

¹Н.К. Оспанбекова, ¹А.М. Дмитровский, ²А.К. Оспанбекова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
¹Кафедра инфекционных и тропических болезней,
²Кафедра ОВП

ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗОВ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

Желудочно-кишечная форма иерсиниозов в Казахстане протекает у большинства больных с бактериемией и токсинемией, обуславливающих полиорганные поражения с первых дней заболевания, последняя позволяет отличить иерсиниозы от других острых кишечных инфекций. Поражение желудочно-кишечного тракта при этой форме проявляется в виде гастроэнтерита. Возможно развитие затяжного или даже хронического течения заболевания. Остро стоит вопрос об этиологической расшифровке диарей, особенно возникающих в холодное время года.

Ключевые слова: иерсиниозы, источник инфекции - больные животные, путь передачи – алиментарный.

Иерсиниозы – заболевание, вызываемое представителями рода *Yersinia* (за исключением *Y.pestis*). Для иерсиниозов характерна множественность путей и механизмов заражения, в соответствии с которыми развиваются разные клинические формы. Клинически иерсиниозы проявляются лихорадкой, интоксикацией, лимфаденопатией, артралгиями, сыпью и поражениями различных органов и систем, в зависимости от развившейся клинической формы. Закономерно при всех формах развитие в большей или меньшей степени диспепсии.

Цель исследования – анализ, современных клинических и эпидемиологических проявлений, а также лабораторной диагностики желудочно-кишечной формы иерсиниозов в г. Алматы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 55 больных с желудочно-кишечной формой иерсиниозов. Этой формой болели как мужчины (54,6%), так и женщины (45,4%), чаще в возрасте 15-19 (34,5%) и 20-29 лет (45,5%). Чаще желудочно-кишечная форма иерсиниозов регистрировалась у студентов и учащихся школ (36,4%), несколько меньше – у рабочих (20%), не работающих (20%) и служащих (18%).

Собранный эпидемиологический анализ выявил связь заболевания с питанием в общественных местах (54%), употребление в пищу салатов из сырых овощей и фаст-фуда. Треть (32,7%) пациентов указывали на проживание в частном домах с наличием грызунов. Лишь в 3-х случаях имел место внутрисемейный контакт.

Результаты. Полученные результаты соответствуют литературным данным [1,2], где отмечен основной путь заражения при желудочно-кишечной форме иерсиниозов – алиментарный через пищевые продукты, инфицированные выделениями грызунов или мясные продукты, не подвергающиеся или недостаточно подвергшиеся тепловой обработке перед употреблением. Сохраняется выраженная сезонность заболевания – в холодное время года, 70% пациентов заболели осенью, зимой и ранней весной.

Клиническая классификация, разработанная основоположниками изучения иерсиниозов в Казахстане, Т.И. Дмитровской и А.М. Дмитровским [1], включает первично и вторично – очаговые, а также первично- и вторично-генерализованные формы заболевания. Желудочно – кишечная форма относится к первично – очаговым и составляла 22% из общего числа больных иерсиниозами. Г.П. Сомов [2] изучая клинику, эпидемиологию дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки (ДСЛ), отмечал вовлечение в патологический процесс органов пищеварения в 37,6 – 51,4% случаев. По данным В.С. Антонова и Ю.И. Буланькова [3] гастроэнтероколитическая форма иерсиниоза встречается в 70% случаев. На территории Республики Казахстан официальная регистрация иерсиниозов стала осуществляться с 2007 года (таблица 1).

Таблица 1 - Количество случаев иерсиниозов в РК и Алматы

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| РК | 52 | 57 | 32 | 32 | 22 | 22 | 49 | 38 | 24 | 27 |
| Алматы | 41 | 29 | 8 | 3 | 8 | 7 | 29 | 22 | 15 | 16 |

Несомненно, данные результаты не отражают истинного положения, поскольку учитываются только бактериально верифицированные случаи поступившие на стационарное лечение, в то время как заболевания на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) многие диареи не госпитализируются и этиологически не расшифровываются. Анализ 55 случаев желудочно-кишечной формы иерсиниозов, показал несколько большую заболеваемость среди мужчин (54,6%) и меньшую у женщин (45,4%). В основном болели люди юного и молодого возраста 15-19 (34,5%) и 20-29 лет (45,5%). Реже иерсиниозы регистрировались в более старшем возрасте - 30-39 (13%) и 40-49 - летних (5,5%), единичные случаи встречались в возрасте 50-59 лет (1,8%). Чаще (36,4%) заболели студенты и учащиеся школ, колледжей, меньше рабочие (20%), не работающие (20%) и служащие (18%). Собранный эпидемиологический анализ выявил связь заболевания с питанием в общественных местах (54%), употребление в пищу салатов из сырых овощей и фаст-фуда с содержанием сырых овощей. Треть (32,7%) пациентов указывали на проживание в частном секторе с наличием в домах грызунов. Лишь в 3-х случаях имел место внутрисемейный контакт. Полученные результаты соответствуют литературным данным [1,2], где отмечен основной путь заражения желудочно-кишечной формой иерсиниозов – алиментарный через пищевые продукты, инфицированные выделениями грызунов и не подвергающиеся тепловой обработке непосредственно перед употреблением. Отмечалась и возможность контактно-бытового пути заражения. В основном (54%) болели лица, проживающие в северных районах города, где преобладает частный сектор. Сохраняется выраженная сезонность заболевания в холодное время года, 70% пациентов заболели осенью, зимой и ранней весной.

Среди направительных диагнозов чаще отмечались острая кишечная инфекция (38,2%), острый вирусный гепатит (12,7%), острая респираторная вирусная инфекция (12,7%). Реже выставлялись лихорадка неясной этиологии (9,1%) и иерсиниоз (9,1%). Единичные пациенты поступали на стационарное лечение с подозрением на острый тонзиллит, краснуху, листериоз. Такое разнообразие направительных диагнозов, выставленных врачами ПМСП, в какой-то степени подтверждают характерную особенность иерсиниозов – полиморфизм клинических симптомов, независимо от клинической формы заболевания.

Заболевание начиналось остро, ведущим симптомом была лихорадка (87%), в 13% случаев отмечалась нормальная температура тела. Чаще отмечалась (40%) лихорадка в пределах 38,0⁰-38,8⁰С, у четвертой части (25,5%) – субфебрилитет (37,0⁰-37,9⁰С). Наблюдался также (16,4%) гектический тип лихорадки, с колебаниями от 36,0⁰ до 39,5⁰С; реже (5,5%) имела место высокая лихорадка (39,0⁰-39,9⁰С). Повышение температуры сопровождалось головной болью (44%), выраженной общей слабостью (35%), повторными ознобами в течение суток (20%), ломотой в теле (18%), артралгиями (16%), общим недомоганием (15%), ощущением жара (5,5%). Одновременно с лихорадкой и симптомами интоксикации центральной нервной системы (ЦНС) у пациентов развивалась диарея (80%) со схваткообразными болями в животе (36%), тошнотой (36%), рвотой от 1 раза в сутки до многократной (40%). Жидкий стул в половине случаев (52%) был 3-4 раза сутки, у четверти (25%) 1-2 раза сутки, реже (14%) по 5-6 раз сутки и (9,0%) 7-10 раз сутки. Рвота чаще (55%) была 1-2 кратная. На фоне основных симптомов заболевания, пациентов беспокоили боли в горле, усиливающиеся при глотании (18%) и першение в горле (3,6%), отмечалась кожная сыпь (18%).

Основная часть больных (45%) поступали на стационарное лечение на 1-4 день болезни, около трети (28%) на 5-6 сутки от начала заболевания, реже на 11-14 (15%) и 18-21 (11%) день болезни.

Объективный осмотр выявил болезненность при пальпации живота (24%), чаще в околопупочной области (54%), реже в эпигастрии и по ходу кишечника. Лишь у 5 больных отмечалось урчание по ходу кишечника. У большинства пальпация живота была безболезненная. Гепатомегалия была более чем в половине случаев (53%). Изменение биохимических проб печени имелось у 4 пациентов: повышение показателя тимоловой пробы в пределах 6,3 - 12,6 мкмоль/л в сочетании с билирубинемией от 27,3 до 116,9 мкмоль/л. В 2-х случаях было повышение только показателей аланинаминотрансферазы (АЛТ) в пределах 25,2 мккат/л и 52 мкмоль/л. Во всех 6 случаях была исключена вирусная этиология поражения печени методом иммуно-ферментного анализа (ИФА).

Практически в половине случаев (49%) отмечалась выраженная гиперемия слизистых ротоглотки в сочетании с фарингитом, и у 4-х заложенность носа. Чаще имел место региональный лимфаденит разных групп шейных лимфатических узлов (29%), чем полиаденит (13%). У 10 пациентов отмечена разнообразная кожная сыпь с различной локализацией, у 5-х был симптом «капюшона».

В разгаре заболевания большинство (67,4%) продолжали лихорадить в течение 1-8 суток, причем чаще (45,2%) в течение 3-4 дней. Реже сохранялась лихорадка в течение 11 суток (24%) и 20-32 дней (8,7%). Произошли некоторые изменения в клинике заболевания (таблица 2).

Таблица 2 - Частота клинических симптомов заболевания в зависимости от периода заболевания

| Симптомы | Начало болезни | Разгар болезни |
|-------------------------|----------------|----------------|
| Слабость | 35% | 69% |
| Боли в животе | 36% | 47% |
| Головная боль | 44% | 47% |
| Артралгии | 16% | 9% |
| Диарея | 80% | 69% |
| Тошнота | 36% | 12,7% |
| Рвота | 40% | 9% |
| Боль и першение в горле | 21,6% | 12,75 |

В разгаре заболевания выросли общая слабость и боли в животе, сохранялась головная боль. Уменьшились артралгии, диарея, тошнота, рвота, боли и першение в горле.

Клинический анализ крови характеризовался преимущественно (62%) нормоцитозом (4,5-8,4 тыс/мл), у трети (33%) был лейкоцитоз (8,9-18,5тыс/мл) и редко (5,5%) лейкопения (3,2-4,0 тыс/мл). Ускоренная СОЭ от 16 до 48 мм/ч была у трети (31%). Нейтрофилез отмечался в 15% случаев от 77% до91%, палочкоядерный сдвиг формулы влево от 6% до 23% имелся у пятой части случаев (26%). В 2 случаях в разгаре заболевания имел место абсолютный лимфоцитоз: 45% из 12,4 тыс/мл и 65% из 18,5 тыс/мл. Копрологический анализ выявил у 2-х не поддающееся подсчету число лейкоцитов и от 20 до 40 эритроцитов в поле зрения, т.е. имелся катарально-эрозивный колит.

Диагноз был верифицирован бактериологически – у 34 больных: *Y. enterocolitica* (29), *Y. pseudotuberculosis* (2), *Y. kristensenii* (2), *Y. frederiksenii* (1). Иерсинии выделялись в основном из кала (14) и крови (10), а также со слизистой ротоглотки (8) и реже – из мочи (2).

В 21 случае диагноз верифицировался серологически в реакции пассивной геммаглютинации (РПГА) в парных сыворотках имело место нарастание титра антител от 1:40 до 1:1600.

Т.о., желудочно-кишечная форма иерсиниозов чаще встречается в холодное время года в возрасте от 15 до 29 лет, обусловлена алиментарным путем заражения. Заболевание характеризуется симптомами гастроэнтерита и редко гастроэнтероколита, протекающих на фоне фебрильной лихорадки с выраженными симптомами интоксикации ЦНС, с гепатомегалией и полиорганностью поражения в виде фарингита, кожной сыпи, моно или полиаденита и гепатита. В большинстве случаев отмечался нормоцитоз и нормальный показатель СОЭ, лишь у трети имели место лейкоцитоз и ускоренная СОЭ. Подтверждением полиморфизма поражения органов на фоне воспаления желудочно-кишечного тракта, явились высевы иерсиний из крови и мочи, что соответствует патогенезу заболевания: бактериемия и токсемия могут наступать сразу после первично-регионарной фазы и тогда первично-очаговая форма протекает с генерализацией инфекции и выраженной интоксикацией [1,4].

Продолжительность симптомов заболевания на фоне продолжающейся лихорадки, была разнообразная. Так, общая слабость у большинства (52%) сохранялась в течение 7 суток, реже (21%) в течение 13 дней и полностью исчезала в первые 3 дня терапии у 16%. В 4 случаях при затяжном течении иерсиниозов общая слабость сохранялась 21-32 дня. Головная боль в большинстве случаев (54%) сохранялась в течение 6 дней, реже (19%) 9 суток, у 3-х полностью исчезла через 3 дня терапии. В тех же 4-х случаях головная боль продолжалась в течение 22-36 суток. Артралгии у 2-х сохранялись в течение 6-7 суток, у 2-х 9-10 суток и в 1 случае полностью исчезли за 3 дня. Диарея в основном (47%) сохранялась в течение 6 суток, реже 14 (21%) и 4 дня (21%). У 5-х пациентов диарея сохранялась в течение 20-36 суток. Боли в животе с различной локализацией чаще (54%) продолжались 7 дней, реже (27%) прошли за 4 дня. В 1 случае держались 16 дней и у 4-х от 22 до 31 дня на фоне терапии. Тошнота у 4 из 7 продолжалась 7 дней, 2-х тошнило в течение 14 и 31 дня соответственно, у 1 полностью исчезла тошнота за 3 дня. Рвота у 3 из 5 продолжалась 7 суток, у 2-х полностью исчезла за 3 дня.

Кожная сыпь без появления новых элементов у 6 из 10 сохранялась 11 дней, в 3 случаях 6 суток, у 2 в течение 16 и 23 дней соответственно.

Фарингит и гиперемия слизистых ротоглотки (44%) сохранялась 7 дней, почти у трети (28%) – 11 суток. За 4 дня терапии воспаление слизистых полностью исчезло у 4, в 3 случаях затянулось до 21-32 дней. Лакунарный тонзиллит у 2 сохранялся 7 и 10 суток и у 1 пациента 34 дня. Т.о., преимущественно желудочно-кишечная форма иерсиниозов протекает остро в течение 7-8 дней, может быть легкое течение с полным исчезновением симптомов заболевания на фоне терапии в течение 3-4 суток, и, напротив, в единичных случаях иерсиниоз приобретает затяжное течение с продолжительностью всех симптомов заболевания до 22-36 суток.

Заключение. Хотелось бы отметить, что желудочно-кишечная форма иерсиниозов протекает у большинства с бактериемией и токсинемией, обуславливающих полиорганность поражения с первых дней заболевания, которые в свою очередь отличают иерсиниоз от других распространенных острых кишечных инфекций. Основное поражение желудочно-кишечного тракта в виде гастроэнтерита. Необходимо отметить наличие затяжного течения заболевания. Остро стоит вопрос об этиологической расшифровке диарей, тем более возникающих в холодное время года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Т.И. Дмитриевская, А.М. Дмитриевский Иерсиниозы в Казахстане. - Алма-Ата: Казахстан, 1984. – 186 с.
- 2 Г.П. Сомов Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. - М.: Медицина, 1979. – 348 с.
- 3 В.С. Антонов, Ю.И. Буланьков, К.П. Плотников Псевдотуберкулез и иерсиниоз. – М.: Медицина, 2001. – 296 с.
- 4 Ю.В. Лобзин Руководство по инфекционным болезням // РАМН. – СПб.: Издательство Фолиант, 2003. - №2. – С. 88-94.

¹Н.К. Оспанбекова, ¹А.М. Дмитриевский, ²А.К. Оспанбекова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
¹Тропикалық және жұқпалы аурулар кафедрасы
²ЖТД кафедрасы

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДА ИЕРСИНИОЗДЫҢ ІШЕКТІК ФОРМАСЫНЫҢ КӨРІНІСІ

Түйін: Қазақстанда иерсиниоздың асқазан – ішектік формасы көптеген науқастарда бактериемия және токсинемиямен, аурудың бірінші күнінен полиорганды бұзылыстармен сипатталады және осы себептен басқа жедел инфекциялық аурулардан ерекшеленеді. Асқазан-ішек жолдарының зақымдануы гастроэнтерит түрінде көрінеді. Ауру ұзаққа созылған немесе созылмалы ағымда дамуы мүмкін. Негізгі сұрақ әсіресе жылдың суық мезгілінде дамиды диареяның этиологиялық мағынасын ашу.

Түйінді сөздер: иерсиниоз, инфекция нысаны – ауру жануарлар, берілу жолы - алиментарлы

¹N.K. Ospanbekova, ¹A.M. Dmitrovskiy, ²A.K. Ospanbekova
Asfendiyarov Kazakh National medical university,
¹Department of Infectious and Tropical Diseases,
²Department of GP

YERSINIOSES INTESTINAL FORM IN ALMATY

Resume: Yersinioses intestinal form in Kazakhstan takes place in the majority of bacteremia and toxinemia causing polyfocal defeat from the first days of the disease, which in turn is distinguished from other common acute intestinal infections. Major affected the gastrointestinal tract in the form of gastroenteritis. It is necessary to note the presence of a prolonged or even chronic course of the disease. There is big problem of the etiological verification of diarrhea, especially occurring during the cold season (late autumn – winter – early spring).

Keywords: yersinioses, the source of infection - sick animals, transmission-alimentary.