

В.А. Туйнов, О.А. Чебаліна

ЛІСТЕРІОЗУ ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Лістеріоз – інфекційне захворювання з групи зоонозів. У людини клінічні форми лістеріозу ймовірно розвиваються тільки при імунodefіциті (ВІЛ-інфекція, імунodefіцит при лікуванні кортикостероїдами, цитостатиками, при променевої хвороби, дисбактеріозі, у вагітних тощо) [1-4]. У людей з нормальним імунітетом інфікування лістеріями, як правило, характеризується розвитком субклінічної форми хвороби, що розцінюється як бактеріоносійство. Разом з тим, існують високо вірулентні штами лістерій, що здатні викликати клінічно значимі форми хвороби в імунокомпетентних осіб [5]. Проте навіть у цих випадках захворювання розвивається тільки при тісному контакті з джерелом збудника та масивним інфікуванням.

Епідеміологія. Резервуаром лістерій у природі є миші, пацюки й інші гризуни, а також антилопи, дикі кабани, лисиці, еноти, куріпки та ін. Джерелом збудника для людини частіше є домашні й сільськогосподарські тварини - збудник був виділений від кіз, свиней, великої рогатої худоби, коней, собак, кішок, кур, гусей, кролів й ін. Лістерії виявляються в деяких ектопаразитах тварин (іксодові кліщі, блохи, воші) [2, 6].

Listeria monocytogenes - грампозитивна паличка, має джгутики, не утворює ні спор, ані капсул. Вона – факультативний аероб. У ґрунті, воді, соломі, зерні при низьких температурах лістерії зберігаються роками. При низьких температурах, у тому числі в побутових холодильниках, у м'ясі й молочних продуктах лістерії можуть не тільки тривало зберігатися, але й накопичуватися (сапрофітний спосіб життя, як у клостридій та у деяких інших мікробів) [3, 6].

В епіпроцесі лістеріозу людини основну роль відіграє професійний фактор (робота на м'ясокомбінатах, вирощування тварин і птахів, полювання, переробка та реалізація тваринницької продукції). Зараження людини також може відбутися при контакті з собаками й кішками. Збудник лістеріозу потрапляє в організм людини через травний канал, органи дихання, слизові оболонки

ротоглотки, очей або носа, через мікротравми шкіри (контактно-побутовий шлях). Інфікування можливе також при вживанні в їжу забруднених м'ясних і молочних продуктів (у тому числі м'які та тверді сорти сиру), сирих овочів і води (аліментарний шлях інфікування) [1, 2, 5, 6].

У вагітних, особливо з хронічним запальним урогенітальним процесом, лістерії можуть проникати до плоду (висхідний механізм інфікування). При бактеріоносійстві передача лістерій від матері до плоду також може відбутися під час пологів (перинатальне інфікування) [2, 5, 6].

Післяпологове зараження немовляти може реалізуватися повітряно-пиловим, контактним або харчовим шляхом [2, 5].

Поширена хибна думка, що лістеріоз дуже рідкісне захворювання людини, а складності в клінічній і лабораторній діагностиці при відсутності професійного досвіду у практикуючих лікарів обумовили недостатнє вивчення фактичного рівня захворюваності населення. Разом з тим, протягом останнього десятиліття з'явилися численні повідомлення про лістеріоз після вживання заморожених м'ясних продуктів (Франція, Бельгія), ковбас (в Італії занедужало більше 1 300 осіб). При цьому також вказується на часту загибель людей похилого віку, розвиток менінгітів і мимовільних абортів, пов'язаних з лістеріозом. У США в 1997 р. зареєстровано 2 518 хворих на лістеріоз з летальністю до 20 % (до найбільш імовірних джерел зараження були віднесені м'які й тверді сорти сирів типу камамбер, рокфор, бринза, а також гамбургери).

Патогенез. В імунокомпетентних людей зараження лістеріями не обов'язково супроводжується розвитком захворювання. *L. monocytogenes* персистують як факультативні внутрішньоклітинні паразити. Разом с тим, документовано випадки захворювання молодих суб'єктів, які раніше не мали проблем зі здоров'ям. Це пояснюється існуванням високовірулентних штамів збудника [5].

За наявності імунодефіциту лістерії через лімфо-кровоплин розносяться по організму людини і фіксуються клітинами РЕС печінки, селезінки, лімфовузлів, нирок, нервової системи тощо. При цьому інтенсивність інфекційного процесу тим більша, чим значніше зниження імунітету (особливо його клітинної ланки). В уражених тканинах формуються дрібні сіро-білі або жовтяві некротичні вузлики, що складаються з ретикулярних, моноцитарних клітин, ядерного детриту і змінених поліморфноядерних лейкоцитів. У центрі «лістеріом» спостерігаються скупчення збудника.

Прийнято вважати, що інкубаційний період при лістеріозі триває 3-4 тижні.

Клініка. Субклінічна форма (бактеріоносійство лістерій) виявляється в імунокомпетентних осіб при цілеспрямованому лабораторному обстеженні (наприклад, у жінок з невиношуванням вагітності у секреті цервікального каналу можуть виявлятися лістерії) [2, 6].

Хронічна форма лістеріозу із загостреннями або рецидивами: наприклад, хронічний пієліт; лістерії можуть бути виділені із сечі або із секретів сечостатевої системи; при настанні вагітності виникає загроза ураження плоду [2, 6].

Клінічна *гостра форма лістеріозу* [2, 6]: а) ангінозно-септична; б) залозисто-очна; в) залозиста; г) нервова (менінгіт, менінгоенцефаліт, енцефаліт, психози); д) тифоподібна; е) лістеріоз вагітних (загалом нагадує ГРЗ або ангіну); ж) лістеріоз немовлят (у вигляді сепсису, менінгіту; летальність до 50 %); з) лістеріоз шкіри (у ветеринарів, пастухів і т.д.).

Гострі форми лістеріозу [2] починаються раптово з ознобу, підвищення температури тіла і швидким розвитком токсичного синдрому у вигляді болю голови, у м'язах, втрати апетиту, дразливості, безсоння та ін. Можлива поява крупно-плямистого або еритематозного висипу зі згущенням навколо суглобів; на обличчі екзантема формується у вигляді «метелика». Можуть збільшуватися й бути болючими лімфатичні вузли. При ураженні очей на кон'юнктиві утворюються «лістеріоми». Іноді на перший план виступають симптоми гострого гастроентериту, пієліту або ендокардиту. При нервових формах лістеріозу спостерігаються менінгальні симптоми та симптоми енцефаліту. Цереброспінальна рідина має гнійно-запальний характер без істотних змін у вмісті цукру й хлоридів. Тривалість гарячки коливається від 3 діб до 2 тижнів і більше. Часто збільшується печінка й селезінка.

Рецидиви, загострення або навіть первинна атака лістеріозу можуть відбутися у хворих з тривалою гормональною терапією, раком, лімфогранулематозом й т.д. Відомі випадки лістеріозу в реципієнтів нирок.

Ранній лістеріоз немовлят (проявляється в перші години чи дні життя; викликається 1а й 4у серотипами лістерій) має тяжкий ступінь з високою температурою тіла, задишкою і ціанозом, запаленням дихальних шляхів і специфічною пневмонією, що нерідко ускладнюється гнійним плевритом. В уражених дітей спостерігаються жовтяниця, екзантема й енантема у вигляді численних папул, оточених червоною облямівкою, ураження ЦНС. Печінка й селезінка збільшені. Летальність перевищує 50 %.

Пізній лістеріоз немовлят трапляється у доношених немовлят при неускладненому перебігу вагітності. Немовлята при народженні виглядають здоровими, а захворювання починається через декілька тижнів після пологів і частіше проявляється менінгітом чи сепсисом. Наслідками цієї форми хвороби є гідроцефалія, затримка розумового розвитку; летальність наближається до 40 %.

Лістеріоз вагітних. В 1/3 інфікованих вагітних симптомів недуги немає, але у них може бути виявлена колонізація лістеріями піхви й шийки матки. У 2/3 заражених спостерігаються озноб, гарячка, біль голови, м'язові болі і болі в спині, катаральні симптоми; рідше - біль у животі й діарея. Через 3-7 днів після початку захворювання розвивається амніоніт, а пізніше передчасні пологи, мертвонародження або септичний аборт [1, 3, 6].

Діагностика. Найтипівішими гістологічними змінами при лістеріозі є дрібні вогнища запалення, у центрі яких серед лейкоцитів, що розпадаються, виявляється велика кількість частково фагоцитованих лістерій. На периферії гранульом виявляється фібрин і розростання грануляційної тканини, що складається з гістіоцитів. Макроскопічно лістеріоми мають вигляд міліарних жовтявих або сіруватих конгломератів, особливо в печінці, що зливаються між собою, часто із червоною облямівкою. Поряд з гранульоматозним процесом може бути гнійне запалення [7].

Незважаючи на те, що лістеріозна інфекція трапляється відносно рідко, вибірковий скринінг рекомендується проводити у групах ризику: при імунодефіциті; у вагітних з гарячкою і у жінок, які мають хронічні запальні процеси уrogenітального каналу; у жінок зі звичним невиношуванням, особливо при їх проживанні у сільській місцевості,

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

та у тих, що мають контакт з тваринами й птахами, у тих, хто дегустує сире м'ясо.

Завдання лікаря - з урахуванням акушерського анамнезу, клінічних і епідеміологічних даних уміти діагностувати лістеріоз і визначати тактику ведення вагітних.

Найбільш надійним методом підтвердження діагнозу є бактеріологічне дослідження виділень цервікального каналу, амніотичної рідини, крові, ліквору і тканин (тільки варто пам'ятати про деяку морфологічну подібність лістерій з дифтероїдами) [2]. Одноразове бактеріологічне дослідження секрету цервікального каналу часто буває негативним [5, 8].

Оцінка результатів серологічної діагностики лістеріозу повинна проводитися з урахуванням наступних особливостей [2]: у лістерій є спільна антигенність зі стафілококами й стрептококами (можливість отримання несправжньо-позитивного результату) [5]; тому що при лістеріозній інфекції більше значення має клітинний імунітет, а не гуморальна імунна відповідь, продукція антитіл часто непостійна і досить слабка (можливі несправжньо-негативні результати дослідження); при інтерпретації результатів серологічного дослідження потрібно враховувати титри антитіл та їх динаміку в парних сироватках, узятих з 15-денним інтервалом (приклад: титр 1/160 - результат сумнівний; титр 1/320 і вище - лістеріоз можливий) [5].

Для лікування хворих на лістеріоз пропонується використовувати тетрациклін, еритроміцин, пеніцилін. Антибактерійна терапія призначається на весь період підвищеної температури і на 5-8 днів апірексії [2, 6].

Література

1. Ткачук М.В., Яровинский Ф.О., Тоневицкий А.Г. *Listeria monocytogenes*: опасный патоген, который нашёл применение как вектор для нового поколения вакцин // Вопросы медицинской химии. - 2000. - № 3. - С. 35-40.
2. Казанцев А.П., Матковский В.С. Справочник по инфекционным болезням. - М.: Медицина, 1986. - С. 127-130.
3. Ющук Н.Д., Кареткина Г.Н., Климова Е.А. и др. Листеріоз: варианты клинического течения // Терапевт. архив. - 2001. - № 11. - С. 48-51.
4. Красовский В.В., Васильев Н.В., Деркач С.А., Похил С.И. Итоги пятилетнего изучения листериоза на Украине // Журн. микробиол. - 2000. - № 3. - С. 80-85.
5. Bertrand A. *Traitement des maladies infectieuses*. - Paris: Flammarion, 1981. - С. 273-275.
6. Шувалова Е.П. *Инфекционные болезни*. - М.: Медицина, 1976. - С. 434-441.
7. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. *Перинатальные инфекции: Руководство для врачей*. - Санкт-Петербург: Элби СПб, 2002. - С. 296-297.
8. Мусабаев И.К. *Руководство по зоонозным и паразитарным болезням*. - Ташкент, 1987. - С. 260-273.