

ПИСЬМО
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
от 18.06.2015 № 02-2-11/737

О настороженности в отношении
выявления завозных случаев
ближневосточного респираторного
синдрома

Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по ближневосточному респираторному синдрому (БВРС) в Южной Корее и странах Аравийского полуострова (на 16.06.2015 в Южной Корее зарегистрировано 153 случая заболевания, 19 неблагоприятных исходов), Министерство здравоохранения Республики Беларусь обращает внимание на необходимость усилить настороженность со стороны медработников в отношении возможных завозных случаев данного заболевания.

БВРС вызывается коронавирусом (БВРС-КоВ). У больных поражается респираторный тракт (от отсутствия симптомов или легких катаральных явлений до тяжелого острого респираторного синдрома).

Эндемичны по БВРС-КоВ государства Аравийского полуострова, в особенности Саудовская Аравия (более 85% всех зарегистрированных случаев), Объединенные Арабские Эмираты, Катар, Оман, Кувейт, Йемен, а также Иордания, Ливан и Иран. С мая 2015 года крупная вспышка заболевания зарегистрирована в Южной Корее. В большинстве стран с ввезенными случаями заболевания вторичной передачи инфекции не зафиксировано.

Пути передачи БВРС-КоВ достоверно не известны. Резервуаром в природе являются одnogорбые верблюды. Первоначально человек заражается при прямом контакте с инфицированными животными, употреблении их молока или термически недостаточно обработанного мяса в эндемичных регионах. У некоторых нет симптомов — такие люди могут распространять вирус среди уязвимой части популяции.

Трансмиссия БВРС-КоВ от человека к человеку ограничена и в большинстве случаев имеет место только при тесных

и/или длительных контактах (в семьях заболевших; при оказании инфицированному медпомощи без средств индивидуальной защиты); 3/4 заболевших — мужчины.

Подозрительны на наличие БВРС лица с лихорадкой, кашлем и клиническими симптомами тяжелой пневмонии или острого респираторного дистресс-синдрома, подтвержденных физикально и/или рентгенологически при условии пребывания пациента в странах,

эпидемиологически неблагополучных по БВРС в течение 14 дней до заболевания.

БВРС следует также предполагать у людей с острым респираторным заболеванием любой степени тяжести, которые в течение 14 дней до этого находились в тесном контакте с симптомным пациентом с предполагаемым или подтвержденным БВРС.

Максимальный инкубационный период — 14 суток, средний инкубационный — 5. Характерные клинические проявления: высокая температура, озноб, головная боль, непродуктивный кашель, одышка и миалгии. У 1/3 пациентов — гастроинтестинальные проявления (диарея, рвота, боли в животе).

При выраженном иммунодепрессивном состоянии клиника может быть стертой или атипичной. В части случаев есть отклонения в результатах общеклинических лабораторных исследований: лимфоцитопения; тромбоцитопения; повышение уровня ЛДГ, аминотрансфераз.

При рентгенографии органов грудной клетки чаще выявляют билатеральные инфильтраты с преобладающей локализацией в нижних и средних долях легких, при компьютерной томографии — изменения легочной ткани по типу «матового стекла».

Основное осложнение — вирусная пневмония с тяжелой дыхательной недостаточностью, требующей проведения ИВЛ. Возможны также острый респираторный дистресс-синдром, почечная и печеночная недостаточность, ДВС-синдром, перикардит, судороги. Более тяжелое течение заболевания, осложнения и неблагоприятный исход характерны для пожилых пациентов с иммунодефицитными состояниями, злокачественными солидными опухолями и гемобластозами, сахарным диабетом, хроническими недугами дыхательных путей, сопутствующими инфекционными болезнями.

Летальность при тяжелых формах БВРС составляет 35–40%, выше — у людей старше 65 лет и имеющих тяжелую сопутствующую патологию.

Для лабораторной верификации БВРС необходимо выполнить ПЦР материала из нижних дыхательных путей (мокрота, эндотрахеальный аспират, бронхоальвеолярный лаваж), а также сыворотки крови.

При отсутствии клинических признаков поражения нижних дыхательных путей, невозможности получить мокроту допустимо выполнить ПЦР смывов из носоглотки и ротоглотки (образцы из 2 указанных локусов должны быть помещены в 1 контейнер и исследованы вместе). Если первоначальный результат исследования на БВРС-КоВ смывов из носо- и ротоглотки отрицательный и сохраняется клиническое подозрение на БВРС, рекомендуется повторить ПЦР образцов материала из

нижних дыхательных путей (предпочтительнее) или повторно исследовать смывы из носо- и ротоглотки.

Этиотропная терапия и специфическая профилактика БВРС в настоящее время не разработаны. Терапия патогенетическая и симптоматическая и определяется клиническим состоянием пациента, а также спектром развившихся осложнений.

В качестве мер профилактики при посещении эндемичных по БВРС регионов и территорий, где зафиксирован подъем заболеваемости данной инфекцией, рекомендуется избегать прямого контакта с верблюдами и другими животными, соблюдать гигиену, не употреблять в пищу термически недостаточно обработанные продукты животного происхождения (включая непастеризованное молоко).

Медикам при работе с пациентами, подозрительными на БВРС, следует использовать средства индивидуальной защиты (халат, перчатки, респиратор, очки).

Лицам, контактировавшим с имеющими БВРС, нужно рекомендовать в случае появления лихорадки, симптомов поражения дыхательных путей на протяжении следующих 14 дней от момента контакта как можно скорее обратиться за медпомощью. При обращении таких пациентов их необходимо доставлять в приемные отделения инфекционных больниц территориального назначения для осмотра врачом-инфекционистом и определения дальнейшей тактики ведения.