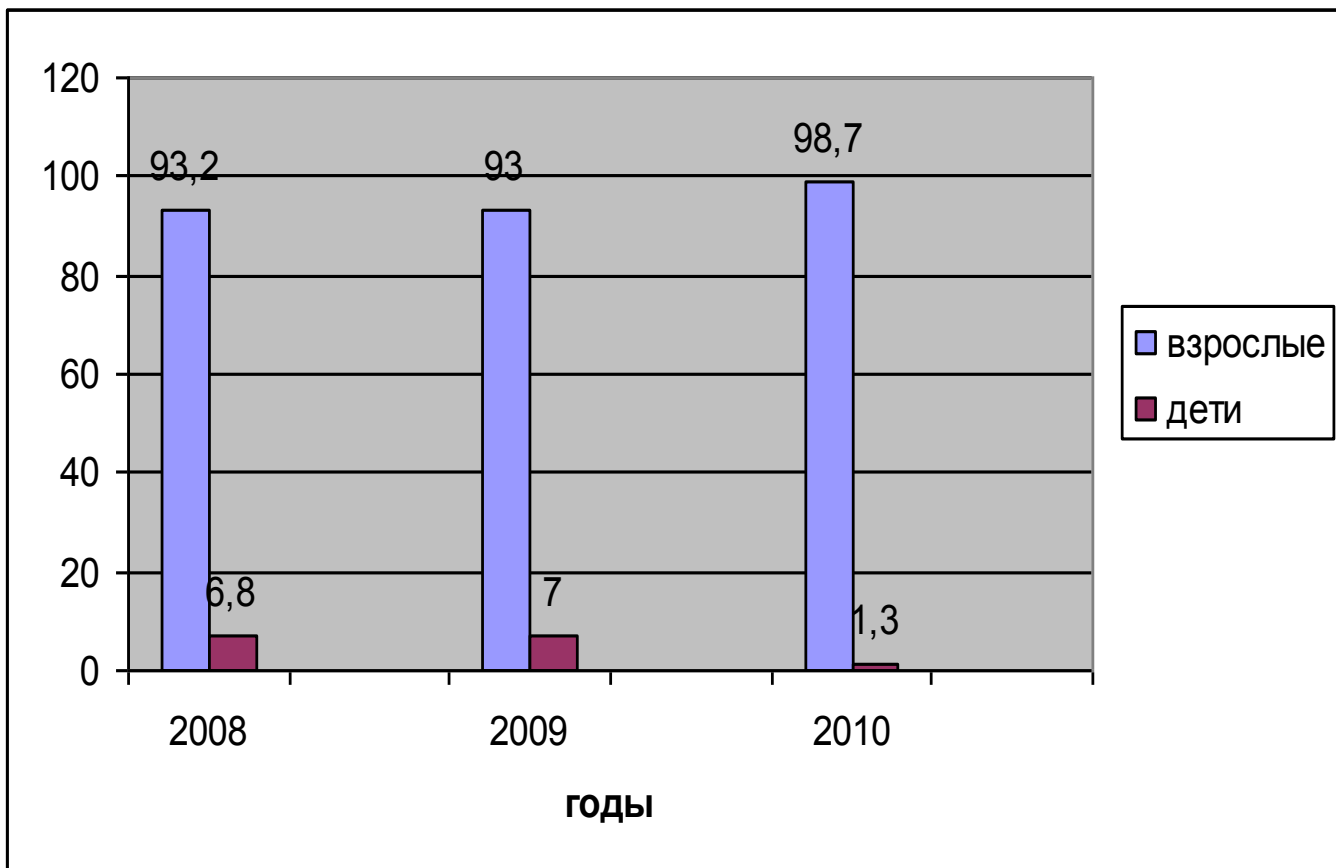
представлены в диаграмме:



Распределение заболевших ГЛПС по полу (показатель в % отношении)

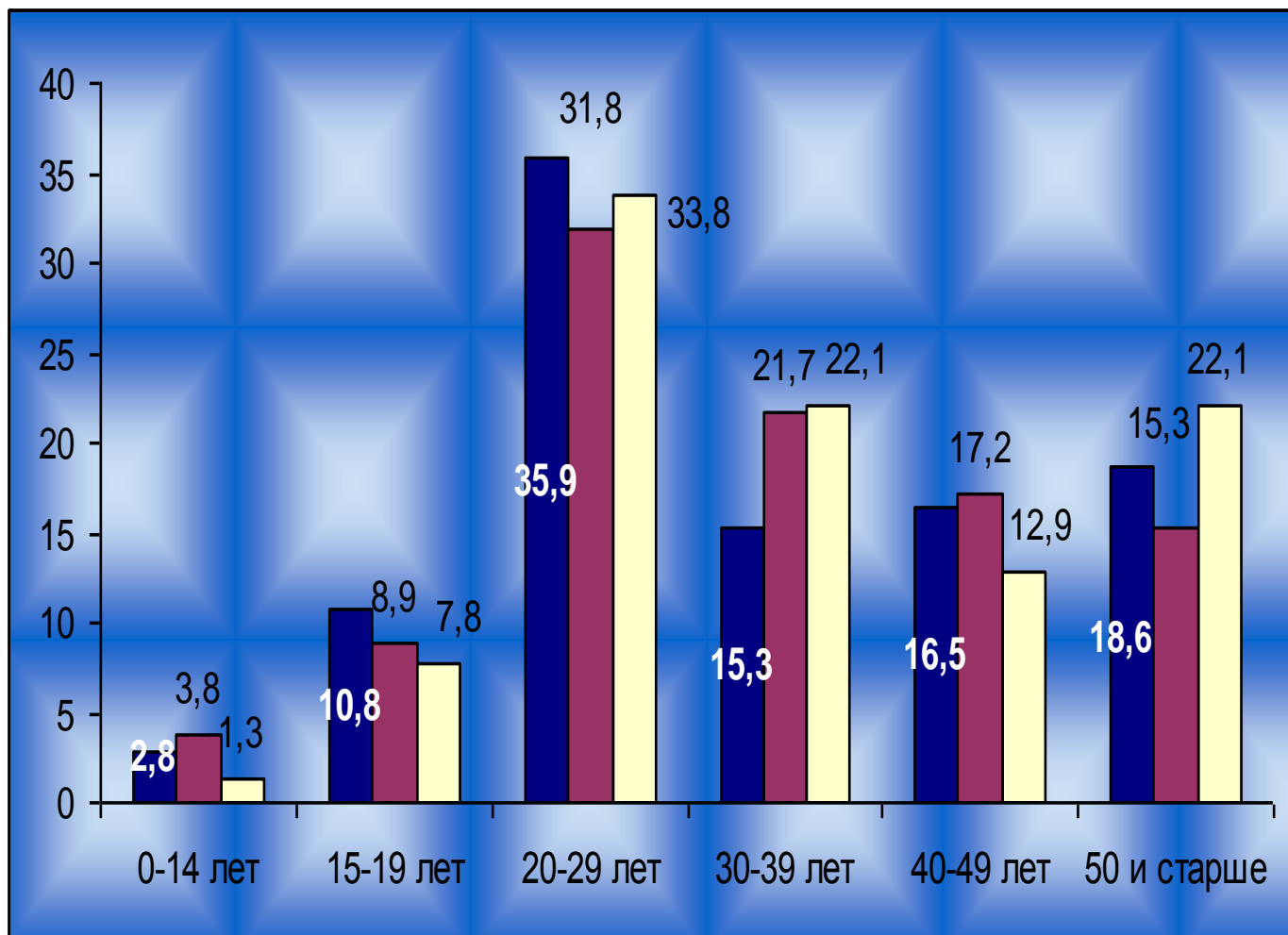


Распределение заболевших ГЛПС по возрасту за 2008 – 2010 гг.



Течение ГЛПС по возрастной структуре , в % отношении

возраст	2008 год		2009 год		2010 год	
	%		%		%	
0-14 лет	2,8		3,8		1,3	
15-19 лет	10,8		8,9		7,8	
20-29 лет	35,9		31,8		33,8	
30-39 лет	15,3		21,7		22,1	
40-49 лет	16,5		17,2		12,9	
50 и старше	18,6		15,3		22,1	



Структура больных ГЛПС в 2008-2010гг. по социальным группам

Статус человека	2008		2009		2010	
	абс	%	абс	%	абс	%
рабочие	91	51,7	80	50,9	32	44,4
служащие	25	14,2	25	15,9	10	13,9
учащиеся	14	8	15	9,6	8	11,1
дошкольники	-	-	-	-	-	-
прочие	46	26,1	37	23,6	22	30,6

Результаты изучения клинических особенностей ГЛПС в Ашинском МР по материалам историй болезни за 2010г. (72 историй болезни):

Клинические проявления	Кол-во	%
Общеклиническая симптоматика	72	100
Острое начало	72	100
по $\uparrow t^0$ до $38,5^0$ С	36	50
по $\uparrow t^0$ до 40^0 и выше	41	56,9
длительность лихорадочного периода 3-4 дня	20	27,7
5-6 дней	31	43,1
7 дней и более	26	36,1
общая слабость	72	100
озноб	64	85,3
сухость во рту	68	94,4
жажда	54	75
боли в животе	36	50
тошнота	59	81,9
рвота	30	41,7
икота	11	15,3
нарушения зрения	27	37,5
брадикардия	27	37,5
снижение артериального давления	15	20,8
геморрагии на коже и слизистых	42	58,3
носовое кровотечение	5	6,9
желудочно-кишечное кровотечение	2	2,7
маточное кровотечение	-	-
головные боли	70	97,2
бессонница	22	30,5
судорожный синдром	-	-
боли в пояснице	70	97,2
положительный синдром Пастернацкого	69	95,8

острая почечная недостаточность	7	9,7
снижение диуреза	42	58,3
олиурия	6	8,3
анурия	1	1,4
помурия	35	45,6
протеинурия	69	95,8
мочевина крови до 10 мм/п	49	68,1
до 10-20,0 мм/п	21	29,2
до 20 и выше	6	8,3
креатинин крови до 120 мм/п	48	67,6
120 и выше	29	40,3
изостенурия	30	41,7
микрогематурия	62	86,1
цилиндрурия	41	56,9

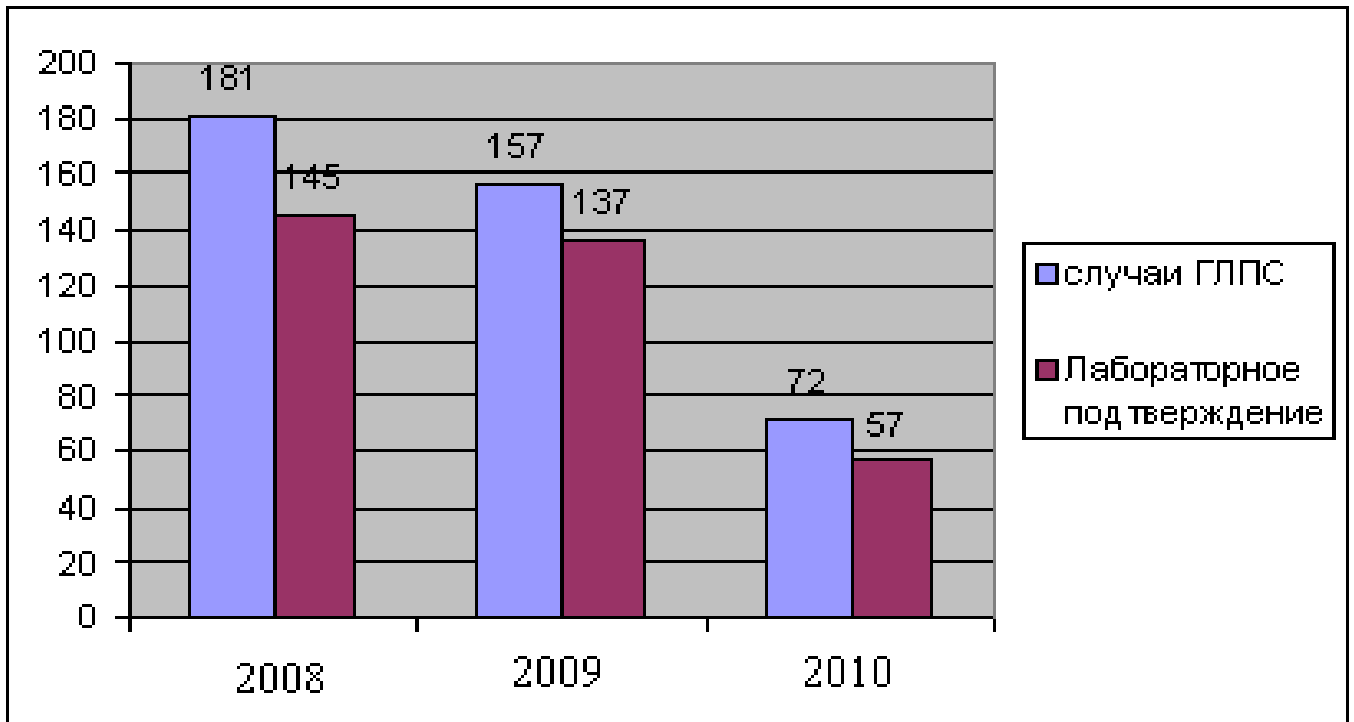
Лабораторное исследование по ГЛПС включает:

Диагноз ставится на основании характерных клинических синдромов, эпиданамнеза и лабораторных показателей:

- 1) ОАК;
- 2) ОАМ;
- 3) б/химический анализ крови (креатинин, мочеви́на, ПТИ, сахар, электролиты крови K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^- , pH среды;
- 4) УЗИ почек;
- 5) ЭКГ;
- 6) определение титра специфических АТ в крови больных методом иммуноферментного анализа. Достоверно подтвержденными лабораторно, случаются случаи заболевания, при которых наблюдается нарастание титра АТ в 4 раза и более.

Лабораторным методом ИФА обследуются все больные с первоначальным диагнозом ГЛПС.

% лабораторного подтверждения ГЛПС



Осложнения ГЛПС:

- 1) ОПН;
- 2) Инфекционно – токсический шок;
- 3) DVS – синдром;
- 4) Кровотечение (носовое, желудочное, кишечное, маточное);
- 5) Уремическая энцефалопатия с судорожным синдромом;
- 6) Внебольничная пневмония;
- 7) Пиелонефрит;
- 8) Коллапс;
- 9) Разрыв почки;
- 10) Отек головного мозга,
- 11) Абсцесс,
- 12) Сепсис.

Перенесенное заболевание оставляет стойкий пожизненный иммунитет.

Известны единичные повторные случаи заболевания ГЛПС.

Смертность от ГЛПС в России за период 1962-1990 гг составила 3 %, в Китае – 6 %, по Башкортостану -0,7 %. В Ашинском МР за последние 7 лет умер 1 пациент, у которого присутствовала поздняя госпитализация и течение заболевания осложнилось ОПН и ДВС – синдромом.

Исходы ГЛПС в период 2008 – 2010гг.



Общие принципы лечения больных ГЛПС:

Не существует стандартных схем лечения,

Оно комплексное, направлено на коррекцию патогенетических синдромов : интоксикации, ОПН, ДВС, предупреждение развития осложнений.

1 Стол №4 без ограничения соли с достаточным количеством витаминов.
Объем жидкости определяется уровнем диуреза;

2 Этиотропная терапия:

2.1 Рибоверин в первые дни болезни (4-6 дней) по 0,4 г – утром и вечером и 0,2 – днем;

2.2 Дезинтоксикационная терапия;

2.3 Борьба с гемморагическим синдромом;

2.4 Нормализация функции почек;

2.5 Восстановление функции сердечнососудистой системы;

2.6 Уменьшение воспалительно-деструктивных изменений в органах и тканях;

2.7 Коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного обмена;

2.8 Проведение противошоковой терапии;

2.9 Купирование болевого синдрома;

3 Патогенетическая терапия включает: в/в солевые растворы, глюкоза 10% в/в, глюкокортикоиды; 5% аскорбиновая кислота; 10% глюконат кальция, аскорутин, антиферментная терапия, контрикал, гордокс, ингитрил, диуретики в/в СЗП, ноотропы

В/м 2% папаверин.

4 Симптоматическая терапия включает: баралгин, ревалгин; при рвоте – церукал.

Выписка из стационара реконвалесцентов ГЛПС проводится в зависимости от степени тяжести :

- при легкой степени – не ранее 17-19 дн.,

-при средней степени на 21-23 день,

-при тяжелой степени на 25-28 день.

Профилактика ГЛПС:

1 Специфическая профилактика связана с созданием вакцины против различных серотипов вируса Хантаан и иммунизацией соответствующих контингентов населения. В Башкортостане эта проблема находится в стадии разработки.

2 Неспецифическая профилактика:

2.1 Ежегодно с целью снижения заболеваемости, проводится комплекс мероприятий в рамках целевой программы «О комплексе мер по профилактике ГЛПС по Ашинскому району». Программа работала в 2006 – 2010 гг.

На 2011-2013гг. разработана и принята муниципальная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». Согласно которой выделенные средства используются на покупку лабораторных реактивов для исследования крови пациентов на АТ и ГЛПС, приобретение медикаментов на лечение ГЛПС, и проведение дератизационных работ в населенных пунктах

(обработка рабочих мест, мест животноводства, зоны отдыха и частного жилого сектора).

2.2 Проведение работ по гигиеническому воспитанию населения:

- привлечение средств массовой информации (телевидение, местная газета);
- развешивание листовок;
- лекции в организационных коллективах о путях инфицирования, течение заболевания и профилактике ГЛПС.

Выводы:

1 Заболеваемость ГЛПС остается на высоком уровне в течение последних лет, исключение 2010 г., когда наблюдалось снижение числа переболевших до 72 случаев (109,3 на 100 тыс. населения). Это связано с аномальной длительной летней жарой и со снижением численности грызунов – переносчиков ГЛПС;

2 Удельный вес больных ГЛПС составил 9,1% от общего числа больных прошедших через инфекционный стационар и 9,7% от числа больных с инфекционной патологией в период 2008 – 2010 гг;

3 Возрастная структура больных ГЛПС за последние годы не изменилась, наибольший удельный вес составляют взрослые пациенты – 94,9%;

4 По клиническому проявлению легкие формы заболевания незначительно преобладали – 52%, средние составили 40,1%, а тяжелые – 7,9%;

5 Лабораторное подтверждение диагноза ГЛПС за последние годы в среднем составило 82,3%;

6 Летальный исход – 1 (2009г.), из 405 больных, пролеченных в инфекционном стационаре по поводу ГЛПС, 95,2% выписано с выздоровлением, 4,7% - с улучшением;

7 Повторные заболевания ГЛПС у ранее переболевших не зарегистрированы.