

## ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПОРАЖЕНИЯ ЛИЧНОГО СОСТАВА В УСЛОВИЯХ ПОЛЕВОГО РАЗМЕЩЕНИЯ ВОЙСК

<sup>1</sup>Валюженич Я.И., <sup>1</sup>Бережной Р.Г., <sup>2</sup>Иванова М.А., <sup>3</sup>Крупский Д.Д.,  
<sup>3</sup>Винтоник В.И., <sup>3</sup>Слипченко О.В., <sup>3</sup>Жаворонок А.Н.

<sup>1</sup> Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский  
государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Кафедра инфекционных болезней в учреждении образования «Белорусский  
государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>ГУ «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил  
Республики Беларусь»

**Актуальность.** Частота хантавирусных инфекций в условиях боевых действий существенно возрастает, что связано с резким увеличением численности инфицированных грызунов, возникающей вследствие снижения или отсутствия проведения дератизационных мероприятий. Проблема геморрагической лихорадки с почечным синдромом в 21 веке значительно возросла в связи с тем, что вирусные возбудители этих заболеваний стали рассматриваться в качестве биологического оружия. Под масками респираторных вирусных инфекций или лихорадки неясной этиологии скрывается агент, способный вызвать острое почечное повреждение и вывести из строя значительный процент личного состава военнослужащих.

**Цель.** Изучение особенностей клиники и течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом для разработки практических рекомендаций, направленных на снижение бремени заболевания при размещении войск в полевых условиях.

**Материалы и методы.** В основу исследования положен ретроспективный анализ историй болезни 52 пациентов (37 (71 %) мужчин и 15 (29 %) женщин) с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, проходивших лечение в УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска в период с 2017 по 2024 гг. В ходе работы выполнялась оценка формулировки первичного диагноза, время до лабораторного подтверждения диагноза, контакт с переносчиком и предполагаемое место заражения, степень тяжести заболевания, наличие мочевого синдрома и скорость клубочковой фильтрации (по Кокрофту-Голту).

**Результаты.** При первичном обращении диагноз ГЛПС предполагали лишь в 6 случаях (11,5 %). Лихорадка неясной этиологии была выставлена в 21 случае (40 %), орви ставили в 17 случаях (32,7 %). В связи с преимущественной симптоматикой поражения ЖКТ в 5 случаях был выставлен диагноз острый гастроэнтерит (9,6%). У 6 пациентов был зарегистрирован атипичный синдром абдоминальной боли. Среднее время от момента поступления пациента в

стационар до постановки теста на ГЛПС составляло 4 дня. Контакт с грызунами подтвердили 6 пациентов, в то время как 32 пациента накануне инфицирования находились в местах обитания переносчиков (дача, деревня, частные дома). Тяжелое течение наблюдалось у 4 пациентов (7,7 %), среднее течение – у 19 пациентов (36,5 %), легкое – у 29 пациентов (55,8 %).

**Выводы.** ГЛПС могут протекать не только классически, но и иметь особенности течения – значительное увеличение атипичных вариантов болезни, что также затрудняет этап ранней диагностики. Окончательный диагноз ГЛПС выставляется лишь после лабораторной специфической диагностики методом иммуноферментного анализа, однако в полевых условиях данный метод физически не применим. Следовательно, в рамках модификации раннего выявления хантавирусов и профилактики развития острого почечного повреждения у военнослужащих предлагается использование экспресс-тестов на возбудителя геморрагической лихорадки с почечным синдромом, а также своевременное проведение дератизационных мероприятий современными средствами в местах полевого размещения личного состава.