616.98-002-036.22

О.В. Рябоконь[1], Г.М. Дубинська[2], Ю.Ю. Рябоконь[1]

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ, ВИКЛИКАНОГО YERSINIA ENTEROCOLITICA О3 СЕРОВАРОМ

[1]Запорізький державний медичний університет
[2]ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія"

***Ключові слова**: кишковий єрсиніоз, клініка.*
***Ключевые слова:** кишечный иерсиниоз, клиника.*
***Key words:** intestinal iersiniosis, clinic.*

Кишковий єрсиніоз, викликаний О3 сероваром збудника, характеризуються різноманітністю клінічних проявів із частим формуванням генералізованої форми. Клінічна діагностика вторинно-вогнищевої форми із ураженням суглобів складна через відсутність позасуглобових ознак хвороби.

Кишечный иерсиниоз, вызванный О3 сероваром возбудителя, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений с частым формированием генерализованной формы. Клиническая диагностика вторично-очаговой формы с поражением суставов трудна из-за отсутствия внесуставных признаков болезни.

Intestinal iersiniosis, caused by O3 serovar of agent, characterized polymorphism of clinical features with the frequent forming of generalization form. Clinical diagnostic of arthritic form with the defeat of joints difficult for lack of extraarthritics signs of illness.

Кишковий єрсиніоз належить до числа широко розповсюджених інфекційних захворювань, що відрізняються тяжкістю, тривалістю перебігу, залученням до патологічного процесу різних органів і систем. За офіційними даними МОЗ України, захворюваність на єрсиніоз в Україні коливається в межах 0,2-0,56 на 100000 населення. Однак більша частина цих захворювань не діагностується і реєструється під іншими діагнозами [5]. Розповсюдженість кишкового єрсиніозу обумовлена значною стійкістю єрсиній в зовнішньому середовищі, а також їхньою здатністю до репродукції при широкому діапазоні температур (від 2 до 40°С), при цьому на відміну від інших ентеробактерій, оптимальною для росту є температура 22-28°С [3]. За даними літератури, збудники серогруп О3, О5в, О9 тривало зберігають життєдіяльність у ґрунті й річковій воді при 4°С, а культури збудника єрсиніозу О3, що перезимували в ґрунті, можуть зберігати плазміду вірулентності pYV [2]. Більшість збудників кишкового єрсиніозу належить до серовару О3 (до 60 %), що володіє більшою ентеротоксичністю [6]. Тому інфікування різними сироварами збудників, розповсюдженими на різних територіях, визначають особливості клінічних проявів захворювання, зокрема, неоднакову частоту і вираженість клінічних симптомів [1, 4]. В літературі є лише окремі роботи, яки присвячені проблемі кишкового єрсиніозу, крім того, при описі клінічної картини кишкового єрсиніозу є певні розбіжності.

МЕТА РОБОТИ – проаналізувати клінічні прояви кишкового єрсиніозу, викликаного О3 сероваром Yersinia enterocolitica.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням було 36 хворих на кишковий єрсиніоз (2005-2008 р.). Вік хворих коливався від 18 до 41 років, в середньому склав (26,3±1,6) років; чоловіків – 24 (66,7 %), жінок – 12 (33,3 %). У всіх пацієнтів захворювання було викликано О3 сероваром Yersinia enterocolitica, що підтверджено наростанням специфічних антитіл більш ніж в 4 рази в реакції непрямої гемаглютинації. У двох пацієнтів діагноз підтверджено і бактеріологічно.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз клінічних проявів кишкового єрсиніозу дав змогу зареєструвати, що лише у 6 (16,6 %) діагностовано гастроінтестінальна форма, у більшості пацієнтів (24 – 66,7 %) розвинулася генералізована форма захворювання, а у 6 (16,6 %) – сформувалася вторинно-вогнищева форма із переважним ураженням суглобів.

Хворі на гастроінтестинальну форму кишкового єрсиніозу надходили в інфекційний стаціонар на 8-11 день захворювання. На першому тижні захворювання ці пацієнти переважно лікувалися амбулаторно із діагнозами "гостра респіраторна вірусна інфекція", "гостра кишкова інфекція", "лихоманка невідомого генезу". Після обстеження із підтвердженим діагнозом кишковий єрсиніоз були спрямовані в інфекційний стаціонар 2 (33,3 %) пацієнти із гастроінтестінальною формою. Аналіз клінічних проявів дозволив зазначити, що у всіх пацієнтів захворювання починалося гостро із підвищення температури тіла до суфебрильних (4 – 66,7 %) або фебрильних цифр (2 – 33,3 %). Розвиток лихоманки супроводжувався появою помірно виражених симптомів інтоксикації (слабкість, головний біль, зниження апетиту), а також появою у всіх хворих нестійких випорожнень без патологічних домішків від 3 до 7 разів на добу, у половини пацієнтів це супроводжувалось больовим синдромом. Слід відзначити, що у всіх хворих на гастроінтестинальну форму тривало зберігалась субфебрильна температура тіла. У 2 (33,3 %) пацієнтів було відзначено збільшення розмірів печінки, що супроводжувалось короткочасним підвищенням рівня загального білірубіну в межах 27,2-37,8 мкмоль/л, підвищенням активності АлАТ до 1,5 норм. У 2 (33,3 %) хворих розвинулася спленомегалія без змін з боку печінки. У всіх пацієнтів було виключено вірусне ураження печінки (маркери вірусних гепатитів в крові були негативні). В гемограмі при надходженні в стаціонар не було відзначено лейкоцитозу, при цьому у всіх хворих був зареєстрований лімфоцитоз в межах 49-53 %, у 2 (33,3 %) – прискорена до 23-28 мм/год ШОЕ.

Генералізована форма кишкового єрсиніозу характеризувалася як змішаний варіант. Початок захворювання у всіх пацієнтів був гострим: підвищення температури тіла до 38,5-39°С відзначено у переважної більшості хворих (22 – 91,7 %) і лише у 2 (8,3 %) пацієнтів був субфебрилітет. У

© О.В. Рябоконь, Г.М. Дубинська, Ю.Ю. Рябоконь, 2009

всіх пацієнтів були значно виражені симптоми інтоксикації. В перші дні захворювання у 19 (79,2 %) хворих відзначені нестійкі випорожнення від 3 до 10 разів на добу, у 18 (75 %) – артралгії, у 4 (16,7 %) – міальгії, у 9 (37,5 %) мав місце катаральний синдром. Більшість пацієнтів (20 – 83,3 %) надійшли в інфекційний стаціонар в перші два тижні захворювання, інші пізно – наприкінці другого місяця захворювання. Як правило (19 – 79,2 %) пацієнти були спрямовані до стаціонару лише після отримання позитивних результатів специфічного серологічного дослідження, яке було призначено при амбулаторному або стаціонарному лікуванні в терапевтичних відділеннях з приводу "лихоманки нез'ясованого генезу" або артралгічного синдрому. В строки з 3-го до 10-го дня хвороби у 17 (70,8 %) пацієнтів з'явився поліморфний висип на шкірі тулуба, кінцівок (в більшості випадків скарлатиноподібний), гіперемія обличчя і шиї, розвинувся склерит і кон'юнктивіт (10 – 41,7 %). При надходженні в інфекційний стаціонар у 20 (83,3 %) пацієнтів виявлялася гепатомегалія, у 10 (41,7 %) – спленомегалія, у 10 (41,7 %) – збільшення лімфатичних вузлів. Всі хворі були обстежені на маркери вірусних гепатитів. У хворих із негативним результатом обстеження на маркери вірусних гепатитів (23 пацієнти) зміни функціонального стану печінки характеризувалися гіпербілірубінемією в межах від 33,6 до 99,5 мкмоль/л у кожного третього пацієнта, синдром цитолізу із підвищенням активності АлАТ від 1,5 до 5,2 ммоль/год.л виявлявся у половини хворих. Лише у 1 пацієнта кишковий єрсиніоз перебігав на тлі загострення вірусного гепатиту В, при цьому рівень гіпербілірубінемії та активність АлАТ були значно вище – 181,6 мкмоль/л та 8,6 ммоль/год.л відповідно. При лабораторному обстеженні у 8 (33,3 %) хворих зареєстровані зміни функціонального стану нирок. При динамічному спостереженні у 4 (16,7 %) хворих було діагностовано міокардит. На відміну від інших форм кишкового єрсиніозу, у хворих із генералізованою формою в гемограмі практично у всіх хворих (23 – 95,8 %) зареєстровано лейкоцитоз від 9,5 до 15,2х109/л із паличкоядерним зсувом від 12 до 38 % із наявністю токсичної зернистості нейтрофілів у ряду хворих, прискоренням ШОЕ від 22 до 64 мм/год. Лише в одному випадку генералізована форма перебігала на тлі лімфопенії. Лі-кування хворих в більшості випадків включало парентеральне введення фторхінолонів, цефазолінів 3-го покоління, у ряду хворих лікування було продовжено препаратами тетрацикліну. Незважаючи на проведення дезінтоксикаційної терапії, застосування нестероїдних протизапальних засобів, в лікування кожного третього хворого були застосовані кортикостероїди.

При розвитку вторинно-вогнищевої форми із ураженням суглобів діагноз кишкового єрсиніозу у всіх пацієнтів було встановлено пізно на 35-48 день захворювання. Всі хворі були спрямовані в інфекційний стаціонар лікарями-ревматологами після отримання позитивних серологічних досліджень на єрсиніози. У всіх пацієнтів захворювання починалося поступово із появи підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, яке було тривалим, в подальшому через декілька днів виявлялися ознаки ураження суглобів (гомілковостопних, колінних, дрібних суглобів стопи, у кожного третього ліктьових та плечових суглобів). Суглоби були болючі при пальпації, відзначалася біль під час руху, збільшення їх в об'ємі, у кожного другого пацієнта шкіра над суглобами була помірно гіперемійована. Лише у 1 (16,7 %) пацієнтки в перші дні захворювання були нестійкі випорожнення 2-3 рази на добу. Відсутність позасуглобових ознак хвороби суттєво утруднювала клінічну діагностику цієї форми єрсиніозу. При надходженні в інфекційний стаціонар в гемограмі всіх пацієнтів зареєстрована прискорена до 25-52 мм/год ШОЕ і у 2 (33,3 %) хворих лейкоцитоз в межах 9,8-11,7х109/л із паличкоядерним зсувом до 6-7%. Лікування цих хворих потребувало не тільки антибактеріальної терапії та призначення нестероїдних протизапальних засобів, але й 2 (33,3 %) випадках проведення тривалого лікування кортикостероїдами.

ВИСНОВКИ

1. Клінічні прояви кишкового єрсиніозу, викликаного О3 сероваром збудника різноманітні, характеризуються частим формуванням генералізованої форми (66,7 %), клінічні прояви якої поліморфні та обумовлені залученням в патологічний процес різних органів і систем.

2. Клінічна діагностика вторинно-вогнищевої форми із ураженням суглобів складна через відсутність позасуглобових ознак хвороби.

3. В умовах спорадичної захворюваності на кишковий єрсиніоз діагноз потребує специфічного лабораторного підтвердження.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Сидельникова С.М.* Иерсиниозы как терапевтическая проблема / *С.М. Сидельникова, Г.В. Ющенко, Э.М. Асеева* // Терапевтический архив. – 2000. – № 11. – С. 27-30.

2. Ультраструктура бактерий Yersinia при длительном обитании в почве / *А.С. Исаченко, Л.М. Исачкова, Л.С. Бузолева* [и др.] // Бюл. эксперимент. биологии и медицины. – 2000. – № 11. – С. 561-565.

3. *Ценева Г.Я.* Биологические свойства иерсиний и лабораторная диагно-стика псевдотуберкуллеза и иерсиниоза: пособие для врачей / *Ценева Г.Я., Воскресенская Е.А., Солодовникова Ю.Ю.* – СПб., 2001. – 60 с.

4. *Шестакова И.* Иерсиниоз: диагностические ошибки / *И.Шестакова, Н. Ющук, Т. Попова* // Врач. – 2007. – № 7. – С. 71-74.

5. *Ющенко Г.В.* Псевдотуберкуллез и иерсиниоз / Г.В. Ющенко // Инфекции, обусловленные иерсиниями: Междунар.конф. – СПб., 2000. – С. 3-6.

6. Comparison of the biotypes of Yersinia enterocolitica isolated from pigs, cattle and sheep at slaughter and from humans with yersiniosis in Great Britain during 1999-2000 / *A. McNally, T. Cheasty, C. Fearnley* [et al.] // Lett. Appl. Microbiol. – 2004. – Vol. 39, N 1. – P. 103-108.

Відомості про авторів: Рябоконь Олена Вячеславівна – д.мед.н., доцент, завідувач кафедри інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету; Дубинська Галина Михайлівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія"; Рябоконь Юрій Юрійович – асистент курсу дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету.

Адреса для листування: Рябоконь Олена Вячеславівна 69035 м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26
Запорізький державний медичний університет Кафедра інфекційних хвороб 8-(061)-224-07-88