

© Лось-Яценко Н.Г., Карімов І.З., Козловський О.А., 2011
УДК 616-022.7+616.986+616.02+616-071+616-07

Н.Г. Лось-Яценко, І.З. Карімов, О.А. Козловський

ТРУДНОЩІ І ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЛЕПТОСПІРОЗУ

ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського»

Проаналізовано захворюваність на лептоспіроз в АР Крим з 1997 по 2009 рр. В осередках інфекції, що сформувалися, щорічно реєструвалося 1-19 випадків, що перебігали переважно у тяжкій жовтяничній формі з летальністю до 25,6 %. Відсоток діагностичних помилок складав 69,2 %, найчастіше хворі ушпиталивалися з діагнозом вірусний гепатит і ГРВІ. Розглянуті причини цих помилок.

Ключові слова: лептоспіроз, діагностика, клініка.

Серед зоонозних інфекцій лептоспіроз є однією з найактуальніших проблем практичної охорони здоров'я у зв'язку з широким розповсюдженням в багатьох областях України, у тому числі і в АР Крим, тяжким перебігом і високою летальністю. Показники захворюваності на 100 тис. населення в деяких регіонах не мають тенденції до зниження і коливаються в межах 0,79-6,36 [1], а летальність складає 10-64 % [2, 3].

Лептоспіроз – гостра інфекційна хвороба, яку спричиняють більше 200 відомих серологічних варіантів патогенних спірохет роду *Leptospirae*, об'єднаних у 25 серогруп, з них найбільш значущі *Icterohaemorrhagiae*, *Grippotyphosa*, *Pomona*, *Bataviae*, *Canicola*, *Hebdomadis* та ін. Резервуар і джерело лептоспірозу – дикі (сірі щури, полівки, миші та ін.) і домашні (свині, велика рогата худоба, собаки) тварини, які формують природні та антропогенні осередки, виникнення й активність яких багато в чому залежить від кліматичних умов – наявності вологи, водоймищ, ставків, дрібних річок і т.п.

Зараження людини відбувається переважно в літньо-осінній період при проникненні лептоспір через пошкоджену шкіру і слизові оболонки (контактний, водний, харчовий шляхи передачі), частіше при купанні, риболовлі, полюванні, сільськогосподарських роботах, прямому контакті з хворими тваринами.

В Криму сформувалися осередки лептоспірозу переважно в зоні Північно-Кримського каналу (Красноперекопський район, м. Армянськ), розташовані поблизу ставків, дрібних водоймищ

(Сімферопольський, Бахчисарайський райони); хворіють жителі міст Сімферополя, Ялти, Євпаторії. Щорічно реєструється 1-19 хворих з інтенсивним показником у різні роки 0,03-0,88 на 100 тис. населення.

За кількістю помилкових діагнозів, число яких досягає 80-90 % [4], лептоспіроз займає одне з перших місць серед інфекційних захворювань. Оскільки основну масу хворих становлять мешканці сільської місцевості, головна роль в попередній діагностиці належить терапевтам дільничної мережі, ЦРЛ, медикам ФАПів; у містах первинний огляд хворого часто здійснюють лікарі поліклінік, «швидкої медичної допомоги» (ШМД), сімейні лікарі. Саме від цих фахівців багато в чому залежить своєчасна діагностика і призначення адекватної терапії пацієнтам.

Виходячи з цього, для нас становило певний інтерес провести аналіз причин неправильної постановки діагнозу при спрямуванні хворих до стаціонару і виявити деякі клінічні особливості цього захворювання. З цією метою були проаналізовані епідеміологічні карти, а також історії хвороби пацієнтів, які перебували на лікуванні в інфекційному стаціонарі 7-ї міської клінічної лікарні м. Сімферополя за період з 1997 по 2009 рік.

Пацієнти і методи

Всього за цей період в Криму зафіксовано 78 спорадичних випадків лептоспірозу. Кількість чоловіків складала 88,5 %; хворих у віці 15-41 рік – 44,9 %, 41-60 років – 42,3 %, старше 60 років – 10,3 %, менше 15 років – 2 людини. У сільській місцевості проживало 55,1 % хворих, у містах – 44,9 %.

Результати досліджень та їх обговорення

Якість і повноцінне збирання епіданамнезу залежить тільки від лікаря і є обов'язковою умовою при встановленні діагнозу, оскільки виявлення можливих причин інфікування вже при першому спілкуванні з хворим дозволяє запідозрити лептоспіроз; відсутність таких відомостей змушує сумніватися в цьому діагнозі. Нерідко лікарі не

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

надавали належного значення з'ясуванню епідеміологічних даних. У 90 % обстежених пацієнтів спостерігався водний шлях передачі – риболовля, купання в Північно-Кримському каналі, ставках, дрібних водоймищах, річках, вживання сирій води з випадкових вододжерел, в решті випадків наявність щурів у будинку, на дачі не дозволяло виключити контактний або харчовий шляхи зараження, в поодиноких випадках джерелом збудника, ймовірно, був собака.

Значна частина (37,1 %) хворих прямувала в стаціонар з попереднім діагнозом вірусний гепатит (ВГ) (табл. 1); 12,8 % – з ГРВІ, також фігурували такі діагнози, як жовчнокам'яна хвороба, механічна жовтяниця, гарячка неясної етіології, плеврит, пневмонія, пієлонефрит, хронічний токсичний гепатит, цироз і навіть системний червоний вовчак, дизентерія, гастроентероколіт, алкогольний психоз. Тільки у 30,8 % пацієнтів був запідозрений лептоспіроз. Деякі хворі після первинного огляду повторно зверталися за медичною допомогою, проте в цьому випадку не був поставлений правильний діагноз.

Таким чином, помилкова діагностика відстромила своєчасну госпіталізацію 72 % хворих, і адекватна терапія була почата після 3-го дня недуги (іноді – з 7-8-го дня).

Таблиця 1

Попередні діагнози при спрямуванні хворих у стаціонар

Діагноз	Кількість хворих	
	абс. число	%
Лептоспіроз	24	30,8
Вірусний гепатит:	29	37,1
гепатит А	18	62,0
недиференційований ВГ	11	38,0
ГРВІ	10	12,8
Гарячка нез'ясованої етіології	2	2,6
Хронічний токсичний гепатит, цироз, хронічний коліт	3	3,8
Жовчно-кам'яна хвороба, механічна жовтяниця	2	2,6
Пневмонія, плеврит	2	2,6
Шигельоз	1	1,3
Гастроентероколіт	1	1,3
Пієлонефрит	1	1,3
Системний червоний вовчак	1	1,3
Алкогольний делірій	1	1,3

Початковий період лептоспірозу, обумовлений виходом збудника з паренхіматозних органів і розвитком вторинної лептоспіремії, токсинемії,

характеризується вираженою інтоксикацією і розцінюється як синдром системної запальної реакції [5]. Клінічні прояви цієї стадії – гострий початок, підвищення температури тіла до 39-40 °С з ознобом, виражена загальна слабкість спостерігалися у всіх хворих; 56,5 % скаржилися на біль голови, 60 % відзначали зниження апетиту, деяких турбували артралгії, незначні болі в горлі. Сукупність цих симптомів була приводом для постановки діагнозу ГРВІ, хоча типового катарального синдрому при цьому не було. Проте вже в перші дні хвороби у 87 % пацієнтів відзначалися характерні для лептоспірозу болі в литкових м'язах, попереку, прямих м'язах живота, іноді дуже сильні, що не властиво для ГРВІ. Недооцінювався зовнішній вигляд хворих – гіперемія обличчя, ін'єкція судин склер. Слід було враховувати виявлені при опитуванні хворих вказівки на олігурію, що рано з'явилася у 56,5 %, і результати загального аналізу крові, в якому у 52,2 % госпіталізованих відзначався лейкоцитоз до 12 Г/л і вище (34,8 %) з паличкоядерним зсувом (7-57 %) і підвищенням ШОЕ (20-70 мм/год), що також не відповідало гострій вірусній інфекції.

У період розпалу захворювання на перший план виступали зміни з боку печінки, нирок, центральної нервової системи (ЦНС), прояви генералізованого капіляротоксикозу, в якому провідна роль належить імунним механізмам. Оскільки жовтяничну форму було діагностовано у 88,5 % хворих, то це зумовило у 37,1 % підозру на вірусний гепатит. Дійсно, в 14,3 % випадків жовтяниця з'явилася вже в перші три доби захворювання, у 71,4 % – на 4-7-у добу, а збільшення печінки і потемніння сечі відзначалося у всіх хворих. При цьому не було характерного для вірусних гепатитів переджовтяничного періоду, не відповідала піректична гарячка з остудою, яка зберігалася і при розвитку жовтяниці, що не властиво перебігу ВГ. Гіперемія і одутлість обличчя, «кролячі очі» також не належать до проявів вірусних гепатитів. Заслужувала на увагу рання поява олігурії, позитивного симптому Пастернацького (30 %), значних змін у сечі – протеїнурія 0,33-0,495 г/л, лейкоцитурія (20-70 у п/зору), еритроцитурія (20-70 у п/зору), помірна циліндрурія. Якщо при лептоспірозі патологія нирок є обов'язковим компонентом поліорганної недостатності, то при вірусних гепатитах ураження нирок виникає тільки при тяжкому ускладненому перебігу.

Ознаки геморагічного синдрому (крововилив у склери, геморагічний висип, носові кровотечі,

крововилив у місця ін'єкцій), зафіксовані у 73,9 % хворих, були наслідком розвитку при лептоспірозі генералізованого капіляротоксикозу, деструкції тромбоцитів і відображають особливості патогенезу цієї інфекції; тоді як при вірусному гепатиті (переважно гепатиті В) ці прояви характерні в основному для печінкової коми.

У 18 хворих помилково був запідозрений гепатит А (ГА), хоча для нього не властива виражена інтоксикація в періоді розпалу, а, навпаки, пацієнти відзначають деяке поліпшення самопочуття; до того ж 50 % з них були віком старше 40 років, що також не типово для ГА.

Особливі труднощі викликала оцінка клінічних даних у хворих, що страждали на алкоголізм; в цих випадках наявність жовтяниці, збільшеної щільної печінки, темної сечі, часто дисфункції кишечника розцінювалося як хронічний токсичний гепатит, цироз, хронічний токсичний коліт, але при цьому ігнорувалися такі симптоми, як висока температура тіла, міалгії, прояви геморагічного синдрому. Слід зазначити, що цій групі пацієнтів необхідно приділити підвищену увагу, оскільки в них лептоспіроз перебігає особливо тяжко, дуже швидко виникає ІТШ, ДВЗ-синдром, наростає поліорганна недостатність. У 87,5 % померлих хронічний алкоголізм був фоновою патологією.

Токсичне ураження ЦНС з розвитком енцефалопатії, зорових і слухових обманів сприйняття, марення, галюцинацій, дезорієнтації разом з лихоманкою, синдромом інтоксикації, міалгією, жовтяницею, гепатомегалією, крововиливами у хворого, що зловживав алкоголем, з'явилося приводом для постановки діагнозу алкогольний делірій, з яким він протягом 5 днів знаходився в психіатричній клініці без необхідної терапії.

Лікарі, що направили хворих в стаціонар з діагнозом лихоманка нез'ясованої етіології, не піддали серйозному аналізу симптоми, що були (міалгія, олігурія, інтоксикація), і орієнтувалися тільки на наявність високої температури тіла. Кашель, сухі хрипи в легенях, ознаки трахеїту оцінювалися як провідні, при цьому фігурував діагноз пневмонія, плеврит.

Представляє певний інтерес проблема асептичних менінгітів, що виникають в імунну безжовтяничну стадію; деякі автори вважають, що 10 % подібних менінгітів мають лептоспірозу етіологію [6], до того ж антилептоспірозна антитіла виявлялися у 14,6 % хворих з серозними менінгітами нез'ясованої етіології [7].

Один з пацієнтів з безжовтяничною формою лептоспірозу був направлений в стаціонар з діагнозом ГРВІ, менінгіт на підставі наявності загальнономозкових симптомів, ригідності м'язів потилиці, світлобоязні; серозний менінгіт був підтверджений, але при цьому на клінічні прояви лептоспірозу (міалгія, склерит, гепатомегалія, лейкоцитоз з паличкоядерним зсувом) не було звернуто належної уваги. Тому в ендемічних районах слід ширше використовувати обстеження на лептоспіроз при проведенні діагностичного пошуку у хворих на серозний менінгіт.

У ряді випадків труднощі в діагностиці лептоспірозу на догоспітальному етапі обумовлені не тільки відсутністю патогномічних симптомів і недообліком клінічних даних, але й об'єктивними причинами – малою кількістю лабораторних досліджень в цей період (іноді навіть складністю зробити загальний аналіз крові і сечі, особливо в сільській місцевості). Під час вступу хворих у ЦРЛ і міські стаціонари з'являється можливість отримати додаткову інформацію і врахувати незначне підвищення активності АлАТ (1,1-2,8 ммоль/лхгод), що допоможе виключити вірусний гепатит, при якому вона зростає в 5-6 разів. При лептоспірозі нерідко відзначається помірне збільшення амілази крові (42-54 г/лхгод), зниження гемоглобіну (108-58 г/л), зменшення еритроцитів (3-1,7 Т/л), при цьому особливо важливо звертати увагу на підвищення рівня сечовини з його наростанням у динаміці (8,3-29,8 ммоль/л) і креатиніну (0,13-0,354 ммоль/л), що меншою мірою відповідає ГРВІ і гострому вірусному гепатиту.

Слід зазначити, що і на госпітальному етапі зберігалися труднощі в розпізнаванні лептоспірозу, оскільки в 40 % випадків для надання консультативної допомоги в районні лікарні викликалися обласні інфекціоністи.

Остаточний діагноз встановлювався на підставі результатів РМА з використанням парних сироваток (або тільки однієї сироватки, якщо хворий гинув у перші дні перебування в стаціонарі). В 55,1 % випадків етіологічною причиною захворювання була *L. icterohaemorrhagiae*. Середній показник летальності за досліджуваний період склав 25,6 %.

Таким чином, на території АР Крим лептоспіроз продовжує залишатися актуальною і поширеною інфекцією з тяжким перебігом, високою летальністю, діагностичними труднощами і помилками, зв'язаними, як правило, з відсутністю настороженості й глибоких знань у лікарів віднос-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

но даного захворювання і як наслідок – недообліком клінічних симптомів, які допомагають запідозрити лептоспіроз.

Висновки

1. Щорічно в АР Крим лептоспіроз реєструється у вигляді спорадичних випадків з тяжким перебігом, гепаторенальним синдромом і летальністю до 25,6 %.

2. На догоспітальному етапі лептоспіроз не діагностується в 70 % випадків, що пов'язано з різними об'єктивними і суб'єктивними причинами, а також багато в чому залежить від кваліфікації лікарів терапевтичного профілю.

3. Пізнє звертання хворих на лептоспіроз за медичною допомогою разом з помилковою діагностикою призводить до невчасного початку адекватної терапії і сприяє негативному висліді захворювання.

4. При невчасній діагностиці лептоспірозу найчастіше як попередній діагноз фігурують вірусний гепатит і ГРВІ, при цьому діагностичних помилок можна уникнути при якісному, цілеспрямованому зборі епіданамнезу, підвищеній настороженості лікарів і глибшому аналізі симптомів.

5. Низький рівень виявлення безжовтяничних форм лептоспірозу, а також наявність серозних менингітів лептоспірозої етіології свідчить про доцільність обстеження на лептоспіроз в ендемічних районах діагностично неясних хворих з менингітами.

Література

1. Гавура В.В., Олексенко О.В. Особливості епідемічного процесу лептоспірозу у Придніпровському регіоні України // Інфекційні хвороби. – 2003. – №2. – С. 62-65.
2. Волошинский А.В., Дикий Б.Н., Палийчук Ю.Р. Хирургические методы детоксикации при лечении тяжелых форм лептоспироза // Интенсивная терапия инфекционных больных: Тез. докл. конф. – СПб, 1993. – С. 14-15.
3. Нові технології в лікуванні тяжких форм лептоспірозу / Андрейчин М.А., Васильева Н.А., Івахів О.Л. та ін. // Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб: Міжнар. наук.-практ. конф., присвячена пам'яті Л.В. Громашевського. – Київ, 2002. – С. 305-307.
4. Клинико-эпидемиологическая характеристика лептоспироза / Антонов В.С., Стоянова Н.А., Семенович В.Н. и др. // Терапевт. архив. – 1993. – №6. – С. 79-81.
5. Городин В.Н., Лебедев В.В. Лечение лептоспироза // Рос. мед. журн. – 2006. – №1. – С. 54-50.

DIFFICULTIES AND ERRORS IN DIAGNOSTICS OF LEPTOSPIROSIS

N.H. Los-Yatsenko, I.Z. Karimov, O.A. Kozlovsky

SUMMARY. Morbidity of leptospirosis in Crimea from 1997 till 2009 was analysed in the article. From 1 to 19 cases proceeded mainly in the severe icteric form with lethality up to 25,6 % was registered annually in the generated centres of infection. The percent of diagnostic errors was 69,2 %, more often the sick were directed to a hospital with the diagnosis of viral hepatitis and respiratory infection. The reasons of these errors were considered.

Key words: leptospirosis, diagnostics, clinic.

Отримано 12.03.2011 р.

© Герасименко Т.В., Могілевський Л.Я., Хабло З.А., 2011
УДК 579.841.95:616-057(477)

Т.В. Герасименко, Л.Я. Могілевський, З.А. Хабло

РАЙОНУВАННЯ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ЗА СТУПЕНЕМ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ НА ТУЛЯРЕМІЮ

ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечникова МОЗУ», м. Одеса

На основі ретроспективного аналізу епізоотичних і епідемічних проявів туляремії за період з 1978 по 2008 рр. проведено районування адміністративних

територій за ступенем епідеміологічного ризику зараження на туляремію. Запропоновано виділення 3 типів територій, що відрізняються за рівнем епіде-