

Координаты для связи с авторами: Кызласов Павел Сергеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-963-968-71-73, e-mail: dr.kyzlasov@mail.ru; Соколыцик Михаил Миронович – д-р мед. наук, профессор кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-903-720-33-31, e-mail: 7203331@gmail.com; Мартов Алексей Георгиевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-916-680-70-96, e-mail: martovalex@mail.ru; Антонов Александр Геннадьевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой урологии и нефрологии ДВГМУ, тел. +7-924-303-24-01, e-mail: antonovs@rambler.ru; Боков Алексей Иванович – ассистент кафедры урологии и андрологии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-929-610-31-91, e-mail: dr.Bokov@bk.ru; Удалов Юрий Дмитриевич – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, тел. +7-916-310-23-63, e-mail: udalov@fmbcfmba.ru.



УДК 616-002.71+616.981.45-053.81-055.1]07-08

Ю.Н. Сидельников¹, С.Н. Слободянюк², Д.Ю. Костенко¹

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²301-й Окружной военный клинический госпиталь,
680038, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-75-00, г. Хабаровск

Резюме

За последний год пятилетнего наблюдения за динамикой больных псевдотуберкулезом (ПСТ) в инфекционном отделении окружного военного госпиталя отмечался подъем заболеваемости вспышечного характера. Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме, связи между степенью тяжести и вариантом клинического течения инфекции не наблюдалось. Наиболее часто применяемым препаратом для этиотропной терапии ПСТ был цефтриаксон, который быстро и эффективно купировал проявления болезни.

Ключевые слова: псевдотуберкулез, эпидемиология псевдотуберкулеза, клиника псевдотуберкулеза, лечение псевдотуберкулеза.

Y.N. Sidelnikov¹, S.N. Slobodyanyuk², D.Yu. Kostenko¹

PSUDOTUBERCULOSIS IN THE MILITARY PERSONNEL

¹Far Eastern State Medical University;

²District Military Clinical Hospital № 301, Ministry of Defense of the Russian Federation, Khabarovsk

Summary

For the last 5-years-period of studying pseudotuberculosis (PST) in the infection department of the district military hospital, the incidence of PST outbreaks was found to be significantly increased. The disease course was moderately severe with no correlations between the severity and clinical course of the disease. The etiotropic therapy of PST included mainly Ceftriaxon as the most acceptable and effective medicine leading to the fast recovery.

Key words: pseudotuberculosis, pseudotuberculosis epidemiology, clinic of a pseudotuberculosis, treatment of a pseudotuberculosis.

Псевдотуберкулезная инфекция в настоящее время чаще носит спорадический характер, но возможны подъемы заболеваемости в организованных коллективах с общим источником питания [1, 2]. В последние годы по данным инфекционного отделения окружного военного клинического госпиталя (ОВКГ) заболеваемость этой инфекцией носила спорадический характер и колебалась от 1 случая в 2013 году до 9

в 2011 году. В 2015 году наблюдался существенный рост заболеваемости – количество госпитализированных составило 41.

Целью работы было изучение эпидемиологических, клинических и лабораторных особенностей течения псевдотуберкулезной инфекции в однородной группе молодых мужчин – военнослужащих по призыву во время подъема заболеваемости в 2015 году.

Материалы и методы

Объектом исследования были стационарные журналы инфекционного отделения за 2010–2015 годы и истории болезни (41) военнослужащих, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении 301 ОБВГ в 2015 году. Пациенты находились в возрастном интервале 18–22 лет (средний возраст – $19,4 \pm 1,5$ года). Большинство больных было госпитализировано на десятый (24,4 %) и одиннадцатый (22 %) месяцы службы. До призыва в городах проживало 29,3 % пациентов. Из Европейской части страны было призвано 41,5 % больных, из ДФО – 36,6 % больных. Диагноз подтверждался серологически (41,5 %), а при вспышке – клинико-эпидемиологически.

Подученные результаты и их обсуждение. Военнослужащие поступали на стационарное лечение в течение 3 месяцев весенне-летнего периода, с наибольшей заболеваемостью в конце весны (апрель – 34 %, май – 56 % и июнь – 10 %). Эпидемиологическое исследование выявило наличие общего источника питания у 31,7 % заболевших.

Заболевшие поступали из 15 частей, расквартированных в зоне ответственности госпиталя. Эпидемиологическое расследование показало, что 4 части имели единые источники пищевого обеспечения, что позволяет предполагать вспышечный характер заболеваемости в этих формированиях.

Исследуя динамику заболеваемости в частях с учетом инкубационного периода, учитывая непрерывность пребывания военнослужащих на территории части, при наличии типичного пищевого анамнеза – употребление термически необработанных овощей в виде салатов – однозначно можно говорить о вспышечном характере эпидемического процесса.

Как известно, клиника ПСТ отличается значительным полиморфизмом [2]. У обследованных больных определены экзантемная (24,5 %) и абдоминальная (12 %) формы, однако сочетание разных клинических признаков чаще позволяло устанавливать смешанную форму заболевания (63,5 %). Экзантемная форма протекала в легком варианте у 30 % и имела среднетяжелое течение у 70 % больных, тогда как абдоминальная форма протекала легко в 40 %, среднетяжелой была в 60 % случаев. Тяжесть смешанной формы распределялась следующим образом: легкое течение было у 15 % больных, среднетяжелое – у 77 %, тяжелое – у 8 % больных. Связать тяжесть течения заболевания с различными эпидемиологическими признаками (срок призыва, место призыва, возраст) нам не удалось.

У всех заболевших регистрировался интоксикационный синдром, но ведущие симптомы были различны при разных формах (табл. 1). Гипертермия наблюдалась у всех заболевших. При экзантемной форме ведущими симптомами оказались слабость и головная боль, в то время как при абдоминальной форме слабость отмечалась у всех больных. При смешанной форме в интоксикационном симптомокомплексе главенствовали слабость и артралгии.

В клинике экзантемной формы преобладали гиперемия зева, экзантема пятнисто-папулезного характера, малиновый язык, гепатомегалия. Проявлениями аб-

доминальной формы были гиперемия зева, гиперемия лица, боли в илеоцекальной области (табл. 2).

Таблица 1

Частота встречаемости симптомов синдрома интоксикации при разных формах псевдотуберкулеза (в %)

Симптом	При всех формах	Форма псевдотуберкулеза		
		экзантемная	абдоминальная	смешанная
Гипертермия	100	100	100	100
Головная боль	37	40	60	31
Слабость	68	60	100	62
Тошнота	5	–	20	4
Миалгии	5	–	–	8
Артралгии	32	–	–	50

Таблица 2

Частота встречаемости и продолжительность основных проявлений экзантемной и абдоминальной форм псевдотуберкулеза

Симптом	Частота (%)	Средняя длительность (дни)
Экзантемная форма		
Инъекция сосудов склер	40	$3,0 \pm 0,6$
Гиперемия зева	100	$3,0 \pm 0,5$
Сыпь на боковых поверхностях	50	$6,5 \pm 0,5$
Сыпь в области суставов	60	$3,0 \pm 1,0$
Малиновый язык	70	$3,0 \pm 0,6$
Увеличение печени	70	$4,0 \pm 0,6$
Гиперемия кожи (симптом перчаток, носков, капошона)	20	$3,0 \pm 0,6$
Абдоминальная форма		
Гиперемия зева	100	$4,0 \pm 0,2$
Гиперемия лица	80	$2,0 \pm 0,3$
Боли в илеоцекальной области	80	$3,0 \pm 0,6$
Увеличение печени	40	$3,0 \pm 0,3$

Диагноз смешанной формы строился по доминирующим клиническим симптомам, которые в каждом варианте имели индивидуальную степень выраженности и особенность течения и не зависели от степени тяжести. Абдоминальный синдром отмечался у 28 % больных, желтушный – у 11,5 %, артралгический – у 16,5 %, экзантемный – у 34 %, катаральный – у 10 % больных.

Из лабораторных показателей, вне зависимости от формы течения и степени тяжести, у 61 % пациентов наблюдался лейкоцитоз (табл. 3). Важно отметить, что лейкоцитоз наблюдался у всех пациентов, имевших желтушный компонент. Степень выраженности лейкоцитоза не зависела от степени тяжести.

Таблица 3

Гематологические показатели больных псевдотуберкулезом при разных степенях тяжести течения заболевания (в %)

Показатель	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Лейкоцитоз	45,5	64,3	100
Тромбоцитопения	63,6	42,9	100
Эритроцитоз	45,5	35,7	50
Ускорение СОЭ	72,7	82,1	100

Эозинофилия наблюдалась в 49 % случаев, а в 44 % она сочеталась с повышением активности АЛТ. Мы

обратили внимание на сочетание лимфоцитопении с нейтрофилизом у 92 % заболевших. Средняя продолжительность данного явления составила 6,2±1,3 дня.

В общем анализе мочи у 40 % больных обнаружены единичные лейкоциты (до 10 в поле зрения), у 42 % – гиперпротеинурия (до 1 г/л), у 9 % – желчные пигменты, у 6 % – глюкозурия.

Незначительное увеличение активности АЛТ отмечено при всех вариантах течения и всех степенях тяжести псевдотуберкулеза, гипербилирубинемия – преимущественно у больных со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания (табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости изменения лабораторных показателей при разных формах псевдотуберкулеза (в %%)

Показатель	При всех формах	Форма псевдотуберкулеза		
		эксан-темная	абдоминальная	смешанная
Увеличение АЛТ	43,9	60	40	38,5
Гипербилирубинемия	17,1	10	-	23,1
Эритроцитоз	46,3	60	20	46,2
Тромбоцитопения	73,2	30	60	92,3
Ускорение СОЭ	85,4	80	80	88,5

Все больные получали антибактериальную терапию (табл. 5): 53,6 % – один препарат, остальные –

комбинированную терапию. Чаще всего применялся цефтриаксон (в качестве монотерапии в 29,2 %, в комбинации с другими антибиотиками – в 26,8 % случаев).

Таблица 5

Структура и продолжительность этиотропной терапии больных псевдотуберкулезом

Препарат	Частота (%)	Суточная доза (мг/сутки)	Средняя продолжительность курса (дни)
Цефтриаксон	66	2000	7,0±1,3
Ципрофлоксацин	32	1000	5,0±1,7
Цефотаксим	37	3000	6,5±1,4
Амоксиклав	2,5	1500	4,8±1,5
Пенициллин	7,5	6000	4,7±1,2

Этиотропная терапия была дополнена дезинтоксикационной терапией у всех больных (кристаллоидные растворы) и десенсибилизирующей терапией у всех больных с экзантемой (димедрол, супрастин), а у 51 % больных с экзантемой десенсибилизация была усилена преднизолоном в дозе 30-60 мг/сутки, чаще (62 %) в течение 1 суток.

Все случаи заболевания закончились выздоровлением без развития осложнений.

Выводы

1. За последний год 5-летнего (с 2010 по 2015 гг.) наблюдения за динамикой больных псевдотуберкулезом в инфекционном отделении ОВКГ отмечается резкий подъем заболеваемости вспышечного характера.

2. Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме, связи между степенью тяжести

и вариантом клинического течения инфекции не наблюдалось.

3. Наиболее часто применяемым препаратом для этиотропной терапии ПСТ был цефтриаксон, который быстро и эффективно купировал проявления болезни; у всех больных заболевание завершилось полным выздоровлением.

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7-2615-10 «Профилактика иерсиниоза».

2. Юшук Н.Д., Ценова Г.Я., Кареткина Г.Н., Бредов Л.Е. Иерсиниозы. – М.: Медицина, 2003. – 100 с.

Literature

1. Sanitary and Epidemiological Regulations SR 3.1.7-2615-10 «Prevention of yersiniosis»

2. Yushchuk N.D., Tsenova G.Ya., Karetkina G.N., Bredov L.E. Yersiniosis. – M.: Medicine, 2003. – 100 p.

Координаты для связи с авторами: Сидельников Юрий Николаевич – д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ДВГМУ, e-mail: ynsidelnikov@mail.ru; Слободянюк Сергей Николаевич – канд. мед. наук, начальник инфекционного отделения 301 ОВКГ, главный инфекционист 301 ОВКГ, подполковник МС, тел. +7-914-192-10-69; Костенко Дмитрий Юрьевич – ординатор ДВГМУ, тел. +7-929-411-91-28.

