Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A98.5 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

ГЛПС — острое вирусное природно-очаговое заболевание с поражением мелких сосудов, геморрагическим синдромом и острым поражением почек. Рекомендация посвящена раннему распознаванию, обязательной госпитализации, лечению по периоду болезни и наблюдению за реконвалесцентами.

Главное

- Подозрение на ГЛПС особенно обосновано при острой лихорадке и интоксикации с последующими болями в пояснице, снижением диуреза, нарушением зрения, геморрагическими проявлениями и тромбоцитопенией.
- Болезнь проходит лихорадочный период, олигурию, полиурию и реконвалесценцию; олигоурический период в среднем длится 6–12 дней, полиурический — 6–14 дней, а позднее восстановление может продолжаться до 2–3 лет.
- К признакам неблагоприятного течения на 2–4-й день относятся стойкая гипотония, коллаптоидные реакции, выраженный геморрагический синдром, многократная рвота или икота, резкое снижение зрения, сильные боли в пояснице и животе, олигоурия, массивная протеинурия, признаки ОРДС, ранний лейкоцитоз более $10{,}0\times10^9$/л и ранний рост мочевины и креатинина.
- Амбулаторное наблюдение при подозрении на ГЛПС нецелесообразно; наиболее ранняя госпитализация необходима в начале лихорадочного периода, то есть в первые 3 дня болезни.
- Инфекция передается преимущественно воздушно-пылевым путем при вдыхании высохших выделений инфицированных грызунов; передачи от человека к человеку не происходит.
- После ГЛПС сохраняются тубулярные нарушения, поэтому реконвалесцентам требуется диспансерное наблюдение с контрольными визитами через 1, 3, 6, 9, 12, 18 и 24 месяца.

Диагностика

1. Собрать жалобы и сроки их появления: лихорадка, интоксикация, миалгии, головная боль, тошнота и рвота, боли или тяжесть в пояснице, снижение остроты зрения. Уточнить пребывание в очаге, контакт с грызунами или загрязненными объектами, употребление необработанных продуктов и сезонность.
2. Оценить кожу и слизистые: гиперемию лица, шеи и верхней части туловища, инъекцию сосудов склер, энантему мягкого неба, петехии, экхимозы и носовые кровотечения.
3. Измерить температуру, АД, ЧСС и ЧДД, оценить индекс Алговера, состояние кожных покровов и объем диуреза; отдельно отслеживать боли в пояснице и уменьшение диуреза с 4–6-го дня болезни.
4. В динамике выполнить общий анализ крови с лейкоформулой, тромбоцитами и гематокритом, а также общий анализ мочи. УУР С, УДД 4.
5. Выполнить биохимический анализ крови с исследованием мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы, а также коагулограмму. УУР С, УДД 5.
6. Подтвердить этиологию определением IgM и IgG к хантавирусам; при наличии зарегистрированных тест-систем — ПЦР на РНК хантавируса. Оптимально взять первую сыворотку до 4–7-го дня болезни или в первый день госпитализации и исследовать парные сыворотки с интервалом 4–7 дней. УУР С, УДД 4.
7. Выполнить УЗИ почек всем пациентам. При тяжелом течении дополнительно применяют пульсоксиметрию при полиорганной дисфункции или пневмонии, рентгенографию грудной клетки при признаках поражения легких, ЭКГ при аускультативных изменениях сердца и ЭГДС при болях в животе или рвоте типа «кофейной гущи».

Лечение

- Госпитализировать как можно раньше; при манифестной ГЛПС ориентиром является госпитализация до 3–4-го дня болезни. При среднетяжелом и тяжелом течении обеспечить щадящую транспортировку и строгий постельный режим до конца полиурии.
- Проводить базисную терапию всем пациентам: постельный режим, диету и пероральную дезинтоксикацию в виде питья жидкостей до 2 л/сут с учетом суточного диуреза. УУР С, УДД 5.

- Учитывать водный баланс; применять щадящую диету без ограничения соли. В период олигоанурии исключают продукты, богатые белком и калием, а в стадии полиурии эти продукты необходимы.
- Противовирусную терапию препаратами прямого действия начинают в стационаре не позднее 48 часов от начала болезни. При среднетяжелом и тяжелом течении рибавирин назначают по 200 мг 5 раз в сутки, всего 1000 мг/сут, курсом 5 дней; эффективность лечения в тексте оценивается как противоречивая. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжелом и тяжелом течении в лихорадочном периоде проводят контролируемую инфузионную дезинтоксикацию с учетом тяжести, электролитов, гематокрита и диуреза. До 5–6-го дня объем парентеральной жидкости может превышать выделение не более чем на 750 мл, позднее, на высоте почечной недостаточности, — не более чем на 500 мл. УУР С, УДД 5.
- При гиповолемии срочно восстанавливают объем циркулирующей крови под мониторным контролем; основными растворами служат изотонические кристаллоиды, а альбумин предпочтителен при гипоонкотической гиповолемии. Неконтролируемой инфузии следует избегать из-за риска отека почек и других органов. УУР С, УДД 5.
- В олигоурическом периоде корректируют азотемию, водно-электролитные и кислотно-щелочные нарушения, ДВС-синдром и осложнения. Фуросемид применяют внутривенно только при гиперволемии; дозы свыше 400 мг/сут не оправданы. При прогрессировании гиперволемии несмотря на максимальные дозы диуретиков решают вопрос о заместительной почечной терапии. УУР С, УДД 5.
- При неэффективности консервативных мероприятий у пациента с ОПП проводят гемодиализ. При тяжелом течении, септическом шоке, ДВС-синдроме, ОПП или полиорганной дисфункции требуется перевод в ОРИТ; стрессовые малые или средние дозы глюкокортикоидов применяют при септическом шоке, отеке мозга или выраженном воспалительном синдроме с полиорганной дисфункцией. УУР С, УДД 5.
- В полиурическом периоде проводят регидратацию и коррекцию гипокалиемии, гипонатриемии и гипохлоремии; в полиурии и ранней реконвалесценции допускается назначение периферических вазодилататоров и витаминов. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать всех пациентов с подозрением на ГЛПС в инфекционный стационар независимо от тяжести; лечение проводят при круглосуточном наблюдении.
- Срочно направить в ОРИТ или вызвать анестезиолога-реаниматолога при септическом шоке, быстропрогрессирующей дыхательной недостаточности, ЧДД более 25/мин, SpO_2 менее 92%, почечной или иной органной недостаточности с SOFA 2 балла и более. УУР С, УДД 5.
- Пересмотреть тактику и усилить наблюдение при гипотонии, тахикардии, олигоанурии, гипоксии, нарушении сознания или судорогах, распространенных экхимозах, носовом кровотечении, рвоте «кофейной гущей» и нарастающей почечной недостаточности.
- Выписывать при стойком улучшении: нормальной температуре, купировании ДВС-синдрома и ОПП, уменьшении астении, нормальных диурезе, мочевине, креатинине и гемограмме, отсутствии пиурии и микрогематурии. УУР С, УДД 5.
- После выписки наблюдать инфекционистом через 1, 3, 6, 9, 12, 18 и 24 месяца; при отсутствии жалоб и изменений внутренних органов после завершения срока наблюдения пациента снимают с учета. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Когда думать о ГЛПС?

При острой лихорадке и интоксикации, особенно если появляются боли в пояснице, уменьшение диуреза, нарушение зрения, петехии или кровотечения. Диагностическую настороженность усиливает тромбоцитопения.

Какие неспецифические исследования проводят при подозрении на ГЛПС?

В динамике выполняют общий анализ крови с лейкоформулой, тромбоцитами и гематокритом, а также общий анализ мочи.

Как подтверждают этиологию ГЛПС?

Этиологию подтверждают определением IgM и IgG к хантавирусам; при наличии зарегистрированных тест-систем проводят ПЦР на РНК хантавируса. Для серологической диагностики используют парные сыворотки с интервалом 4–7 дней.

Как вести гиперволемию и ОПП при ГЛПС?

Фуросемид используют только при гиперволемии, предпочтительно внутривенно; дозы свыше 400 мг/сут не оправданы. При неэффективности диуретиков и прогрессировании гиперволемии, а также при неэффективности консервативной терапии ОПП решают вопрос о заместительной почечной терапии или гемодиализе.

Как долго наблюдать пациента после ГЛПС?

Диспансерное наблюдение проводят после выписки через 1, 3, 6, 9, 12, 18 и 24 месяца. Контролируют клиническое состояние, общий анализ крови и мочи, биохимию, ЭКГ и УЗИ почек.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/347-gemorragicheskaya-lihoradka-s-pochechnym-sindromom. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/347_2