

*Магер С. О.*

## **ЖЕЛТУШНЫЙ ЛЕПТОСПИРОЗ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Научный руководитель канд. биол. наук, доц. Капитулец С. П.*

*Кафедра микробиологии, иммунологии, вирусологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Этиологическая расшифровка случаев лептоспироза для клиницистов до сих пор остается трудной задачей. Среди медицинских работников зачастую недооценивается роль *Leptospira interrogans* в развитии острых и хронических поражений печени, вследствие чего на практике возникает риск врачебных ошибок. Тяжелые желтушные формы лептоспироза необходимо дифференцировать с вирусными гепатитами и желтушными формами других инфекционных болезней (псевдотуберкулез, инфекционный мононуклеоз, сальмонеллез, малярия, сепсис), реже с токсическими гепатитами.

**Цель:** изучить значение патогенных серогрупп *L.interrogans* в этиологической структуре заболеваемости желтушным лептоспирозом.

**Материал и методы.** В работе проанализировано 311 случаев заболеваний с лабораторно подтвержденным диагнозом лептоспироз. Лабораторную диагностику осуществляли путем серологического обследования сывороток крови пациентов в реакции микроагглютинации на стекле - «золотой стандарт» (данные любезно предоставлены к.б.н. Капитульцом С.П., БГМУ).

**Результаты.** Тяжелые формы лептоспироза были желтушными независимо от серогруппы, обусловившей заболевание. В этиологической структуре преобладали *L.icterohaemorrhagiae* – 49,0% и *L.grippotyphosa* – 28,1%. Доля *L.canicola* и *L.hebdomadis* составляла по 8,3% всех случаев заболевания, *L.australis* – 4,2%, *L.pomona* – 2,1%. Причиной смерти больных явились *L.icterohaemorrhagiae* (36,4% случаев), *L.grippotyphosa* (18,2%), *L.australis* (18,2%) и *L.canicola* (9,1%). В двух летальных случаях диагноз лептоспироз был поставлен на основании клинических симптомов болезни.

Обращает внимание поздняя клиническая диагностика лептоспироза. Из общего числа заболеваний диагноз установлен в первые 10 дней с момента заболевания только в 45,5% случаев, от 10 до 15 дней – в 36,4%, свыше 15 дней – в 18,1%.

### **Выводы:**

1. Поражение печени во многих случаях является составной частью лептоспирозной инфекции.
2. При дифференциации лептоспирозной желтухи (болезнь Вейля-Васильева) необходимо учитывать эпидемиологические предпосылки (профессия, сезонность, контакт с грызунами и др.), характерную симптоматику и выраженность (преобладание) органных поражений.
3. Своевременное и качественное проведение специфической лабораторной диагностики в этой связи представляется определяющим для успешного лечения больного.