

Геморрагическая
лихорадка с почечным
синдромом

Лечение

Не существует стандартных схем лечения ГЛПС. Поэтому оно комплексное, проводится с учетом коррекции основных патогенетических синдромов - интоксикации, ОПН, ДВС и развившихся осложнений, а также сопутствующих заболеваний. Объем помощи зависит от тяжести и периода заболевания. Таким образом, лечение больного ГЛПС должно быть индивидуализированным.

Принципы госпитализации и ухода за больными:

- Необходима наиболее ранняя госпитализация - в начале лихорадочного, периода, т.е. в первые 3 дня болезни. Недопустимо амбулаторное наблюдение больного с подозрением на ГЛПС.
- Транспортировка больного максимально щадящая - на сан.транспорте, или, если это невозможно, легковым автотранспортом с сопровождающим медработником.

- Перевод из больницы в больницу и хирургические вмешательства недопустимы.
- Необходимо соблюдение постельного режима до прекращения полиурии, в среднем: при легкой форме - 7-10 дней, среднетяжелой - 2-3 недели и тяжелой - не менее 3-4 недель от начала заболевания.
- Требуется строгий учет вводимой жидкости (питье, инфузии) и ее потерь (диурез, рвотные массы, стул).
- Лечение проводится под контролем водного баланса, гемодинамики, гемограммы, гематокрита, анализов мочи, мочевины, креатинина, электролитов (калий, натрий), КЩС, коагулограммы; при осложнениях - инструментальных исследований: ФГДС, УЗИ, КТ, рентгенографии ОГК и др.

Диета: Рекомендуется стол №4 без ограничения соли, при тяжелых формах и осложнениях - стол №1. Питание должно быть полноценным, дробным, в теплом виде. При олигоанурии исключаются продукты богатые белком (мясо, рыба, бобовые) и калием (овощи, фрукты). В полиурии, наоборот, эти продукты наиболее необходимы. Питьевой режим должен быть дозированным с учетом выделенной жидкости. Количество выпиваемой и вводимой внутрь жидкости не должно превышать объема выведенной (моча, рвотн. массы, стул) более чем на 500-700 мл.

Медикаментозная терапия.

В начальном лихорадочном периоде болезни основными принципами лечения являются: противовирусная терапия, дезинтоксикационная, профилактика ДВС-синдрома, антиоксидантная терапия, предупреждение и лечение ИТШ.

1. Этиотропное лечение может проводиться с использованием двух основных подходов:

а) иммунобиологическими средствами - гипериммунная плазма, донорский специфический иммуноглобулин против ГЛПС, комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП), препараты интерферонов, как парентерально (лейкинферон, реаферон), так и ректально (суппозитоферон /ЧЛИ/, виферон), и

б) химиопрепаратами: производными нуклеозидов - рибавирин (рибами-дил, виразол, ребетол), а также индукторами интерферонов - амиксин, циклоферон, йодантипирин, анандин, интерлейкин-2 и т. п. Обязательное условие проведения противовирусной терапии - назначение препаратов в первые 3-5 дней заболевания.

2. Дезинтоксикационная терапия включает внутривенные инфузии глюкозы 5-10%, физ. раствора до 1,0-1,5 л/сут с аскорбиновой кислотой, кокарбоксилазой. Допустимо однократное введение гемодеза или реополиглюкина. Противовоспалительные средства (анальгин, аспирин, парацетамол) назначаются при гиперпирексии (39-41°C).

3. Профилактика ДВС-синдрома:

а) дезагреганты - пентоксифиллин (трентал, пентилин, агапурин, пенто-мер, флекситам), ксантинола-никотинат (компламин, теоникол, ксавин), дипиридамола (курантил); с целью улучшения микроциркуляции в этот период показаны также гепарин до 5000 ед/сут, кот. вводится внутривенно капельно или под кожу живота по 1500 ед. 2-3 раза в сутки, и низкомолекулярные гепарины: надропарин кальция (фраксипарин) 0,3 мл/сут, эноксапарин натрия (клексан) 0,2 мл/сут, дальтепарин натрия (фрагмин) 0,2 мл/сут, ревипарин натрия (кливарин) 0,25 мл/сут, п/к;

б) ангиопротекторы - глюконат кальция, рутин, этамзилат натрия (дицинон), продектин (пармидин, ангинин), кальция добезилат (доксиум);

в) при тяжелых формах болезни целесообразно раннее назначение свеж замороженной плазмы (СЗП) и ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).

4. Антиоксиданты: токоферол, убихинон (убинон, кофермент Q).

5. Своевременная (ранняя) госпитализация, строгий постельный режим и вышеприведенные мероприятия, как правило, предупреждают развитие ИТШ. Тем не менее, как показывает статистика, около 3-4% больных ГЛПС поступают в клинику с той или иной степенью шока, кот. развивается чаще всего на 4-6-й день болезни. При этом необходимо проводить следующие неотложные мероприятия:

а) реополиглюкин 400 мл.+ гидрокортизон 10 мл. (250 мг.) в/в капельно; если есть возможность, то лучше СЗП или альбумин;

б) ГКС (в расчете на преднизолон) - I ст. ИТШ: 3-5 мг/кг/сут, макс, до 10 ; II ст. ИТШ: 5-10 мг/кг/сут, макс, до 20; III ст. ИТШ: 10-20 мг/кг/сут, макс, до 50, первая доза должна составлять 1/4 от суточной, последующие вводятся каждые 4 часа, в/в струйно; отмена - после стабилизации гемодинамики;

в) гидрокарбонат натрия 4% 200 мл., в/в капельно, одновременно в другую вену или после реополиглюкина;

г) сердечные гликозиды и кардаотоники - строфантин, коргликон, кордиамин. в/в.:

д) при неэффективности первичных мероприятий, отсутствии мочи после 1,2-1,5 л. введенной жидкости или поступлении больного в III ст. ИТШ, назначается - ДОПАМИН (допмин, дофамин) 0,5% или 4% по 5 мл. (25 или 200 мг.), кот. разводится соответственно в 125 или 400 мл 5% глюкозы или физ. раствора и вводится капельно со скоростью 15-20 кап/мин.;

е) коррекция развивающегося при ИТШ ДВС-синдрома: при гиперкоагуляции - гепарин до 10000-15000 ед/сут, при гипокоагуляции - до 5000 ед/сут, в/в; СЗП до 600-800 мл/сут, в/в кап.; ингибиторы протеаз (контрикал до 1000 ед/кг/сут); ангиопротекторы (дицинон до 6-8 мл /сут); при желудочно-кишечных кровотечениях: циметидин (гистодил, квамател, омепразол) 200 мг 2-3 раза в сутки, в/в, 5% аминокaproновая кислота охлажденная (per os), антациды (алмагель, маалокс);

ж) мочегонные препараты назначаются после нормализации гемодинамики (или ЦВД > 120 мм вод ст) - лазикс 40-80 мг/сут; при ГЛПС противопоказано введение маннитола;

з) ДОКСА по 10 мг 1-2 раза в сут., в/м (при II-III ст. ИТШ); и) оксигенотерапия.

Общее количество вводимой жидкости до 40-50 мл/кг/сут (под контролем диуреза), из них коллоидные растворы составляют не менее 1/3.

При ИТШ нельзя использовать симпатомиметики (мезатон, адреналин, норадреналин), также не показаны спазмолитики, гемодез, полиглюкин.

В олигурический период основными принципами лечения являются: дезинтоксикационная терапия, борьба с азотемией и снижение белкового катаболизма; коррекция водно-электролитного баланса и КЩС; коррекция ДВС-синдрома; симптоматическая терапия; предупреждение и лечение осложнений (отек мозга, отек легких, надрыв или разрыв капсулы почек, азотемическая уремия, кровоизлияния в гипофиз и др. органы, бактериальные и др.).

1. Консервативное лечение уремической интоксикации включает:

- а) промывание желудка и кишечника 2% содовым раствором;
- б) внутривенные инфузии 10-20% глюкозы с инсулином, физ. раствора, с эуфиллином, аск. кислотой, кокарбоксилазой; при тяжелых формах - альбумина;
- в) прием энтеросорбентов - энтеросорб, полифепан, энтеросгель и т. п.;
- г) для снижения белкового катаболизма показаны: ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс), продектин, метандростенолон, парентеральное питание (интралипид, нефрамин).

В олигурию не вводятся коллоидные растворы декстрана (реополиглюкин, полиглюкин, реоглюман), гемодез, ГКС (кроме случаев коллапса, отека мозга и легких).

2. Основная задача терапии в этот период - борьба с гипергидратацией, ацидозом и электролитными нарушениями. Лечение олигоанурии (мочи менее 500-600 мл/сут) включает:

а) расчет вводимой жидкости не превышающий 500-700 мл объема потерь (с мочой, рвотой и диареей);

б) стимуляция диуреза лазиксом в режиме ударных доз (200-300 мг одномоментно, в/в струйно) после ощелачивания (4% гидрокарбонат натрия 100-200 мл) и введения белковых препаратов (альбумин, СЗП). Если при введении первой дозы получено не менее 100-200 мл мочи, через 6-12 часов возможно повторное введение лазикса в той же дозе. Общая доза препарата не должна превышать 800-1000 мг. В анурию (мочи менее 50 мл/сут) использование лазикса нежелательно.

в) коррекция ацидоза проводится назначением 4% гидрокарбоната натрия, объем введения (в мл) которого рассчитывается по формуле: $0,6 \times \text{масса тела больного (кг)} \times \text{ВЕ (ммоль/л)}$. При невозможности определения рН и ВЕ крови больным с олигоанурией допускается введение до 200-300 мл раствора в сутки;

г) коррекция гиперкалиемии (чаще наблюдается у больных без рвоты и поноса) включает глюкозо-инсулиновую терапию, введение поконата кальция 10% до 30-40 мл/сут, безкалиевую диету; необходимо также избегать введения препаратов, содержащих ионы калия и магния.

3. В этот период продолжают и, нередко, манифестируются геморрагические проявления. Поэтому, начатая в лихорадочный период коррекция ДВС-синдрома, проводится по тем же принципам.

4. Важным компонентом терапии больных ГЛПС является устранение неблагоприятных симптомов болезни:

а) наиболее выраженный из них - болевой, кот. купируется анальгетиками (анальгин, баралгин, триган, спазмалгон, спазган и др.) в сочетании с десенсибилизирующими средствами (димедрол, супрастин, пипольфен и др.); в случаях их неэффективности рекомендуются - аминазин, дроперидол, фентанил, трамадол, промедол;

б) при упорной рвоте, икоте показаны - промывания желудка, новокаин (per os), метоклопрамид (церукал, реглан, перинорм), пипольфен, атропин, аминазин;

в) при артериальной гипертензии - эуфиллин, дибазол, папаверин, антагонисты кальция (верапамил, коринфар, кордафен);

г) при судорожном синдроме - реланиум (седуксен, сибазон), аминазин, дроперидол, натрия оксибутират; после восстановления диуреза - пирацетам (ноотропил).

5. Все вышеприведенные мероприятия способствуют предотвращению развития осложнений. При наличии развернутой картины отека мозга и легких терапия проводится по общим принципам с учетом водного и электролитного баланса. Программа лечения больных с надрывом капсулы почек осуществляется совместно с урологом.

Антибактериальная терапия в первые два периода болезни проводится только при наличии инфекционных бактериальных осложнений (пневмония, абсцессы, сепсис и др.), обычно не более чем у 10-15% больных. Могут использоваться полусинтетические пенициллины и цефалоспорины. Раннее неоправданное назначение антибиотиков может затягивать восстановление и сроки госпитализации.

При неэффективности консервативных мероприятий показано проведение экстракорпорального гемодиализа, необходимость в котором может возникнуть на 8-12 день болезни.

В полиурический период основными принципами лечения являются: коррекция водно-электролитного баланса; коррекция реологических свойств крови; предупреждение и лечение осложнений (гиповолемия, надрыв или разрыв капсулы почек, кровоизлияния в гипоф'из, эклампсия, миокардит, бактериальные и др.); симптоматическая терапия; общеукрепляющие средства

1. Учитывая развитие в этот период дегидратации (как внеклеточной, так и, в особо тяжелых случаях, клеточной), гипокалиемии, гипонатриемии, гипохлоремии, больным показано:

а) восполнение воды и солей приемом внутрь минеральных вод, отваров изюма и кураги, растворов «регидрон» и «цитроглюкосолан» и т.п., в количестве не менее объема выделяемой за сутки мочи;

б) при суточном диурезе превышающем 5% массы тела, около половины теряемой жидкости замещается введением солевых растворов - ацесоль, хло-соль, лактосоль, квартосоль, квинтасоль;

в) при выраженной гипокалиемии необходимо дополнительное введение препаратов калия - КО4% 20-60 мл/сут, панангин, аспаркам, оротат калия.

2. Коррекцию реологических свойств крови проводят, продолжая назначения дезагрегантов.

3. Наиболее частыми осложнениями в этот период являются воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы (восходящие пиелиты, пиелонефриты и др.), лечение которых требует использования препаратов уро-септического действия: производных оксихинолина - нитроксолин (5-НОК, нитрокс); хинолонов - невигамон (неграм), грамурин, палин, уротрактин; фторхинолонов - норфлоксацин (полиции, нормакс), офлоксацин (таривид, за-ноцин), цiproфлоксацин (ципролет, цифран, сифлокс), эноксор; нитрофуранов - фуродонин, фурагин; сульфаниламидов - ко-тримоксазол (бисептол, септрин, grosептол); антибиотиков - пенициллины, левомицетин, цефалоспорины.

4. Устранение симптомов, нередко сопровождающих полиурический период (артериальная гипертензия, головная боль, боли в пояснице, тошнота, рвота и др.), проводится по тем же принципам, что и в олигурический период.

5. Общеукрепляющая терапия включает - витамины, рибоксин, АТФ, ко-карбоксилазу и т.п.

Показания к гемодиализу:

1. Клинические: анурия более 3-4 дней; токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга и судорожным синдромом, начинающийся отек легких на фоне олигоанурии.
2. Лабораторные: азотемия - мочевины более 26-30 ммоль/л, креатинин более 700-800 мкмоль/л; гиперкалиемия - 6,0 ммоль/л и выше; ацидоз с ВЕ - 6 ммоль/л и выше, рН 7,25 и ниже.

Определяющими показаниями являются - клинические признаки уремии, т.к. даже при выраженной азотемии, но умеренной интоксикации и олигурии, лечение больных с ОПН возможно без гемодиализа.

Противопоказания к гемодиализу:

1. ИТШ
2. Геморрагический инсульт, геморрагический инфаркт аденогипофиза.
3. Массивное кровотечение
4. Спонтанный разрыв почки.

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших глпс.

Диспансерное наблюдение преследует несколько целей:

- контроль за процессом восстановления функций различных органов, в особенности почек;
- выявление реконвалесцентов, имеющих ту или иную патологию внутренних органов и ЦНС;
- организацию лечения и дальнейшее наблюдение за теми, у кого имеются последствия заболевания.

Организация подобного наблюдения должна проводиться нефрологом или терапевтом, хорошо знающим почечную патологию. В процессе такого наблюдения необходимы специальные исследования функций почек, решение вопросов трудовой экспертизы и лечение выявленных нарушений. В диспансерном наблюдении нуждаются прежде всего пациенты, перенесшие тяжелую и среднетяжелую формы ГЛПС, а также подвергшиеся гемодиализу. Комплекс обследования должен включать, кроме клинических данных, исследование крови и мочи, бактериологический посев мочи, определение скрытой лейкоцитурии по Нечипоренко, подсчет суточного диуреза.

В течение года пациенты, перенесшие тяжелую и среднетяжелую формы ГЛПС, осматриваются раз в месяц, а при отсутствии отклонений - 2 раза в год, перенесшие легкую форму заболевания - раз в 3 месяца, а при отсутствии патологии - раз в год. При отсутствии нарушений со стороны почек и других органов, связанных с самим заболеванием, спустя 3 года они снимаются с учета, восстановление функций почек у большинства завершается к концу первого года после ГЛПС или к середине второго года. Однако имеются пациенты, у которых процесс восстановления может иметь и более продолжительные сроки - до 3 лет (замедленная реконвалесценция). Поэтому длительность диспансерного наблюдения должна быть не менее 3-летнего периода. К этому сроку удастся определить группу реконвалесцентов с полностью восстановленной функциональной способностью почек и выделить пациентов с уже сформировавшейся патологией. Среди последней основное место занимают хронический пиелонефрит, артериальная гипертония, отклонения со стороны ЦНС и эндокринной сферы.

