

ках різній, найбільш високий в м. Суми (20 випадків), Шостка (7 випадків), Роменському, Конотопському та Глухівському районах, на території яких знаходяться великі ензоотичні осередки хвороби.

За останні 5 років не зареєстровано жодного випадку лептоспірозу в В-Писаревському, Ямпільському та Л-Долинському районах, які мають по декілька осередків. В одному з самих великих природних осередків лептоспірозу, Краснопільському, був лише один випадок захворювання.

Враховуючи однакові можливості для зараження людей в осередках окремих регіонів області, ця різниця в рівні захворюваності свідчить про недостатні знання лікарями цієї нозології та незадовільну діагностику хвороби. В Ямпільському, С-Будському, Л-Долинському районах за останні 5 років не проведено жодного дослідження крові на лептоспіроз, в Краснопільському тільки одне.

Слід відмітити, що серед хворих лептоспірозом 63,3% були міські жителі. Найбільша кількість випадків припадала на теплі пори року. В природних осередках зараження відбулось в 31,8% під час купання, риболовлі. В решті випадків (68,2%) інфікування пов'язане з місцем проживання та роботи.

Таким чином, лептоспіроз залишається однією з головних проблем інфектології області. Висока питома вага *L. Icterohaemorrhagiae* в етіології захворювання у людини свідчить про переважання епідемічного значення антропоургічних та змішаних осередків над природними, в яких головний резервуар інфекції – мишовидні гризуни – інфіковані головним чином *L. Romanus*.

**М.Д. ЧЕМИЧ**

## **КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПІРОЗУ**

**Державний університет, м. Суми**

Мета роботи: виявити клініко-епідеміологічні та діагностичні особливості перебігу лептоспірозу в Сумській області.

Проаналізовано 25 історій хвороб хворих із лептоспірозом, що

лікувались у стаціонарах області. Із середнім ступенем важкості було 11 осіб, з тяжким ступенем – 14. Захворювання на лептоспіроз реєструвалось протягом року: взимку в 2, весною в 4, влітку в 10, восени в 9 осіб. З міста було - 16, сільських мешканців – 9.

Діагноз встановлено на підставі характерних клініко-епідеміологічних та серологічних даних. Чоловіків було 23, жінок – 2. Середній вік дорівнював  $43,19 \pm 2,98$  роки. Хворі госпіталізовані на  $6,09 \pm 0,78$  та  $5,79 \pm 0,51$  добу від початку захворювання відповідно середньоважкому та важкому перебігу хвороби. При госпіталізації всі хворі скаржились на підвищення температури, головний біль, слабкість, озноб. Міалгії були в 81,8% осіб з середнім ступенем важкості та в 92,8% з тяжким ступенем. Свербіж був тільки в хворих з тяжким перебігом (у 28,5%).

Об'єктивно виявлено: гіперемію обличчя в 45,5% та 14,3% осіб, ін'єкцію судин склер в 45,5% та в 71,4%; геморагічну висипку в 36,4% осіб та в 64,29%; жовтяницю в 45,5% та 92,6% хворих відповідно при середньому та тяжкому ступені. Збільшення печінки на  $1,58 \pm 0,15$  см при середньоважкому перебігу виявлено в 54,5%, при тяжкому перебігу в 92,86% осіб на  $3,19 \pm 0,27$  см. Виявляли також тахікардію. Показники артеріального тиску не залежали від ступеню важкості й дорівнювали: систолічний –  $144,09 \pm 5,9$ ,  $105,67 \pm 3,55$ , діастолічний  $71,36 \pm 3,3$   $68 \pm 3,0$  мм рт.ст. відповідно середньому та важкому перебігу хвороби. Підвищення температури  $37,82 \pm 0,25$  та  $38,72 \pm 0,32$ °C. Частота дихання була в межах норми.

Результати лабораторних досліджень крові: еритроцити  $3,87 \pm 0,11 \times 10^{12}/л$ , Нв  $117,9 \pm 3,28$  г/л у хворих з середньоважким перебігом,  $3,74 \pm 0,95 \times 10^{12}/л$ ,  $110,36 \pm 4,05$  г/л у хворих з тяжким перебігом хвороби. Спостерігалось збільшення кількості лейкоцитів та лейкоцитарного індекса інтоксикації при поступленні до клініки:  $9,19 \pm 1,31 \times 10^9/л$  та  $5,03 \pm 1,74$  при середньому ступені важкості;  $13,84 \pm 1,97 \times 10^9/л$  та  $10,92 \pm 3,03$  при важкому ступені. ШОЕ також була прискорена:  $31,36 \pm 4,04$  мм/год. при середньому ступені та  $33,07 \pm 4,25$  мм/год. при тяжкому ступені захворювання. При біохімічному дослідженні крові виявлено: гіпербілірубінемію



(білірубін загальний  $28,08 \pm 6,71$  та  $119,28 \pm 44,84$ ; білірубін прямий –  $19,53 \pm 4,3$  та  $44,15 \pm 26,71$ ; білірубін непрямий –  $13,57 \pm 1,79$  та  $69,43 \pm 13,68$  мкмоль/л); гіпоальбумінемію ( $52,36 \pm 1,25$  та  $52,57 \pm 1,18$  г/л); незначну трансфераземію (АлАТ  $0,93 \pm 0,22$  та  $1,11 \pm 0,42$ ; АсАТ  $0,64 \pm 0,13$  та  $1,04 \pm 0,34$  ммоль/л); підвищення вмісту сечовини ( $5,58 \pm 1,17$  та  $16,01 \pm 1,57$ ); креатиніну ( $106,89 \pm 10,37$  та  $211,46 \pm 36,81$  відповідно при середньоважкому та важкому перебігу хвороби). Протеїнурія при середньому ступені спостерігалась у 8 осіб від 0,045 до 0,49 г/л, при важкому ступені – в усіх хворих (від слідів білка в сечі до 3,96 г/л).

При направленні на госпіталізацію лептоспіроз виставляли 45,5% хворим, вірусний гепатит – 36,4%, в інших випадках – гарячка невстановленого генезу при середньоважкому перебігу, при важкому перебігу: лептоспіроз – 50%; вірусний гепатит – 28,6%, а також гострий гастроентерит, гострий пієлонефрит, склерозуючий ангіохоліт.

При постановці клінічного діагнозу жовтянична форма спостерігалась в 45,5% та 92,9%, безжовтянична – в 54,5% та 7,1% відповідно при середньому та важкому перебігу хвороби.

Діагноз лептоспірозу підтверджено серологічно (РМА). Позитивні титри до кількох сероварів лептоспір спостерігались в 27,3% при середньому ступені, в 28,6% при важкому ступені з перевагою титрів до *L. Icterohaemorrhagiae* в 3 осіб із середнім ступенем (від 1:100 до 1:600); в 4 осіб з тяжким ступенем (титри від 1:200 до 1:600); до *L. Pomona* в 2 хворих із середнім ступенем (1:100 – 1:200); до *L. Grippityphosa* в 2 хворих з тяжким перебігом з титрами (1:10 – 1:100).

Всім хворим призначались антибіотики. При середньоважкому перебігу використовували бензилпеніцилін у 81,8% хворих, левоміцетин у 27,3%, ампіокс у 9,1%, гентаміцин у 9,1%; при важкому перебігу – бензилпеніцилін 71,4%, ампіцилін 32,7%, цефазолін і тетрациклін 21,4%, левоміцетин 14,3%, гентаміцин 7,1%.

Глюкокортикостероїди отримували всі хворі з важким перебігом та 36,4% з середньоважким перебігом.



Дезинтоксикаційна терапія проводилась усім хворим переважно парентерально і лише одному хворому з середнім ступенем – перорально.

Нормалізація розмірів печінки наступала на  $13,8 \pm 1,66$  день при середньому ступені; при важкому ступені хворі виписувались із стаціонару зі збільшеною печінкою. Нормалізація температури відбувалась на  $7,27 \pm 1,01$  та  $9,67 \pm 2,41$  день; зникнення жовтяниці було на  $7,6 \pm 1,08$  та  $25 \pm 3,67$  день відповідно середньоважкому та важкому перебігу хвороби; нормалізація показників крові – на  $14 \pm 1,09$ , сечі на  $12,29 \pm 1,74$  добу.

Тривалість перебування в стаціонарі при середньоважкому перебігу складала  $17 \pm 1,73$  доби, при важкому  $30,42 \pm 3,59$ .

Ускладнення спостерігались при важкому перебігові: гостра печінково-ниркова недостатність у 35,7%, гостра ниркова недостатність у 28,6%, інфекційно-токсичний шок II ступеня у 1 особи.

Висновки: 1 Сучасний перебіг лептоспірозу характеризується зміною ведучої серогрупи збудника – зростання хвороб, викликаних *L. Icterohaemorrhagiae* при зниженні питомої ваги *L. Grippotyphosa* та *L. Pomona*.

2 Відмічається збільшення частоти жовтяничної форми хвороби з тяжким перебігом та з різноманітною сероналежністю збудника.

3 Спостерігається літньо-осіння сезонність. Переважання міського населення серед хворих лептоспірозом може свідчити як про зниження санітарно-гігієнічного рівня в містах області, так і про гіподіагностику лептоспірозу в центральних районних лікарнях.

4 Серед хворих на лептоспіроз переважають особи чоловічої статі.

5 Практичні лікарі зустрічаються зі значними труднощами при діагностиці лептоспірозу, про що свідчить частота помилок, які виявляються при порівнянні діагнозів, з якими хворі були направлені на стаціонарне лікування та заключними діагнозами, встановленими в стаціонарі.

6 Методика парних сироваток у клініці не завжди виконується, частіше проводиться один аналіз РМА при поступленні до стаціо-

нару без наступного виявлення зростання титра антитіл.

7 При призначенні антибіотиків необхідно враховувати їх гепатотоксичність, сумісність та здатність препаратів збільшувати проникність судинної стінки.

8 Необхідно переглянути тактику пероральної дезінтоксикації з метою диференційованого підходу до лікування хворих, особливо з середнім ступенем важкості. Більш широко використовувати ентеросорбенти.

**А.О. СНИЦАР**

## **ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЛЕПТОСПІРОЗУ**

Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,  
м. Суми

Лептоспіроз – природньоосередкова зоонозна інфекційна хвороба, широко розповсюджена в усіх регіонах України.

За останні роки захворюваність на лептоспіроз значно зросла. Лептоспіроз серед зоонозів став однією з актуальних проблем інфектології. Цьому сприяли важкість перебігу, висока летальність і невідомість лікарів загальноотерапевтичного профілю, а інколи і інфекціоністів з цією хворобою.

Слід зазначити пізню госпіталізацію хворих. У перші 3 доби в стаціонар поступає лише близько 30% хворих.

З пізньою госпіталізацією пов'язані проблеми лікування. Летальні випадки спостерігались у хворих, що поступали пізніше 5 доби хвороби. Причиною смерті були:

- інфекційно-токсичний шок (ІТШ);
- гостра ниркова недостатність (ГНН);
- геморагічний синдром з розвитком небезпечної для життя кровотечі.

Лікування ІТШ включає внутрішньовенну інфузію колоїдних (перевага надається реополіглокіну) та осмотичних розчинів, масивних доз глюкокортикостероїдів (до 10-15 мг/кг в перерахунку на преднізолон), при некорегованому падінні артеріального тиску – допаміну на інших адреноміметиків.