

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ЛЕПТОСПИРОЗА

Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На примере клинического случая продемонстрирована возможность диагностики безжелтушной формы лептоспироза. Диагностика лептоспироза зависит от тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, более углубленного анализа клинических симптомов, учитывая, что болезнь не всегда имеет типичную картину, внедрения современных методов диагностики (иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция).

Ключевые слова: лептоспироз, клиническая картина, диагностика, антитела.

ЛЕПТОСПИРОЗДУН САРЫКСЫЗ ФОРМАСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ

Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Инфекциондук оорулар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөө максаты – клиникалык окуя менен сарыксыз лептоспирозду дианостикалоо мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү. Лептоспироздун диагностикасы эпидемиологиялык тарыхты толук чогултуудан, типтүү эмес клиникалык симптомторду терең изилдөөдөн жана заманбап диагностика методунан (иммуноферменттик анализ, полимераздуу чынжыр жообу) көз каранды.

Негизги сөздөр: лептоспироз, клиникалык сүрөттөө, оорунун динамикасы, диагностика, антителдер.

CLINICAL CASE OF UNICTERIC FORM OF LEPTOSPIROSIS

N.V. Fesenko, A.A. Abdubalieva

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Infectious diseases

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: On the example of a clinical case was demonstrated the possibility of diagnosing an icteric form. The Diagnosis of leptospirosis depends on depth analysis of clinical symptoms, which not always have a typical picture and modern diagnostic methods: enzyme immunoassay, polymerase chain reaction

Keys words: leptospirosis, clinical picture, disease dynamics, diagnostics, antibodies.

Лептоспироз – острая зоонозная природно-очаговая инфекционная болезнь с преимущественно водным путем передачи возбудителя, характеризующаяся выраженной интоксикацией и поражением со стороны печени, почек и сосудов. Лептоспироз включен Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в категорию наиболее тяжелых и широко распространенных зоонозных инфекций. По данным ВОЗ, от этого заболевания погибают от 30 до 35% зараженных им людей. Заболеваемость в РФ регистрируется во всех климатогеографических зонах и составляет 0,43 – 1,72 на 100 тыс. населения [1,2,3].

С 2000 г. в Кыргызской Республике нет официальной регистрации лептоспироза. Но официальное отсутствие заболеваемости не является отражением фактического состояния заболеваемости, так как очаги с резервуарами инфекции продолжают существовать и действовать. По-видимому,

лептоспирозы нередко пополняют статистику иных инфекционных болезней со сходной клиникой, создавая ложное впечатление эпидемического благополучия. Отсутствие современных лабораторных методов диагностики в республике, а также низкая эпидемиологическая настроенность практических врачей в отношении лептоспироза приводит к гиподиагностике этого заболевания.

Тяжелое течение лептоспироза с частыми осложнениями (септический шок, острое повреждение почек, острая почечно-печеночная недостаточность, тромбгеморрагический синдром) и высокой летальностью определяют актуальность данной проблемы [4,5]. Кроме того, большой процент ошибочных диагнозов из-за многообразия клинических проявлений и низкой информированности врачей приводят к несвоевременной и неадекватной терапии лептоспироза.

Поэтому целью настоящего исследования является разбор клинического случая безжелтушной формы лептоспироза для оценки критериев ранней диагностики.

Материалы и методы исследования. Приводим собственные наблюдения за безжелтушной формой лептоспироза у больного, госпитализированного в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в 2017 г.

Результаты и их обсуждение

Согласно клинко-патогенетической классификации лептоспироза выделяют 2 основные формы течения: желтушную и безжелтушную, а также ведущие синдромы: ренальный, гепаторенальный, менингеальный, геморрагический. Безжелтушная форма может встречаться в 35-50% случаев. У больных безжелтушной формой лептоспироза отмечается острое начало заболевания с 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* [6].

Таким образом, лептоспироз не всегда имеет типичную клиническую картину. На примере данного клинического случая рассмотрены объективные трудности диагностики безжелтушной формы лептоспироза и некоторые аспекты дифференциальной диагностики.

Больной Б., 78 лет, поступил в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 08.06.17 г. в 00:20 с направительным диагнозом «Менингит». При поступлении жаловался на слабость, повышение температуры тела до 39 градусов, боли в области затылка, высыпания по всему телу.

Считает себя больным с 02.06.2017 г., когда повысилась температура тела, появилась головная боль. За медицинской помощью не обращался. 06.06.2017 г. состояние ухудшилось: общая слабость, высокая температура тела до 39°C градусов, появились высыпания на теле на 4-й день заболевания: сначала на туловище, затем на конечностях. Усилились головные боли, появились боли в поясничной области, в суставах и мышцах нижних конечностей. В связи с ухудшением состояния тела 08.06.2017 г. каретой скорой помощи был доставлен в РКИБ. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что проживает в Аламудунском районе, контакта с инфекционными больными не было, домашний скот не содержит. Известно, что страдает гипертонической

болезнью 3 степени, атеросклерозом коронарных сосудов, имеет пахово-мошоночную грыжу.

Состояние больного при поступлении расценивалось как средней тяжести, температура тела 38,2°C. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные, правильного телосложения, нормального питания. По всему телу на кожных покровах туловища пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая полости рта обычной окраски. Зев гиперемирован, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 108 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Дыхание через нос свободное, в легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 1-2 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез снижен. Стул оформлен, регулярный.

Результаты клинического осмотра позволили первоначально предположить наличие у пациента энтеровирусной инфекции с пневмонией. Были проведены следующие исследования: общий анализ крови от 08.06.2017 г.: гемоглобин – 137 г/л, эритроциты – $4,26 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,96, тромбоциты – $199 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 81%, лимфоциты – 10%, моноциты – 5%, скорость оседания эритроцитов – 6 мм/час. Общий анализ мочи от 09.06.2017 г.: цвет-соломенно-желтый, прозрачность-прозрачный, протеинурия – 0,33 г/л, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 50-60 в п.зр., эритроциты – 20-30 в п.зр., цилиндры – 5 в п.зр., соли – мочевоы кислоты, бактерии +. Биохимическое исследование крови от 9.08.17 г.: общий билирубин – 16,6 мкмоль/л, прямой – 8,1 мкмоль/л, непрямоы – 8,5 мкмоль/л, аспартатамиотрансфераза – 129 UI/л, аланинамиотрансфераза – 141 UI/л, глюкоза – 5,31 ммоль/л, креатинин – 180,8 мкмоль/л. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 9.06.17 г. выявлены признаки бронхита.

После полученных лабораторных данных, диагноз «пневмония» был исключен. Однако учитывая, продолжающуюся лихорадку, интоксикацию, наличие пятнисто-папулезной сыпи, боли в икроножных мышцах, повышение активности аминотрансфераз и креатинина, больному были проведены дополнительные методы исследования для исключения тифопаратифозных заболеваний, малярии, бруцеллеза, псевдотуберкулеза, вирусного гепатита. В динамике из лабораторных данных имеет место нарастание активности

аминотрансфераз (от 12.06 аспаратаминотрансфераза – 231 МЕ/л, аланинаминотрансфераза – 302 МЕ/л) при нормальном количестве общего билирубина 14 мкмоль/л. Результат на гемокультуру (от 09.06.17 г.) отрицательный. ИФА на маркеры вирусных гепатитов (от 12.06.17 г.) отрицательные. Реакция Райта и Хеддельсона (от 09.06.17 г.) отрицательные.

В период наблюдения состояние больного без положительной динамики: лихорадка держалась на высоких цифрах с повторными волнами на 9 день заболевания с сохраняющимися симптомами интоксикации: выраженные головные боли, снижение аппетита, тошнота, рвота. Сохранялся кожный синдром в виде пятнисто-папулезной сыпи, спонтанные боли в мышцах нижних конечностей, поясницы. В связи с этим более тщательно был уточнен анамнез. Выяснилось, что больной Б., периодически пользуется арычной водой для бытовых нужд. Перед заболеванием занимался благоустройством арычной системы. Содержит собаку.

На этом основании с учетом эпидемиологического анамнеза, летней сезонности, клинических проявлений (лихорадки, экзантемы, миалгии, гепатомегалии, снижение диуреза), а также результатов лабораторных данных, указывающих на поражение печени и почек (повышение уровня трасаминаз, креатинина) было высказано предположение о лептоспирозе. Результат реакции прямой гемагглютинации с лептоспирозным антигеном в 1 сыворотке был отрицательным (от 09.06.17 г.), во 2 сыворотке (от 12. 06.17 г.) – 1:320.

Таким образом, только детальный клинический и эпидемиологический анализ позволили изменить диагноз и подтвердить лептоспироз, протекающий в безжелтушной форме, средней тяжести.

После проведенного лечения, включавшего антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, больной отметил значительное улучшение состояния. Больной провел 6 койко-дней и выписался с выздоровлением.

Дифференциальную диагностику безжелтушной формы лептоспироза целесообразно проводить с малярией, риккетсиозами, иерсиниозами,

бруцеллезом и другими инфекционными болезнями, при которых наблюдают длительную лихорадку, печеночный и почечный синдром.

Заключение. Причиной ошибочного диагноза при лептоспирозе следует считать некачественно собранный эпидемиологический анамнез. Ошибка при оценке клинической картины связаны с преобладанием в раннем периоде симптомов интоксикации и отсутствием проявлений характерных для лептоспироза и недостаточно глубокого анализа врачами имеющихся у больного синдромов. Для постановки диагноза необходим более детальный анализ клинических симптомов в сопоставлении с эпидемиологическими данными, а также широкое внедрение новых современных методов лабораторной диагностики лептоспироза (ИФА, ПЦР). Ранняя и качественная диагностика лептоспироза, влияющая на прогноз заболевания, во многом зависит от настороженности практических врачей в отношении этой инфекции.

Литература

1. Шаракианов, М.Б. Современные тенденции распространения лептоспироза за рубежом / М.Б. Шаракианов, Н.В. Бренева, А.К. Носков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №5. - С. 389-341.
2. Новые лабораторные методы и препараты в мониторинге лептоспироза / [И.В. Самарина и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - №1. - С. 38-41.
3. Павленко, Л.В. Особенности эпидемиологии лептоспироза на современном этапе / Л.В. Павленко // Запорожский медицинский журнал. - 2013. - №6. - С. 63-69.
4. Мойсов, М.Л. Нарушения гемостаза при лептоспирозе / М.Л. Мойсов, В.В. Лебедев, А.А. Подсадная // Инфекционные болезни. - 2012. - №3.- С. 67-74.
5. Авдеева, М.Г. Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез / М.Г. Авдеева, В.Н. Горюдин // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2015. - №3. - С. 34-37.
6. Маркосян, Н.С. Клинические особенности безжелтушной формы лептоспироза в Республике Мордовия / Н.С. Маркосян, Р.В. Афросина, А.Н. Черемисова // Научный альманах. - 2016. - №10. - С. 466-469.