DOI: 10.17117/na.2016.10.03.466

<http://ucom.ru/doc/na.2016.10.03.466.pdf>

Поступила (Received): 15.10.2016

Маркосьян Н.С., Афросина Р.В., Черемисова А.Н. Клинические особенности безжелтушной формы лептоспироза в Республике Мордовия

Markosyan N.S., Afrosinya R.V., Cheremisova A.N.
Clinical features anicteric form of leptospirosis
in the Republic of Mordovia

В статье описываются клинические особенности безжелтушной формы лептоспироза во вспышку в Республике Мордовия в 2014 году (лихорадочный синдром, поражение почек, миалгии, редкие клинические проявления со стороны других органов, осложнения и исходы), особенности лабораторной диагностики данного заболевания

Ключевые слова: лептоспироз, безжелтушная форма, почки, лихорадка

This article describes the clinical features anicteric forms of leptospirosis during the outbreak in the Republic of Mordovia in 2014 (a feverish syndrome, kidney disease, myalgia, rare clinical manifestations of other organs, complications and outcomes), especially the laboratory diagnosis of the disease

Key words: leptospirosis, anicteric form, kidneys, fever

Маркосьян Наталья Сергеевна

Кандидат медицинских наук, старший преподаватель

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Markosyan Natalia Sergeevna

Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer

Mordovia state university named N.P. Ogarev

Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Афросина Раиса Васильевна

Студент

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Afrosina Raisa Vasilyevna

Student

Mordovia state university named N.P. Ogarev

Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Черемисова Антонина Николаевна

Ассистент

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Cheremisova Antonina Nikolaevna

Assistant

Mordovia state university named N.P. Ogarev

Saransk, Bolshevistskaya st., 68

Природно-очаговые инфекции, эпидемиологическая ситуация по которым признается неблагополучной, представляют серьезную угрозу здоровью населения Российской Федерации [1, с. 323; 5, с. 110]. В частности, тенденция к росту заболеваемости людей лептоспирозом, регистрируемой в большей части территории России, приобрела выраженный и устойчивый характер.

Отмечается повышение эпидемической активности лептоспирозных очагов в населенных пунктах, в том числе и в крупных городах [3, с. 15].

Лептоспироз – зоонозная инфекция, протекающая в виде острого лихорадочного заболевания с выраженной интоксикацией, поражением почек, печени, центральной нервной системы, развитием геморрагического синдрома [4, с. 63]. Значимой проблемой практического здравоохранения, акцентирующей внимание на вопросах ранней диагностики и эффективности лечения, является преобладание среди госпитализированных больных тяжелого, осложненного течения, манифестных форм лептоспироза, частично обусловленного поздней госпитализацией пациентов и наличием у них неблагоприятного преморбидного фона [3, с. 15].

В России заболеваемость людей лептоспирозом регистрируется практически во всех климатогеографических зонах и в последние годы находится на уровне 0,43 – 1,72 на 100 тыс. населения. Лептоспироз распространен и в Республике Мордовия [2, с. 278].

Цель исследования: провести анализ клинических особенностей безжелтушной формы лептоспироза в Республике Мордовия в 2014 году.

Материал и методы исследования: Проведен анализ клинических особенностей безжелтушной формы лептоспироза по данным медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница» («РИКБ») г. Саранска в 2014 году.

Результаты. В 2014 году в республике возникла вспышка лептоспироза, когда заболели 45 человек, из них 25 пациентов госпитализированы в ГБУЗ РМ «РИКБ» (показатель заболеваемости составил 5,5 на 100 тыс. населения). Пациенты с безжелтушной формой составили большинство – 16 человек, желтушной – 9 пациентов.

У больных лептоспирозом наблюдалось острое начало болезни в 75% случаев с высокой лихорадки, озноба, общей слабости, головной боли. У 6,3% пациентов заболевание началось с явлений гастроэнтерита (тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул), в 6,3% – с сильных болей в горле и у 6,3% больных – с выраженной головной боли.

Лихорадка сохранялась в среднем $6,25 \pm 0,83$ суток. Средние показатели температуры тела у больных составляли $39,08 \pm 0,15^\circ\text{C}$. Продолжительность лихорадки до 5 дней наблюдалась в 63% случаев. Однако у 31% пациентов лихорадка наблюдалась в течение 7 – 10 дней. У 6% больных длительность повышенной температуры была более 15 дней. Продолжительность общей слабости составила $13,63 \pm 1,25$ дней.

Больные безжелтушной формой предъявляли жалобы на боли в поясничной области – в 75%, боли в животе – в 43,8%. Поражение мышц вследствие рабдомиолиза лептоспирами наблюдалось у небольшого количества пациентов. Боли в мышцах диффузного характера отмечалась в 12,5% случаев, боли в суставах и мышцах нижних конечностей – в 6,3%.

Из редких клинических проявлений наблюдалась тошнота – в 31,3%, рвота – у 25% больных, у одного человека (6,3%) отмечался жидкий стул

до 8 раз в сутки, продолжительность диарейного синдрома составила 9 дней. У данного пациента заболевание началось с явлений гастроэнтерита, затем на фоне однократно введения цефтриаксона отмечалось ухудшение состояния – возник потрясающий озноб, цианоз кожи и губ, что позволило вручу заподозрить лептоспироз. У части больных регистрировалось поражение верхних дыхательных путей: кашель – у 25%, боль в горле – у 6,3% пациентов. Характерный для лептоспироза менингеальный синдром определялся лишь в 6,3% случаев.

Поражение почек при безжелтушной форме лептоспироза проявлялось развитием острой почечной недостаточности. Олигурия развивалась у 56,3% больных со значительным снижением количества мочи от 100 до 600 мл за сутки. Данный клинический симптом возникал у 18,8% пациентов с 3 – 4-х суток, у 31,3% – на 5 – 6-е сутки и у 6,3% на 7-й день от начала заболевания. Продолжительность олигурического периода составила от 1 до 3 дней. Развитие полиурии в последующем отмечали 31,3% больных. Полиурия возникала на 6 – 8 день болезни, продолжительность данного симптома составила 3 – 5 дней. Объем выделенной мочи за сутки не превышал 3750 мл.

При объективном осмотре отмечалась гиперемия зева – у 68,8% больных, инъекция сосудов склер – в 25%, гиперемия кожи лица и шеи – в 18,8%, пятнистая сыпь по всему телу – у 6,3% пациентов. Выявлялось увеличение печени – у 56,3%, положительный симптом поколачивания по поясничной области – у 43,8% пациентов. Общая продолжительность заболевания составила $14,45 \pm 1,34$ суток.

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости в 12,5% отмечена гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени. Со стороны мочевыводящей системы в 37,5% выявлялся синдром гиперэхогенной коры почек, у 18,8% – уплотнение чашечно-лоханочной системы обеих почек, у 12,5% – нефроптоз, у 6,3% определялись признаки увеличения размеров почек.

У всех больных заболевание закончилось благоприятно. В 92,7% наблюдалось среднетяжелое течение заболевания. У 6,3% пациентов отмечалось тяжелое течение заболевания с развитием инфекционно-токсического шока I–II степени. Из редких осложнений в 6,3% регистрировалось обострение хронического холецистита.

Для диагностики лептоспироза использовались серологические реакции. У 93,7% больных диагноз выставлялся на основании положительной реакции микроагглютинации. В 31,2% случаев выявлялись одновременно антитела к лептоспирам серогрупп *Grippotyphosa* и *Australis*, в 37,5% – лептоспирам серогруппы *Grippotyphosa*. В 12,5% обнаруживалась лептоспира серогруппы *Australis*, в 6,3% – выявлялись *L. Canicola* и *L. Australis*, *L. Canicola* (6,3%). Одному больному (6,3%) диагноз был выставлен на основании характерной клинической картины.

Выводы. У больных безжелтушной формой лептоспироза отмечается острое начало заболевания с лихорадочного синдрома. Заболевание характеризуется непродолжительной лихорадкой, развитием острой почечной недостаточности (56,3%), поражением дыхательных путей (31,3%), мышечным

болевым синдромом (18,8%). Менингеальный синдром и экзантема определяются лишь у 6,3% больных. Большинство случаев безжелтушной формы лептоспироза этиологически связано с *L. Grippotyphosa*.

Список используемых источников:

1. Алферина Е.Н., Маркосян Н.С., Игнатьев В.Н. и др. Бешенство в Республике Мордовия в 2006–2015 годах // Научный альманах. 2016. №6–2 (20). С. 323–326.
2. Афросина Р.В., Маркосян Н.С. Эпидемиологические особенности лептоспироза в Республике Мордовия // Научный альманах. 2015. №1 (3). С. 278–280.
3. Жукова Л.И., Рафеенко Г.К., Никишина Т.Ф. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза в Краснодарском крае в многолетней динамике // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. №6. С. 15 – 20.
4. Павленко А.Л. Особенности эпидемиологии лептоспироза на современном этапе // Запорожский медицинский журнал. 2013. №6 (81). С. 63–69.
5. Ускова Ю.Г., Павелкина В.Ф., Альмяшева Р.З. Интоксикационный синдром и его патогенетическое значение при геморрагической лихорадке с почечным синдромом // Научный альманах. 2015. №1 (3). С. 110–114.

© 2016, Маркосян Н.С., Афросина Р.В.,
Черемисова А.Н.

Клинические особенности безжелтушной
формы лептоспироза в Республике Мордовия

© 2016, Markosyan N.S., Afrosinya R.V.,
Cheremisova A.N.

Clinical features anicteric form of leptospirosis in
the Republic of Mordovia