

Информация для пациентов

Лептоспироз — острое зоонозное инфекционное заболевание, вызываемое лептоспирами различных серологических вариантов и передающееся преимущественно водным путём, характеризующееся симптомами лихорадки, интоксикации, тромбгеморрагического синдрома, поражением почек, печени, ЦНС и мышц.

Источником инфекции в природных очагах являются грызуны, насекомоядные, парнокопытные, хищные животные многих видов и птицы. Основной путь заражения — водный, более редкие пути — контактный (через почву) и пищевой. Люди заражаются при купании и использовании для хозяйственных и бытовых нужд воды из открытых водоёмов, в период сельскохозяйственных работ на сырых угодьях, на охоте, рыбной ловле, при уходе за домашними животными, при употреблении в пищу заражённых продуктов питания. Восприимчивость людей к лептоспирозу высокая. Больные лептоспирозом не заразны. Дети до одного года лептоспирозом не болеют.

Длительность инкубационного периода составляет 7–14 дней. Заболевание может протекать в желтушной и безжелтушной форме. Оно характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, выраженным цефалгическим синдромом с адинамией, миалгиями, гиперестезией кожи. С первых часов заболевания отмечаются резкие спонтанные боли в мышцах, особенно в икроножных. Пальпация мышц голени, бедра, поясницы резко болезненна, передвижения больных затруднены.

При тяжёлых формах лептоспироза за счёт интоксикации отмечается бессонница, бред. Нередки приступы тошноты, рвоты; абдоминальный болевой синдром. Характерны гиперемия и пастозность лица, шеи, верхней части груди, конъюнктивит, эписклерит, фотофобия, гиперемия глотки, пятнисто-папулёзная и петехиальная сыпь на туловище и конечностях (появляется на 3–5-й день болезни и держится 1–7 суток, сгущается на разгибательной поверхности конечностей). Для желтушной формы лептоспироза более характерны геморрагические элементы сыпи, для безжелтушной — пятнисто-папулёзные. У детей поражение печени (гепатит) при лептоспирозе чаще протекает в безжелтушной форме. Желтушная форма манифестирует с 3–5-го дня болезни, отмечается также увеличение печени, потемнение мочи, увеличиваются уровни АлТ, АсТ, щелочной фосфатазы, повышение уровня билирубина в сыворотке крови. Спленомегалия, как и печёночная недостаточность, при лептоспирозе отмечается относительно редко.

Развивается поражение сердечно-сосудистой системы: брадикардия, транзиторные нарушения ритма сердца, приглушённость сердечных тонов, снижение артериального давления. Возможно развитие лептоспирозного миокардита с сердечно-сосудистой недостаточностью.

Поражение почек проявляется олигурией, анурией, протеинурией, цилиндрурией, что соответствует нефротическому синдрому. Иногда отмечается гематурия, боли в поясничной области. Появление пиурии свидетельствует о присоединении вторичной инфекции.

Возможно повторение высокой лихорадки после недельного периода апиреksии. При своевременно начатой этиотропной терапии заболевания рецидивы лихорадки отмечаются редко.

Сочетание желтухи, анемии, поражения почек и общей интоксикации при лептоспирозе характерно для синдрома Вейля. Тромбогеморрагический синдром с тромбоцитопенией, кровотечения и кровоизлияния развиваются при тяжёлой форме болезни.

У части больных лептоспирозом развивается затяжной серозный (реже — гнойный) менингит (наблюдается нейтрофильный плеоцитоз до 3–4 тыс. в 1 мкл, повышение белка), менингоэнцефалит.

У детей, в отличие от взрослых, нередко отмечается развитие панкреатита, холецистита, лёгочной недостаточности, артериальной гипертензии.

Течение заболевания, как правило, заканчивается выздоровлением. Период реконвалесценции при лептоспирозе длительный, характеризуется выраженными симптомами астенизации.

В выявленных очагах лептоспирозов иммунизируются лица повышенного риска инфицирования: ветеринарные работники, зоотехники, телятницы, свиноводы, доярки, собаководы, рабочие, занятые оборудованием или ремонтом стойловых помещений и транспортировкой животных, кормов, работники очистных канализационных сооружений, складских помещений, рыбоводческих хозяйств, шахтёры и другие. В неблагополучных по лептоспирозам населённых пунктах иммунизируются главным образом дети старше 8 лет, а в природных очагах — рисоводы, мелиораторы и другие лица, подвергающиеся риску заражения. В этих случаях прививки проводятся за 2 месяца до эпидемического сезона. Вакцину вводят двукратно с 7–10-дневным перерывом.