

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.98:579.869.1]-06:616.94]-036.1

СЛУЧАЙ СЕПТИКО-ТИФОЗНОЙ ФОРМЫ ЛИСТЕРИОЗА

А. А. Нафеев^{1,2}, Н. Н. Сидорова¹, А. М. Лебедько³, О. А. Никонов³, М. Ю. Минаев³, Ф. Ф. Сайфутдинова³, В. В. Попов³, В. И. Модникова³

¹ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области, Ульяновск; ²медицинский факультет ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет; ³ГУЗ Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева

Приведено описание острого случая септико-тифозной формы листериоза, выявленного в ходе диагностического обследования.

Ключевые слова: листериоз, сепсис, остеомиелит, плевропневмония, иммунологическая диагностика

CLINICAL MANIFESTATIONS OF LISTERIOSIS SEPSIS

A.A. Nafeev, N.N. Sidorova, A.M. Lebed'ko, O.A. Nikonov, M.YU. Minaev, F.F. Saifutdinova, V.V. Popov, V.I. Mednikova

Ul'yanovsk Regional Centre of Hygiene and Epidemiology; Ul'yanovsk State University; Yu.F.Goryachev Regional Children's Hospital. Ul'yanovsk

An acute case of septic typhoid listeriosis revealed during diagnostic examination is reported.

Key words: listeriosis, sepsis, osteomyelitis, pleuropneumonia, immunological diagnostics

Листериоз — инфекционная болезнь людей и животных, вызываемая листериями, характеризуется множеством источников возбудителя инфекции, разнообразием путей и факторов его передачи, полиморфизмом клинических проявлений, высокой летальностью; согласно МКБ-10, регистрируется под шифром A32.

Возбудитель листериоза человека — *Listeria monocytogenes* — относится к роду *Listeria*, представляет собой короткие грамположительные неспорообразующие палочки правильной формы, факультативные анаэробы. Листерии могут превращаться в L-формы и паразитировать внутриклеточно, что обуславливает недостаточную в ряде случаев эффективность антибактериальной терапии, объясняет склонность листериоза к затяжному и хроническому течению, возможность латентной формы и бактерионосительства.

Ранее листериоз считали типичным зоонозом, при котором источником возбудителя инфекции служили различные животные, теперь же его относят к сапронозам, а основным источником и резервуаром возбудителя признаны объекты внешней среды, природные субстраты, в которых листерии способны размножаться, и прежде всего почва. Листерии выделяют также из растений, силоса, пыли, водоемов и сточных вод. Основной путь заражения человека листериозом — пищевой, возможен также контактный путь заражения (от инфицированных животных и грызунов), аэрогенный (в помещениях при обработке шкур, шерсти, а также в больницах), трансмиссивный (при укусах насекомыми, в частности клещами). Особое значение имеет возможность передачи листерий от беременной плоду либо во время беременности (трансплацентарно), либо при контакте новорожденного с родовыми путями родильницы (интранатально) [1, 2]. Листерии могут быть причиной внутрибольничной инфекции, в частности в родильных домах; возникающие при этом вспышки описаны как в отечественной, так и в зарубежной литературе. В челове-

ской популяции бессимптомное носительство листерий составляет 2—20%, из кала здоровых людей листерии выделяют в 5—6% случаев.

В России официальная регистрация листериоза ведется с 1992 г., с тех пор в стране ежегодно выявляется незначительное количество больных — от 40 до 100. По всей видимости, эти цифры не отражают истинной заболеваемости, их увеличение будет происходить по мере знакомства врачей разных специальностей с вариантами клинических проявлений и при условии совершенствования лабораторной диагностики.

В Ульяновской области эпидемиологический процесс листериозной инфекции характеризуется спорадическими случаями. Всего за период с 2000 по 2011 г. было зарегистрировано 11 случаев, из них 8 у детей в возрасте до 14 лет, в том числе у 2 мертворожденных.

Клинические проявления листериоза многообразны в зависимости от пути проникновения возбудителя в организм человека, реакции иммунной системы и ряда других кофакторов (возраст, пол, сопутствующие заболевания и т. д.). Основными формами листериоза являются железистая, гастроэнтеритическая, нервная, септическая и бактерионосительство. Отдельно выделяют листериоз беременных и новорожденных. Септическая форма может также проявляться гнойными очагами в различных органах, и тогда диагностируют эндокардиты, перикардиты, перитониты, остеомиелиты, плевропневмонии, абсцессы печени, селезенки и т. д. Во всех этих случаях отмечают ознобы, значительные колебания температуры тела, увеличение печени, селезенки, нередко развивается септический шок с вторичной почечной недостаточностью, диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови, дыхательной недостаточностью, что в совокупности и обуславливает летальный исход.

При всех указанных формах листериоза в крови отмечается лейкоцитоз (вплоть до гиперлейкоцитоза), па-

лочкоядерный сдвиг, иногда и моноцитоз. Впрочем, вопреки названию возбудителя выраженный моноцитоз в гемограмме регистрируется, по данным литературы, не часто: от 30—40% [3] до единичных случаев [4].

Мы наблюдали случай септической формы листериозной инфекции, выявленной в ходе диагностического обследования больной С. 2001 года рождения. Девочка заболела остро 02.11.11, когда появились боль в мышцах ног, повышение температуры до 39,5°C, в последующем лихорадка сохранялась, мышечная боль тотальная, интенсивная. Ребенок перестал ходить. С такими жалобами ребенок был госпитализирован в МУЗ городская клиническая больница № 1 (Перинатальный центр). Со слов матери, в стационаре жалобы сохранялись. С клиническим диагнозом: «листериоз? гепатит? пневмония» больная переведена в ГУЗ Ульяновская областная детская инфекционная больница, где находилась на стационарном лечении с 07.11 по 09.11.11 с основным диагнозом: «острый остеомиелит костей таза. Синдром системно-воспалительной реакции. Внебольничная правосторонняя пневмония, осложнившаяся экссудативным плевритом». Ребенок поступил в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры тела, боль в суставах, боль в мышцах. Рентгенография грудной клетки от 09.11: правосторонняя пневмония, осложнившаяся экссудативным плевритом. С целью дальнейшего обследования и лечения больная переведена в педиатрическое отделение ГУЗ Ульяновская областная детская клиническая больница, где находилась с 09.11 по 04.12 с диагнозом: правосторонняя верхнедолевая полисегментарная пневмония, осложненная экссудативным плевритом, тяжелое течение, дыхательная недостаточность I степени. Киста верхней доли правого легкого (эхинококк?). При поступлении жалобы на боль в области правого тазобедренного сустава, ограничение движения в суставе, повышение температуры тела до 39,5°C. Ультразвуковое исследование брюшной полости от 11.11: печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги, структура паренхимы однородная; селезенка размером 130 × 47 мм, крупнозернистая. Консультация торакального хирурга от 23.11: киста верхней доли правого легкого? туберкулез? Рекомендованы консультация фтизиатра, компьютерная томография грудной клетки, кровь на антитела к эхинококку. Осмотр фтизиатра от 28.11: пневмония? Убедительных данных за туберкулезный процесс нет.

Компьютерная томография легких от 30.11: патологическое образование в заднем сегмент (S_{II}) правого легкого с формированием полостей распада. Очаговые изменения в верхней и нижней долях правого легкого.

Сведения об авторах:

ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области

Нафеев Александр Анатольевич — д-р мед. наук, зав. отделением особо опасных инфекций; доцент кафедры инфекц. и кожно-венерич. болезней Ульяновского государственного университета; e-mail: nvafeev@mail.ru

Сидорова Н. Н.

ГУЗ Ульяновская областная детская клиническая больница им. политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева

Лебедько Анна Михайловна — главный врач.

Никонов Олег Алексеевич — зав. хирургическим отделением.

Минаев Михаил Юрьевич — врач-хирург.

Сайфутдинова Фира Ферамировна — врач-эпидемиолог.

Попов Василий Васильевич — зав. патолого-анатомическим отделением.

Модникова Валентина Ивановна — врач-патологоанатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красовский В. В., Васильев Н. В., Деркач Н. А., Похил С. И. Итоги пятилетнего изучения листериоза на Украине. Журн. микробиол. 2000; 3: 80—85.
2. Покровский В. И., Годованный Б. А. Листерии. В кн.: Покровский В. И. (ред.). Инфекционные болезни. М.: Медицина; 1996. 291—296.

Не исключается специфический туберкулезный процесс.

Осмотр фтизиатра от 01.12: учитывая острое начало, данные туберкулезных проб, рентгенологическую динамику и клиническую картину, данных за туберкулезный процесс нет. Необходимо исключить паразитарную этиологию процесса.

Консультация торакального хирурга от 02.12: киста в верхней доле правого легкого (эхинококк?), показано оперативное лечение в плановом порядке. 05.12 ребенок был переведен в хирургическое отделение. 06.12 выполнена операция под общим обезболиванием. Послеоперационный диагноз: абсцесс верхней доли правого легкого.

Общий анализ крови: Hb 110 г/л, эр. 3,44 млн, цветовой показатель 0,95, тр. $370 \cdot 10^9/л$, л. $22 \cdot 10^9/л$, с. 94, э. 1, м. 5; СОЭ 48 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий белок 62,2 г/л, альбумин 25,8 г/л, аспаргатаминотрансфераза 30 ед/л, аланинаминотрансфераза 41,1 ед/л. Общий анализ мочи в динамике без патологии.

Результаты серологических исследований: антитела к антигенам эхинококков отсутствуют; реакция непрямой агглютинации с эритроцитарным листериозным диагностикумом: 1-я проба крови (от 30.11) 1:200; 2-я проба крови (от 07.12) 1:400.

Гистологическое исследование от 07.12: в исследуемом материале очаг казеозного некроза с перифокальной гнойно-воспалительной инфильтрацией и наличием единичных клеток Пирогова—Лангханса. По периферии казеозного очага отмечается слабовыраженная соединительнотканная капсула.

Консультация фтизиатра: первичный туберкулезный комплекс правого легкого?

Для дальнейшего лечения и наблюдения больная переведена в детское фтизиатрическое отделение ГУЗ Областной противотуберкулезный диспансер. В последующем при обследовании ребенка фтизиатрами туберкулез не подтвердился.

Заключение

В проведенном наблюдении в ходе проводимого комплексного обследования, которое возможно только в условиях многопрофильного медицинского учреждения, была установлена септико-тифозная форма листериоза (ангинозные явления отсутствовали, ведущими клиническими симптомами были лихорадка, наличие гнойных очагов в различных органах — остеомиелит и плевропневмония, увеличение печени и селезенки).

3. Тартаковский И. С. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика. Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2000; 2: 20—30.
4. Юшук Н. Д., Кареткина Г. Н., Климова Е. А. и др. Листерии: варианты клинического течения. Тер. арх. 2001; 11: 48—51.

Поступила 20.02.12