

Г.М. Дубинська¹, О.В. Рябоконт²

Клінічна характеристика генералізованої форми кишкового єрсиніозу

¹ВДНЗ “Українська медична стоматологічна академія”

²Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: кишковий єрсиніоз, генералізована форма.

Аналіз клінічних проявів генералізованої форми кишкового єрсиніозу показав гострий початок захворювання та виражені симптоми інтоксикації у всіх хворих із найчастішим розвитком діарейного (79,2 %) та артралгічного (75,0 %) синдромів, поліморфної висипки (70,8 %), розвитком єрсиніозного гепатиту у половини хворих.

Клиническая характеристика генерализованной формы кишечного иерсиниоза

Г.М. Дубинская, Е.В. Рябоконт

Анализ клинических проявлений генерализованной формы кишечного иерсиниоза показал острое начало заболевания и выраженные симптомы интоксикации у всех больных, наиболее частое развитие диарейного (79,2 %) и артралгического (75,0 %) синдромов, полиморфных высыпаний (70,8 %) и развитие иерсиниозного гепатита у половины пациентов.

Ключевые слова: кишечный иерсиниоз, генерализованная форма.

Патология. – 2009. – Т.6., №1. – С. 105-106

Clinical description of generalization form of intestinal iersiniosis

G.M. Dubinskaya, E.V. Ryabokon'

The analysis of clinical features of generalization form of intestinal iersiniosis characterization by acute beginning of disease and expressed symptoms of intoxication for all of patients, most frequent development diarrhea (79,2 %) and arthritic (75,0 %) syndromes, polymorphic rash (70,8 %) and development of hepatitis at the half of patients.

Key words: intestinal iersiniosis, generalization form.

Patologia. 2009;6(1): 105-106

На території різних областей України періодично реєструються спорадичні випадки і епідемічні спалахи єрсиніозу. Кишковий єрсиніоз відрізняється тяжкістю, тривалістю перебігу, залученням до патологічного процесу різних органів і систем. При цьому особливості збудників єрсиніозу в сполученні з умовами зараження, обумовлюють різноманітність клінічних проявів [1]. Для вірулентних єрсиній характерна наявність ряду факторів патогенності: здатність взаємодії з епітелієм у місці воріт інфекції (адгезія, колонізація, penetрація), подолання специфічних і неспецифічних механізмів антиінфекційного захисту, тобто антифагоцитарний і антикомпліментарний вплив, здатність до репродукції і утворення токсинів. Єрсинії серовару O3 несуть плазмиди вірулентності, у зв'язку з чим при зараженні цим сероваром частіше виникають генералізовані форми захворювання [3]. Поверхневі V- і W-антигени, синтез яких детермінований цими плазмідами, мають подібність із аналогічними антигенами чумних мікробів і визначають інтенсивність токсикофу, забезпечують помітне підвищення інвазивності і цитотоксичності єрсиній, активацію репродукції в макрофагах і дисемінацію збудників [4]. При цьому наявність гетерогенних антигенів, спільних з антигенами тканини людини, обумовлюють аутоімунні процеси та поліорганність ураження при кишковому єрсиніозі [2].

Мета роботи – проаналізувати клінічні прояви генералізованої форми кишкового єрсиніозу.

Під спостереженням за період 2005-2008 років було 24 хворих на генералізовану форму кишкового єрсиніозу. Вік хворих коливався від 18 до 38 років, в середньому склав (25,3±1,4) років; чоловіків – 16 (66,7 %), жінок – 8 (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 гемаглютинації.

В результаті проведеного аналізу визначено, що у всіх хворих на генералізовану форму кишкового єрсиніозу початок захворювання 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 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 15,2x10⁹/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.

Висновки

1. Генералізована форма кишкового ерсиніозу характеризується гострим початком захворювання, вираженими симптомами інтоксикації із появою діарейного (79,2 %) та артралгічного (75,0 %) синдромів, поліморфною висипкою (70,8 %), розвитком ерсиніозного гепатиту у половини хворих.

2. В умовах спорадичної захворюваності на кишковий ерсиніоз діагноз потребує специфічного лабораторного підтвердження.

Література

1. Иерсинии и иерсиниозы / по ред. Г.Я. Ценовой. – СПб., 2006. – 168 с.

2. О формировании иммунопатологии у больных иерсиниозом / И.В. Шестакова, Н.Д. Ющук, И.В. Андреев [и др.] // Терапевтический архив. – 2005. – № 11. – С. 7-10

3. Kooznhof H.J. Yersiniosis: the pathogenesis of Yersinia infections / Kooznhof H.J., Smego R.A., Nicol M.Jr. // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1999. – №18. – P. 87-112.

4. Zhou D. Molecular and physiological insights into plaque transmission, virulence and etiology / Zhou D., Han Y., Yang R. // Microbes Infect. – 2006. – Vol. 8, №1. – P. 273-284.

Відомості про авторів:

Дубинська Галина Михайлівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб ВДНЗ “Українська медична стоматологічна академія”.

Рябоконт Олена Вячеславівна – д.мед.н., доцент, завідувач кафедри 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.