

**А.Т. ДЖУМАБЕКОВА, Ж.Т. ДОСБАЕВА, С.С. ЖАКИШЕВА,  
З.Н. КУЛБЕКОВА, А.Н. НУРЛАНОВА**  
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова  
Городская поликлиника № 17 г. Алматы

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СМЕШАННОЙ ЗООНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

*Наша исследовательская работа посвящена клинико-лабораторным особенностям течения смешанной зоонозной инфекции у детей: кишечный иерсиниоз+ листериоз.*

Актуальность

В течение последних лет проблема заболеваний, вызываемых зоонозными инфекциями остается в центре внимания не только инфекционистов, но и врачей разных специальностей [1,2,3]. На основании современных знаний клиники иерсиниоза и листериоза можно считать, что при этом заболевании нет ни одного патогномичного симптома достоверно свидетельствующего о заболевании. Разнообразие клинического течения зоонозных инфекции выражается в разных формах и степени поражения органов и систем, возникновении осложнений и разных сроков выздоровления [4]. Несмотря на их широко распространенные и повсеместный рост заболеваемости, клиническая и лабораторная диагностика иерсиниоза, листериоза у детей представляют наибольшую сложность на догоспитальном этапе [5]. Поэтому работа врачей первичного звена здравоохранения должна быть направлена на раннее выявление зоонозной инфекции.

Цель исследования

Изучить клинические и лабораторные особенности смешанной зоонозной инфекции: кишечного иерсиниоза и листериоза у детей.

Методы и материалы исследования

В ходе работы было проанализировано истории болезни 25 детей с микст инфекцией (кишечный иерсиниоз+листериз), в возрасте до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детской городской инфекционной больнице города Алматы. Диагноз подтвержден на основе клинических и лабораторных данных.

Результаты исследования и обсуждения

Микст зоонозной инфекцией (кишечный иерсиниоз+листериз) заболевали дети старше 3 лет, от 3,1 до 7 лет - 28 %, от 7,1 до 14 лет 72% у детей старше 7 лет заболеваемость отмечено чаще.

Ведущим симптомом инфекционной патологии в детском возрасте остается лихорадка. У 100% больных заболевание началось остро с подъема температуры тела: у 17(68%) лихорадка достигала 38-38,5С, у 8(32%) детей выше 39С. Длительность лихорадки у 24% больных до 3-4 дней, в 76% случаях до 1 недели. Соответственно лихорадке симптомы интоксикации были выраженными у 100% больных, в виде головной боли у 5(20%) больных, слабости, снижения аппетита у 65%. Признаки общей интоксикации были выраженными на фоне гипертермии и исчезали по мере нормализации температуры тела.

Экзантема- один из наиболее частых признаков иерсиниоза и листериоза. У наших больных 8(32%) случаях, отмечена сыпь папулезного характера не склонна к слиянию, преимущественной локализацией на туловище, реже на лице. Сыпь появилась на 1-5 дни заболевания, при ее исчезновении не было шелушения и пигментации.

С первого дня заболевания микст- инфекцией в патологический процесс вовлекаются лимфатические узлы, внутренние органы. Увеличение периферических лимфоузлов: шейных у 80% больных I-II степени, до III степени у 20% детей, подмышечных лимфоузлов у 64%, у 44% больных увеличены паховые. Грубых патологических изменений в увеличенных лимфоузлах не наблюдалось, генерализованная реакция всех групп периферических лимфатических узлов можно считать, как общую инфекционно-аллергическую реакцию.

Поражение системы дыхания протекало в виде фарингита, сухого кашля у 16(64%), гнойной ангины у 6(24%), гиперемией дужек, миндалин, задней стенки глотки.

Поражение сердечно-сосудистой системы проявилась тахикардией 19(76%), у 6(24%) больных- приглушение тонов сердца сердца. В разгар заболевания в патологический процесс вовлекается печень, селезенка. Наиболее частыми клиническими признаками поражения печени остаются ее умеренное увеличение и уплотнение. У исследуемых больных гепатомегалия отмечена у всех, по сравнению с возрастной нормой печень увеличивалась больше чем на 2 см, край ее нередко был болезненным при пальпации, у 4(16%) больных- спленомегалия.

В биохимических анализах: у 5(20%) отмечалась гипербилирубинемия с увеличением АЛТ, АСТ в 3-4 раза от нормы.

Со стороны мочевыделительной системы патологии у детей не наблюдалось.

Гемограмма типична бактериальной инфекций, характеризовалась лейкоцитозом у 9(36%) больных, нейтрофилез с палочко-ядерным сдвигом влево у 36% детей, ускоренное СОЭ 20-22 мм/час. Лимфоцитоз отмечался у большинства 16(64%) детей.

Выраженный полиморфизм клинических проявлений как иерсиниоза, так и листериоза, полисистемность поражения, сходство с другими инфекционными и соматическими заболеваниями часто затрудняют постановку диагноза. При этом повышается роль лабораторной диагностики. Материалом для бактериологического исследования были взяты: кровь, моча, смывы из носоглотки на зоонозные инфекции. Возбудитель кишечного иерсиниоза *I. enterocolitica* O3 обнаружен у 17(68%) больных, из мочи-7(28%), из зева 8(32%) случаях. *L. monocytogenes* не обнаружена бактериологический, возможно связано с приемом 95% больных, антибиотиков, чувствительных листерий (ампициллин, гентамицин) на догоспитальном этапе. Бактериологически подтвердить диагноз листериоза удается редко, поэтому решающее значение придается серологическим методам исследования [5]. Метод серодиагностики - РПГА (реакция непрямой гемагглютинации) был

достоверен с листериозным диагностикумом в 1:400 титрах у 7(28%) с нарастанием титра в динамике, титр 1:200 у 18(72%) больных. Из-за коммерческой цены дополнительные методы исследования ИФА, ПЦР больным не проводились. При изучении эпидемиологического анамнеза выявлены: у 100% был постоянный контакт с домашними животными, 1/3 больных живут в частом доме, где имеются мыши, крысы. Больные получали этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, выписаны на 9-11 день госпитализации с улучшением домой под наблюдением участкового педиатра и детского инфекциониста.

Выводы

- Микст зоонозная инфекция (кишечный иерсиниоз и листериоз) чаще наблюдается у детей старше 7 лет (72%)
- Течение тяжелое, с длительной лихорадкой у (76%) детей, у 100% больных с выраженной интоксикацией и полиорганным поражением.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Учайкин В.Ф., Гордеев А.В., Бениова С.Н. «Иерсиниозы у детей».- М.: ГЭОТАР – медиа, 2005.- 144 с.
- 2 Германенко И.Г., Лисицкая Т.И., Сергиенко Е.И., Зенченко Т.В. Иерсиниозы у детей.// Медицинский журнал. - 2008. - №3 С. 37-39.
- 3 Дмитровская Т.И., Дмитровский А.М. Иерсиниозы в Казахстане. - Алма-Ата: 1984. - 144 с.
- 4 Тыныбеков А.С. «Клинико–иммунологические аспекты состояния биоценоза кишечника и лечение различных форм иерсиниоза у детей»: автореф. ... докт.мед.наук.: . 14.00.10.- Алматы,- 2000.-50 с.
- 5 Бениова С.Н. «Клинические особенности иерсиниозных микстинфекций» // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2003.- № 1.- С. 37-40.

**А.Т. ЖҰМАБЕКОВА, Ж.Т. ДОСБАЕВА, С.С. ЖАКИШЕВА,  
З.Н. КУЛБЕКОВА, А.Н. НҰРЛАНОВА**

**БАЛАЛАРДАҒЫ ЗООНОЗДЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ АРАЛАС ТҮРІ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**Түйін:** Бұл зерттеу жұмысында балалар жұқпалы аурулары арасында өзекті болып саналатын зоонозды инфекциялар: иерсиниозбен листериоздың аралас түрінің клиникалық және лабораториялық ерекшеліктері берілген. Жиі (72%) жағдайда микст зоонозды инфекция 7 жастан асқан балаларда кездеседі. Ағымы ауыр, айқын улану белгілерімен, ұзақ қызбамен және бірнеше ағзалардың зақымдалуымен жүреді.