

УДК 616.92/93

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С.М. Шаршова, Н.Е. Тишина

Ульяновский государственный университет

В работе рассмотрены эпидемиологические особенности ГЛПС в Ульяновской области. Дана оценка клинической картины, лабораторных показателей, а также применяемой тактики лечения пациентов с ГЛПС, находящихся на стационарном лечении.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, заболеваемость, ранняя диагностика, олигоанурия, мочевого сидром, патогенетическая терапия.

Введение. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острая природно-очаговая вирусная зоонозная инфекция, в основе которой лежит системное поражение мелких сосудов с развитием тромбогеморрагического синдрома и своеобразное поражение почек в виде интерстициального нефрита [7]. Медицинское и социально-экономическое значение проблемы ГЛПС в нашем регионе обусловлено широким распространением заболевания и поражением наиболее трудоспособного населения со значительными показателями временной нетрудоспособности.

Цель исследования. Оценить эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости ГЛПС в Ульяновской области, целесообразность применения отдельных химиопрепаратов в схеме лечения ГЛПС с учетом современных подходов к терапии заболевания и выявить особенности клинической картины ГЛПС в г. Ульяновске, а также акцентировать внимание врачей различных специальностей на проблеме ГЛПС с целью повышения информированности о краевой патологии и возможно ранней диагностики ГЛПС.

Материалы и методы. Для изучения эпидемиологической ситуации по заболеваемости ГЛПС были проанализированы материалы Федерального государственного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и

эпидемиологии по Ульяновской области» за 10 лет (2003–2012 гг.).

Под наблюдением находились 65 пациентов, проходивших стационарное лечение в инфекционном отделении ЦГКБ г. Ульяновска в течение 2012 г.

Результаты и обсуждение. На территории Ульяновской области расположен один из крупных активных очагов ГЛПС в России [1]. За последние десять лет заболеваемость ГЛПС в области колебалась в пределах 8–21 случая на 100 тыс. населения, стабильно превышая показатели по РФ в 3–5 раз. В 2012 г. заболеваемость составила 19,7 на 100 тыс. населения, что превысило показатели 2010 и 2011 гг. более чем в два раза.

Природные очаги ГЛПС выявлены в лесных массивах всех административных территорий области и зеленой зоны г. Ульяновска. Наиболее активные очаги, приуроченные к широколиственным и смешанным лесам, в последние годы проявляют себя в г. Дмитровграде, Мелекесском, Барышском, Инзенском, Старомайском, Сенгилеевском районах [1, 5].

Возбудители ГЛПС – вирусы, относящиеся к роду Hantavirus (семейство Bunyaviridae). В настоящее время известно более 20 различных хантавирусных серотипов. На территории России среди мелких млекопитающих наиболее распространенны-

ми серотипами хантавирусов являются пуумала, хантаан, сеул и добрава [7]. В Ульяновской области циркулируют хантавирусы пуумала и хантаан, основными резервуарами которых являются лесные мышевидные грызуны, среди них по численности и инфицированности возбудителем преобладают рыжая полёвка, лесная и полевая мыши.

Эпидемический год начинается в июне и завершается в апреле следующего календарного года. Так, среди обследованных больных ГЛПС в ЦГКБ 18,5 % случаев заболевания приходилось на летние, 44,5 % – на осенние и 37 % – на зимние месяцы. Среди условий заражения ГЛПС преобладали спорадические случаи во время случайных посещений леса (46,2 %), случаи, связанные с производственной деятельностью (мастерские, складские, гаражные помещения) (18,5 %). Кривая заболеваемости по сезонам имеет двухволновой характер. Производственная деятельность, активный отдых на природе, садово-огородническая деятельность человека приводят к заражению в природных очагах в летне-осенний период. Однако пик приходится на ноябрь-декабрь – 48 % заболеваемости ГЛПС в области в 2012 г. Осень 2012 г. была затяжной, и образование снежного покрова было отодвинуто на конец декабря и даже январь, что создало неблагоприятные условия для зимовки лесных грызунов, вызвало их миграцию в постройки человека и увеличение в связи с этим числа бытовых и сельскохозяйственных заражений в этот период. Так, в январе 2013 г. было зарегистрировано 60 случаев ГЛПС, что в 2 раза больше, чем в январе 2012 г.

Среди пациентов инфекционного стационара ЦГКБ преобладали жители г. Ульяновска – 68 % (44 больных) и ближайших прилегающих к городу районов – Ульяновского, Чердаклинского, Теренгульского (9, 9, 8 % соответственно), доля сельских жителей составила 32 % (21 больной). В целом на территории Ульяновской области случаи ГЛПС чаще регистрируются среди сельских жителей.

Диагноз ГЛПС основывался на характерной клинической картине с учетом данных эпидемиологического анамнеза, лабораторных исследований, включая специфический

метод определения флюоресцирующих антител (РНИФ) [4].

Среди обследуемого контингента преобладали мужчины – 52 больных (80 %), что соответствует среднему показателю по России – 4:1 [7]. По возрасту пациенты распределялись следующим образом: 20–35 лет – 16 больных (24,6 %), 36–55 лет 38 больных (58,5 %), старше 55 лет – 11 больных (16,9 %). Минимальный возраст – 22 года, максимальный – 78 лет. В 2012 г. отмечена тенденция увеличения числа больных старшей возрастной группы.

Большинство больных (87,6 %) были госпитализированы в олигоурический период, 9,2 % – в полиурический и только 3,2 % – в начальный (лихорадочный) период ГЛПС. Только у 52,4 % пациентов ГЛПС была выставлена как первичный диагноз. У 21,5 % больных предварительный диагноз звучал как ОРЗ, у 12,3 % – как лихорадка неясного генеза, у 13,8 % больных (по 4,6 % соответственно) – как заболевание почек, острый живот, пневмония. Основной проблемой в работе лечебно-диагностических учреждений в очагах ГЛПС является отсутствие методов специфической диагностики, позволяющих ставить правильный диагноз в день поступления больного в стационар, что неблагоприятно отражается на количестве осложнений, летальных исходов, а также сроках пребывания пациентов в стационаре.

Степень тяжести ГЛПС оценивалась по совокупности клинических проявлений болезни: выраженности инфекционно-токсического, геморрагического синдромов, острой почечной недостаточности (ОПН). ОПН характеризовалась уремической интоксикацией, олиго- и анурией, повышением уровней мочевины и креатинина сыворотки крови. С учетом этих данных легкая форма ГЛПС выявлена у 7,7 % пациентов, среднетяжелая – у 78,5 %, тяжелая – у 13,8 %.

Решающее значение среди лабораторных показателей острой почечной недостаточности принадлежит азотемии [2, 3]. У больных с легкой формой средние показатели мочевины и креатинина крови не выходили за пределы нормы на всем протяжении болезни и составляли $98,6 \pm 4,97$ мкмоль/л и $5,4 \pm 0,498$ ммоль/л

соответственно. При среднетяжелом течении заболевания средний уровень креатинина был повышен до $185,9 \pm 8,7$ мкмоль/л, мочевины – до $12,1 \pm 0,47$ ммоль/л. При тяжелом течении азотемия была выраженной в олигоурическом периоде (креатинин – $553,4 \pm 50,4$ мкмоль/л, мочевина – $27,5 \pm 1,82$ ммоль/л).

Большое значение в оценке течения заболевания имели изменения в анализах мочи [6]. Протеинурия была выявлена у 50,8 % пациентов и в среднем составляла $1,0 \pm 0,18$ г/л. Максимальный уровень белка достигал 4,2 г/л. У 23 % пациентов наблюдалась микрогематурия, и практически у всех больных выявлена гипоизостенурия, характеризующаяся снижением относительной плотности мочи до 1,001–1,007.

Осложненные варианты ГЛПС были выявлены у 16,9 % больных. Среди специфических осложнений в лихорадочном периоде ГЛПС наблюдалось развитие инфекционно-токсического шока (ИТШ) 1 степени (1 пациент), в олигоурическом периоде – двустороннего гидроторакса (2 пациента), асцита (1 пациент), уремической энцефалопатии (3 пациента), пареза кишечника (1 пациент). Пневмония, которую мы расценивали как неспецифическое осложнение ГЛПС, была диагностирована у 3 больных (4,6 %).

С учетом общепринятых стандартов лечения ГЛПС все наблюдаемые пациенты получали дезинтоксикационную терапию, проводилась коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния, нормализация проницаемости сосудистой стенки, улучшение микроциркуляции и почечного кровотока. Мочегонные средства для стимуляции диуреза получали 22 чел. (34 %). Противовирусная терапия ГЛПС не проводилась, так как обязательным ее условием является назначение препаратов в первые 3–5 дней заболевания, когда диагноз ГЛПС у большинства больных не был выставлен [7].

Гормональную терапию (преднизолон курсовой дозой 240–630 мг в течение 5–6 дней) получали в целом 60 % пациентов (58,8 % больных средней тяжести и все больные с тяжелым течением ГЛПС), тогда как применение кортикостероидов при ГЛПС ограничено тяжелым течением заболевания с

угрозой развития ОПН, затянувшимся до 12–14 дня олигоурическим периодом, развитием острой сосудистой недостаточности или инфекционно-токсическим шоком [2, 3]. Антибиотики пенициллинового ряда или цефалоспорины 3 поколения получали 92,3 % больных.

Выводы:

1. ГЛПС является распространенной природно-очаговой инфекцией Ульяновской области с ежегодными высокими показателями заболеваемости, превышающими показатели по РФ. Наиболее активные очаги ГЛПС расположены в зоне широколиственных лесов области – естественной среды обитания рыжей полевки.

2. Заболеваемость характеризуется выраженной осенне-зимней сезонностью (81 % годичной заболеваемости). В инфекционный стационар ЦГКБ с диагнозом ГЛПС чаще госпитализируются жители города (68 %) и близлежащих сельских районов, среди больных характерно преобладание лиц мужского пола (80 %) в возрасте 36–55 лет (58 %).

4. Для клинической картины стационарных больных ГЛПС характерно преобладание среднетяжелого течения (78,5 %), незначительная выраженность геморрагического и мочевого синдромов.

5. Неспецифичность и клинический полиморфизм начального периода ГЛПС, атипичные варианты течения создают трудности в ранней диагностике ГЛПС, что приводит к ошибочным диагнозам и зачастую поздней госпитализации в олигоурический (87,6 %) и даже полиурический периоды (9,2 %), в связи с чем необходимо обратить внимание врачей различных специальностей на проблему диагностики ГЛПС и повысить их информированность о краевой патологии.

6. С учетом современных подходов к терапии ГЛПС нецелесообразно применение антибиотиков в отсутствие инфекционных бактериальных осложнений, а также гормональной терапии при ГЛПС средней степени тяжести, что может вызвать побочные эффекты, затян timer восстановления и сроки госпитализации.

1. Анисимова Т. А. Современное состояние заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в регионах Приволжского федерального округа / Т. А. Анисимова, Э. В. Ефимова // Материалы IV ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – М., 2012. – С. 215.
2. Зубик Т. М. Основы интенсивной терапии инфекционных больных // Избранные вопросы терапии инфекционных больных : руководство для врачей / Т. М. Зубик, А. Ю. Ковеленов ; под ред. проф. Ю. В. Лобзина. – СПб. : ООО «Фолиант», 2005. – С. 156–202.
3. Интенсивная терапия инфекционных больных / Т. М. Зубик [и др.]. – СПб., 2010. – 300 с.
4. Нафеев А. А. Специфическая лабораторная диагностика ГЛПС / А. А. Нафеев, С. Х. Ибрагимов, Л. А. Молева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. – № 2. – С. 48.
5. Нафеев А. А. Особенности проявления лесных очагов ГЛПС / А. А. Нафеев // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – № 5. – С. 56–57.
6. Практика лабораторных исследований при инфекционных заболеваниях / Ю. В. Лобзин [и др.]. – СПб. : Элби-СПб, 2005. – 276 с.
7. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. – М. : Медицина, 2005. – 677 с.

HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME ULYANOVSK REGION

S.M. Sharshova, N.E. Tishina

Ulyanovsk State University

The paper discusses the epidemiological features of HFRS in the Ulyanovsk region. The evaluation of clinical, laboratory parameters, and applied the tactics of treatment of patients with HFRS who are hospitalized.

Keywords: hemorrhagic fever with renal syndrome, disease, early diagnosis, oligo-anuria, urinary cider, pathogenetic therapy.