

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

М.В. Яременко¹, О.В. Мальцев², В.А. Мурынин², Д.В. Шниперов², Л.И. Иванова²

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²321-й Окружной военный клинический госпиталь, Чита, Борзя

Clinical observation mixed form of pseudotuberculosis

M.V. Yaremenko¹, O.V. Malcev², V.A. Murinin², D.V. Shniperov², L.I. Ivanova²

¹Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

²Federal state establishment «321 district military clinical hospital», Chita, Borzya

Псевдотуберкулез — острое инфекционное заболевание, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений [3, 4]. Впервые этиологическая роль *Y. pseudotuberculosis* при дальневосточной скарлатиноподобной лихорадке была доказана в опыте самозаражения В.А. Знаменским в клинике инфекционных болезней Военно-медицинской академии в 1966 г. Заболеваемость псевдотуберкулезом в нашей стране регистрируется повсеместно, чаще всего в организованных коллективах в виде групповых вспышек [1, 3]. Наибольшее число случаев регистрируется в Северо-Западном регионе и в Сибирском федеральном округе Российской Федерации [1].

Изучение клинических проявлений псевдотуберкулеза сотрудниками кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии (В.С. Матковский, В.Г. Бочоришвили, В.С. Антонов и др.), привело к созданию в 1972 г. клинической классификации псевдотуберкулеза (В.С. Матковский, В.С. Антонов) [3, 4]. Поскольку результаты серологических методов исследования получают поздно, на традиционное бактериологическое выделение возбудителя требуется длительное время, а ПЦР-диагностика не везде доступна, одним из основных методов постановки диагноза при псевдотуберкулезе остается ранняя клиническая диагностика, основанная на учете эпидемиологического анамнеза. Такой подход позволяет не только своевременно установить диагноз, но и адекватно решать вопросы, связанные с назначением антибактериальных препаратов [1, 3, 5]. Официальная статистика свидетельствует о снижении заболеваемости этой инфекции в последние годы, что в определенной степени влияет на степень готовности практических врачей к постановке диагноза псевдотуберкулеза. В этой связи приводим описание клинического случая смешанной формы псевдотуберкулеза.

В январе 2011 г. в инфекционное отделение госпиталя г. Борзя Читинской области на 2-й день бо-

лезни был госпитализирован военнослужащий Ж. 20 лет с диагнозом: «Псевдотуберкулез, смешанная форма (экзантемная, артралгическая), средней степени тяжести».

При поступлении жаловался на озноб, умеренную головную боль, сухой кашель, плохой аппетит, умеренной интенсивности боли в локтевых и голеностопных суставах, высыпания на туловище, руках и ногах, покраснение кистей.

Из анамнеза болезни было известно, что заболел остро: днем 13.01.11 г. появились познабливание, сухой кашель. Утром 14.01.11 г. отметил появление озноба, повысилась температура тела до 39,3°C, ухудшился аппетит, появились умеренная головная боль, а также боли в локтевых и коленных суставах. Пациент заметил покраснение кистей и высыпания на туловище. Около 12.00 часов 14.01.11 г. обратился в медицинский пункт и был направлен на лечение в госпиталь г. Борзя. Диагноз направления: острое респираторное заболевание.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что пациент постоянно питался в столовой части, употреблял салат из сырой моркови. Также в инфекционном отделении госпиталя на лечении находилось двое больных из этой же воинской части с клиническими проявлениями псевдотуберкулеза, употреблявших салат из сырой моркови.

При поступлении в инфекционное отделение состояние больного оценивалось как средней степени тяжести. На фоне нормального цвета кожи была видна обильная точечная ярко-красного цвета сыпь. Сыпь располагалась преимущественно на боковых поверхностях туловища, на сгибательных поверхностях рук, сгущалась в области естественных складок и вокруг суставов (рис. 1, 2, 3), наблюдались симптомы «перчаток» (рис. 4, 5) и «носков». Отмечалась яркая гиперемия мягкого неба. Пальпировались углочелюстные и подмышечные лимфатические узлы размером около 1,0 см, плотнорезинчатой консистенции, мелкие кубиталь-



Рис. 1



Рис. 4



Рис. 2



Рис. 5



Рис. 3



Рис. 6



Рис. 7

ные мягкоэластичные, подвижные, безболезненные лимфатические узлы. Пульс 90 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 100 и 60 мм рт. ст. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, шумы не выслушивались. ЧДД — 18 в мин. Перкуторно над легкими — ясный легочный звук. При аускультации во всех отделах выслушивалось везикулярное дыхание. Язык был влажным, ярко-красным (рис. 6). Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации правой илеоцекальной области наблюдалась болезненность и урчание. При перкуссии в правой подвздошной области отмечалось укорочение перкуторного звука. Определялось увеличение печени и селезенки. Поколачивание по поясничной области было безболезненным с обеих сторон. Менингеальные симптомы отрицательные.

Учитывая острое начало заболевания, данные эпидемиологического анамнеза, лихорадку (39,3°C), артралгии, наличие точечной ярко-красной, скарлатиноподобной сыпи, симптомов «перчаток», «носков», увеличение периферических лимфатических узлов, а также печени и селезенки, признаки терминального илеита и мезаденита, был выставлен диагноз: «Псевдотуберкулез, смешанная форма (экзантемная, артралгическая), средней степени тяжести». Больному была начата пероральная терапия ципрофлоксацином по 500 мг 2 раза в сутки.

В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз до $19,8 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные 4%, сегментоядерные лейкоциты 84%) и относительная лимфопения (10%), СОЭ была в норме. В общем анализе мочи — следы белка. По данным биохимического анализа наблюдалось минимальное повышение АЛТ до 0,19 мкмоль/л·ч (норма — 0,14). По результатам лабораторных исследований были исключены сифилис и ВИЧ-инфекция. При серологических исследованиях крови с псевдотуберкулезным и иерсиниозным (О3, О9) антигенами в парных сыворотках получили следующие титры антител: при поступлении РНГА с иерсиниозным и псевдотуберкулезным антигенами — отрицательно, на 9-й день болезни — РНГА — отрицательно, на 18-й день болезни РНГА с псевдотуберкулезным антигеном — 1/400. Посев кала на дизентерийную и тифо-паратифозную группы — отрицательный.

Были выполнены инструментальные исследования: рентгенография органов грудной клетки (без патологических изменений); УЗИ органов брюш-

ной полости (увеличение печени и селезенки); ЭКГ — без отклонений от нормальных значений.

Таким образом, серологическое подтверждение псевдотуберкулеза было получено на 18-й день болезни (титр антител в РНГА — 1/400).

Больной получил в течение 10 дней внутрь ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день. Одновременно с этиотропным лечением проводилась инфузионно-детоксикационная и десенсибилизирующая терапия.

На фоне комплексного этио-патогенетического лечения на 3-й день стационарного лечения нормализовалась температура тела, купировались артралгии, восстановился аппетит, в общем анализе крови нормализовалось общее количество лейкоцитов, в формуле отмечалась минимальная эозинофилия (6%). На 5-й день стационарного лечения (6-й день болезни) разрешилась скарлатиноподобная сыпь. На 7-й день стационарного лечения отмечалось пластинчатое шелушение на обеих ладонях (рис. 7).

Пациента выписали в удовлетворительном состоянии на 21-е сутки стационарного лечения. При диспансерно-динамическом наблюдении рецидива болезни не было.

Данный клинический случай еще раз подтверждает, что в практике любого врача может встретиться больной псевдотуберкулезом. Поэтому правильно собранный анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, полноценное выявление характерных клинических синдромов и симптомов позволяют уже на ранних сроках болезни предполагать различные формы псевдотуберкулеза и своевременно назначить этиопатогенетическую терапию. Ранняя диагностика псевдотуберкулеза также позволяет своевременно проводить противоэпидемические мероприятия, предупреждая появление новых случаев заболевания.

Литература

1. Демина, Ю.В. Эпидемиологический надзор и профилактика псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза / МУ 3.1.1.2438-09 / Ю.В. Демина [и др]. — М., 2009. — 66 с.
2. Лобзин, Ю.В. Инфекционные болезни с поражением кожи / Ю.В. Лобзин [и др.]. — СПб.: «Издательство Фолиант», 2003. — 240 с.
3. Руководство по инфекционным болезням. 3-е изд., доп. и перераб./ под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина. — СПб.: «Издательство Фолиант», 2003. — 1040 с.
4. Сомов, Г.П. Псевдотуберкулез / Г.П. Сомов [и др.] — М.: Медицина, 2001. — 256 с.
5. Bockemuhl, J. Intestinal yersiniosis. Clinical importance, epidemiology, diagnosis, and prevention / J. Bockemuhl, P. Roggentin // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. — 2004. — V. 47, № 7. — P. 685.

Авторский коллектив:

Яременко Михаил Васильевич – преподаватель кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел. 8 (812) 292-33-57, e-mail: ymv.home@mail.ru.

Мальцев Олег Вениаминович – начальник медицинской службы «ФГУ 321 ОВКГ», г. Чита, тел. 8 (3022)34-33-61, e-mail: OlegDzein-M@yandex.ru.

Мурынин Владислав Александрович – начальник инфекционного отделения «ФГУ 321 ОВКГ», г. Чита, тел. 8(3022)34-33-61, e-mail: murjnjn@rambler.ru.

Шниперов Дмитрий Владимирович – начальник медицинской службы «ФГУ 321 ОВКГ», г. Борзя, тел. 8 (3023)33-14-91, e-mail: Borza-321VK@mail.ru.

Иванова Лариса Ивановна – врач-инфекционист «ФГУ 321 ОВКГ», г. Борзя, тел. 8 (3023)33-14-91, e-mail: 14-05-64@mail.ru