

YERSINIA (PSEUDOGRUŻLICA) - GORĄCZKA SZKARLATYNOPODOBNA

Yersinia jako czynnik chorobotwórczy rozpowszechniona jest w przyrodzie nadzwyczaj szeroko. Wykryto ją w fekaljach wielu gatunków ssaków, ptaków, płazów, stawonogów, a także w warzywach (w tym okopowych), roślinach pastewnych, w glebie, kurzu i wodzie. Jednak środowiskiem tego czynnika chorobotwórczego i źródłem zachorowania człowieka są gryzonie. Zwierzęta te są bardzo podatne na yersinię, występują praktycznie wszędzie i zawsze mają możliwość zarażenia produktów żywnościowych swymi odchodami. Zakażają też wodę i glebę, w których yersinia nie tylko może przetrwać przez długi czas, lecz w określonych warunkach nawet się rozmnażać. Innym środowiskiem życia tej bakterii jest gleba. Grupowe zachorowania spotykane są w społecznościach zorganizowanych i wiążą się ze spożywaniem pożywienia przygotowywanego we wspólnej kuchni (placówki opiekuńcze, edukacyjne, jednostki wojskowe).

OBJAWY I PRZEBIEG

Okres inkubacyjny trwa od 3 do 18 dni, średnio 10 dni. **Choroba zaczyna się ostro bez wyraźnego okresu wstępnego. Pojawiają się dreszcze, ból głowy, niedomaganie, ból mięśni i stawów, bezsenność, pieczenie w gardle i kaszel. Temperatura ciała wzrasta do 38-40°C. Wraz z objawami ogólnego zatrucia u niektórych chorych na pierwszy plan wychodzą oznaki porażenia układu pokarmowego (ból brzucha różnej lokalizacji, mdłości, wymioty, biegunka). Skóra jest sucha i gorąca, nierzadko występuje opuchnięta twarz i przekrwienie skóry twarzy oraz szyi, błąda okolica nosa i ust, ograniczone przekrwienie i obrzęk dłoni i stóp, wynaczynienia spojówek i gałek ocznych, rozsiane przekrwienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła, niekiedy z punktową lub drobną wysypką. Na języku pojawia się biały nalot. Puls odpowiada temperaturze. Ciśnienie tętnicze obniża się i występuje labilność naczyniowa. Od pierwszego do szóstego dnia — najczęściej drugiego czwartego dnia choroby pojawia się jaskrawoczerwona punktowa wysypka na tle normalnej lub lekko zażółconej skóry. Wraz z punktową szkarlatynopodobną wysypką występuje drobna wysypka, w szeregu przypadków może mieć ona charakter plamisty. Poszczególne elementy lub cała wysypka mogą nosić charakter hemoragiczny. Niekiedy wysypka pojawia się na ograniczonych odcinkach skóry. Niezależnie od charakteru wysypki i jej ilości rozmieszcza się ona symetrycznie. Wysypka występuje przez kilka godzin do ośmiu dni, po czym znika bez śladu.**

W szczytowym okresie choroby u 50-70% chorych obserwuje się bóle stawów. W szeregu przypadków bóle stawów są tak silne, że prowadzą do unieruchomienia pacjentów. Język oczyszcza się z nalotu, przybierając jaskrawomalinowy kolor. Bóle brzucha umiejscawiają się w prawej dolnej okolicy, ich intensywność jest różna, niekiedy stanowią objaw dominujący. Podczas palpacji brzucha w okolicy połączenia jelita cienkiego z jelitem grubym występuje ból i burczenie. Oprócz tego w wielu przypadkach w prawym podbrzuszu podczas ostukiwania skrócony jest dźwięk odpowiedzi, obserwuje się napięcie mięśni przedniej ściany brzucha i objawy podrażnienia otrzewnej. Ten zespół objawów spowodowany jest przez rozwój zapalenia otrzewnej, ślepej кишки lub wyrostka robaczkowego.

Nierzadko pacjenci skarżą się na ciężar i ból w prawym podżebrzu. Występuje powiększenie i ból wątroby, żółtawe zapalenie skóry i twardówki oka, ciemna barwa moczu, w którym występuje urobilina (produkt rozpadu bilirubiny w jelitach), podwyższony poziom bilirubiny, zwiększona aktywność transferaz. Śledziona powiększa się u 10-18% chorych.

W ostrym okresie możliwe jest toksyczne porażenie nerek, które charakteryzuje się szybko mijającą albuminurią, mikrohematurią i białkomoczem, hemogram świadczy o toksycznym porażeniu narządów krwiotwórczych, pojawia się leukocytoza neutrofilna ($1026 \times 10^9/l$), powiększenie procentu niedojrzałych metamielocytów, eozynofilia (5-26%), trombocytopenia ($60-130 \times 10^9/l$). Prędkość opadu erytrocytów 20-40 mm/h, rzadziej do 60 mm/h.

Gorączka szkarlatynopodobna przebiega z zaostrzeniami i nawrotami. Zaostrzenie charakteryzuje się pogorszeniem stanu ogólnego, wzrostem temperatury ciała, pojawieniem nowych porażen narządowych lub nasileniem ustępujących objawów.

Nawrót pojawia się po okresie pozornego wyzdrowienia. Po upływie jednego-trzech tygodni znów pojawiają się typowe objawy choroby. Nawrót może być jeden, dwa, rzadziej trzy i więcej.

Znamy kilka klinicznych klasyfikacji gorączki szkarlatynopodobnej. W praktyce stosuje się klasyfikację odzwierciedlającą podstawowe objawy kliniczne, stopień ciężkości przebiegu choroby i sam przebieg choroby.

Kliniczne postaci zostały wyodrębnione na podstawie dominującego zespołu porażenia narządów. Przy każdej z nich mogą wystąpić objawy innej, dowolnej postaci, lecz nie są one wiodące.

Postać brzuszna przebiega z dominacją zespołu porażenia układu pokarmowego (ból brzucha, nudności, wymioty, biegunka, objawy zapalenia jelita krętego, zapalenia węzłów chłonnych krezki, zapalenia wyrostka robaczkowego).

Postać żółtaczkowa — bóle w prawym podżebrzu, ciemny mocz, żółta skóra i oczy, powiększenie wątroby. Zwiększony poziom bilirubiny, nadmierna czynność transaminazy.

Postać stawowa — bóle stawów, unieruchomienie.

Postać wysypkowa — wysypka, przekrwienie dłoni i stóp.

Postać kataralna — kaszel, katar, pieczenie i ból gardła, przekrwienie i obrzęk błony śluzowej gardła i jamy ustnej.

Postać mieszana — należą do niej choroby przebiegające z wyraźnymi objawami dwóch postaci klinicznych, na przykład brzusznej i żółtaczkowej.

Postać uogólniona — wszystkie objawy lub przynajmniej trzy z nich wyrażone na tyle intensywnie, że trudno określić, który dominuje.

Postać zatarta i utajona (przewlekła) — wykrywana tylko podczas celowego badania laboratoryjnego w ognisku zachorowania.

POWIKŁANIA

Najczęstszymi powikłaniami są objawy alergiczne: pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, porażenie stawów na skutek infekcji, rumień guzowaty, zespół Reitera. Choroba Reitera stanowi połączenie objawów porażenia cewki moczowej (u wszystkich chorych), stawów (u 90-95% chorych) i oczu (u 30-40%). Może rozwinąć

się zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, lecz częściej u mężczyzn. Chorobę Reitera wiązano z różnymi czynnikami chorobotwórczymi (shigella, salmonella i yersinia), jednak u większości chorych z zespołem Reitera (u 70% mężczyzn) udawało się wyizolować chlamydię z kanału moczowego. Oznaki te nie zawsze przejawiają się jednocześnie, co nierzadko prowadzi do błędów diagnostycznych. Rzadziej występują takie objawy choroby Reitera, jak zaburzenia mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, zapalenie nerwu, choroby skóry w postaci zrogowacenia i krost na stopach, zrogowacenie odbytu, rozprzestrzeniona łuszczyca. Choroba zaczyna się od zapalenia cewki moczowej wywołanego przez chlamydie, następnie dołączają inne objawy. Poza zapaleniem cewki moczowej możliwe są inne porażenia narządów układu moczowo-płciowego (zapalenie nadjądrza, zapalenie przydatków macicy, zapalenie pochwy i inne). Niekiedy zapalenie cewki moczowej przejawia się tylko w zmianach moczu (ropa w moczu).

Zwyrodnienia stawów są najbardziej jaskrawymi przejawami choroby Reitera. Zapalenia stawów pojawiają się 1-2 tygodnie po rozwinięciu się zapalenia cewki moczowej i mogą występować w wielu stawach. W procesie uczestniczą przede wszystkim duże stawy. Zapalenie jednego stawu występuje jedynie u 3-5% chorych. Średnia liczba porażonych stawów to cztery-pięć, najczęściej atakowany jest staw kolanowy (u 70%), staw skokowy (u 50-60%), drobne stawy stóp (u 40%), barkowy (u 20%), nadgarstkowy (u 15%), łokciowy (u 7% chorych).

Stawy nie ulegają porażeniu jednocześnie, tylko jeden po drugim. W większości przypadków zapalenie stawów zaczyna się w sposób podostry, pojawia się ból w okolicy stawu, skóra nad nim staje się gorąca, niekiedy rozwija się przekrwienie skóry, bóle stopniowo się nasilają, pojawia się obrzmienie, zapalenie substancji mazistej stawu z powstaniem w nim wysięku płynu z drobnych naczyń krwionośnych. U poszczególnych chorych ból może być ostry, obserwuje się znaczną deformację stawów. Zapaleniu stawów nierzadko towarzyszą zapalenia mięśni z procesem zanikowym. Pogarsza się ogólne samopoczucie. Utrzymuje się stan podgorączkowy, lecz w 20% przypadków temperatura może osiągać 38-40°C. Badanie rentgenologiczne nie wykrywa znacznej różnicy pomiędzy tym zapaleniem i zapaleniem reumatoidalnym oraz innymi postaciami zapalenia stawów.

Porażenie oczu najczęściej przebiega w postaci dwustronnych zapaleń spojówek z umiarkowanym nasileniem objawów, trwa niekiedy około tygodnia, znika bez szczególnego leczenia i może pozostać niezauważone. Jedynie u niektórych chorych zapaleniu spojówek towarzyszą inne zmiany w oku, takie jak zapalenie rogówki, zapalenie twardówki, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego oraz zapalenie błony naczyniowej, które mogą doprowadzić do ślepoty.

Porażenie skóry i błon śluzowych rozwija się u około połowy cierpiących na chorobę Reitera. Najbardziej charakterystycznym jest porażenie członka w postaci zapalenia błony śluzowej żołądździ, zmian w błonie śluzowej jamy ustnej z nadżerkami i odcinkami zadrapań, a także zgrubienie porażonej skóry. Zgrubienie uważa się za objaw charakterystyczny dla choroby Reitera. Zaczyna się ono od czerwonej wysypki na dłoniach, podszwach stóp lub na całej powłoce skórnej. Wysypka przekształca się w pęcherzyki, następnie w stożkowate guzki rogowe lub w grube pokryte skorupkami znamiona. Często porażeniu ulegają paznokcie (zgrubienie, łamliwość płytek paznokciowych).

U niektórych chorych obserwuje się zmiany w narządach wewnętrznych, w szczególności w układzie sercowo-naczyniowym (10%), niekiedy pojawiają się zapalenia błony śluzowej klatki piersiowej, zapalenia płuc, biegunka, zapalenie nerwów, zapalenie mózgu i inne dolegliwości. Rzadziej występują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie mózgu, zapalenie nerek, ostra niewydolność nerek, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie płuc.

DIAGNOSTYKA

W chwili obecnej zaaprobowane zostały i w najbliższej przyszłości znajdą szerokie zastosowanie w diagnostyce gorączki szkarlatynopodobnej takie współczesne metody, jak immunoblotting i reakcja łańcuchowa polimerazy (PCR). Metody te znacznie zwiększają prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy laboratoryjnej już podczas pierwszego badania chorego.

Ciągle najlepszym i najtrafniejszym narzędziem diagnostycznym jest metoda biorezonansu. Przy użyciu urządzenia BICOM można sprawnie i bezinwazyjnie sprawdzić obciążenie yersinią ale też wykonać skuteczną terapię w celu jej wyeliminowania z ustroju.