



Єрсиніоз — полісимптомна хвороба зі складною діагностикою

За матеріалами науково-практичної конференції
«Актуальні сезонні інфекційні хвороби. Ураження нервової системи»



О.В. Усачова

Проблема діагностики єрсиніозу – гострої кишкової інфекції, що спричиняється патогенною для людини *Yersinia enterocolitica*, – залишається актуальною для всіх ланок охорони здоров'я. Різноманітність клінічних варіантів єрсиніозу зумовлюють труднощі в розпізнаванні цієї хвороби й неабияку частоту діагностичних помилок. Єрсиніоз має подібну клінічну картину з гострим гепатитом, ревматизмом, апендицитом, хворобою Крона, гострим гастроентероколітом та іншими патологіями. Крім того, доведено етіологічну роль єрсинії у розвитку вторинно-осередкових форм захворювань, пов'язаних з ураженням серцево-судинної та нервової систем, опорно-рухового апарату, а також шлунково-кишкового тракту й сечових шляхів. На науково-практичній конференції «Актуальні сезонні інфекційні хвороби. Ураження нервової системи», яка відбулася в онлайн-форматі 10 вересня, завідувачка кафедри дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор Олена Віталіївна Усачова представила доповідь «У фокусі єрсиніоз – полісимптомна хвороба зі складною діагностикою», в якій висвітлила ключові питання діагностики та проявів поширених форм єрсиніозу на підставі результатів клінічного дослідження.

Єрсиніоз – гостра антропоознозна кишкова інфекція, що супроводжується токсико-алергічними реакціями з особливістю клінічного перебігу у вигляді полісистемності ураження. До основних труднощів під час діагностики єрсиніозу відносять:

- ▶ різноманітність клінічних проявів;
- ▶ відсутність патогномонічних симптомів;
- ▶ проблеми лабораторної діагностики;
- ▶ несприятливі наслідки перенесеної єрсиніозної інфекції (схильність до хронізації процесу, формування імунопатологічних процесів з автоімунним компонентом).

За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, захворюваність на єрсиніоз коливається в межах 0,12-0,56 на 100 тисяч населення. Більшість випадків єрсиніозної інфекції не діагностується чи реєструється під іншими діагнозами. Результати серологічного обстеження хворих Запорізької області протягом 2011-2014 років з різною патологією шляхом аглютинації з єрсиніозним діагностиком засвідчили наявність серологічних маркерів, які підтверджують захворюваність на рівні від 53 до 128 пацієнтів на рік. Натомість в Україні 2023 року офіційно зареєстровано лише 108 випадків єрсиніозної інфекції. Встановлення природи гострої кишкової інфекції можливе лише завдяки проведенню комплексного клініко-лабораторного обстеження із застосуванням специфічних методів діагностики. Проте, зважаючи на неоднозначність результатів обстежень і тривалість хвороби, діагностика єрсиніозної інфекції набуває особливого значення для багатьох категорій клініцистів.

Для того щоб оптимізувати напрями діагностики єрсиніозу, було проведено клінічне дослідження щодо визначення сучасних клініко-серологічних особливостей кишкового єрсиніозу в дітей, які проживають у Запорізькій області. Опрацьовано результати серологічного обстеження 125 позитивних на *Y. enterocolitica* дітей. Цей спектр досліджень становив перший етап випробування. На другому етапі було проаналізовано клініко-лабораторні дані з історії хвороби 31 пацієнта дитячих інфекційних відділень лікарень Запорізької області, в яких було підтверджено єрсиніоз.

Методи діагностики єрсиніозу включали бактеріологічне дослідження калу та виявлення в сироватці крові специфічних антигін (діагностикуми кишково-єрсиніозні – антиген О3 та О9).

За віковим складом серед серопозитивних хворих домінували пацієнти віком від 7 років, у яких з огляду на вікові особливості харчування частіше створюються можливості реалізації механізму передачі *Y. enterocolitica*. Напруженість імунітету при єрсиніозі в переважній більшості випадків є незначною та має певні особливості, які доповідь представила у вигляді таблиці.

Вікова група	Низькі титри антигін (1:100-1:200)	Середні титри антигін (1:400-1:800)	Високі титри антигін (1:600 і вище)
1-3 роки	5	2	0
4-6 років	9	3	8**
7-14 років	25	16	13*
15-17 років	19	12	13*
Разом	58 (46,4%)*	33 (26,4%)	34 (27,2%)

Примітки: * $p < 0,05$ щодо загальної групи за критерієм χ^2 ; ** $p < 0,05$ щодо першої вікової групи за критерієм χ^2 .

Щодо проведеного ретроспективного аналізу історій хвороби 31 дитини з єрсиніозом виявлено, що попередньо ці діти не завжди отримували стаціонарну допомогу зі встановленим діагнозом єрсиніоз на догоспітальному етапі. Тільки третина дітей мали підозру на єрсиніоз. Іще третина пацієнтів перебували в хірургічному відділенні з попереднім діагнозом гострого апендициту. Цікавим є той факт, що жодна дитина перших 3 років життя не мала первинного діагнозу гострого апендициту, тоді як з віком частота цього діагнозу зростала, що пов'язано з підвищенням частоти симптому абдомінального болю. Діти раннього віку демонстрували прояви ентероколіту та з приводу його затяжного перебігу були обстежені щодо єрсиніозу. А от дітям старшого віку (>10 років) частіше встановлювали попередній діагноз єрсиніозу, що пов'язано з наявністю системних проявів хвороби в цієї категорії пацієнтів.

Єрсиніоз як попередній діагноз був обраний за наявності в пацієнтів високої та тривалої температурної реакції в поєднанні з диспепсичним синдромом, болем у животі, катаральними симптомами й артралгією. Найвищі температурні показники мали пацієнти, в яких єрсиніозна інфекція проявлялася геморагічним васкулітом. Пацієнти зі встановленим діагнозом єрсиніозу на момент надходження до стаціонару мали фебрильну лихоманку, яка поступово наростала та тривала понад 13 днів. Тривала та стійка температурна реакція була основною причиною встановлення єрсиніозної інфекції. Пацієнти залежно від попереднього діагнозу мали різні характеристики диспепсичного синдрому. У групі пацієнтів з болем у животі, які мали попередній діагноз гострого апендициту, домінувальним симптомом було блювання, що мало тривалий і частий характер (4-5 разів на добу).

Підставою для встановлення попереднього діагнозу гострої кишкової інфекції була діарея, котра мала частий характер (6-7 разів на добу), розвивалася й посилювалася до 2-3-ї доби із загальною тривалістю 7-8 днів. Серед другорядних симптомів, які відзначалися в пацієнтів протягом проведення клінічного дослідження, були ураження суглобів, лейкоцитоз, підвищення

аланінамінотрансферази. Реакція лейкоцитарної формули передбачає відповідь на численні інфекційні та запальні процеси, але лейкоцитоз було зафіксовано лише в 14 пацієнтів із загальної групи (45,2%). Натомість гепатотолітичний синдром зафіксовано в кожній третій дитини (32,3%) загальної групи та в кожного пацієнта з попереднім діагнозом геморагічного васкуліту й у половини пацієнтів з підозрою на апендицит і гостру кишкову інфекцію.

Остаточний розподіл клінічних форм єрсиніозу представлений таким чином:

- ◆ кишкова форма – 42%;
- ◆ абдомінальна форма – 26%;
- ◆ септична форма – 16%;
- ◆ шкірно-суглобова форма – 6%;
- ◆ суглобова форма – 10%.

Висновки

Кишковий єрсиніоз є відносно рідкісною інфекційною патологією, водночас більшість випадків не діагностується чи реєструється під іншими діагнозами. Проблеми діагностики єрсиніозу зумовлені як відсутністю специфічних клінічних проявів хвороби, так і низькою імуногенністю збудника. Варто зауважити, що підозра на єрсиніоз передбачає необхідність проведення серологічного дослідження щонайменше дворазово з інтервалом 10-14 днів. Кожен випадок тривалого підвищення температури має розглядатися як імовірний випадок єрсиніозу за наявності затяжного диспепсичного синдрому, болю в животі, артралгії та висипки на тілі. У таких випадках до переліку діагностичного пошуку треба включити єрсиніоз із проведенням специфічних бактеріологічних і серологічних тестів.

Знання ознак єрсиніозної інфекції дає змогу побудувати чіткий алгоритм обстеження пацієнта шляхом зіставлення симптомів клінічно подібних хвороб і в стислий термін установити точний діагноз. Зважаючи на внутрішньоклітинний характер паразитування та досить високу ймовірність незавершеного фагоцитозу з боку імунних клітин, збудник єрсиніозу може довго персистувати в лімфатичних вузлах та інших лімфоїдних органах, а також у клітинах крові, спричиняючи повторні хвилі захворювання або перехід його в хронічну форму. На підставі даних, отриманих у ході клінічного спостереження за перебігом єрсиніозу в дітей, встановлено, що лабораторна діагностика є основою для підтвердження діагнозу разом з особливостями перебігу хвороби, тяжкості та тривалості симптомів.

Підготувала Катерина Пашинська