

О. М. Домашенко, А. І. Сирота
РЕВМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЄРСИНІОЗУ
Національний медичний університет імені М. Горького,
м. Донецьк

Рівень захворюваності на ерсиніоз в Україні істотно коливається від 0,11 до 2,4 на 100 тисяч населення. У 1,3 % випадків ерсинії індукують розвиток захворювань сполучної тканини (вузлова еритема, синдром Рейтера, поліартрит). Рідше виникають анкілозуючий спондиліт, ревматоїдний артрит. Серед хворих на ерсиніозний артрит носії HLA-B27 становлять 80 %, при цьому зміни в суглобах можуть зберігатися місяці і роки.

Метою дослідження було вивчення клінічних проявів суглобового синдрому при генералізованій формі ерсиніозу.

Матеріали та методи. Представлені багаторічні обстеження 250 пацієнтів на ерсиніоз у віці 15-68 років. Діагноз встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних, бактеріологічного дослідження та серологічної ідентифікації при постановці РНГА з еритроцитарними ерсиніозними діагностикумами (серовар 03, 09), ІФА, РКА. Було оцінено прогностичне значення імунних комплексів (ІК) при ерсиніозі.

Отримані результати. Середньотяжкий перебіг ерсиніозу спостерігався у 64,4 %, тяжкий – у 35,6 %. Різного ступеня вираженості артралгії мали місце у 85 (34 %) хворих на генералізовану форму ерсиніозу. Зазвичай вони поєднувалися з іншими проявами захворювання: гарячкою, ознобами, висипом на шкірі, лімфаденопатією, диспептичним або (і) ентеритичним синдромом. У частини хворих артралгії носили генералізований характер, були інтенсивними. Хворі скаржилися на болі не тільки в гомілковостопних, променезап'ясткових, колінних, ліктьових суглобах, але і в поперековій області. Вони виникали з перших днів хвороби і були симетричними, надалі посилювалися або знову виникали при розвитку рецидиву. У 34 (13,6 %) хворих на ерсиніоз у гострому періоді хвороби розвинулися артрити, при цьому в процес залучалися 3-4 суглоба. Переважно були уражені гомілковостопні і променезап'ясткові, рідше – колінні і плечові суглоби. У 22 (8,8 %) хворих на ерсиніоз залучалися суглоби кистей рук і меншою мірою – стоп. Синдром Рейтера був у 5 (14,7 %) хворих на ерсиніоз, при цьому найчастіше були уражені колінні, гомілковостопні, міжфалангові суглоби. У половини хворих спостерігалися тендосиновіти. Тривалість артритів склала від 1 місяця до трьох років. Хронічна форма супроводжувалася тривалим, рецидивним перебігом із залученням у процес нових суглобів, нерідко кистей рук і стоп. У розпалі ерсиніозу істотно збільшується вміст "середньомолекулярних" і "дрібномолекулярних" ІК. Якщо у здорових концентрація середньомолекулярних ІК склала $54,2 \pm 2,1$ ум.од., то при середньотяжких формах ерсиніозу – $62,6 \pm 4,1$ ум. од., а концентрація дрібномолекулярних ІК (при нормі $18,9 \pm 1,8$ ум. од.) склала $96,4 \pm 1,1$ ум. од. при середньотяжкому, $104,0 \pm 3,4$ ум. од. – при тяжкому перебігу захворювання, відрізняючись з високим ступенем достовірності ($p < 0,001$) від норми. У розпалі ерсиніозу великомолекулярні ІК склали при середньотяжкій формі 46,4 %, при тяжких формах 42,5 % від загальної кількості ІК у сироватці крові. Дрібномолекулярні ІК при середньотяжкому перебігу ерсиніозу склали 21,8 %, а при тяжкому – 26,4 %. Таким чином, тяжкий перебіг ерсиніозу супроводжувався значним збільшенням у крові концентрації дрібномолекулярних ІК, що володіють вираженою токсичністю внаслідок здатності адсорбуватися у внутрішніх органах, що сприяє їх пошкодженню. Найбільш високою загальною концентрацією ІК була при рецидивних формах ерсиніозу. При цьому вміст дрібномолекулярних ІК склав 40,5 %. У періоді реконвалесценції (перед випискою із стаціонару) концентрація середньо-і дрібномолекулярних ІК була істотно підвищена при артритичному синдромі ерсиніозу.

Висновки. Таким чином, лікарі різних спеціальностей повинні знати про можливість розвитку суглобових форм ерсиніозу, у тому числі внаслідок перенесених субклінічних і легких варіантів перебігу. Розпізнаванню синдрому Рейтера і поліартритів при ерсиніозі сприяють правильно зібраний анамнез захворювання (попередня діарея, абдомінальні болі, гарячка, тонзило-катаральні симптоми і т.і.), специфічні лабораторні дослідження, а також надійне виключення інших (крім ерсинії) етіологічних факторів.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 35-37.