Т.С. Копійченко, С.В. Кузнєцов, А.М. Татаркіна, Я.І. Бурма, Л.А. Білоконова, Л.М. Онопко

**АНАЛІЗ ПОМИЛОК ДІАГНОСТИКИ КИШКОВИХ ЄРСИНІОЗІВ У ДІТЕЙ**

Зниженняматеріального рівня населення, збільшення кількості мишоподібних гризунів у наших містах та селах, призвело до зростання захворюваності на кишковий єрсиніоз. Поліморфізм клінічних проявів хвороби часто призводять до діагностичних помилок та призначення неадекватної терапії.

Мета. Провести аналіз діагностичних помилок кишкових єрсиніозів у дітей.

Під нашим наглядом знаходилося 54 дитини в віці 3-16 років, хворих на кишковий єрсиніоз. Діти поступали до стаціонару з діагнозами: гостра кишкова інфекція - 28 (51,8 %), гепатит - 12 (22,2 %), гостра респіраторна інфекція -9 (16,7 %), артрити різної локалізації - 5 (9,3 %). Заключний діагноз виставлявся на підставі сукупності клініко-анамнестичних, эпідеміологічних і лабораторних даних. Проводилося бактеріологічне дослідження калу і ПЛР калу на виявлення Yersinia enterocolitica та специфічні серологічні тести (РНГА, ELISA і імуноблотинг – метод Вестернблот).

У 38 (70,4%) хворих була установлена шлунково-кишкова форма захворювання (гастроентероколіт-16, ентероколіт-12, ентерит-4), у 9 (16,7 %) – жовтянична, у 7 (12,9 %) – генералізована.

При шлунково-кишковій формі захворювання частіше починалося гостро. Температури тіла збільшувалась до субфебрильних (23,7 %), або фебрильних (76,3 %) цифр, з’являлися симптоми інтоксикації (100 %), озноб (65,8 %), болі в суглобах та м'язах (73,7 %). Локалізація болів в животі була різною, але частіше реєструвалась в надчеревній і правій здухвинній ділянці (74,3 %), або мала оперізуючий характер (25,7 %). У 78,9 % дітей було виявлено збільшення мезентеріальних лімфовузлів. Випорожнення були від 2-3 до 15 разів за добу, рідкі,смердючі, іноді з примішками крові та слизу. Гепатоспленомегалія з підвищенням показників цитолізу гепатоцитів спостерігалася в 92,1 % випадків. У частини хворих (31,6%) відмічався скарлатино- чи .кореподібний висип без певної локалізації, у 9 (23,7 %) – гіперемія та висипання на долонях.

При жовтяничній формі єрсиніозу домінуючими симптомами захворювання були ознаки ураження печінки: біль і відчуття тяжкості в правому підребер'ї, знебарвлення калу і потемнішання сечі, жовтяниця склер і шкіри, збільшення розмірів та болісність печінки при пальпацій. При лабораторному дослідженні виявлялися гіпербілірубінемія і не виразна гіпертрансаміназемія. У всіх хворих відзначалися болі в животі без певної локалізації, біль в суглобах та м’язах у 7 дітей (77,8 %), короткочасний плямисто-папульозний висип – у 5 (55,6%).

Генералізована форма єрсиніозу характеризувалася високим фебрилітетом, вираженими симптомами інтоксикації, діареєю,болями в животі, гранульозним фарингітом, різноманітним висипом, іноді з геморагічним компонентом. У всіх хворих визначалися гепатоспленомегалія та підвищення показників цитолізу. У 4 дітей (57,1 %) на тлі жовтяниці шкіри та склер реєструвалася гіпербілірубінемія.

Проведення бактеріологічного дослідження калу на єрсинії у всіх дітей не дало позитивних результатів. При дослідженні калу в ПЛР в ранні терміни хвороби у 59,3 % дітей були позитивні результати, а на 3-4 тижні патологічного процесу лише у 22,2 %. Серологічна діагностика в РНГА виявила діагностичні тітри (1:200 – 1:400) лише у 8 дітей на 3-4 тижні хвороби. Проведення ELISA на виявлення антитіл до Yersinia enterocolitica дозволило зареєструвати підвищення рівня антитіл класу IgA в ранню фазу та зростання антитіл класу IgG впродовж декількох тижнів хвороби у 83,3 % дітей. У двох дітей з рецидивами хвороби та лабораторно невизначеним діагнозом, ми виявили специфічні антитіла методом імуноблотингу, що дозволило установити етіологічний чинник хвороби.

Таким чином, кишковий єрсиніоз характеризується поліморфізмом клінічних проявів, що часто призводить до діагностичних помилок. При появі ознак інтоксикації, діареї, болів в животі, в поєднанні з наявності гепатоспленомегалії, артритів, висипу, необхідно призначати обстеження на єрсиніоз з застосуванням сучасних методів діагностики.