

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗ

- ▣ **Псевдотуберкулез (дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка) – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта,**



ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ

- Открытие псевдотуберкулезного микроба принадлежит французским ученым Л. Малассе и В. Виньяль (1883), выделившим его из органов морской свинки, зараженной взвесью клеток лимфатического узла ребенка, умершего от «туберкулезного менингита».

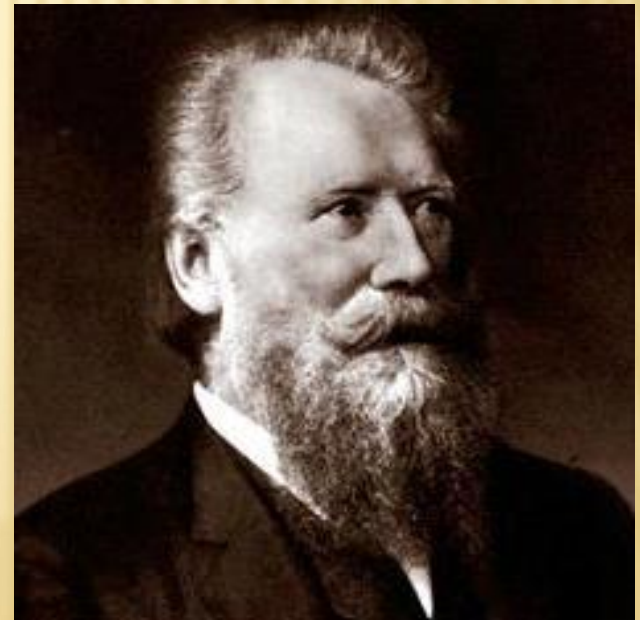


L.Malassez

ВВЕДЕНИЕ ПОНЯТИЯ

«ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗ»

- Термин «псевдотуберкулез», сохранившийся до нашего времени, ввел в 1885 г. С.Eberth для обозначения заболеваний животных, у которых в органах наблюдали «бугорки», сходные с туберкулезными гранулемами, но из них, однако, невозможно было выделить бактерии туберкулеза.



С.Eberth

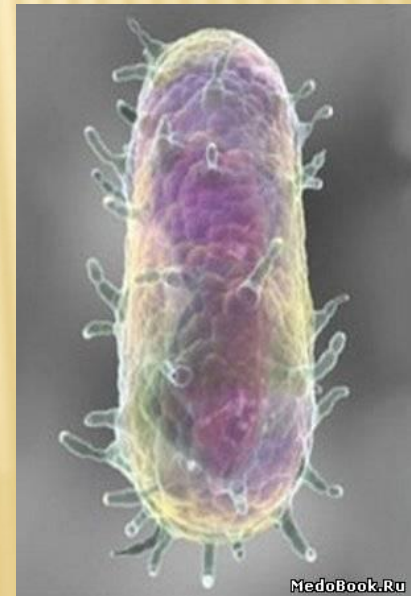
- Первые случаи псевдотуберкулёза у человека в виде абсцедирующих мезаденитов описали **В. Массхоф и В. Кнапп (1953)**.
- В 1959 г. на Дальнем Востоке СССР наблюдали эпидемию псевдотуберкулёза, получившего в то время название дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки(ДСЛ).
- Позднее В.А. Знаменский и А.К. Вишняков из фекалий больных ДСЛ выделили палочки псевдотуберкулёза (1965).

САМОЗАРАЖЕНИЕ В.А.

ЗНАМЕНСКОГО

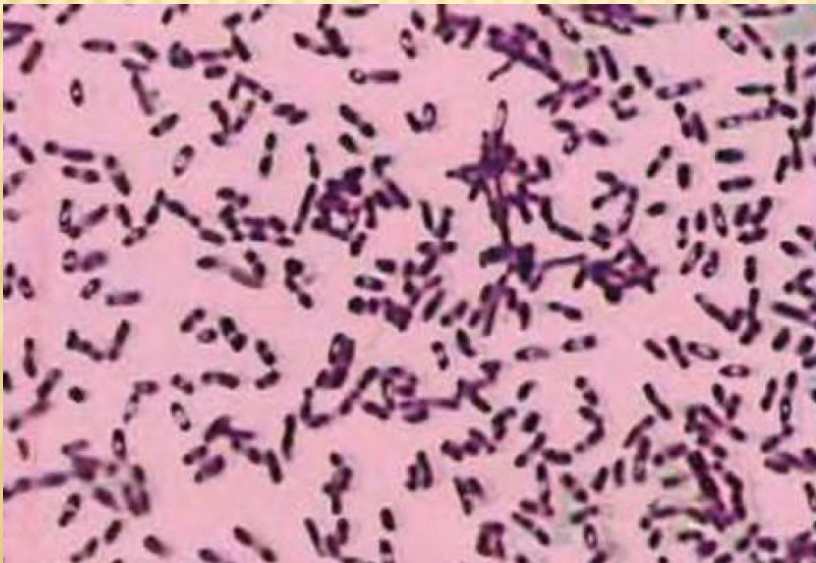
- Знаменскому и его товарищам удалось выделить из удаленного по поводу аппендицита червеобразного отростка первую псевдотуберкулезную культуру, но она нуждалась в дополнительных исследованиях.
- В итоге Знаменский приходит к необходимости проверить действие псевдотуберкулезного микроба на человеке. Он решает поставить опыт на себе.

- В ночь со 2 на 3 января 1966 года Владимир Алексеевич разбил одну из ампул. Содержимое растворил в половине стакана воды и выпил 300 млн микробных тел псевдотуберкулезной палочки.
- Болел В.А. Знаменский тяжело. Лечить себя он не давал до тех пор, пока полностью не была выявлена клиническая картина заболевания.



ЭТИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Возбудителем является *Yersinia pseudotuberculosis*. Грам(-) палочка, обладает жгутиками, подвижная. Способна обитать и размножаться как в организме теплокровных животных и человека, так и во внешней среде – почве, воде, на овощах и т.д.
- По O-антигену выделяют 10 серовариантов (чаще встречаются 1 и 3 серовары).



УСТОЙЧИВОСТЬ

Y.PSEUDOTUBERCULOSIS

- Во внешней среде при достаточном количестве влаги до нескольких месяцев и даже лет.
- В высушенном состоянии выживают на объектах внешней среды до двух суток
- Температура 60–80С приводит к гибели возбудителя через 15–20 мин, кипячение – через 30–40 с.
- Дезсредства в обычных концентрациях вызывают гибель возбудителя в течение нескольких минут.

ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ.

- 60 видов животных и 27 видов птиц являются естественной средой обитания возбудителя
- Инфицированные животные выделяют возбудителей вместе с экскрементами, загрязняя корм, воду, почву, обеспечивают дальнейшую циркуляцию возбудителя.

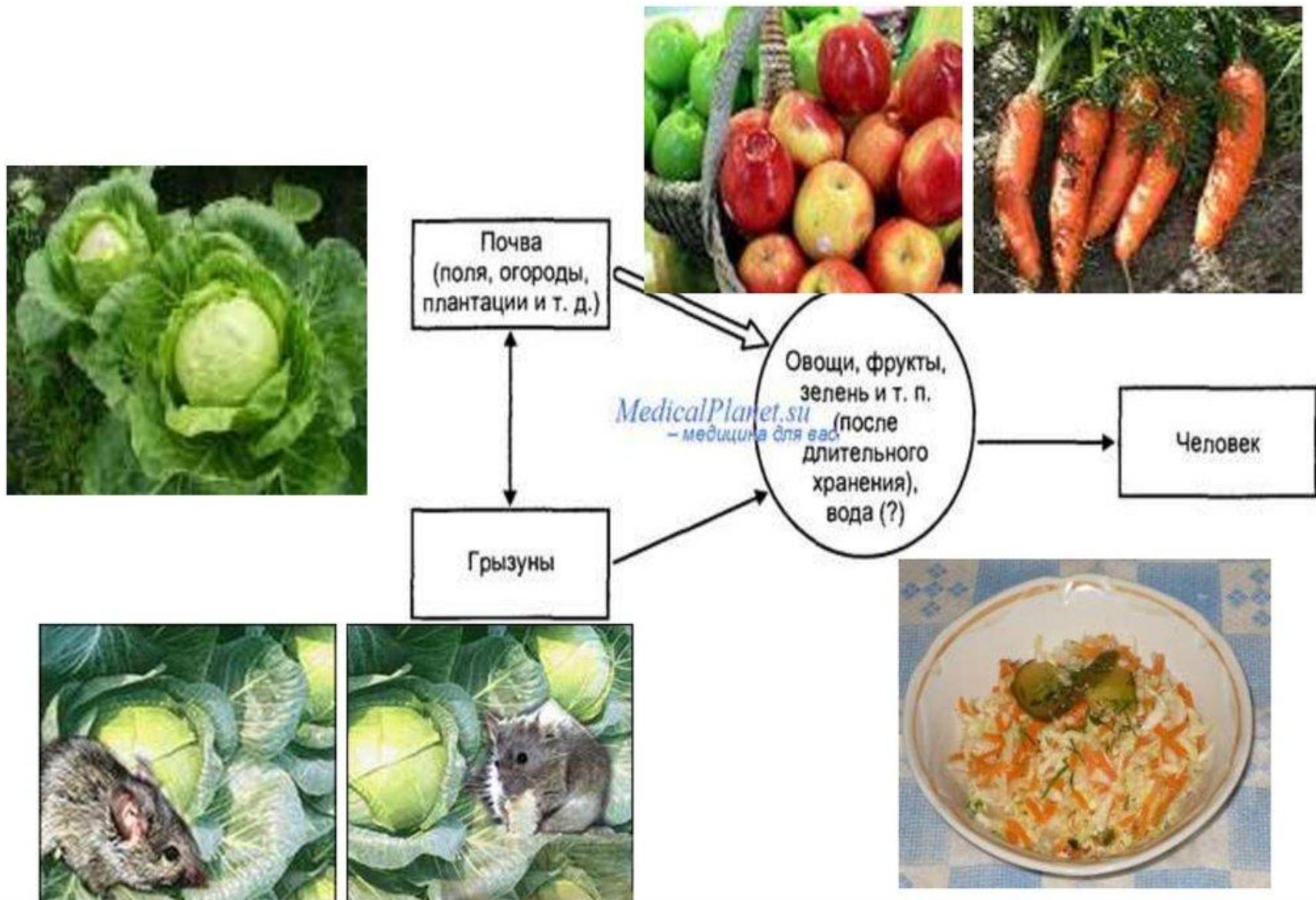
-
- Псевдотуберкулез чаще всего протекает у грызунов и других животных как хроническое заболевание с длительным бактериовыделением их эпидемическую источниками инфекции



ПУТИ И ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ.

- Пищевые продукты (овощи, корнеплоды, молоко и молочные продукты)
- Вода открытых водоемов и колодезная вода.
- Заражение возможно при разделке туш диких и домашних животных, инфицированных псевдотуберкулезным возбудителем.
- Механизм передачи – фекально-оральный

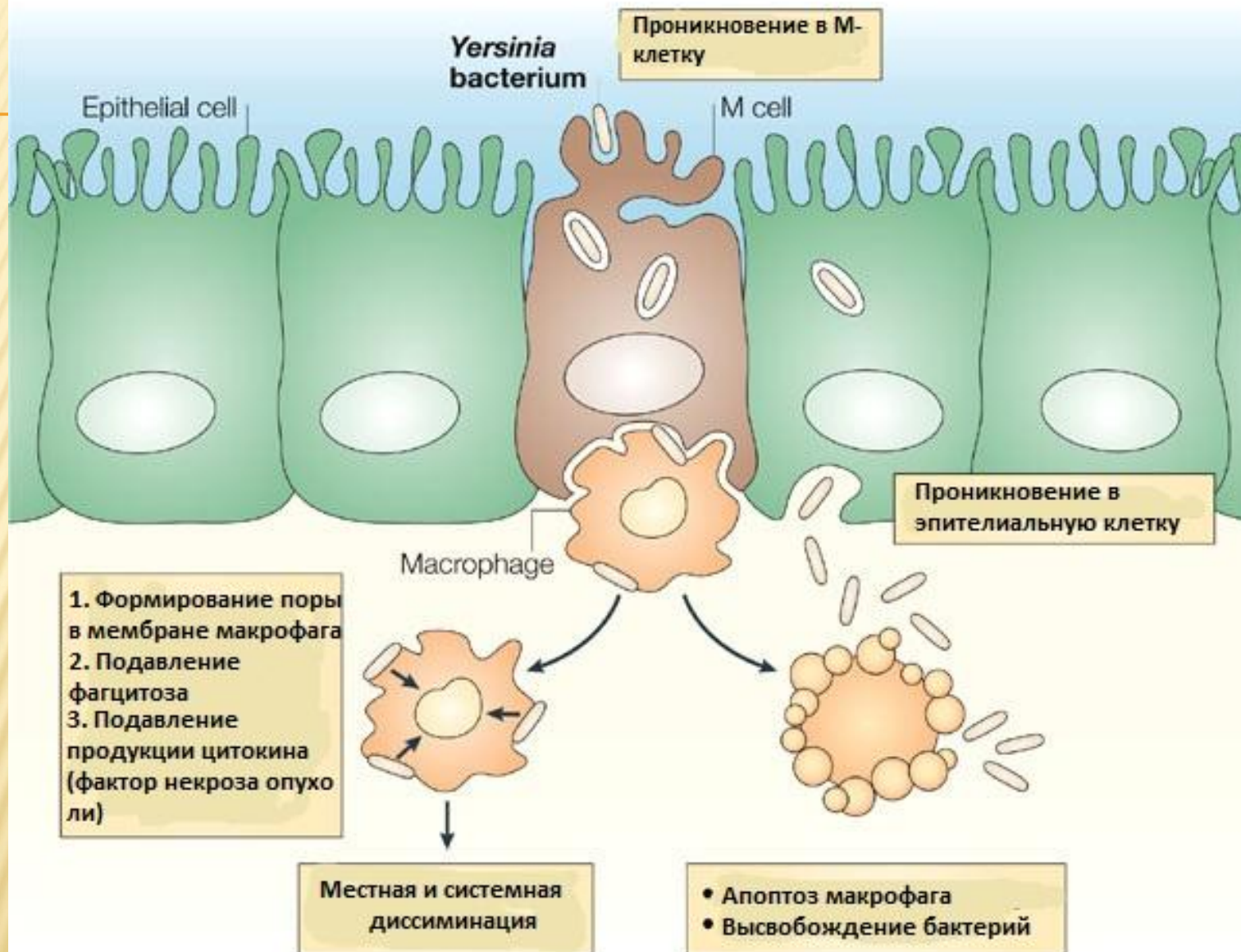
Заражение возбудителем псевдотуберкулеза



ПАТОГЕНЕЗ.

- Возбудители, не являясь кислотоустойчивыми, большей частью погибают в желудке. В случае преодоления желудочного барьера они попадают в кишечник, размножаются в лимфоидном аппарате вызывая регионарный лимфаденит без клинических симптомов.
- Если этот барьер оказывается несостоятельным, микробы выходят в кровяное русло, наступает гематогенная диссеминация
- Развитие вторичных очагов инфекции в ближайших и отдаленных лимфатических узлах, печени и других органах. Бактериемия обычно кратковременная, ее возникновение совпадает с началом болезни.





М-клетки (микроскладчатые) являются специализированными эпителиальными клетками, лежащими над лимфоидными узелками в пейеровых бляшках М-клетки могут поглощать антигены путем эндоцитоза и транспортировать их к подлежащим макрофагам и лимфоидным клеткам.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

(В.С.МАТКОВСКИЙ, В.С.АНТОНОВ 1972 Г.)

По основным клиническим проявлениям	По тяжести	По течению
Генерализованная Абдоминальная Желтушная Артралгическая Экзантемная (скарлатиноподобная) Смешанная Катаральная Стертая Латентная	Тяжелая Средней тяжести легкая	С рецидивами Без рецидивов

Все формы болезни могут иметь много общих признаков, поэтому приведенный распределение носит условный характер.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

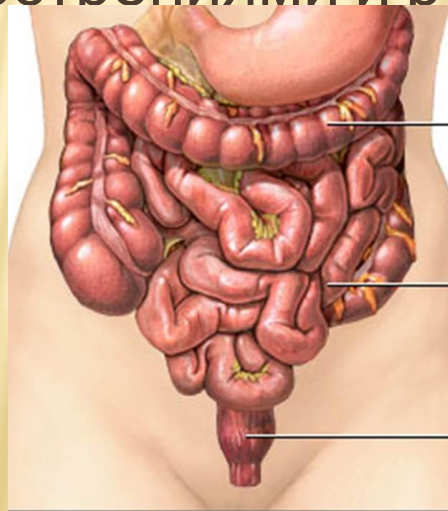
Выделяют локализованные и редко встречающуюся генерализованную формы псевдотуберкулеза. По ведущему симптомокомплексу разделяют абдоминальную (гастроэнтерит, терминальный илеит, аппендицит, мезентериальный лимфаденит), экзантемную, артралгическую, желтушную, катаральную и смешанную формы. Заболевание может протекать в стертой и субклинической формах, которые обычно регистрируются в эпидемических очагах инфекции при обследовании контактных лиц.

Инкубационный период длится от 3 до 18 дней.

Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 38-40 °С, головной и мышечных болей, снижения аппетита, общей слабости. На фоне интоксикации возникают тошнота, рвота, умеренные боли в животе, иногда расстройства стула.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ФОРМА

- Наблюдается у 50-60% больных. Наиболее характерны для этой формы симптомами являются мезаденит, аппендицит.
Боль в животе различной локализации, чаще в правой подвздошной области и по ходу брыжейки тонкой кишки.
- Такие симптомы, как **малиновый язык**, **гиперемия и отек ладоней и подошв**, позволяющие заподозрить псевдотуберкулез.
- Абдоминальная форма псевдотуберкулеза часто имеет тяжелое течение и большую продолжительность, характеризуется обострениями и рецидивами.



ЖЕЛТУШНАЯ

- ❑ Боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушность кожи и склер, увеличение печени, билирубинемия. Болезнь развивается остро, после кратковременного озноба температура резко повышается, возникает гиперемия лица.
- ❑ Важны эпидемиологический анамнез и данные лабораторных, бактериологических, серологических исследований.



АРТРАЛГИЧЕСКАЯ (СУСТАВНАЯ) ФОРМА

- У больных этой формой псевдотуберкулеза на фоне других симптомов болезни (лихорадка, сыпь, возможны признаки поражения ЖКТ, печени) преобладают симптомы поражения суставов в виде артралгий, реже - полиартрита с припухлостью, болезненностью.

СКАРЛАТИНОПОДОБНОЕ ТЕЧЕНИЕ

- ❑ Напоминает скарлатину наличием сыпи, тонзиллит и регионарный лимфаденит отсутствуют.
- ❑ Сыпь неоднотипная, немелкоточечная.
- ❑ Не характерные для скарлатины гиперемия и отечность ладоней и стоп, появление сыпи на 3-й сутки и позже, возникновение энтерита или

Псевдотуберкулез, га.
симптом «перчаток»



Псевдотуберкулез,
симптом «носков»



КАТАРАЛЬНАЯ ФОРМА

- Характеризуется кашлем, насморком, гиперемией зева. Интоксикация умеренная, температура обычно субфебрильная. Признаков поражения внутренних органов, сыпи почти не наблюдается.
- Выздоровление наступает в течение 2-6 дней. В связи с отсутствием характерных симптомов эту форму выявляют редко, диагноз устанавливают на основании данных серологического и бактериологического исследований



ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА

- Отличается тяжелым течением, характеризующимся высокой температурой тела, выраженностью интоксикации, наличием экзантемы и поражением ряда органов.
- Септическая форма чаще наблюдается у лиц со значительно сниженной общей реактивностью организма, нередко пожилого возраста, страдающих хроническими заболеваниями печени, сахарным диабетом, болезнями крови, алкоголизмом.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При всех формах псевдотуберкулеза продолжительность заболевания обычно не превышает 1,5 мес.
- Однако иногда встречается затяжное течение болезни (1,5–3 мес) и в редких случаях повторные рецидивы значительно увеличивают продолжительность заболевания до 6 мес и более.

ДИАГНОСТИКА

- В периферической крови при иерсиниозах определяются лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ.
- Диагноз псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза подтверждают бактериологическими методами.

ДИАГНОСТИКА

- Выделение возбудителя от больного в остром периоде болезни возможно из фекалий, мочи, мазков слизи из ротоглотки.
- В серологической диагностике используют реакции агглютинации (РА) и непрямой гемагглютинации (РНГА).
- Иммуноблоттинг и полимеразная цепная реакция (ПЦР)



ЛЕЧЕНИЕ У УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

- Госпитализация больных проводится по клиническим показаниям при средней тяжести и тяжелых формах заболевания. В острый период необходимо соблюдать постельный режим. Питание должно быть калорийным, полноценным, богатым витаминами. Диета механически и химически щадящая, назначают 4-5-разовое питание. Для дезинтоксикации показано обильное питье. В случаях с развитием иерсиниозного гепатита применяется диета № 5.
- **Уход за больными** включает тщательное наблюдение за их состоянием и самочувствием, чтобы своевременно выявить признаки острых хирургических состояний при абдоминальной форме, а также обострения и рецидивы. При тяжелой форме псевдотуберкулеза большое значение имеет ежедневная обработка полости рта и кожи.

ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ Этиотропное лечение:
- ❑ гентамицин, рифампицин, фторхинолоновые препараты (ципрофлоксацин), цефалоспорины
- ❑ Наиболее эффективное лечение больных псевдотуберкулез левомецетином (по 0,5 г 4 раза в день) до 5-го дня нормальной температуры тела, но не менее 10-14 дней.
- ❑ Всем больным назначают комплекс витаминов, десенсибилизирующие препараты.
- ❑ При необходимости проводят дезинтоксикационную терапию
- ❑ В тяжелых случаях назначают глюкокортикостероиды в дозе 30-40 мг.

ЛЕЧЕНИЕ

- При абдоминальной форме с признаками мезаденита, аппендицита обязательным является осмотр хирурга для решения вопроса о оперативного вмешательства.
- При легких формах кишечного иерсиниоза, протекающего по типу острого гастроэнтерита, применяют лечебное питание, обильное питье. При наличии признаков обезвоживания назначают глюкозо-солевые растворы - средства оральной регидратации.
- Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 3 месяцев.
-

ПРОФИЛАКТИКА

- ❑ Больных выписывают из больницы после выздоровления, однако не ранее чем после 21-го дня болезни при двух отрицательных результатах бактериологического исследования кала.
- ❑ Борьба с грызунами, предупредительный и текущий санитарный надзор за пищевыми предприятиями и водоснабжением.
- ❑ Защита от грызунов пищевых предприятий и в овощехранилищах
- ❑ Специфическая профилактика псевдотуберкулеза не разработана.

