

УДК 616.34 — 022.7 — 053

Ю.А. Боженков, Е.Ю. Сапега, А.С. Глюз,  
И.Н. Нараева, В.И. Разумова

## КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
Детская клиническая больница №9, г. Хабаровск*

Кишечный иерсиниоз в настоящее время становится все более распространенным заболеванием, что связано с нарушением санитарно-гигиенических норм на объектах хранения продуктов питания, загрязнением внешней среды [1, 3, 4]. Многообразие вариантов клинического течения и полиморфизм симптомов создают определенные трудности для его диагностики [1, 4]. Вовлечение в патологический процесс суставов, органов желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, появление различных кожных высыпаний характеризует собой картину острого генерализованного инфекционного ретикулеза с токсико-аллергическим компонентом и ведет к установлению таких ошибочных диагнозов, как полиартрит, гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, цистит, инфекция мочевой системы, пиелонефрит, нефрит, аллергический дерматит [2, 4]. Именно с такими диагнозами направляются в соматические стационары больные кишечным иерсиниозом. Нозологические “маски” затрудняют установление истинной причины заболевания.

Вместе с тем своевременное проведение этиотропной терапии препятствует развитию различных осложнений, хронизации воспалительного процесса. В решении данной проблемы важную роль играет анализ диагностических ошибок с формированием у врачей-педиатров соматического профиля клинической настороженности по отношению к иерсиниозной инфекции.

Нами обследовано 26 детей, больных кишечным иерсиниозом, которые поступили в соматическое отделение Детской клинической больницы №9 г. Хабаровска (главный врач И.В. Балабкин)

с диагнозами: “инфекция мочевой системы” (19,2%), “пиелонефрит” (19,2%), “хронический гастродуоденит” (15,4%), “полиартрит” (11,5%), “дискинезия желчевыводящих путей” (11,5%). В остальных 23,2% случаев были диагнозы “нефрит”, “дизметаболическая нефропатия”, “вегето-сосудистая дистония”, “аллергический дерматит”, “выраж туберкулиновых проб”, “пневмония”.

Среди обследованных преобладали школьники (73,1%), преимущественно девочки (76,9%). Средний возраст поступивших составил  $9,2 \pm 0,68$  года.

Причинами установления ошибочных диагнозов были отсутствие симптомов, характерных для кишечного иерсиниоза, и малая информированность врачей о данной инфекционной патологии. В первые 7 дней болезни в стационар поступили 69,2% детей. У 1/3 из них наблюдалась лихорадка более  $38^{\circ}\text{C}$ , жалобы на повышение температуры более  $37^{\circ}\text{C}$  отмечались в 61,5% случаев. Боли в животе и пояснице беспокоили, соответственно, 46,2 и 11,5% обследованных, у 26,9% детей они сочетались с дизурическими явлениями. Астенический синдром в виде слабости, снижения аппетита, тошноты, головной боли наблюдался у 46,2; 38,5 и 23,1% больных соответственно. Жалобы на боли в суставах предъявляли 4 ребенка.

Среди обследованных 46,2% часто болели острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Индекс болезненности составил  $3,85 \pm 0,46$ , что достоверно выше нормы ( $1,7 \pm 0,3$ ;  $p < 0,001$ ). Из перенесенных заболеваний наиболее часто встречались бронхит, ангина. В 50% случаев беременность данным ребенком протекала с токсикозом, угрозой прерывания. Несмотря на

это, 96,2% детей родилось в срок с хорошим массо-ростовым показателем ( $65,65 \pm 3,4$ ). У 88,5% детей наследственность была отягощена заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и остеохондрозом. Почечная патология и туберкулез наблюдались в родословной у 4 и 3 из них соответственно.

Нарушений санитарно-эпидемиологического режима не отмечено. Семьи обследованных детей вполне благополучные, среднего достатка. В двух случаях установлен тесный контакт с домашними животными (кошкой, собакой). У 1/3 больных выявлена положительная проба Манту с 2 ТЕ. Диаметр папулы колебался от 8 до 20 мм, что в среднем составило  $12,8 \pm 2,4$  мм. Дети наблюдались у фтизиатра по поводу тубинфицирования (3 чел.), виража туберкулиновых проб (1 чел.), поствакцинальной аллергии (1 чел.), как контактные с больным туберкулезом (3 чел.).

Состояние детей при поступлении в стационар в 73,1% случаев оценивалось как удовлетворительное. Дисгармоничность физического развития установлена у 8 детей. У всех больных наблюдалось увеличение шейной группы лимфатических узлов до 0,5-1 см. Пастозность век отмечена у 5 детей. Отечность и болезненность коленных суставов наблюдалась у 2 чел., голеностопного — у 1 ребенка. В 1 случае наблюдалась розеолезная сыпь. Увеличение печени до 1 см выявлено у 5 больных. Для всех обследованных детей характерными симптомами были урчание и болезненность в илеоцекальной области, что определялось при пальпации, а также иктеричность ладонных поверхностей и стоп.

В общих анализах крови при поступлении в стационар выявлялись умеренно увеличенная СОЭ, лимфоцитоз (таблица). У 4 детей СОЭ превышала 20 мм/ч при умеренном нейтрофилезе. В 2 случаях наблюдался сдвиг лейкоцитарной формулы влево до 12% палочкоядерных.

В контрольных анализах отмечено нарастание лимфоцитоза с  $39,3 \pm 2,6$  до  $48,95 \pm 1,75\%$ , на фоне уменьшения числа лейкоцитов до  $5,8 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ . Среди биохимических показателей крови только у

1 ребенка установлено увеличение общего билирубина крови до 57,9 мкмоль/л за счет прямого ( $45,5$  мкмоль/л), а также показателей тимоловой пробы (14 ед.), аланинаминотрансферазы (1,66 ммоль/ч), аспартатаминотрансферазы (1,3 ммоль/ч). Холестерин, мочевины, мочевая кислота, креатинин определялись в пределах возрастной нормы. Вместе с тем клиренс эндогенного креатинина у 68,4% детей оказался сниженным и колебался от 0,42 до 1,12 мл/с (норма 1,3-2,0 мл/с).

Лейкоцитурия (до градации "сплошь в поле зрения микроскопа") наблюдалась в 53,8% случаев, эритроцитурия (от единичных клеток до гематурии) и протеинурия (от 0,033 до 0,27 г/л) имела место у 26,9% больных. У 2 детей лейкоцитурия сочеталась с бактериурией (получен рост кишечной палочки в титре 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи). Изостенурия (показатель колебания относительной плотности мочи менее 18 г/л за сутки) установлена у 17 детей на фоне снижения суточного диуреза до 300 мл. Гипероксалурия (оксалатов более 155 ммоль/лхсут) выявлена в 90% случаев при нормальной уратурии (от 1,74 до 0,3 ммоль/лхсут).

Ультразвуковые исследования печени выявили реактивные изменения у 50% обследованных. Повышенная подвижность почек (от 2 до 5 см), преимущественно справа, установлена у 12 детей. В 2 случаях имело место неполное удвоение чашечно-лоханочной системы. При фиброгастродуоденоскопическом исследовании у 37,5% обследованных выявлены изменения в виде отека складок, их гиперемии и "зернистости", что эндоскопически характеризует картину поверхностного гастродуоденита.

Исследования иммунного статуса в 91% случаев выявили на  $16,1 \pm 1,6$  день болезни повышение Ig M в 2-12,8 раза при резко повышенном уровне C-РБ, нормальном содержании Ig A и Ig G или их незначительном увеличении. Показатели клеточного иммунитета варьировали в большом диапазоне: Т-хелперы — от 25 до 54%, Т-супрессоры — от 12 до 36%. Коэффициент их соотношения колебался от 0,8 до 3,7 (норма — 2,3), что наблюдается при аллергических процессах с аутоиммунным компонентом, формировании постинфекционно-го иммунодефицита [5].

Серологический анализ крови ( $16,1 \pm 1,6$  день болезни) методом реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с антигенами кишечного иерсиниоза, псевдотуберкулеза, листериоза, лептоспироза, бруцеллеза выявил антитела к иерсинии ОЗ в титре 1:50 (11,5%), 1:100 (61,5%), 1:150 (27,0%).

На фоне лечения ампициллином, фенкаролом в возрастной дозировке через 1-3 дня температура тела нормализовалась, исчезали жалобы астенического характера и болевой синдром, а на 5-7 день проводимой терапии нивелировались все симптомы заболевания. У 3 детей наблюдался рецидив заболевания в виде повышения температуры и появления абдоминального синдрома. Терапевтический эффект получен от второго курса антибактериальной терапии левомицетином.

Показатели общего анализа крови у детей, больных кишечным иерсиниозом

Показатели общего анализа крови	Дни болезни	
	9,2±1,85	26,4±1,2
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,23±0,1	4,3±0,1
Гемоглобин, г/л	132,5±4,1	135,5±3,8
Цветовой показатель	0,93±0,03	0,9±0,02
СОЭ, мм/ч	11,8±1,6	7,6±0,91*
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	7,6±0,42	5,8±0,2*
Эозинофилы, %	3,9±0,55	3,95±0,6
Базофилы, %	0,12±0,06	—
Палочкоядерные, %	2,5±0,66	0,62±0,2*
Сегментоядерные, %	46,7±3,4	39,4±2,3
Лимфоциты, %	39,3±2,6	48,95±1,75*
Моноциты, %	7,48±0,57	7,08±0,75

Примечание. \* — достоверность различия сравниваемых показателей в группах,  $p < 0,05$ .

Таким образом, кишечный иерсиниоз у обследованных детей диагностирован нами на основании таких клинических проявлений, как лихорадка, лимфаденит периферических лимфатических узлов шейной группы, иктеричность ладонных и подошвенных поверхностей, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальной области на фоне умеренно увеличенной СОЭ, лимфоцитоза и подтвержден выявлением в диагностическом титре антител к иерсиниям методом РПГА.

О правильности установленного диагноза свидетельствует довольно быстро полученный терапевтический эффект от антибактериальной терапии ампициллином, левомицетином. Диагностические ошибки оказались возможны вследствие многообразия нозологических "масок" кишечного иерсиниоза у наблюдаемых нами больных и малой информированности врачей о специфических проявлениях данной инфекционной патологии.

#### Выводы

1. Патогномичными симптомами кишечного иерсиниоза являются лихорадка на фоне умеренно увеличенной СОЭ и нарастающего лимфоцитоза, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальной области, лимфаденит периферических лимфатических узлов шейной группы.

2. Как факторы риска данного заболевания можно рассматривать неблагоприятное течение

внутриутробного периода, часто переносимые ОРВИ, высокий индекс болезненности, положительную туберкулиновую аллергию.

3. Среди нозологических "масок" кишечного иерсиниоза преобладает патология мочевого выделения в виде инфекции мочевой системы, пиелонефрита, дизметаболической нефропатии, нефрита.

4. Выявление антител к иерсиниям в диагностическом титре подтверждает диагноз и обеспечивает своевременное проведение этиотропной терапии, что препятствует развитию различных осложнений, хронизации воспалительного процесса и сокращает пребывание больного ребенка в стационаре.

#### Л и т е р а т у р а

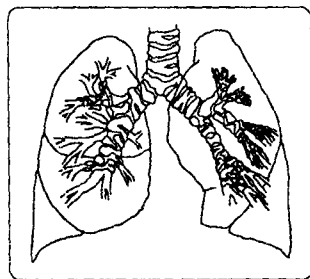
1. Бутянова Н.Г., Дроздов В.Н., Махмудов О.С. Псевдотуберкулез (дальневосточная scarлатиноподобная лихорадка) и другие иерсиниозы у детей. Кемерово, 1991. 182 с.

2. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология: Руководство для врачей. Л., 1989. 456 с.

3. Сомов Г.П., Покровский В.И., Беседнова Н.Н. Псевдотуберкулез. М., 1990. 240 с.

4. Учайкин В.Ф. (ред.) Руководство по инфекционным болезням у детей. Т.2. М., 1997. 752 с.

5. Череев А.П., Ковальчук Л.В. // Лаб. дело. 1988. №3. С.21-26.



УДК 616.24 — 002.036.21

А.П. Стиба, Л.Н. Косточкина, Н.Н. Гулевская

## ТЯЖЕЛАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ В УСЛОВИЯХ НИЖНЕАМУРЬЯ

Николаевская-на-Амуре центральная районная больница

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Заболеваемость пневмонией в Европе и в России составляет 386 на 100 тыс. и колеблется от 2 до 15 случаев на 1 тыс. чел. в год [2, 4]. Этот показатель значительно выше у пожилых: 25—44 на 1 тыс. чел. в год [1].

Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, но среди пациентов, требующих госпитализации, достигает до 21,9%, а среди пожилых — до 46%. В России за последние 5-7 лет отмечается устойчивая тенденция увеличения смертности, которая в середине 90-х гг. составляла 18 на 100 тыс. населения [3]. Госпитальная летальность при тяжелой пневмонии достигает 25-50%. Пневмония занимает 1 место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6 место среди всех причин летальности [3].

Заболеваемость пневмонией взрослого населения в Николаевском районе Хабаровского края в 1998—2000 гг. колебалась от 356 до 376 случаев на 100 тыс. чел. в год, а среди пожилых — от 1058 до 1110 на 100 тыс. населения. Смертность взрослого населения от пневмонии в Николаевском районе в 2000 г. составляла 72,4 на 100 тыс. населения. Все это подтверждает актуальность проблемы пневмонии для здравоохранения района.

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей клинических проявлений пневмоний тяжелого течения в условиях Нижнеамурья, изучение характера осложнений и попытка определения маркеров летального исхода тяжелых пневмоний.

Нами проведен анализ историй болезни 406 больных с диагнозом "внебольничная пневмония",