



Datum: 01.07.2021

Navodila izbranim zdravnikom za sledenje bolnikov s postavljenim sumom ali potrjenim prebolevanjem mišje mrzlice (hemoragične mrzlice z renalnim sindromom)

Spoštovani!

Mišja mrzlica, ki jo povzroča virus Puumala, je večinoma blažja oblika hemoragične mrzlice z renalnim sindromom, ki jo poimenujemo tudi "nephropathia epidemica". Običajno pa se v poletnem času, ko je bolj vroče in suho, začnejo pojavljati posamezni primeri bolezni, povzročeni z virusom Dobrava, ki pa povzroča težji potek bolezni.

Sum na mišjo mrzlico oblikujemo na podlagi epidemioloških (stiki z mišjimi izločki), kliničnih (vročina, mrzlica, glavobol, meglen vid, bolečine izza oči, ledveno itn.) in laboratorijskih podatkov (na začetku je pogosta trombocitopenija, najpogosteje s sočasno levkopenijo). Diagnozo postavimo z mikrobiološkimi preiskavami (serologija, PCR). Izbira preiskave je odvisno od trajanja bolezni. Na začetku bolezni, v času trajanja vročine, je bolj diagnostičen PCR, v kasnejšem poteku serologija. Bolezen je potrebno prijaviti.

Zdravil za vzročno zdravljenje mišje mrzlice nimamo, zato je zdravljenje podporno. Bolnikom priporočimo počitek, predpišemo zdravila z analgetično-antipiretičnim učinkom (Lekadol, Analgin), odsvetujemo jim uporabo nesteroidnih antirevmatikov in podamo navodila o zadovoljivem, vendar ne prekomernem, vnosu tekočin (približno enaka količina vnosa kot je količina urina in izguba s perspiracijo). Pri pitju tekočin naj upoštevajo predvsem občutek žeje. Uživajo naj različne vrste tekočin, ne samo vode, saj lahko s tem povzročijo ali poslabšajo hiponatremijo. Preverimo, če so v kronični terapiji bolnikov kakšna zdravila, ki bi lahko bila nevarna za bolnike v primeru, da se ledvično delovanje poslabša oziroma bi lahko poslabšala potek bolezni (npr. RAAS zaviralci, diuretiki, novejša oralna antikoagulacijska zdravila, litij, digoksin, metformin...) in premislimo, če bi bilo možno katero od teh zdravil prehodno ukiniti do ozdravitve ali vsaj izboljšanja stanja.

V poteku bolezni se pogosto prehodno poslabša delovanje ledvic, zelo redko pa pride do odpovedi ledvic, ki bi terjala dializno zdravljenje, ali drugih hudih zapletov. Pogostejše so elektrolitske motnje. Če elektrolitske motnje niso simptomatske in bolnik ne prejema zdravil, pri katerih bi elektrolitska odstopanja vplivala na učinkovanje zdravil (npr. antiaritmiki), jih lahko popravljamo s peroralnim nadomeščanjem. Ob hipokaliemiji svetujemo hrano z večjo vsebnostjo kalija (npr. banane, pomaranče, nektarine, melone, kivi, suho sadje, krompir, buča, paradižnik, špinača, fižol in druge stročnice, čokolada, oreški), lahko peroralno tablete kalija (npr. Kalinor), ob hiponatremiji dosoljevanje in izogibanje uživanja vode, ob kombinirani motnji pa oralno rehidracijsko raztopino.

Ker napovednikov za hujši potek še ne poznamo, je potrebno pogostejše spremljanje bolnikovega stanja in laboratorijskih izvidov (krvna slika, dušični retenti, elektroliti, po potrebi testi hemostaze),

predvidoma v dvodnevni intervalih (tridnevni interval preko vikenda) do izboljšanja. Če pride do poslabšanja zdravstvenega stanja ali kritičnih laboratorijski odklonov, bolnika napotite v bolnišnico.

Klinični kriteriji za sprejem v bolnišnico:

- poslabšanje kronične internistične bolezni (npr. iztirjena sladkorna bolezen, spremljanje antikoagulacijskega zdravljenja....)
- slabost, bruhanje, zaradi česar bolnik ne more uživati tekočin,
- bolečine ali vročina niso obvladljivi s peroralnimi zdravili,
- anurija, oligurija (bolnik uriniral manj kot 2 x v 24 urah),
- klinično opazne krvavitve (pikčaste krvavitve na obrazu, po vratu in trupu)

Laboratorijski kriteriji za sprejem v bolnišnico:

- Kreatinin več kot 300 mmol/L (meja je arbitrarna, potrebno je upoštevati ostale dejavnike, npr. starost in prehranjenost bolnika – ledvično delovanje je slabše pri starejšem in podhranjenem bolniku s kreatinom 300 mmol/L kot pri mlajšem ali normalno prehranjenem bolniku).
- Simptomatske elektrolitske motnje, hiperkaliemija, hiponatremija ($\text{Na} < 125 \text{ mmol/L}$), acidoza.
- Trombociti < 50 ob pridruženih motnjah sekundarne hemostaze (tj. PČ oz APTČ podaljšana za vsaj 2x).
- Trombociti < 30 ob odsotni motnji sekundarne hemostaze.

Zaželeno je, da se okužba mikrobiološko potrdi. V kolikor te možnosti nimate, potrebujete posvet z infektologom ali dogovor za sprejem bolnika, smo infektologi Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja za zdravnike dosegljivi na 01 522 8116/8220.



mag. Sergeja Gregorčič, dr. med.



Doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc, dr. med.
Predstojnica klinike