

описаних в літературі з 1990 по 1998 роки, так як власні спостереження за хворими туляремією стосуються к 40-им - 60-им рокам і в останнє десятиліття мною не спостережувались.

Л.П. КУЛЕСИ

КИШКОВИЙ ЄРСИНІОЗ – КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА
Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

У зв'язку з ростом захворюваності на гострі кишкові інфекції та інші інфекційні захворювання, проблема ерсиніозів все більше привертає увагу дослідників та практичних лікарів. Власний ерсиніозам поліморфізм клінічних проявів, збільшення числа спорадичних випадків, труднощі ранньої лабораторної діагностики часто призводять до діагностичних помилок.

Кишковий ерсиніоз – гостре інфекційне захворювання людини та тварин, що викликається *Yersinia enterocolitica*. Характеризується різноманіттям клінічних форм, гарячкою, інтоксикацією, ураженням шлунково-кишкового тракту, суглобів, шкіри. Захворювання має схильність до рецидивуючого перебігу.

Інкубаційний період від 1 до 6 днів.

Згідно класифікації виділяють: гастроінтестинальну форму (зустрічається 55 – 75%) – початок гострий з гарячки, симптомів інтоксикації та ураженням шлунково-кишкового тракту (гастроентерит, ентероколіт, гастроентероколіт).

Абдомінальна форма (5-10%) – апендикулярна. Початок гострий, гарячка, інтоксикація, болі в животі, нудота, блювання, почастішення випорожнень. В ряді випадків таким хворим необхідний огляд хірурга.

Генералізована форма (15-20%) характеризується диспептичними проявами, ураженням суглобів, збільшенням лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, вегетативними розладами, появою висипки на шкірі та слизових оболонках (90%).

Змішані форми. Болі переважно в великих суглобах (80%), далі можуть приєднуватися зміни зі сторони серцево-судинної системи.

Септичні та септикопемічні варіанти генералізованої форми зустрічаються рідше (в 2-5%). Вторинно-вогнищеві форми можуть розвиватись після раніше перенесеного захворювання.

Слід відмітити, що в практиці ми зустрічаємося з великими труднощами при визначенні тієї чи іншої форми захворювання, особливо це стосується вторинно-вогнищевих форм, коли на перший план виступають вогнищеві прояви (гепатит, артрит), коли загальні симптоми, що їм передують, виявити не вдалося.

Великі труднощі становить диференціальна діагностика ерсиніозів з вірусними гепатитами та іншими захворюваннями.

Ми спостерігали 2-х хворих з мікст-інфекцією: гострий вірусний гепатит В, жовтянична форма, середньої важкості та кишковий ерсиніоз. В одному випадку захворювання почалося з болю і припухання в колінних суглобах, через тиждень з'явилася дрібнокрапкова висипка, згодом приєднались нудота, блювання, підвищення температури протягом 3-х днів до 39° С. У цей же час потемніла сеча і знебарвився кал. До моменту поступлення висипка зникла. Хворий госпіталізований у інфекційне відділення з діагнозом гострий вірусний гепатит. Беручи до уваги наявність вираженої артралгії та висипань у переджовтяничному періоді, хворому були проведені дослідження на гострий вірусний гепатит В (HBsAg і анти HBcor IgM) та РПГА з ерсиніозним діагностикомом. В результаті були виявлені HBsAg, анти HBcor IgM і в динаміці через 8-15 днів РПГА з ерсиніозним діагностикомом в титрах 1:50 – 1:200. Після проведення етіотропної терапії ампіциліном в поєднанні з нестероїдними протизапальними засобами (індометацин) вдалося зняти явища артриту.

У 2-му випадку захворювання почалося з папульозних висипань, розташованих симетрично на верхніх та нижніх кінцівках, згрупованих біля ліктьових та колінних суглобів. Через тиждень приєдналася жовтяниця. Парентеральний анамнез без особливостей. З анамнезу: в минулому перенесла гострий вірусний гепатит А, жовтяничну форму. Нами проводився диференціальний діагноз з кишковим ерсиніозом і псевдотуберкульозом. При лабораторному обстеженні: гіпербілірубінемія, гіпертрансфераземія,

наявність HBsAg, анти HBcorIgM, а також наростання титрів у РПГА з кишечним ерсиніозним діагностикомом 1:10 – 1:400. Це дало можливість діагностувати мікст-інфекцію.

Таким чином, практичним лікарям при наявності у хворих: гарячки, жовтяниці, артралгій, висипки на шкірі тулуба, кінцівок, ураження шлунково-кишкового тракту, слід обстежувати їх на кишковий ерсиніоз та псевдотуберкульоз.

Ф.Г. КОЛЕНКО

**СПАСТИЧЕСКАЯ КРИВОШЕЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ
ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРЕНЕСЕННОГО КЛЕЩЕВОГО
ЭНЦЕФАЛИТА И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА**

Государственный университет, г. Сумы

Возбудитель клещевого энцефалита относится к арбовирусам, большинство которых являются природноочаговыми зоонозами. Клещевой энцефалит и энцефаломиелит встречаются на обширной территории евроазиатского материка. Лесные, реже лесостепные зоны Украины не являются исключением. Причем, исследователи отмечают особенность клинических проявлений и течения процесса в европейском регионе. Вирус клещевого энцефалита обладает выраженной нейротропностью. Проникновение его в мозг и интенсивное размножение являются важнейшими звеньями патогенеза заболевания. Поражаются все отделы нервной системы: спинной мозг, варолиев мост, продолговатый мозг, подкорковые узлы, мозговые оболочки.

Двигательные нарушения связаны с развитием парезов и параличей мышц плечевого пояса, шеи, имеют часто односторонний характер, вследствие чего развивается кривошея. Особый интерес представляет гиперкинетическая форма энцефалита, характеризующаяся гиперкинезами смешанного характера, среди которых встречается так называемая спастическая кривошея, относящаяся к локальной торсионной дистонии.

Нами проведено обследование 10 больных (8 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 28 до 55 лет, находящихся на диспансерном