

© Васильєва Н.А., Легеза К.М., Івахів О.Л., Вишнеvsька Н.Ю., 2012  
УДК 616.98:579.842.23-078

**Н.А. Васильєва, К.М. Легеза, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишнеvsька**  
**СПОРАДИЧНІ ЄРСИНІОЗИ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І**  
**ЛІКУВАННЯ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,  
Управління громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя МОЗ України

*Поліморфізм клініки і недосконалість лабораторної діагностики обумовлюють труднощі у розпізнаванні єрсиніозів та їх лікуванні. Наведено клінічні приклади діагностично складних випадків.*

**Ключові слова:** кишковий єрсиніоз, псевдотуберкульоз, клініка, діагностика.

Термін єрсиніози об'єднує захворювання, спричинені *Yersinia pseudotuberculosis* і патогенними представниками *Y. enterocolitica*. Належність збудників до одного роду, схожість епідеміологічних особливостей, основних ланок патогенезу, патологоанатомічних змін, клінічних проявів дозволяють розглядати ці недуги як близькі кишкові інфекції.

Єрсиніози залишаються серйозною медичною і соціальною проблемою. Це зумовлено, насамперед, їх повсюдним поширенням. Так, за даними ВООЗ (2004), розповсюдження псевдотуберкульозу має глобальний характер; хвороба реєструється більше ніж у 30 країнах світу, частіше з прохолодним кліматом. У країнах північної півкулі – Нідерландах, Бельгії, Данії, Норвегії, Фінляндії, Германії, Канаді, а також в Австралії псевдотуберкульоз за рівнем захворюваності займає третє місце серед бактерійних кишкових інфекцій після сальмонельозу і кампілобактеріозу [1-5]. Захворюваність на псевдотуберкульоз та кишковий єрсиніоз в Україні коливається від 0,20 до 0,56 на 100 тис. населення й періодично супроводжується епідемічними спалахами [6, 7]. Проте стабільно низький рівень офіційно зареєстрованої захворюваності на єрсиніози не відображає істинного стану речей. Можливо, більшість цих захворювань не діагностується і реєструється під іншими діагнозами через поліморфізм клініки і недосконалість лабораторної діагностики [6].

Для практикуючих лікарів усіх спеціальностей серйозними проблемами є не лише широке розповсюдження і ріст захворюваності, а й складності

діагностики, лікування і реабілітації хворих на єрсиніози. Поліморфізм клінічних проявів, властивий цим хворобам, утруднює своєчасну діагностику, вимагає проведення диференційного діагнозу з цілою низкою захворювань – скарлатина, вірусні гепатити, інфекційний мононуклеоз, краснуха, хвороба Кавасакі і т. д., зумовлює високу частоту помилково виставлених діагнозів і труднощі терапії [8, 9].

Встановлено, що після перенесеної гострої єрсиніозної інфекції можливе формування затяжних і хронічних форм захворювання, ураження сполучної тканини, розвиток аутоімунних процесів. Висока частота формування несприятливих наслідків – 3-11 % при кишковому єрсиніозі і 10-55 % при псевдотуберкульозі – свідчить про те, що обстеження, які проводяться, і лікування хворих багато в чому інтуїтивні і необґрунтовані, що пов'язано з нерозумінням «тонких» патогенетичних фаз інфекційного процесу гострого періоду і механізмів формування рецидивного, затяжного і хронічного перебігу і системної патології [2-4].

З огляду на зазначене вище вирішено проаналізувати випадки єрсиніозів на Тернопіллі.

#### **Пацієнти і методи**

Протягом останніх 12 років в інфекційному відділенні Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги стаціонарно лікувались 24 хворих на єрсиніози, у тому числі на псевдотуберкульоз – 18 (75,0 %), на кишковий єрсиніоз – 6 (25,0 %). Чоловіків було 11 (45,8 %), жінок – 13 (54,2 %). Пацієнти були віком від 18 до 64 років, зокрема 7 осіб – до 20 років; 10 – від 21 до 40 років; 6 – від 41 до 60 і 1 – старше 60 років; середній вік – (28,9±5,5) року. 14 осіб проживали в обласному центрі, решта – у сільській місцевості.

2/3 пацієнтів вказували на можливі характерні фактори зараження єрсиніями – споживання салатів зі сирих овочів, які зберігались у підвалах, наявність гризунів у домашньому господарстві, у решти – анамнес-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

тичних даних про ймовірні шляхи інфікування не виявлено. Захворювання були спорадичними, 41,7 % хворих госпіталізовано у період характерної для цих хвороб сезонності – у жовтні-лютому, усі інші – впродовж року.

Обстеження хворих проводили комплексно: ретельно збирали анамнез і скарги, здійснювали клінічний огляд, загальноклінічні й додаткові лабораторні та інструментальні дослідження. Діагноз в усіх хворих підтверджено виявленням специфічних антитіл у РНГА з комплексним псевдотуберкульозним діагностикомом і *Y. enterocolitica* O3 у високому титрі чи наростанні його у 4 рази і більше в динаміці захворювання.

### Результати досліджень та їх обговорення

На догоспітальному етапі псевдотуберкульоз було запідозрено лише у 3 пацієнтів, інші поступали з різними діагнозами: 5 – ГРЗ, 3 – вірусного гепатиту, 2 – краснухи, 2 – скарлатини, по 1 – ХТІ, алергічного дерматиту, менінгіту, лептоспірозу, лакунарної ангіни з екзантемою, тривалої гарячки нез'ясованої етіології, септичного стану. Одна хвора поступила в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит, згодом, після виключення цієї патології, переведена в інфекційне – з діагнозом вірусного гепатиту; інший – лікувався в ревматологічному стаціонарі з приводу синдрому Рейтера (неінфекційної етіології) без суттєвого покращення, після консультації інфекціоніста і за результатами додаткових специфічних обстежень був переведений з діагнозом кишкового ерсиніозу в інфекційне відділення.

Хворі зверталися за допомогою до лікаря у різні терміни недуги: більшість (16 осіб) госпіталізовано в перші 5 днів від початку хвороби, 3 – на 7-8-у добу, 3 – на 14-16-у, 2 – через 1,5 міс. Тривалість стаціонарного лікування склала у середньому (22,2±4,9) доби.

У 18 (75,0 %) пацієнтів хвороба маніфестувала гарячкою: температура тіла швидко підвищувалась до фебрильних цифр, а у половини з них – з вираженим ознобом до 40,5 °С вже протягом першої-другої доби, у 3 вона підвищувалася поступово, впродовж тижня, у 4 виявлявся субфебрилітет, лише у 2 осіб температура тіла була нормальною. Гарячковий період тривав від 1 до 16 днів, у тому числі у 2/3 хворих – понад 10 днів, у 4 – температурна крива мала хвилеподібний характер.

При вступі у відділення хворі мали різноманітні скарги, що і визначало попередній діагноз: 23 – на загальну слабкість, нудоту, одно-дворазове блювання, зниження апетиту, 4 – на болі в животі, інші

4 – на пронос; 17 пацієнтів турбували першіння і біль у горлі, нежить; 5 – відзначали біль голови, 4 – біль в очних яблуках, 3 – артралгії, 2 – болі в ділянці серця, 2 – темний колір сечі і жовті склери.

Майже в усіх хворих (83,3 %) була різноманітна висипка на тілі – власне наявність її разом з іншими характерними ознаками стали підставою до того, що 3 з них уже при поступленні було виставлено діагноз псевдотуберкульозу, а в інших – спонукала до проведення поглибленого цілеспрямованого лабораторного обстеження. Висипка у більшості виникала на 3-4-й день хвороби, лише в 1 – на 22-ий. У 4 пацієнтів екзантеми не було. Характер висипки був різноманітним – від дрібноточкової скарлатиноподібної до крупноплямистої і папульозної, з локалізацією по всьому тілу і на обличчі, над суглобами, у частини – лише на спині, тулубі і внутрішній поверхні нижніх кінцівок, на кінцівках і животі, в 1 хворого відзначали еритему і набряк гомілок. Симптом «шкарпеток» і «рукавичок» спостерігали у 29,2 % пацієнтів.

У більшості хворих (75,5 %) у перші дні хвороби виявлено фарингіт (гіперемія і зернистість задньої стінки глотки), у третини – ще й фолікулярний чи лакунарний тонзиліт.

Лімфаденопатію спостерігали у третини (29,2 %) хворих, а в 1 з пацієнтів – мезаденіт.

Іктеричність склер відзначено у 7 пацієнтів, жовтий колір шкіри – у 4. У більшості пацієнтів (79,2 %) виявлено гепатоспленомегалію. Печінка пальпувалася на 1-2 см нижче краю правої реберної дуги, м'яко-еластичної консистенції, край заокруглений. В 1/3 осіб була розширена в поперечнику селезінка (за даними УЗД).

За ступенем вираження інтоксикації, ураження внутрішніх органів перебіг захворювання розцінено як тяжкий у 10 пацієнтів, середньої тяжкості – в 11, легкий – у 3.

У загальному аналізі крові у половини хворих були підвищена ШОЕ до 35 мм/год і лейкоцитоз до  $34,8 \times 10^9$  /л. У 75,5 % обстежених констатовано суттєвий зсув формули крові вліво, у 29,2 % – еозинofilію. При незмінній активності амінотрансфераз у біохімічному аналізі крові у 3 пацієнтів рівень білірубіну був вищим за 200 мкмоль/л. Зміни в сечі у вигляді протеїнурії були у кожного третього обстеженого. В 1 хворої зі скарлатиноподібною гарячкою розвився гострий гломерулонефрит з протеїнурією до 5,07 г/л.

У двох пацієнтів був діагностований синдром Рейтера: артрит, уретрит, гнійний кон'юнктивіт.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клінічний перебіг ерсиніозів у всіх випадках був сприятливий – закінчився одужанням.

Наводимо деякі виписки з історій хвороб.

Хворий К., 1991 р. н., поступив в інфекційне відділення 7.10.2011 р. зі скаргами на болі в суглобах, знижений апетит, загальну слабкість.

З анамнезу хвороби: захворів близько п'яти-шести місяців тому. Захворювання пов'язував із вживанням йогурта, після чого з'явилися пронос декілька разів за добу, підвищення температури тіла, помірна загальна слабкість. За медичною допомогою не звертався, згадана симптоматика за 2-3 дні зникла самостійно. Проте через місяць виникли болі в суглобах пальців стоп, різі в очах і сльозотеча, різі при сечовипусканні. Для з'ясування діагнозу і лікування пацієнта скерували в університетську лікарню, де було виставлено діагноз «Реактивний артрит, активність I ст., гострий перебіг з ураженням суглобів великих пальців обох стоп, ФНС 0 ст.». Отримував нестероїдні протизапальні препарати, однак суттєвого поліпшення не настало. Після стаціонарного лікування амбулаторно самостійно приймав доксициклін протягом 7 днів. Консультований інфекціоністом, 4.10.11 у РНГА виявлено специфічні антитіла до *Y. enterocolitica* O3 у титрі 1:40, з діагнозом кишкового ерсиніозу скерований в інфекційне відділення. З епіданамнезу додатково з'ясовано, що в господарстві наявні дрібні гризуни, є підвал, де зберігаються овочі і фрукти; періодично вживав салати.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і слизові оболонки бліді, язик вологий, дещо обкладений білим нальотом. Слизова оболонка ротогорла рожева, чиста. Мигдалики не збільшені, чисті. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Пульс 80 за 1 хв, ритмічний, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони дещо приглушені. У легенях при аускультативній везикулярне дихання. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Печінка на рівні реберної дуги, еластична. Селезінка не пальпується, перкуторно розміри її у межах норми. Симптоми Ортнера, Пастернацького негативні з обох боків. Сеча і кал звичайного кольору. Набряків немає. Менінгеальні знаки не визначаються.

При додаткових обстеженнях змін не виявлено. Виставлено клінічний діагноз: Кишковий ерсиніоз (*Y. enterocolitica* O3, РНГА 1:40), вторинно-вогнищева форма, синдром Рейтера, затяжний перебіг середньої тяжкості.

Пацієнту було призначено доксициклін по 0,1 г двічі на добу протягом двох тижнів, лавомакс за схемою, біфі-форм по 1 капс. двічі на день 15 днів і одноразово флуконазол 0,15 г. Протягом двох тижнів

лікування усі ознаки хвороби зникли, у задовільному стані виписаний. При спостереженні у динаміці рецидивів не було.

Цей випадок демонструє, що нехтування ретельним збиранням анамнезу і недооцінювання ранніх, скороминучих ознак хвороби може призвести до невірної діагнозу і неадекватної терапевтичної тактики.

Інший клінічний випадок.

Хворий М., 1971 р. н., поступив в інфекційне відділення 19.09.2011 р. зі скаргами на підвищення температури тіла до 40,3 °С з ознобом, біль голови, загальну слабкість, помірні болі в суглобах рук і ніг, у м'язах спини і попереку. Захворів гостро, чотири дні тому вперше відзначив у себе вказані симптоми. Прийняв парацетамол і аспірин, температура тіла знизилась до субфебрильних цифр, проте вночі перед госпіталізацією знову підвищилась до високих цифр. Напередодні копав картоплю, моркву, буряки, складав їх у погріб.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і склери бліді, язик вологий, дещо обкладений білим нальотом. Слизова оболонка задньої стінки глотки гіперемічна. Піднебінні мигдалики гіпертрофовані II ст., гіперемічні, чисті. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Пульс 110 за 1 хв, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони дещо приглушені. У легенях аускультативно везикулярне дихання. Живіт м'який, дещо болючий у правому підребер'ї. Печінка на 2 см виступає з-під правої реберної дуги, м'яко-еластична, чутлива. Селезінка не пальпується. Симптоми Ортнера, Пастернацького негативні з обох боків. Менінгеальні симптоми відсутні. Фізіологічні відправлення не порушені. Виставлено попередній діагноз ГРЗ. Псевдотуберкульоз?

У наступні дні стан хворого погіршав: нарости явища інтоксикації, гарячка гектична зі сильними ознобами і рясним потінням. Посилились болі у суглобах і м'язах ніг і рук, що значно утруднили активні і пасивні рухи (суглоби не мали зовнішніх змін), згодом вони стали нестерпними. На 6-ий день хвороби з'явилась плямисто-папульозна висипка навколо колінних і ліктьових суглобів, на дистальних відділах кінцівок на кшталт «шкарпеток» і «рукавичок». У зв'язку з вираженими міалгіями верхнього плечового поясу, болями голови було хибно діагностовано менінгеальний синдром, проведено люмбальну пункцію. Ліквор витікав під звичайним тиском, при лабораторному дослідженні змін у ньому не виявлено. Проведено також МРТ головного мозку – патології не виявлено.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

При лабораторному обстеженні виявлено зсув формули крові (паличкоядерні лейкоцити 39 %) при нормальній кількості лейкоцитів), збільшення ШОЕ (40 мм/год); помірну альбумінурію, значну еритроцитурію (1/2 поля зору); у біохімічному аналізі крові без суттєвих змін. РНГА до *Y. pseudotuberculosis* 1:80.

Клінічний діагноз: Псевдотуберкульоз (РНГА 1:80), генералізована форма, змішаний варіант, тяжкий перебіг.

Отримував лікування: внутрішньовенно глюкозо-сольові розчини з аскорбіною кислотою, рибоксином, реосорбілакт, лораксон по 1,0 г двічі на день і левофлоксацин по 0,5 г, нестероїдні протизапальні середники, антиагреганти, на 7-й день хвороби – ще й глюкокортикоїди.

Температура тіла знизилась до субфебрильної на 14-й день, нормалізувалась – на 18-й, зникли міалгії і артралгії, вираженим залишався астено-вегетативний синдром. На 8-9-й день хвороби з'явилось пластинчасте лущення шкіри. Через 5 днів після нормалізації температури тіла виник рецидив, який клінічно нагадував основний період хвороби, однак перебігав суттєво легше, температура тіла не перевищувала 37,7 °С. Назначено повторний курс етіотропної терапії – амікацин по 0,5 г двічі на день і рифампіцин добовою дозою 0,6 г, лавомакс. На 5-й день температура тіла нормалізувалась, більше рецидивів не виникало, у задовільному стані виписаний додому; провів у стаціонарі 29 ліжко-днів. Реконвалесценція перебігала без особливостей.

Відомо, що ураження суглобів, зумовлене, насамперед, гіперчутливістю сповільненого типу, внутрішньоклітинним паразитуванням збудника, антигенною несумісністю HLA B27 екстрахромосомних плазмід, впливом дисбактеріозу та іншими факторами, є частим проявом ерсиніозів. У процес здебільшого втягаються переважно великі суглоби, біль помірний, не призводить до функціонального обмеження рухів [6, 10]. Проте у наведеному випадку інтенсивні церебралгії, міалгії і артралгії симулювали менінгеальний симптомокомплекс.

### Висновки

1. Епідеміологічними особливостями кишково-ерсиніозу і псевдотуберкульозу в сучасних умовах є переважно спорадична захворюваність протягом усього року з підвищенням її у жовтні-лютому.

2. Враховуючи поліморфізм клініки ерсиніозів, здатність недуги маскуватись під будь-які захворювання, необхідно пацієнтів зі синдромами екзантеми, жовтяниці, кишкової дисфункції обстежу-

вати на кишковий ерсиніоз і псевдотуберкульоз, що дозволить частіше виявляти хворих і проводити їм адекватне лікування.

3. У комплексному лікуванні хворих доцільно застосовувати тривалі курси антибіотиків разом з імунокоректорами і пробіотиками, що запобігатиме виникненню рецидивів.

### Література

1. Ленченко Е.М. Иерсиниоз. Этиология, диагностика, меры борьбы и профилактика (проблемная лекция) / Е.М. Ленченко. – М., 2002. – 42 с.
2. Иерсиниозы / Н.Д. Ющук, Г.М. Ценева, Г.Н. Кареткина, Л.Е. Бродов. – М.: Медицина, 2003. – 208 с.
3. Бродов Л.Е. Иерсиниозы / Л.Е. Бродов. – М.: Медицина, 2003. – 208 с.
4. Учайкин, В. Ф. Иерсиниозы у детей / В.Ф. Учайкин, А.В. Гордеев, С.Н. Бениова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 141 с.
5. *Yersinia pseudotuberculosis* O1 Traced to Raw Carrots, Findland / [S. Kangas, J. Takkinen, M. Hakkinen et al.] // *Emerg. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 14, N 12. – P.1959-1961.
6. Домашенко О.М. Генералізовані форми ерсиніозу і псевдотуберкульозу: клініко-патогенетичні та епідеміологічні особливості, оптимізація лікування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.М. Домашенко. – К., 2009. – 36 с.
7. Серологічна належність штамів *Yersinia enterocolitica*, виділених з різних об'єктів на території України / [Ж.Е. В'ялих, Т.Б. Яковенко, О.В. Дробот та ін.] // *Профілактична медицина.* – 2009. – №4 (8). – С. 36-38.
8. Hassan S.M. A case of *Yersinia enterocolitica* mimicking Kawasaki disease / S.M. Hassan, B.R. Doolittle // *Rheumatology: An annual review.* – 2009. – Vol. 48, N 7. – P. 857-858.
9. Шестакова И.В. Иерсиниозы: клинико-патогенетические особенности и прогнозирование исходов генерализованной и вторично очаговой форм: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.В. Шестакова. – М., 2009. – 42 с.
10. Colmegna I. HLA-B27-associated reactive arthritis: Pathogenetic and clinical considerations / I. Colmegna, R. Cuchacovich, L.R. Espinoza // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2004. – Vol. 17, N 2. – P. 348-369.

### SPORADIC YERSINIOSIS: DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT

N.A. Vasylieva, K.M. Leheza, O.L. Ivakhiv, N.Yu. Vyshnevskaya

**SUMMARY.** *Clinical polymorphism and laboratory diagnostics of yersiniosis condition difficulties in the diagnostics and treatment. We described diagnostically difficult cases of yersiniosis.*

**Key words:** *intestinal yersiniosis, pseudotuberculosis, symptoms, diagnostics.*

Отримано 14.11.2012 р.