



О.В. Рябоконт<sup>1</sup>, Г.М. Дубинська<sup>2</sup>, Ю.Ю. Рябоконт<sup>1</sup>

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ, ВИКЛИКАНОГО YERSINIA ENTEROCOLITICA O3 СЕРОВАРОМ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія"

**Ключові слова:** кишковий ерсиніоз, клініка.

**Ключевые слова:** кишечный иерсиниоз, клиника.

**Key words:** intestinal iersiniosis, clinic.

Кишковий ерсиніоз, викликаний O3 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 O3 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 ерсиніоз 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 ерсиніоз 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 ерсиніозу обумовлена значною стійкістю ерсиній в зовнішньому середовищі, а також їхньою здатністю до репродукції при широкому діапазоні температур (від 2 до 40°C), при цьому на відміну від інших ентеробактерій, оптимальною для росту є температура 22-28°C [3]. За даними літератури, збудники серогруп O3, O5b, O9 тривало зберігають життєдіяльність у ґрунті й річкової воді при 4°C, а культури збудника ерсиніозу O3, що перезимували в ґрунті, можуть зберігати плазмідну вірулентність rYV [2]. Більшість збудників кишкового ерсиніозу належить до серовару O3 (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, які присвячені проблемі кишкового ерсиніозу, крім того, при описі клінічної картини кишкового ерсиніозу є певні розбіжності.

**МЕТА РОБОТИ** – проаналізувати клінічні прояви кишкового ерсиніозу, викликаного O3 сероваром *Yersinia enterocolitica*.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Під спостереженням було 36 хворих на кишковий ерсиніоз (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 O3 сероваром *Yersinia enterocolitica*, що підтверджено наростанням специфічних антитіл більш ніж в 4 рази в реакції непрямой геммаглютинації. У двох пацієнтів діагноз підтверджено і бактеріологічно.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз клінічних проявів кишкового ерсиніозу дав змогу зареєструвати, що лише у 6 (16,6%) діагностовано гастроінтестинальна 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 ерсиніозу 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 підтвердженням діагнозом кишкового ерсиніоз були спрямовані в інфекційний стаціонар 2 (33,3%) пацієнти із гастроінтестинальною формою. Аналіз клінічних проявів дозволив зазначити, що у всіх пацієнтів захворювання починалося гостро із підвищення температури тіла до субфебрильних (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 домішок від 3 до 7 разів на добу, у половини пацієнтів це супроводжувалося больовим синдромом. Слід відзначити, що у всіх хворих на гастроінтестинальну форму тривало зберігалася субфебрильна температура тіла. У 2 (33,3%) пацієнтів було відзначено збільшення розмірів печінки, що супроводжувалося короточасним 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 ерсиніозу характеризувалася як змішаний варіант. Початок захворювання у всіх пацієнтів був гострим: підвищення температури тіла до 38,5-39°C відзначено у переважній більшості хворих (22 – 91,7%) і лише у 2 (8,3%) пацієнтів був субфебрилітет. У



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 ерсиніоз 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 ерсиніозу, у хворих із генералізованою формою в гемограмі практично у всіх хворих (23 – 95,8%) зареєстровано лейкоцитоз від 9,5 до 15,2x10<sup>9</sup>/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. Лікування 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 ерсиніозу у всіх пацієнтів було встановлено пізно на 35-48 день захворювання. Всі хворі були спрямовані в інфекційний стаціонар лікарями-ревматологами після отримання позитивних серологіч-

них досліджень на ерсиніози. 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 ерсиніозу. 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 9,8-11,7x10<sup>9</sup>/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 ерсиніозу, викликаного ОЗ 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 ерсиніоз 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. Ультрарантура 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 диагностика 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:** Рябоконт 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”; Рябоконт Юрій Юрійович – асистент курсу дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету.

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