

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

И.Г. Закиров, Д.К. Баширова, А.А. Сорокин, Э.В. Горловская

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д.К. Баширова) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора (председатель — В.В. Морозов) МЗ РТ, г. Казань

Природно-очаговые инфекции в некоторых регионах России занимают ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости [1, 4]. Среди них следует выделить геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС) [1—4]. В Республике Татарстан эта вирусная болезнь также доминирует среди регистрируемых природно-очаговых инфекций. Прошедший 1997 г. был особенно неблагоприятен в отношении данной нозологической формы. Заболеваемость ГЛПС возросла до 64,4 на 100 тыс. населения и превысила аналогичный показатель 1996 г. в 10,7 раза (средний многолетний — в 5,7 раза), а самый высокий показатель, который был зарегистрирован ранее в 1985 г., — в 1,7 раза. В 10 районах заболеваемость превысила среднереспубликанский уровень в 2—10 раз и достигла в одном из районов 666 на 100 тыс. населения. Свободными от ГЛПС оказались лишь 2 из 46 территорий Республики Татарстан.

Круглогодичная динамика заболеваемости характеризовалась заметным ее подъемом в июне и ноябре, в то же время осенний уровень превалировал над летним, как и в предыдущие годы.

Анализ причин и условий заражения показал, что на очаги лесного типа постоянно приходится максимальное число заражений — 39,8% (в 1996 г. — 37,6%). Инфицирование людей при этом происходило во время отдыха в лесу, сбора грибов и ягод, заготовки дров (16,6—32,7%).

Второе место по числу заражений занимали очаги садово-дачного типа — 20,5%, хотя их доля в 1996 г. была в 2,5 раза ниже (8,8%). Заражения на терри-

тории садово-огородных участков в летнее время происходили в основном среди жителей крупных городов республики.

Удельный вес очагов производственного характера по сравнению с таковым в 1996 г. снизился с 22,5 до 13,0%. Основное число заболеваний при этом пришлось на лиц, работа которых связана с нефте- и газоразведкой. Вместе с тем заболеваемость ГЛПС среди работников лесхозов, леспромхозов по сравнению с таковой в предыдущий год снизилась в 2,5 раза, что, возможно, объясняется увеличением среди них иммунной прослойки, как правило, аборигенов очаговых территорий.

Очаги бытового и сельскохозяйственного типов отмечались в 11% и 11,1% случаев. 51,6% случаев заражения в быту и во время сельскохозяйственных работ пришлось на осенне-зимний период, что закономерно связано с заселением в это время лесных грызунов в бытовые и хозяйственные помещения, а также в стоги и ометы сена, соломы, оставленные в полях. Наибольшее число заражений ГЛПС (77,1%) в осенне-зимний период среди сельских жителей происходило при перевозке сена и соломы в помещения для содержания сельскохозяйственных животных.

Случаи заболевания ГЛПС, связанные с пребыванием в летне-оздоровительных учреждениях, регистрировались очень редко (0,3%), а в предыдущие годы совсем не наблюдались. Заболевали преимущественно лица молодого возраста. Так, доля больных в возрасте 20—40 лет составляла 31,4%, детей — 4,2%, а лиц старше 60 лет — 5,1%.

Нами были изучены 334 истории болезни больных ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в клинической инфекционной больнице № 1 г. Казани. Доля тяжелых форм у больных ГЛПС составляла 18%, среднетяжелых — 68%, легких — 14%. Возраст больных колебался от 18 до 50 лет. Мужчин было 73%, женщин — 27%. Диагноз ставился по результатам клинико-эпидемиологического обследования, который в 77,4% случаев подтверждался данными лабораторного анализа.

Больные были госпитализированы в среднем на 5—6-й день болезни: при легкой, среднетяжелой и тяжелой формах — соответственно на 5—7, 5—6 и 4—5-й дни болезни.

Заболевание начиналось остро, с выраженного инфекционно-токсического синдрома, нередко под маской других инфекционных заболеваний, что вело к ошибочным диагнозам (у 23,7%). У всех больных температура тела повышалась до 38—40°C и держалась у 52,2% больных до 3—5 дней, реже (у 35,5%) — до 6—8 дней. Лишь в 12,3% случаев лихорадка затянута до 12 дней. У 22% больных наблюдалась двухволновая лихорадка, которая, как правило, была обусловлена присоединением осложнений или обострением сопутствующих заболеваний. Продолжительность второй волны лихорадки составляла в среднем $2,7 \pm 0,3$ дня. Характерное покраснение кожи лица, шеи, верхних отделов груди у больных в этот период болезни имело место лишь у 38% больных.

Геморрагический синдром у больных встречался редко и в 5% случаев проявлялся петехиальной сыпью в типичных местах, в 4% — кровоизлияниями в склеры, в 3% — носовыми кровотечениями, характерными в основном для тяжелых форм болезни. В то же время обследование 20 больных ГЛПС без видимых геморрагических проявлений во время фиброгастроуденоскопии выявило у 5 из них кровоизлияния в слизистую желудка.

52% больных жаловались на боли в животе в эпигастральной и подвздошной областях. Абдоминальный синдром развился с 4—5-го дня болезни у 54,7%

больных, с 3-го — у 35,6%. Рвота была у 41% больных, причем в основном в начальном периоде. Продолжительность ее составляла в среднем $4,1 \pm 0,4$ дня.

Нарушение зрения возникло у 26% больных, в среднем на 4—5-й день болезни: при тяжелых формах ГЛПС — у 33%, при среднетяжелых — у 28%.

Острая почечная недостаточность у больных развивалась на 5-й день болезни и продолжалась 2—3 дня. Отчетливая клиника острой почечной недостаточности наблюдалась у 85,6% больных, что у 2% из них потребовало проведения гемодиализа. Уменьшение объема мочи у 44% больных сопровождалось повышением уровня мочевины, а у 30% — креатинина, причем у 40% и 46% больных даже в полиурическом периоде. Анализ мочи показал типичные качественные изменения. Пик выраженности альбуминурии у больных приходился на 7—8-й дни болезни, а цилиндрурии — на 9—10-й дни. Наряду с типичными изменениями в моче у 12% больных была выявлена лейкоцитурия.

У 42% больных ГЛПС отмечалось умеренное увеличение печени, сопровождавшееся в 18% случаев снижением показателя сулемовой пробы.

Гемодинамика больных характеризовалась в начальном периоде чаще нормальным (50%) и реже пониженным (35%) АД. В олигоанурическом периоде у 54% больных развивалась артериальная гипертензия и сохранялась до 5 дней. В полиурическом периоде она была зарегистрирована только у 19% больных. Брадикардия, характерная для олигоанурического периода, имела место только у 19% больных.

Периферическая кровь изменялась незначительно: у 24% больных был лейкоцитоз в олигоанурическом периоде. В то же время у 31% больных отмечалось нарастание эозинофилии в олигоанурическом периоде, у 63% — в полиурическом. У 45% больных на 7-й день болезни выявлялась тромбоцитопения, у 47% — анемия.

Оценка интоксикации, проводившаяся с использованием формулы Кальф-Калифа (индекс интоксикации лейкоцитов в норме — $1,0 \pm 0,6$), выявила повы-

шение индекса в начальном периоде заболевания в среднем до $4,0 \pm 1,4$ и последующую его нормализацию в олигоанурическом и полиурическом периодах ($1,0 \pm 0,2$ и $0,5 \pm 0,1$ соответственно). При развитии бактериальных осложнений индекс интоксикации лейкоцитов в 2 раза превышал норму ($2,4 \pm 0,1$).

Серологические исследования крови у больных ГЛПС в МФА выявили динамическое нарастание титров специфических антител. Среднее геометрическое титра специфических антител составило на 1-й неделе болезни $56,0 \pm 2,5$, на 2-й — $132,0 \pm 15,6$, на 3-й — $205,9 \pm 59,8$ и на 4-й — $928,0 \pm 101,7$.

Во время пребывания в стационаре в 9% случаев возникли осложнения со стороны органов дыхания (пневмония). У всех наблюдаемых больных заболевание закончилось выздоровлением, и длительность пребывания в стационаре составила в среднем 15,6 койко-дня. 9 (0,37%) случаев ГЛПС в Республике Татарстан закончились летальным исходом. 5 умерших были в возрасте 30—40 лет (по 2 — 40—50 и старше 60 лет). У 8 из 9 больных была тяжелая форма ГЛПС, у одного — среднетяжелая. 5 из 9 больных госпитализировали на ранних сроках заболевания — на 2 и 3-й дни болезни, остальных — на 4-й день. Диагноз больным был установлен уже при направлении в стационар, только в одном случае — при госпитализации. 5 больных госпитализировали в инфекционные отделения ЦРБ и 4 — в терапевтические отделения больниц. 5 больных умерли во время лечения в терапевтическом отделении и 4 — в отделениях гемодиализа, причем чаще на 2-й неделе болезни (6 из 9), реже на 1-й (2 из 9) и еще

реже на 3-й (1 из 9). Основной причиной смерти являлись осложнения геморрагического характера (у 7 из 9): кровоизлияния в головной мозг, непосредственно в гипофиз и массивная кровопотеря в результате желудочно-кишечного кровотечения. Реже смерть наступала вследствие сердечно-сосудистой недостаточности и выраженного отека головного мозга.

Таким образом, заболеваемость в Республике Татарстан в 1997 г. характеризовалась значительным подъемом (более чем в 10 раз) за счет очагов лесного и садово-огородного типа. Проявлялась она в основном в среднетяжелых формах с относительно высокой долей (18%) тяжелых форм, редкой регистрацией геморрагического синдрома (6%) и развитием осложнений преимущественно со стороны органов дыхания (9%). Несмотря на благоприятный вариант течения ГЛПС, у большинства больных в Республике Татарстан, летальный исход наблюдался в 0,37% случаев. Наиболее высок риск развития летального исхода при ГЛПС у больных в возрасте 30—40 лет, на 2-й неделе болезни от геморрагических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы природно-очаговых инфекций/Сб. матер. II Республиканской научно-практической конференции — Ижевск, 1998.
2. *Пиотрович А.К., Сиротина З.В.* Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей. — М., 1988.
3. Сборник методических материалов по природно-очаговому и острому кишечному инфекциям в Удмуртской республике. — Ижевск, 1996.
4. *Сомов Г.П., Беседнова Н.Н.* Геморрагические лихорадки. — Л., 1981.

Поступила 07.07.98.