

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ ИЕРСИНИОЗА С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А И Е

А.А. Бондаренко¹, Ю.Н. Хорошун², С.В. Барамзина¹, Ю.С. Завражных¹, Т.В. Ренжина¹

¹Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

²Инфекционная клиническая больница, Киров, Россия

Mixed infections yersiniosis with acute viral hepatitis A and E

A.L. Bondarenko¹, Yu.N. Khoroshun², S.V. Baramzina¹, Yu.S. Zavrazhnyh¹, T.V. Renzhina¹

¹Kirov State Medical University, Kirov, Russia

²Infectious clinical hospital, Kirov, Russia

Резюме

В статье приводится описание двух клинических случаев микст-инфекции иерсиниоза с гепатитами А и Е. У пациентов на фоне клинической картины желтушной формы острого вирусного гепатита появилась симптоматика гастроинтестинальной формы иерсиниоза. Больные были выписаны на $22,5 \pm 3,5$ день болезни с умеренным цитолизом. В иммуноферментном анализе на момент выписки обнаружены IgM и IgG к *Y. Enterocolitica*, что может свидетельствовать о возможности прогредиентного течения иерсиниоза.

Ключевые слова: микст-инфекция, иерсиниоз, гепатит А, гепатит Е.

Abstract

The article describes two clinical cases of yersiniosis accompanied by Hepatitis A and E. In patients with a clinical picture of icteric form of acute viral hepatitis, there was a symptomatic gastrointestinal form of yersiniosis. Patients were discharged on day $22,5 \pm 3,5$ of the disease with moderate cytolysis. In the enzyme immunoassay at the time of discharge IgM and IgG were detected to *Y. Enterocolitica*, indicating a tendency in the progradient case of yersiniosis.

Key words: mixed infection, yersiniosis, hepatitis A, hepatitis E.

Введение

Иерсиниозная инфекция проявляется клиническим полиморфизмом, что, в свою очередь, приводит к гиподиагностике, назначению неадекватной терапии и формированию хронического течения заболевания [1, 2]. В 2017 г. в Инфекционную клиническую больницу было госпитализировано 7 пациентов с иерсиниозной инфекцией, среди которых на псевдотуберкулез пришлось 4 случая, на иерсиниоз — 3, из них у 2 наблюдалась микст-инфекция с гепатитом А (ГА) и гепатитом Е (ГЕ). В течение 2017 г. госпитализировано 33 пациента с ГА и 17 пациентов с ГЕ, среди которых доля микст-инфекции составила 18,2% и 41,2% соответственно. В настоящее время среди всех вирусных гепатитов отмечается увеличение доли микст-инфекции. Заболевания с сочетанной этиологией затрудняют диагностику и лечение, приводят к развитию остаточных явлений [2, 3].

Приводим случаи аутохтонной микст-инфекции ГЕ с иерсиниозом на территории Кировской области.

Клинический случай 1

Пациентка Б., 57 лет, жительница Юрьянского района Кировской области, поступила в Инфекци-

онную клиническую больницу 1 декабря 2017 г. с жалобами на слабость, умеренную головную боль, желтушность кожи и склер, темную мочу, снижение аппетита, тяжесть в эпигастральной области, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза болезни: считает себя больной с 23.11.2017 г., когда стала отмечать недомогание, снижение аппетита; на 3-й день болезни моча приобрела пивной оттенок. Обратилась за медицинской помощью на 7-й день болезни в поликлинику по месту жительства. В биохимическом анализе крови выявлено повышение общего билирубина до 63,2 мкмоль/л, увеличение активности АЛТ до 1603 Ед/л. В ночь на 9-й день болезни появились иктеричность склер и кожи, рвота, повышение температуры тела до 37,3 °С, тяжесть в эпигастральной области, умеренный кожный зуд, плохой сон. Пациентка была проконсультирована хирургом для исключения острой хирургической патологии и направлена в инфекционную больницу с подозрением на острый вирусный гепатит.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными отрицает. В семье случаев вирусного гепатита не зафиксировано, сама пациентка ранее вирусными гепатитами не болела. Пациентка проживает в частном доме, где есть

следы пребывания грызунов, пьет некипяченую воду, личную гигиену соблюдает, имеет домашних животных — кошек, собаку. За пределы области в течение года не выезжала. Парентеральные вмешательства и гемотрансфузии в последние годы отрицает, донором не была. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести, вялая. Пациентка повышенного питания, индекс массы тела = 28. Кожные покровы желтушные, сыпи, геморрагий нет. Склеры иктеричные. В ротоглотке без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 65/мин, АД — 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11—9—8 см, безболезненная при пальпации, консистенция эластичная. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, ахоличный, моча «цвета пива».

Данные лабораторно-инструментального обследования (9-й день болезни). Общий анализ крови (ОАК): лейкоциты — $4,9 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $128 \times 10^9/\text{л}$, э — 8%, л/ф — 13%, СОЭ — 13 мм/ч. Общий анализ мочи (ОАМ): желтый цвет, мутная, BIL +, URO +. Результаты биохимического анализа крови: общий билирубин — 63,2 мкмоль/л (прямой — 44,3 мкмоль/л), АЛТ — 1364,5 Ед/л, АСТ — 296,5 Ед/л, ГГТП — 361,8 Ед/л, ЩФ — 445,7 Ед/л; протромбин — 81,3%, МНО — 1,13, общий белок — 76,2 г/л, тимоловая проба — 8,45 едSH. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: признаки увеличения линейного размера правой доли печени (+10 мм), увеличение до пограничных размеров селезенки, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, билиарный осадок в полости желчного пузыря, повышенное газообразование в кишечнике. ИФА крови — обнаружены анти-HEV IgM; IgM и IgG к Y. enterocolitica; анти-NAV IgM отрицательный.

Клинический диагноз: Острый вирусный гепатит E, желтушная форма + Иерсиниоз (Y. enterocolitica), гастроинтестинальная форма, средней степени тяжести.

Назначено лечение: лечебно-охранительный режим, щадящая диета, ципрофлоксацин, фосфоглив, панкреатин, инфузионная терапия — кристаллоиды.

Пациентка выписана на 26-й день болезни в удовлетворительном состоянии на фоне нормального уровня билирубина и повышенной активности АЛТ — 74,5 Ед/л. В ИФА сохранялись IgM и IgG к Y. enterocolitica (КП = 1,5). Рекомендовано диспансерное наблюдение инфекционистом в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства.

Данный случай аутохтонной микст-инфекции GE и иерсиниоза зарегистрирован в осенне-зим-

ний период. В эпидемиологическом анамнезе пациентки следует отметить факт контакта с грызунами, содержание дома собаки и кошек, употребление воды без кипячения. Продромальный период длился 9 дней по диспептическому варианту. После появления желтушности кожных покровов состояние пациентки ухудшилось, появились субфебрильная температура и симптомы гастрита, выросла общая интоксикация. Размеры печени по Курлову оставались в норме. Лабораторно у пациентки обнаружены эозинофилы в крови, трехкратное повышение билирубина и маркеров холестаза, цитолиз до 33 норм. Подобные биохимические сдвиги при гепатите E описаны и другими авторами [4]. Тимоловая проба составила 8,4 едSH, что говорит о малой выраженности иммунного ответа организма. После проведенного курса антибиотикотерапии у пациентки сохранялись IgM к Y. enterocolitica. У пациентки возможно формирование прогредиентного течения гепатита E и иерсиниоза.

Также представляет интерес случай микст-инфекции иерсиниоза и гепатита A.

Клинический случай 2

Пациент С., 22 лет, поступил в Инфекционную клинику больницы 11 января 2017 г. с жалобами на слабость, недомогание, желтушность кожи и склер, темную мочу, снижение аппетита.

Из анамнеза болезни: считает себя больным с 02.01.2017 г., когда стал отмечать повышение температуры тела до 38°C, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, была однократная рвота. На 4-й день болезни заметил потемнение мочи, к 6-му дню болезни температура нормализовалась, на 8-й день болезни появилась желтушность склер и кожи, общее самочувствие улучшилось, появился аппетит. Обратился за медицинской помощью 11.01.2017 г. (10-й день болезни) в поликлинику по месту жительства, был направлен в инфекционную больницу с подозрением на острый вирусный гепатит.

Эпидемиологический анамнез. Пациент в контакте с инфекционными больными не был, ранее вирусными гепатитами не болел. Проживает в благоустроенной квартире, во время учебы в г. Санкт-Петербурге часто питается в столовых и употребляет салат из свежей капусты, не всегда соблюдает правила личной гигиены. Парентеральные вмешательства, гемотрансфузии отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы желтушные, сыпи, геморрагий нет. Склеры иктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 72/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень — по краю реберной дуги, эластичная, без-

болезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, ахоличный, моча «цвета пива».

Данные лабораторно-инструментального обследования (10-й день болезни). ОАК: лейкоциты — $8,2 \times 10^9/\text{л}$, э — 7%, л/ф — 27%, СОЭ — 8 мм/ч. ОАМ — насыщенно-желтый цвет, мутная, BIL +, URO +. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 164,0 мкмоль/л (прямой — 105,8 мкмоль/л), АЛТ — 1050,6 Ед/л, АСТ — 547,9 Ед/л, ГГТП — 138,7 Ед/л, ЩФ — 480,8 Ед/л; тимоловая проба — 33,4 едSH; протромбин — 71,8%, общий белок — 78,2 г/л. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови обнаружены анти-HAV IgM, IgM к Y. enterocolitica. Анти-HEV IgM — отрицательны.

Клинический диагноз: Острый вирусный гепатит А, желтушная форма + Иерсиниоз (Y. enterocolitica), гастроинтестинальная форма, средней степени тяжести.

Назначено лечение: лечебно-охранительный режим, щадящая диета, ципрофлоксацин, фосфоглив, карсил, инфузионная терапия — кристаллоиды.

Пациент был выписан на 19-й день болезни в связи с отказом от дальнейшего стационарного лечения. На момент выписки больной жалоб не предъявлял, пигментный обмен нормализовался, АЛТ — 603 Ед/л, АСТ — 220 Ед/л. В сыворотке крови сохранялись антитела в классе IgM и IgG к Y. enterocolitica. Рекомендовано диспансерное наблюдение инфекционистом кабинета инфекционных заболеваний в поликлинике по месту жительства.

Данная микст-инфекция была выявлена зимой. В анамнезе пациента имело место употребление некипяченой воды (в эпидемиологическом анамнезе не указано) и салатов из свежей капусты. Продромальный период длился 8 дней по смешанному (гриппоподобный + диспептический) варианту. После появления желтушности склер и кожи больной отметил улучшение общего самочувствия. Размеры печени сохранялись в пределах нормы. В общем анализе крови обнаружено до 7 эозинофилов, в биохимическом анализе крови значительное увеличение билирубина, цитолиз до 25 норм, выраженная тимоловая проба (33,4 едSH) — показатель активного становления иммунитета. После курса антибиотикотерапии у больного в сыворотке крови обнаружены IgM к Y. enterocolitica. При изучении исследований других авторов также было показано, что микст-инфекция иерсиниоза и ВГА характеризуется сочетанием симптомов поражения желудочно-кишечного тракта и печени, что необходимо учитывать в дифференциальной диагностике и терапии [5].

Заключение

В приведенных выше клинических случаях аутохтонных микст-инфекций иерсиниоза с ГА и иерсиниоза с ГЕ можно отметить, что оба заболевания развились в зимний период. В эпиданамнезе у обоих пациентов имело место употребление некипяченой воды; у пациентки иерсиниозом + ГЕ в доме обитают грызуны, кошки и собака; пациент с иерсиниозом + ГА питается капустными салатами в столовых. Продромальный период по гриппоподобному варианту в случае ГА и смешанному в случае ГЕ продолжался более недели, при этом размеры печени оставались в норме. У обоих пациентов установлена желтушная форма вирусного гепатита и гастроинтестинальная форма иерсиниоза. Лабораторно оба заболевания характеризуются нормальным уровнем лейкоцитов и СОЭ, появлением эозинофилов в крови, а также сохранением IgM к Y. enterocolitica после курса антибиотикотерапии, что может свидетельствовать о склонности к прогрессивному течению иерсиниоза. Также при ГЕ тимоловая проба составила 8,4 едSH — этот больной нуждается в тщательном диспансерном наблюдении в связи с возможностью формирования хронического течения заболевания.

Литература

1. Бондаренко, А.Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика иерсиниозной инфекции на севере Волго-Вятского региона / А.Л. Бондаренко, С.В. Аббасова, Е.А. Мирзоева // Журнал инфектологии. — 2015. — № 4. — С. 64–69.
2. Бениова, С.Н. Кишечный иерсиниоз в практике врача-педиатра / С.Н. Бениова // Практическая медицина. — 2007. — № 5. — С. 9–12.
3. Крамарь, Л.В. Клинический случай сочетанного течения острого вирусного гепатита А и гастроинтестинальной формы острого сальмонеллеза / Л.В. Крамарь, К.О. Каплун, В.М. Секретева // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2015. — № 4. — С. 50–52.
4. Лухверчик, Л.Н. Исследования роли вируса гепатита Е в этиологии острых вирусных гепатитов на территории Кыргызстана / Л.Н. Лухверчик [и др.] // Евразийский союз ученых. — 2016. — № 2. — С. 67–70.
5. Бурма, Н.В. Особенности иерсиниозов у детей в моно- и микст-формах / Н.В. Бурма [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2008. — С. 60–62.

References

1. Bondarenko, A.L. Kliniko-ehpidemiologicheskaya harakteristika iersinioznoj infekcii na severe Volgo-Vyatskogo regiona / A.L. Bondarenko, S.V. Abbasova, E.A. Mirzoeva // Zhurnal infektologii. - 2015.- №4.- S.64-69.
2. Beniova, S.N. Kishechnyj iersinioz v praktike vracha-pediatra / S.N. Beniova // Prakticheskaya medicina. - 2007.- №5. - S.9-12.
3. Kramar', L.V. Klinicheskij sluchaj sochetannogo techeniya ostrogo virusnogo gepatita A i gastrointestinal'noj formy ostrogo sal'monelleza / L.V. Kramar', K.O. Kaplunov, V.M. Sekreteva // Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal. — 2015.- №4. - S.50-52.

4. Luhverchik, L.N. Issledovaniya roli virusa gepatita E v ehtiologii ostryh virusnyh hepatitov na territorii Kyrgyzstana / L.N. Luhverchik, G.N. Alatorceva, Z.SH. Nurmatov, V.V. Zverev // Evrazijskij soyuz uchenyh.- 2016.- №2.- S.67-70.

5. Burma, N.V. Osobennosti iersiniozov u detej v mono- i mikst-formah / N.V. Burma, E.N. YUrusova, O.F. Sedulina, T.V. Pomelova, I.V. Belogorceva, O.A. Skaliy, A.S. Butyukova, O.V. Vyalkova // Tihookeanskij medicinskij zhurnal.- 2008, s. 60-62.

Авторский коллектив:

Бондаренко Алла Львовна — заведующая кафедрой инфекционных болезней Кировского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор; тел.: 8 (8332)33-03-98, e-mail: bondarenko@kirovvgma.ru

Хорошун Юрий Николаевич — врач-инфекционист Кировской инфекционной клинической больницы; тел.: 8(8332)41-89-20

Барамзина Светлана Викторовна — доцент кафедры инфекционных болезней Кировского государственного медицинского университета, к.м.н.; тел.: 8 (8332)33-03-98, e-mail: sw3837@mail.ru

Завражных Юлия Сергеевна — ординатор 2-го года обучения кафедры инфекционных болезней Кировского государственного медицинского университета; тел.: +7-982-380-63-49, e-mail: yuliya_zavrazhnyh@mail.ru

Ренжина Татьяна Вячеславовна — студентка 5-го курса лечебного факультета Кировского государственного медицинского университета; тел.: +7-922-924-46-59, e-mail: renjinat@yandex.ru