

ЛЕКЦИЯ

Лектор: заведующий кафедрой
инфекционных болезней профессор
Суздальцев Алексей Александрович



Иерсиниозы

ИЕРСИНИОЗЫ -

группа зоонозных, природно-очаговых, бактериальных инфекций, вызываемых микроорганизмами рода *Yersinia*.

История изучения псевдотуберкулеза

- В 1883 открыт возбудитель учеными Малассе и Винье
- В 1885 году Эберт, проанализировав морфологические изменения, которые развивались в пораженных тканях, отметил их сходство с туберкулезными .
- Чума
- Псевдотуберкулез
- Кишечный иерсиниоз

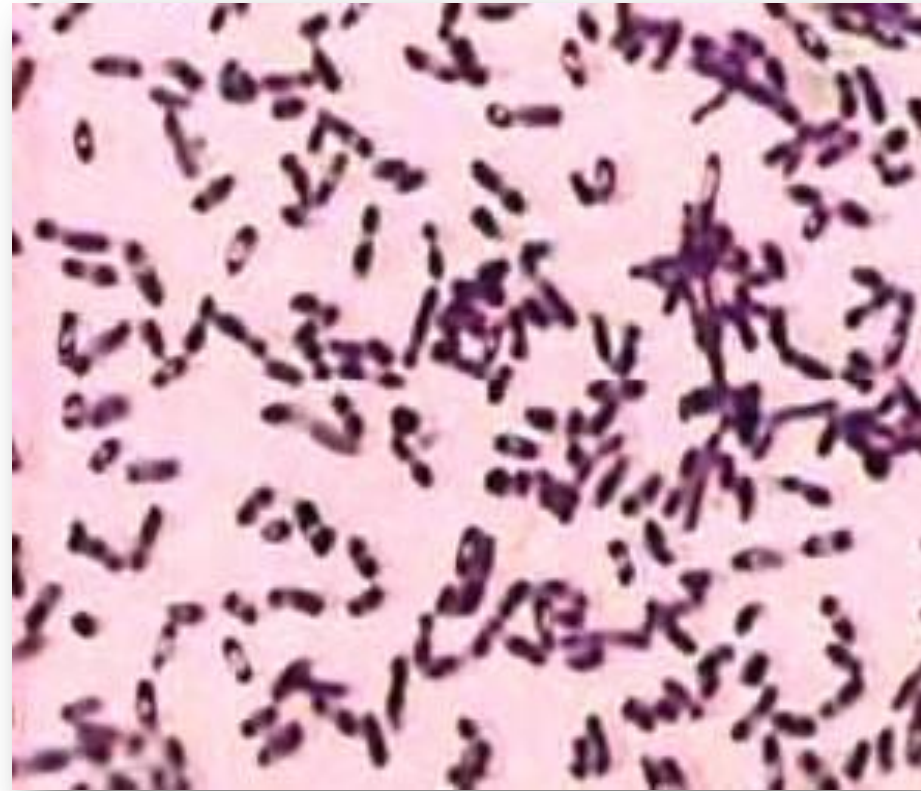
История изучения псевдотуберкулеза



- В 1959 году во Владивостоке псевдотуберкулезом заболело более 300 человек. Болезнь сопровождалась лихорадкой, сыпью, поражением суставов и проходила сходным образом со скарлатиной. Заболевание было условно названо **дальневосточной скарлатиноподобной лихорадкой**. Подобная лихорадка встречалась и в Хабаровском крае, Амурской области, на Сахалине
- В 1965 году из фекалий больных ДСЛ был выделен псевдотуберкулезный микроб
- В 1966 году В.А. Знаменский установил этиологию лихорадки при помощи опыта самозаражения
- В 1972 году международный комитет по систематике бактерий выделил новое родовое название *Yersinia*

ЭТИОЛОГИЯ

- *Yersinia pseudotuberculosis*
(16 серотипов)
- *Yersinia enterocolitica*
(11 серотипов)
- Грамотрицательные бактерии.
- Содержат O, H, V, W антигены.
- Психрофилы
(температура + 4-6 °C)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Иерсиниоз – зооантропоноз.
- Механизм передачи – фекально оральным (пути передачи: пищевой, водный).
- Первичный резервуар – почва.
- Источники инфекции: млекопитающие (грызуны, сельскохозяйственные и дикие животные).
- Фактор передачи – овощные блюда



ПАТОГЕНЕЗ

1. Внедрение через рот;
2. Размножение в месте входных ворот;
3. Поражение желудка и кишечника (гастрит, гастродуоденит);
4. Мезентеральный лимфаденит, поражение аппендикса;
5. Бактериемия и фиксация иерсиний во внутренних органах (гепатит, менингит, пиелонефрит, пневмония, сепсис);
6. Развитие иммунитета.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Форма заболевания	Клинический вариант	Степень тяжести	Характер течения
Гастроинтестинальная	Гастроэнтерит Энтероколит Гастроэнтероколит	Лёгкая	Острое
Абдоминальная	Мезентериальный лимфаденит Терминальный илеит Острый аппендицит	Средняя	Затяжное
Генерализованная	Смешанный Септический	Тяжёлая	Хроническое
Вторично-очаговая	Артрит(ы) Узловая эритема Синдром Рейтера		

СИМПТОМЫ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА

- Инкубационный период от 3 до 18 дней;
- Острое начало;
- Лихорадка 5-6 дней (постоянная, волнообразная);
- Катаральный синдром (сухой кашель, боль в горле, заложенность носа);
- Интоксикация (головная боль, головокружение, бессонница);
- Диспепсический синдром (боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул);
- Симптом «капюшона, перчаток и носков»;
- Артралгии, миалгии;
- Экзантема с 2 – 4 дня болезни (пятнистая, уртикарная, петехиальная, полиморфная).

Опорные симптомы

- **Острое начало**
- **Лихорадка**
- **Интоксикационный синдром (слабость, головная боль, анорексия, миалгии и т.п.)**
- **Гиперемия лица, шеи, конъюнктив, инъекция сосудов склер (симптом "капюшона"), гиперемия зева**
- **Симптом "перчаток и носков"**
- **Терминальный илеит**
- **"Малиновый" язык**
- **Полиартрит**
- **Увеличение печени с развитием желтухи**
- **Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренная СОЭ**
- **Рецидивирующее течение (20%)**

Абдоминальная форма (55%)

- Лихорадка, симптомы общей интоксикации
- Поражение ЖКТ: острый гастрит, гастроэнтерит, энтерит, но чаще терминальный илеит (боли и болезненность в илеоцекальной области, увеличенная в объеме, болезненная и урчащая слепая кишка, увеличенные и резко болезненные мезентериальные лимфоузлы, в тяжелых случаях симптомы раздражения брюшины)
- Умеренное поражение суставов, печени
- Рецидивирующее течение

Генерализованная форма (2-3%)

- Лихорадка, симптомы общей интоксикации
- Скарлатиноподобная экзантема
- Поражение суставов
- Желтуха
- Терминальный илеит
- Течение тяжелое, рецидивирующее и длительное
- Трудно выделить превалирующий синдром

По течению выделяют:

- **Легкое (43,5%)**
- **Среднетяжелое (53,4%)**
- **Тяжелое (3,1%)**







ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗА

- Чаще развивается по смешанному варианту генерализованной формы;
- Интоксикация
- Артралгии
- Боли в животе
- Катаральные симптомы
- Увеличение печени
- Отёки кистей и стоп
- Сыпь – скарлатиноподобная.









Дифференциальный диагноз псевдотуберкулеза

- Скарлатина
- Краснуха
- Корь
- Лекарственная
болезнь
- Энтеровирусная
инфекция
- Ревматизм
- Ревматоидный артрит
- Острый аппендицит
- Вирусный гепатит
- Лептоспироз
- Сальмонеллез
- Дизентерия
- Тифо- паратифозные
заболевания
- Острый сепсис

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Миокардит
- Гепатит
- Холангит, холецистит, панкреатит
- Перфорация кишечника
- Перитонит
- Менингоэнцефалит

Лабораторная диагностика

1. Бактериологический метод (7-30 дней). Материал для исследования: смывы из зева, испражнения, моча, биоптаты.

2. Серологический метод.

Реакция агглютинации (РА), реакция непрямой гемагглютинации (РНГА).

Диагностический титр 1:200.

3. Экспресс-методы – РКА (реакция коагглютинации),

ИФА (иммуноферментный анализ), РНИФ (реакция непрямой иммунофлюоресценции).

Примерная формулировка диагноза:

- Иерсиниоз. Гастроинтестинальная форма.
Гастроэнтерит, лёгкое течение.
- Иерсиниоз. Абдоминальная форма.
Аппендицит, среднетяжёлое течение.

ЛЕЧЕНИЕ

- Ципрофлоксацин 500 мг., 2 раза в сутки, внутрь (400 – 800 мг. внутривенно);
- Доксциклин 0,1 гр., 1 раз в сутки;
- Цефазолин 1,0 гр., 3 – 4 раза в сутки, внутримышечно;
- Цефтриаксон 3,0 гр., 2 раза в сутки, внутривенно.

Курс лечения до 10 – 15 дней