

356.33:616—022.76.72

PŘÍSPĚVEK K LEPTOSPIROSIS GRIPPOTYPHOSA

Mjr. MUDr. Zdeněk ŠTĚPÁNEK, mjr. MUDr. Miloslav MED — VÚ Havl. Brod
Z interního oddělení (primář MUDr. J. KUBÁT) a z infekčního oddělení
OÚNZ Havlíčkův Brod (primářka MUDr. J. ZEMANOVÁ)

Úvod

Leptospirosis grippotyphosa, blátácká, polní, bažinová horečka či letní chřipka je typickou antropozoonózou. Radíme ji mezi leptospirózy anikterické. Původem je *L. grippotyp.*, která je vylučována exkrety drobných polních hlodavců. Člověk se pak nakazí cestou kožní, slizniční, oční nebo perorálně. Je to onemocnění sezónní (červen—listopad), zpravidla bouřlivého horečnatého průběhu s klinickým obrazem připomínajícím meningitis, nefritis nebo postižení gastrointestinálního traktu.

V našem písemnictví existuje mnoho zpráv analyzujících tuto chorobu ze všech stran.

V letních měsících roku 1966 jsme měli možnost pozorovat větší výskyt tohoto onemocnění v okrese H. Brod. Protože se částečně dotýkalo i vojáků v základní službě, podáváme krátkou zprávu o těchto nemocných, abychom připomněli početnost této choroby, a jak vyplyne dále, i její relativní závažnost.

Materiál

Naše sestava zahrnuje nemocné hospitalizované na interním a infekčním oddělení nemocnice v Havl. Brodě v měsících VI—X r. 1966 v celkovém počtu 41 osob.

Vedle údajů anamnestických a posouzení objektivních příznaků bylo u nemocných prováděno obvyklou metodou vyšetření laboratorní. Sérologické vyšetření (uskutečněné dr. Šebkem z OHS Jihlava) spočívalo v aglutinačně-lytické reakci (ALR) dvojic, eventuálně trojic vzorků sér, kdy první vzorek byl odebírán 3.—13. dne, kontrolní 15.—30. (event. třetí vzorek 30.—60.) dne onemocnění.

Výsledky

V naší sestavě nevýznamně převažují muži nad ženami. Žádný náš nemocný nebyl mladší 10 let, rovněž jsme neměli nemocné ve věku 20 až 30 let.

Vznik nemoci v měsících pak odpovídá údajům z literatury i epidemiologické charakteristice roku 1966.

Tabulka 1

Měsíc vzniku nemoci

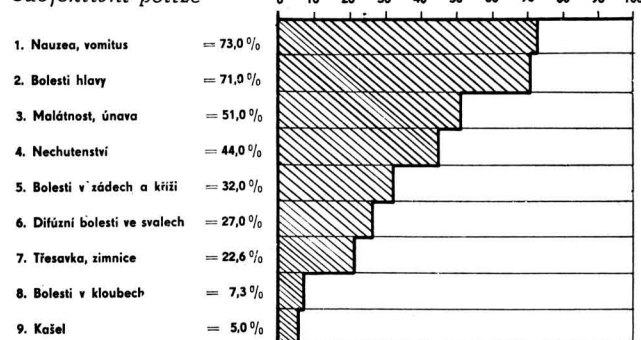
	měsíc vzniku nemoci					
	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.
♂	—	2	12	8	1	—
♀	—	1	10	6	1	—

Prakticky všichni naši nemocní jsou z venkova nebo pracují v bezprostředním kontaktu s přírodou. (29 zaměstnanců JZD, stát. statků,

stát. lesů; 6 „kovozemědělců“; 1 řezník; 3 studenti, kteří před vznikem nemoci pracovali na sklizni lnu; 2 vojáci v základní službě).

Graf 1

Subjektivní potíže



V subjektivních obtížích nemocných převažovalo zvracení, eventuálně nauzea spolu s bolestmi hlavy, vyčerpání a únava.

V objektivním nálezu pak všichni nemocní měli zvýšenou tělesnou teplotu, probíhající monofazicky nebo bifazicky.

Sedlivost červených krvinek dosahovala u většiny nemocných jen středně zvýšených hodnot.

Tabulka 2

Sedimentace červených krvinek

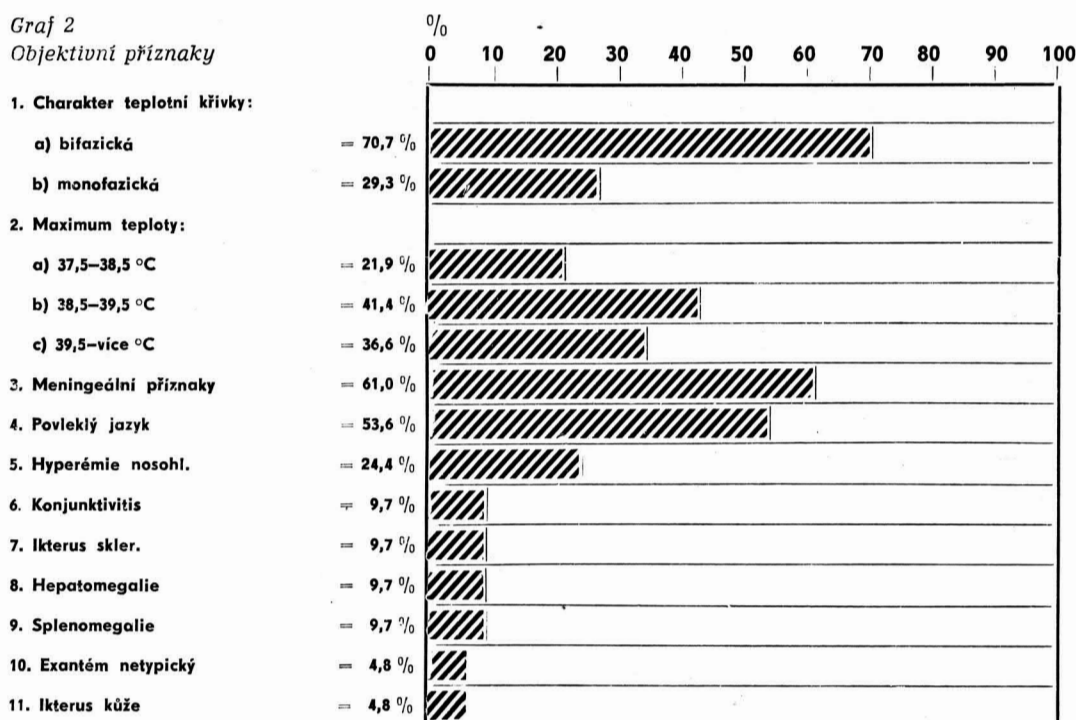
FW	0-20	20-40	40-60	60-80	80-100	100->
za 1 hod.	5	23	8	3	2	Ø
2 hod.	4	4	16	10	5	2

Z ostatních laboratorních vyšetření pak převažoval patologický nález v moku mozkomíšním. V moči jsme nacházeli bílkovinu (+—+++) a ve dvou případech byly zjištěny granulované válce. Aktivita GPT v séru byla jen středně zvýšená. Leukocytóza v krvi nepřesahovala 15 000 LE v mm³. Jako lymfopenii uvádíme případy, kdy v numerickém rozpočtu bílé řady bylo méně než 20 lymfocytů. Zvýšení nebílkovinného dusíku bylo jen malé, stejně jako zvýšení hladiny bilirubinu v séru a prodloužení tymol-zákalové reakce.

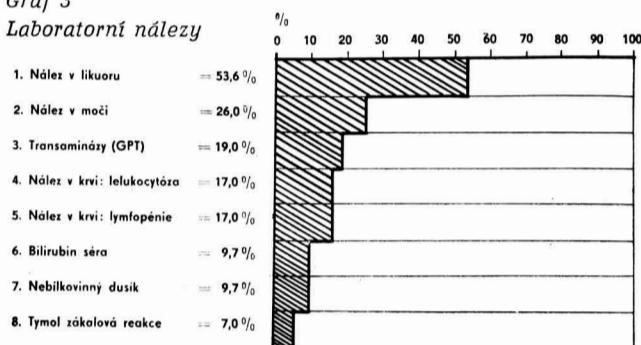
U všech nemocných došlo k normalizaci laboratorního nálezu ještě během hospitalizace.

Při sérologickém vyšetření ALR byla výchozí hodnota titru protilátek proti *L. grippotyp.* ze vzorku akutní krve pouze v 5 případech větší než 1:400 (2× 1:1000, 3× 1:2000). V rekonvalescentních vzorcích byl pak zjišťován nejméně čtyřnásobný vzestup titru protilátek, většinou však vždy větší než desetinásobný. V uvedených pěti případech vyššího titru v prvním vzorku byl v rekonvalescentním vzorku zaznamenán

Graf 2
Objektivní příznaky



Graf 3
Laboratorní nálezy



vzrůst 2krát desetinásobný, 2krát pětínásobný a jednou trojnásobný. V některých rekonvalescentních vzorcích dosáhl títu až hodnot $1:8 \cdot 10^5$.

V souhrnu potom byla sérologickým vyšetřením diagnóza buď stanovena (zvláště u prvních nemocných), nebo potvrzena.

Výsledky

V předchozí stati jsme rozebrali několik epidemiologických údajů a část obrazu laboratorního a klinického. Ze souhrnu vyplývá jednoznačně, že je to nemoc postihující osoby pracující nebo se vyskytující ve volném terénu, na polích, v lese apod. Příklady vojáků v zákl. službě to potvrzují. Šlo o příslušníky jednotek odloučených, kteří konají vojenskou službu na venkově.

Průběh onemocnění byl celkem u všech nemocných benigní. Přesto však šlo u všech o dlouhodobou pracovní neschopnost.

Navíc je třeba připočíst to, že celé řadě nemocných našeho souboru bylo poskytnuto pracovní odškodnění jako u profesionálního poškození. Přitom není možno považovat náš soubor 41 osob za úplný výčet nemocných, kteří ve

zdejší okrese byli leptospirózou postiženi. Ve stejné době ležela na obou odděleních skupina lidí početně asi stejná, u nichž jsme nedokázali ALR postižení leptospirózou, protože jsme na nemoc nemysleli, anebo že jsme sérologické vyšetření prováděli velmi záhy po vzniku nemoci, kdy tít byl negativní. Při zpětné rekapitulaci nás klinický průběh u těchto nemocných opravňuje k tvrzení, že šlo také o leptospirosis gripotyphosa.

Chtěli bychom připomenout ještě několik zajímavostí, které jsme našli při sledování průběhu léčení nemocných:

1. Objektivní příznaky: Typ teplotních křivek byl u 70,7 % případů bifazický v souladu s literaturou. Oproti tomu teplotní maximum u nás v 63,3 % nepřesáhlo 39,5 °C.

2. Meningeální příznaky: 25 nemocných přišlo zejména na infekční oddělení s příznaky serózní meningitis.

Je dosti překvapující, že na rozdíl od literatury jsme našli exantém jen u dvou nemocných.

3. Subjektivní příznaky: Nejsou příliš specifické pro toto onemocnění (alespoň u našeho souboru) a nikterak nepomáhají ke stanovení správné diagnózy, jak je nakonec patrné z přehledu odesílajících diagnóz:

L. suspecta: 8× (až v době, kdy onemocnění vešlo v povědomí lékařů)

meningitis: 16×

st. febrilis: 6×

bac. úplavice: 1×

encephalitis: 1×

hepatitis ep.: 1×

bronchopn.: 3×

bronchitis chron.: 1×

coxsackie: 1×

„závrati“: 1×

onemocnění HCD: 1×

Tabulka 3

Průměrná doba léčení

domácí léčení	hospitalizace	rekonvales- cence	cel- kem
6,35	17,5	13,4	37,2

4. Neměli jsme nemocné ve věku od 20—30 let, pro což nenacházíme vysvětlení.

5. Terapie byla nejednotná. Zpravidla vycházela z jednotlivých vedoucích symptomů. Používal se: acylpyrin, penicilín, tetracyklin, chloramfenikol, oxymykoin apod. Z našeho souboru nelze vyvozovat terapeutické závěry, pokud se týká ovlivnitelnosti nemoci některým z léků. U nemocných s obrazem serózní meningitis přinášela lumbální punkce podstatnou úlevu.

Závěr

Podán stručný přehled souboru nemocných interního a infekčního oddělení OÚNZ v Havl. Brodě, u nichž byla v roce 1966 verifikována leptospirosis grippotyphosa. K většímu počtu onemocnění je nutný vedle vlastního původce nemoci i výskyt drobných hlodavců a vlhké letní a podzimní klima. Nemoc se vyskytuje převážně u zemědělských pracovníků nebo lidí na brigádách, v polní službě ap. Z toho vyplývá závažnost této nemoci pro vojenské kolektivy, a to především v situaci bezprostředního kontaktu se zdroji nemoci (strážní oddíly, polní cvičení, zemědělské brigády). Další závažnost této choroby spatřujeme i v diagnostických nesnázích vznikajících při nedostatku epidemiologických údajů a malé specifičnosti objektivních příznaků. Průběh je benigní, terapie symptomatická.

Seznam literatury u autorů