

*Жаворонок С.В., Красавцев Е.Л., Лешанок В.И., Терешкова М.Э., Мицура В.М.,
Счесленок Е.П., Фомина Е.Г., Владыко А.С., Ткаченко Е.Н.*

ОПИСАНИЕ ВСПЫШКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск;
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель
Калинковичская центральная районная больница, Калинковичи;
Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,
Минск;
Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова, Москва

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острое природно-очаговое заболевание, вызываемое вирусами рода Хантаан. Ежегодно в мире отмечается до 150 тыс. случаев ГЛПС [1]. В Республике Беларусь (РБ) крупнейшая вспышка была описана в 1969 г. в Брестской области- заболело 60 человек. По материалам Брестской вспышки сделано первое описание эпидемиологии ГЛПС в Беларуси, проведен анализ сезонной динамики заболеваемости с приуроченностью к осенне-зимнему периоду, указана связь заболеваний с грызунами, в результате контакта с ними людей при сельскохозяйственных работах и в местах повышенной численности грызунов в населенных пунктах [2]. В последующем регистрировались лишь единичные случаи заболевания [3].

До 2016 года основой иммуноферментной тест-системы, предназначенной для выявления антител к вирусу ГЛПС в РБ, служил рекомбинантный нуклеокапсидный (NP) белок вируса ГЛПС штамма Пуумала. В качестве конъюгата использовали козьи иммуноглобулины к IgG человека, меченые пероксидазой. После выявления методом ПЦР у мышей в Могилевской области в 2015 году вируса Добрава, в диагностические тест-системы был включен рекомбинантный нуклеокапсидный белок данного вируса, а в качестве конъюгата стали использовать антивиновые антитела отдельно к IgM и IgG человека.

Приводим результаты эпидемиологических, клинических, серологических исследований при анализе последней в РБ вспышки ГЛПС в г. Калинковичи Гомельской области [4]. Вспышка ГЛПС зарегистрирована на территории производства, расположенного в лесной зоне. На участке работало 4 человека. Вентиляция приточно-вытяжная. В цеху и приспособленном бытовом помещении отмечалось наличие грызунов. 21.01.06 работники выполняли ремонтные работы при выключенной вентиляции, что способствовало большой запыленности помещения.

5.02.06 в инфекционное отделение ЦРБ поступил больной З., 36 лет, на 3-й день болезни с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39°C, боли в грудной клетке, в поясничной области. Заболел остро. В дальнейшем состояние больного ухудшалось. Диурез снижен. С явлениями острой почечной недостаточности в стадии олигоанурии. 10.02.06 больной переведен в отделение острого гемодиализа областной больницы (проведено 3 процедуры).

6.02.06 в инфекционное отделение ЦРБ поступил больной Г., 32 года, сотрудник того же предприятия, на 5-й день болезни с жалобами на повышение температуры, слабость, боль в глазах. 07.02.06 у него появились боли в поясничной области, снижение диуреза до 500 мл/сут.

8.02.06 в ЦРБ поступил больной Б., 29 лет, также сотрудник вышеуказанного производства, на 2-й день болезни с жалобами на повышение температуры до 39°C, головную боль, боль в глазах. Лицо гиперемировано, тоны сердца ритмичны, чистые, дыхание везикулярное, симптом Пастернацкого отрицательный, диурез достаточный. 10.02.06 (5-й день болезни) у больного появилась интенсивная боль в поясничной области, в нижних отделах живота.

У всех 3 больных на фоне лечения нормализация уровней мочевины и креатинина сыворотки крови произошла к 32–35-му дню болезни. Диагноз ГЛПС был подтвержден у больных Г. и Б. в лаборатории геморрагических лихорадок Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН с помощью метода непрямой иммунофлюоресценции с культуральными возбудителями ГЛПС, обнаружены специфические антитела к хантавирусу серотипа Пуумала в сыворотке крови в титре 1:8192.

Таким образом, сложность ранней клинической диагностики, высокая занятость жителей нашей страны в сельскохозяйственных работах диктуют целесообразность при дифференциальной диагностике заболеваний, сопровождающихся резким подъемом температуры и минимальными ранними симптомами ГЛПС, совершенствования и более широкого использования лабораторных методов диагностики этого заболевания.

Список литературы.

1. Поражение нервной системы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом / Н.Д. Юшук, Е.П. Деконенко, Г.П. Кареткина и др. // Клиническая медицина. – 2005. – №12. – С. 65–68.
2. О геморрагических лихорадках в Белоруссии / В.И. Вотяков, А.И. Резников, И.И. Протас // Здравоохранение. – 1969. – №5. – С. 11–14.
3. Винокурова Н.В. и др. Идентификация возбудителей геморрагической лихорадки с почечным синдромом в Республики Беларусь // Здравоохранение. – 2011. – №10. – С. 43–45.
4. Вспышка ГЛПС В Г. Калинковичи Гомельской области / С.В. Жаворонок, М.И. Михайлов, Е.Л. Красавцев, М.Э. Терешкова, В.М. Мицура, Е.В. Лешанок, Е.Н. Ткаченко // Здравоохранение. – 2008. – №5. – С. 40–41.