

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПИРОЗА В ДНЕПРОПЕТРОВСКОМ РЕГИОНЕ

**О.А. Воликова, Л.Р. Шостакович-Корецкая, Е.Ю. Литвин,
Е.А. Кушнерова, О.П. Шевченко-Макаренко, Г.А. Ревенко,
А.П. Петулько, Т.Н. Панникова**

Резюме. *представлен анализ заболеваемости лептоспирозом в Днепропетровском регионе. Приведен клинический случай лептоспироза.*

Ключевые слова: *Днепропетровский регион, лептоспироз, заболеваемость, клинический случай.*

Лептоспироз – одно из наиболее распространенных зоонозных заболеваний, регистрируемых во многих странах мира с различными климатическими условиями. Встречается заболевание на всех континентах, кроме Арктики, наиболее распространено в Африке, Индонезии, Японии. Лептоспироз наносит тяжелый социальный и экономический ущерб, даже если заболевание протекало в легких формах или регистрировалось под другим диагнозом, а также в связи с появлением новых клинических форм и возможностью повторного заражения различными серологическими группами лептоспир [1, 2, 3, 4].

Лептоспироз встречается, в том числе и в Украине. Интенсивные показатели заболеваемости в последние годы колеблются от 0,69 на 100 тыс. населения (316 случаев) в 2012 г, до 1,38 на 100 тыс. населения (632 случая) в 2010 г. В 2014 г уровень заболеваемости вырос на 31,6% (473 случая), интенсивный показатель составил 1,04 на 100 тыс. населения. В 2014 г. отмечалось увеличение уровня заболеваемости в 16 областях Украины, в том числе в Ивано-Франковской, Кировоградской – на 17 случаев, Хмельницкой, Днепропетровской – на 16 случаев, Житомирской – на 13 случаев, Тернопольской – на 9 случаев в сравнении с 2013 г. В Черниговской области было зарегистрировано на 12 случаев меньше, чем в предыдущем году [1].

Цель исследования: проанализировать эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости лептоспирозом в Днепропетровском регионе с разбором клинического случая.

Результаты исследования и их обсуждение

Во всех 23 случаях заболевания лептоспирозом, исследуемых нами в 2014 г., наблюдались классические симптомы и синдромы (миалгии,

высокая лихорадка, желтуха, геморрагический синдром, развитие острой почечной недостаточности (ОПН). В трех случаях имел место диарейный синдром. Приводим один из клинических случаев.

Больной С., 21 год, госпитализирован в инфекционную больницу на 6-й день болезни с жалобами на резкую слабость, лихорадку, пожелтение кожи, потемнение мочи, снижение диуреза, боли в икроножных мышцах. Наследственный анамнез не отягощен. На диспансерном учете не состоит. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Накануне, за две недели до заболевания купался в водоеме со стоячей водой, получил микротравмы и порезы ног.

Данное заболевание началось остро с подъема температуры до $37,4^{\circ}\text{C}$ в 18.00, за помощью не обращался, не лечился. В 1.00 ночи следующего дня температура повысилась до $40,0^{\circ}\text{C}$, отмечались общая слабость, головная боль, самостоятельно принял парацетамол. На следующий день температура держалась в пределах $38,0\text{--}38,5^{\circ}\text{C}$, беспокоили общая слабость, ломота в теле, снижение аппетита. На 4-й день болезни ощутил боли в икроножных мышцах, состояние не улучшалось. На 5-й день боль в икроножных мышцах усилилась настолько, что не мог передвигаться самостоятельно, родственниками был доставлен в ЦРБ, где после введения жаропонижающих средств был отпущен домой. После чего отмечал снижение температуры до нормальных цифр на протяжении всего дня. Так же отметил снижение количества мочи, а со временем полное ее исчезновение. Утром на 6-й день болезни впервые заметил желтый цвет кожи и склер. Во второй половине дня, в связи с тяжестью состояния, госпитализирован в стационар каретой скорой помощи.

При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании. Кожа и склеры иктеричные. Склерит. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, синусовая тахикардия. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц брюшного пресса, симптомов раздражения брюшины нет. Мочится самостоятельно, отеков нет. Со слов больного, за сутки выделил 50 мл мочи, моча темная. Менингеальных знаков нет.

Лабораторно в общем анализе крови: гемоглобин в норме – 124 г/л, тромбоцитопения – 44 Г/л, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево – 13,5 Г/л, лимфоцитопения – 5%, СОЭ – 53 мм/час. В общем анализе мочи: протеинурия – 0,035, лейкоцитурия – 14–18 в п. зр., эритроцитурия – до 70 в п. зр. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия – общий билирубин 462,6 мкмоль/л, АЛТ – 1,7 мкмоль/л, гиперкреатининемия – 745,6 мкмоль/л. РМА положительная: в сыворотке крови методом РМА выделена *L. icterohaemorrhagiae* в титре 1:800.

Больному был выставлен клинический диагноз:

Основной: лептоспироз, тяжелое течение.

Осложнения: острая почечно-печеночная недостаточность, ДВС-синдром.

Больной получал цефтриаксон 2 г/сут (в течение 10 дней пребывания в стационаре), инфузионную, симптоматическую терапию. В первые сутки поступления диурез стимулировали фуросемидом, далее мочился самостоятельно. Затем сменили антибактериальную терапию и назначили левомицетина сукцинат 3 г/сут. На 10-й день болезни отмечалась отрицательная динамика лабораторных показателей на фоне проводимой терапии: вырос уровень билирубина до 697,5 мкмоль/л и креатинина до 1099,2 мкмоль/л. Так же отмечались периодические носовые кровотечения. С заместительной целью в связи с развитием ДВС было проведено переливание 240 мл свежезамороженной плазмы. На 20-й день болезни и 14-й день пребывания в ОИТ больной был переведен в соматическое отделение и еще через десять дней был выписан из отделения с выздоровлением.

Обсуждение. Этиологическая структура лептоспироза в 2014 г. в Украине у больных и лиц с подозрением на заболевание была представлена всеми 14 серогруппами диагностического набора. Основу серологического спектра составили серогруппы: *icterohaemorrhagiae* – 34,81%, *hebdomadis* – 13,08%, *canicola* – 9,53%, *grippityphosa* – 9,31%, *pomona* – 8,88%, *tarassovi* – 2,22% и др. 22,17%. Основными источниками возбудителя были грызуны и обитатели водоемов – 69,8%, сельскохозяйственные и домашние животные – 3,4%, не установлен – в 26,8% случаях.

Как и в предыдущие года основным путем заражения был водный (купание в водоемах, ловля рыбы, работа на влажной местности) и составил 51% заболеваний, пищевой – 1,36%, контактный и бытовой – 41,95%, неустановленный – 4,99%. Основным источником возбудителей лептоспироза были грызуны и обитатели водоемов – 69,8%, сельскохозяйственные и домашние животные – 3,4%, не установлено – у 26,8% случаев. Чаще болели лица в возрасте 20-60 лет – 65,5%, среди заболевших лиц 80,5% составили мужчины и 19,5% – женщины [1].

Показатель лабораторного подтверждения лептоспироза в Украине в 2014 году составил 91%, в Днепропетровской области клинически установлено – 23 случая, лабораторно подтверждено – 20 (87%). Что свидетельствует о проблемах с диагностикой лептоспироза в Днепропетровской области и ставит под сомнение достоверность неподтвержденных лабораторно случаев заболевания.

Заболеваемость животных лептоспирозом регистрировалась в 11 областях (Винницкой, Днепропетровской, Донецкой, Житомирской, Ивано-Франковской, Киевской, Одесской, Ровенской, Тернопольской, Харьковской, Хмельницкой) и в г. Киеве.

Улучшились показатели сроков госпитализации больных лептоспирозом в Украине. В первые два дня после обращения за медицинской помощью было госпитализировано 79,1% больных (в 2013 году – 68,3%). В то же время, значительное количество больных было госпитализировано позднее 3-го дня, в частности, в Днепропетровской области – 39,13%, Запорожской – 33,3%, Сумской – 33,3%, Кировоградской – 29,62%. Улучшились показатели постановки диагноза в первые два дня после обращения больных за медицинской помощью и составили 60% (в 2013 году – 49,6%). Хотя значительному количеству больных диагноз был выставлен на третий день и в более поздние сроки (в Сумской области – 83,3%, Одесской – 81,8%, Хмельницкой – 65,5%, Днепропетровской – 60,9%). Интенсивность эпидемического процесса поддерживалась за счет сельского и городского населения. Среди сельского населения было зарегистрировано 222 случая (44,7%). В некоторых регионах показатели заболеваемости городского населения значительно превышали показатели заболеваемости сельского населения. Так, в Днепропетровской области превышение составило 3,6 раза, во Львовской – 1,8 раза, в Херсонской – 2 раза.

Таблица 1

**Число случаев лептоспироза в Днепропетровской области
в 2010–2014 гг.**

Год	Всего случаев	Регион	Количество случаев
2010	12	Днепропетровск	6
		Кривой Рог	3
		Днепропетровский р-н	1
		Павлоградский р-н	1
		Васильковский р-н	1
2011	6	Днепропетровск	3
		Ордженикидзе	1
		Днепропетровский р-н	1
		Синельниковский р-н	1
2012	6	Днепропетровск	6
2013	7	Днепропетровск	4
		Кривой Рог	3
2014	23	Днепропетровск	6
		Днепродзержинск	7
		Кривой Рог	1
		Днепропетровский р-н	1
		Павлоградский р-н	1
		Новомосковский р-н	1
		Криворожский р-н	2
		Покровский р-н	1
		Синельниковский р-н	3

Таблица 2

Число случаев лептоспироза в КУ «Днепропетровская клиническая больница № 21 им. Е.Г. Попковой» ДОС с 2010 по 2015 гг.

Год	Всего случаев
2010	9
2011	3
2012	4
2013	4
2014	10
2015	1

Из таблиц 1, 2 следует, что прослеживается тенденция к снижению заболеваемости лептоспирозом в Днепропетровском регионе. Наибольшая заболеваемость наблюдается в 2014 году, что требует углубленного изучения причин данного роста.

Выводы

1. Таким образом, за последние 5 лет лептоспироз встречается на территории Днепропетровского региона sporadически. Наибольшая заболеваемость наблюдается в 2014 году, что требует углубленного изучения причин данного роста.

2. Остается низким процент этиологической серологической расшифровки лептоспироза.

3. Отмечается высокий удельный вес случаев поздней госпитализации, что приводит к снижению эффективности лечения.

4. Показатели заболеваемости городского населения в Днепропетровской области значительно превышают показатели заболеваемости сельского населения

5. Лептоспироз в большинстве случаев сохраняет характерные клинические черты, в некоторых случаях сопровождается диарейным синдромом.

Литература

1. Лептоспирозы в Украине / Е.В. Сурмашева, Н.Б. Выдайко, В.Н. Кондратенко [и др.] // Журнал практического врача. – 2009. – № 1. – С. 7–10.

2. Clinical and laboratory associations of severity in a Sri Lankan cohort of patients with serologically confirmed leptospirosis: a prospective study. / S. Rajapakse, P. Weeratunga, M.J. Niloofa [et al.] // Trans R Soc Trop Med Hyg. –2015. – Vol. 09(11). – P. 710–6.

3. Global Burden of Leptospirosis: Estimated in Terms of Disability Adjusted Life Years / PR. Torgerson, JE. Hagan, F. Costa [et al.] // PLoS Negl Trop Dis. – 2015. – Vol.9(10):e0004122.

4. Pulmonary Leptospirosis With Diffuse Alveolar Hemorrhage: High-Resolution Computed Tomographic Findings in 16 Patients. / FM. von Ranke, G. Zanetti, DL. Escuissato [et al.] // J Comput Assist Tomogr. – 2015. – Sep 23.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПІРОЗУ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ

**О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, О.А. Кушнерова,
О.П. Шевченко-Макаренко, Г.О. Ревенко, А.П. Петулько, Т.Н. Панікова**

Резюме. *представлений аналіз захворюваності лептоспірозом в Дніпропетровському регіоні. Наведено клінічний випадок лептоспірозу.*

Ключові слова: *Дніпропетровський регіон, лептоспіроз, захворюваність, клінічний випадок.*

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF LEPTOSPIROSIS IN DNEPROPETROVSK REGION

**O.A. Volikova, L.R. Shostakovich-Koretskaya, K.YU. Litvin, E.A. Kushnerova,
O.P. Shevchenko-Makarenko, G.A. Revenko, A.P. Petulko, T.N. Panikova**

Summary. *The analysis of the incidence of leptospirosis in Dnipropetrovsk region is presented. A clinical case of leptospirosis is described.*

Key words: *Dnepropetrovsk region, leptospirosis, incidence, clinical case.*

УДК 616.98:578.828ВІЛ-06:575.113/.116.4

РОЛЬ II КЛАСУ ГІСТОСУМІСНОСТІ В РОЗВИТКУ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

**О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин,
О.А. Кушнерова, О.С. Рєзнік**

Резюме. *Виявляється асоціація між наявністю у хворих з ВІЛ-інфекцією різних варіантів алелів локусу HLA DRB1 та ризиком розвитку супутніх захворювань на тлі прийому АРТ.*

Ключові слова: *ВІЛ-інфекція, алелі локусу HLA DRB1, супутні захворювання, пацієнти.*

ВІЛ-інфекція залишається однією з найактуальніших медико-соціальних проблем у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні.

У теперішній час встановлено, що різна видова та індивідуальна чутливість до інфекцій зумовлена спадковими механізмами. Дослідженнями вітчизняних та закордонних авторів показано, що відмінності у характері імунного реагування на антигенну дію у ряді випадків залежить від групової та резус-приналежності індивіда, типу гаптоглобіну HLA-фенотипу [1, 2].