

Доклад на тему: «Листериоз»



Врач-интерн
Градинар Наталья Ивановна

Эпидемиология

Листериоз до недавнего времени рассматривался, как типичный зооноз; источником инфекции считались различные животные и птицы (более 90 видов), в т. ч. грызуны, кролики, свиньи, коровы, овцы, собаки, куры и др. Сейчас листериоз относят к сапрозоонозам, при которых основным источником и резервуаром возбудителя являются субстраты внешней среды, прежде всего почва. Листерии выделяют также из растений, силоса, пыли, водоёмов и сточных вод. Животные заражаются преимущественно через воду и

Пути передачи:

- **Алиментарный** (преимущественно):
неоднократно описывались вспышки, связанные с употреблением мягких сыров, полуфабрикатов, колбасных изделий, салатов, некипячёного молока, мороженого, тортов, куриных и рыбных изделий.
- **Контактный**- *от инфицированных животных и грызунов.*
- **Аэрогенный** – *в помещениях при обработке шкур, шерсти.*
- **Трансмиссивный**- *при укусах насекомых. В частности клещами.*



- Особое значение имеет передача листериоза от беременной женщины к плоду- **трансплацентарно или интранатально**. Листерии могут быть причиной внутрибольничной инфекции.
- Н



Этиология

- Возбудители листериоза — *Listeria monocytogenes* и *L. ivanovii* — два из шести известных в настоящее время видов бактерий рода *Listeria*. *L. monocytogenes* патогенна для человека и животных; *L. ivanovii* патогенна для животных, редко — для человека. Название рода *Listeria monocytogenes* было предложено в 1929 г. в связи со способностью вызывать выраженный моноцитоз у заболевших животных.
- Грамположительные, спор и капсул не образуют, Могут превращаться в L-формы и паразитировать внутриклеточно, что в ряде случаев обуславливает недостаточную эффективность антибактериальной терапии и объясняет склонность к затяжному и хроническому течению, возможность латентной инфекции и бактерионосительства.

- Листерии высокоустойчивы во внешней среде, растут в широком интервале температур (от 3 до 42 °С) и pH среды (от 5,5 до 9,5), хорошо переносят охлаждение и способны размножаться при температуре 4–6 °С в почве, воде, на растениях, в органах трупов. В различных пищевых продуктах (молоко, мясо и др.) размножаются при температуре бытового холодильника. При температуре 70 °С погибают через 20–30 мин, при 100 °С — через 3–5 мин;



Патогенез

- Входными воротами инфекции могут быть слизистые оболочки желудочно-кишечного и респираторного тракта, глаз, а также поврежденные кожные покровы. При лимфогенном и гематогенном распространении возбудителей возникает острое лихорадочное состояние и происходит фиксация листерий в лимфатических узлах и внутренних органах – миндалинах, легких, печени, селезенке, почках и надпочечниках, ЦНС и др, где происходит размножение бактерий.
- Воспалительный процесс в лимфатических узлах сопровождается их увеличением, но нагноения не развивается. В тяжелых случаях заболевание приобретает черты листериозного сепсиса, при этом в лимфатических узлах и внутренних органах (включая ЦНС) формируются мелкие многочисленные некротические узелки (листериомы), в состав которых входят листерии, ретикулярные и моноцитарные клетки, ядерный детрит, измененные полиморфноядерные лейкоциты.
- При беременности листериомы могут формироваться в плаценте, что приводит в последующем к инфицированию плода, с развитием у него генерализованной формы инфекции. Возникновению заболевания способствуют иммунодефицитные

- Развитие клинической формы во многом зависит от пути проникновения. При трансплацентарном проникновении заболевание протекает с диссеминацией возбудителя и формированием абсцессов и гранулём в ЦНС, печени, селезёнке, надпочечниках, лёгких, глотке, ЖКТ, коже. При интранатальном пути чаще развивается поражение ЦНС в виде менингита.



Клинические формы

листериоза:

- ☐ Железистая: ангинозно-железистая и глазожелезистая.
- ☐ Нервная
- ☐ Септическая
- ☐ Отдельно выделяют листериоз беременных и новорожденных

Течение:

- Острое
- Подострое
- Хроническое

АНГИНОЗНО-ЖЕЛЕЗИСТЫЙ

ВАРИАНТ:

- Характеризуется повышением температуры тела, ангиной (язвенно-некротической или пленчатой), увеличением и болезненностью подчелюстных, реже шейных и подмышечных лимфатических узлов. Возможно также увеличение печени и селезенки. В гемограмме отмечается моноцитоз. Заболевание напоминает инфекционный мононуклеоз.
- В некоторых классификациях отдельно выделяется ангинозно-септическая форма, при которой сочетается тонзиллит, гепатоспленомегалия, длительная гектическая лихорадка, выраженная интоксикация, генерализованная лимфаденопатия, сыпь на коже.

Глазожелезистый вариант:

Типичен односторонний гнойный конъюнктивит, возникает выраженный отек век, сужение глазной щели. На переходной складке конъюнктивы выявляются узелковые высыпания. Снижается острота зрения, увеличиваются и становятся болезненными околоушные и подчелюстные лимфатические узлы с соответствующей стороны.

Септическая форма:

Септическая форма характеризуется повторяющимися ознобами, лихорадкой с большими размахами температуры тела, интоксикацией (головная боль, слабость, снижение аппетита, ломота в мышцах и т. д.), увеличением печени и селезенки. Возможно появление крупнопятнистой сыпи на коже, преимущественно вокруг крупных суставов; на лице сыпь может быть в виде бабочки. Часто возникает гепатит с желтухой, может быть полисерозит, пневмония. В гемограмме выявляется анемия, тромбоцитопения; нарушается свертываемость крови, следствием чего могут быть массивные кровотечения. При эпидемических вспышках листериозного сепсиса в качестве одного из симптомов описан острый гастроэнтерит. При посеве крови выделяется культура патогенных *лиستيرий*.

Нервная форма:

Нервная форма встречается чаще всего у детей до 3 лет и у взрослых старше 45–50 лет, проявляется обычно в виде менингита или менингоэнцефалита. Частота листериозного менингита около 1 % всех бактериальных менингитов, но у некоторых категорий пациентов, в частности больных с онкологическими заболеваниями, это одна из наиболее частых форм менингита.

Листериоз новорожденных (врождённый).

- При раннем внутриутробном заражении типичными проявлениями будут пневмония и септицемия.
- Заражение плода в поздние сроки проявляется выкидышем, внутриутробной гибелью плода или преждевременными родами с гибелью ребёнка через несколько часов после рождения.
- У родившегося новорожденного уже на первой неделе жизни появляются беловатого цвета гранулёмы на слизистых, пятнисто-папулёзная сыпь на конечностях, желтуха, явления легочной и сердечной недостаточности, изолированные или множественные абсцессы во внутренних органах.

□ *Интранатальная инфекция у внешне здорового ребёнка проявляется в течение первого месяца жизни и часто завершается менингитом. Нередко единственными симптомами могут быть отказ от груди, задержка в развитии.*

Листериоз у беременных:

❖ *Бессимптомный ход, катаральные симптомы, менингит (редко).*

Диагностика:

- ❖ **Бактериологический метод:** посев крови, ликвора, содержимого родовых путей, околоплодных вод, мекония, слизи из носоглотки, гнойного отделяемого из конъюнктивы на простые питательные среды.
- ❖ **Серологический метод:** РСК, РНГА (парные сыворотки), РИФ, ИФА
- ❖ **Экспресс -диагностика:** П



Лечение:

- **При локализованной форме** используется один из следующих препаратов: пенициллин, ампициллин (амоксциллин), эритромицин, тетрациклин (доксциклин), левомицетин в среднетерапевтических дозах.
- **При генерализованных формах** (нервная, септическая), листериозе новорожденных рекомендуется сочетание ампициллина (взрослым — 8–12 г/сут, детям — 200 мг/кг/сут) или амоксициллина с гентамицином (5 мг/кг/сут) в течение всего лихорадочного периода плюс 3–5 дней сверх того, а в тяжелых случаях — до 2–3 нед. с момента нормализации температуры тела.

□ При необходимости проводится инфузионная, дезинтоксикационная, а также десенсибилизирующая и симптоматическая терапия, лечение сопутствующих заболеваний



Обследование, лечение, ведение беременности и родов, периода новорожденности у детей при листериозе:

- *Выявлять и лечить листериоз лучше до беременности; обследовать на листериоз необходимо женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (привычные выкидыши, мертворождения, урогенитальные заболевания и др.), а также женщин, имеющих постоянный контакт с животными.*
- *Скрининг не проводят. Лечение беременных антибиотиками пенициллинового ряда. Изоляция роженицы не нужна.*

- Женщине, родившей больного листериозом ребенка, проводится курс антибактериальной терапии ампициллином или доксициклином двумя циклами по 7–10 дней с интервалом 1,5 мес.
- При остром и хроническом листериозе, диагностированном в I и II триместрах беременности, вопрос о сохранении беременности должен решаться в каждом отдельном случае индивидуально.
Досрочное прерывание беременности при листериозе может быть осуществлено только в период реконвалесценции инфекции.

- Роды в острый период листериоза в любом сроке должны проводиться как преждевременные, риск родовой травмы должен быть сведен к минимуму.
- Лечение новорожденного, мать которого больна листериозом, должно начинаться с момента рождения в полном объеме.
- Необходим мониторинг за листериями в акушерских стационарах для профилактики внутрибольничного листериоза.

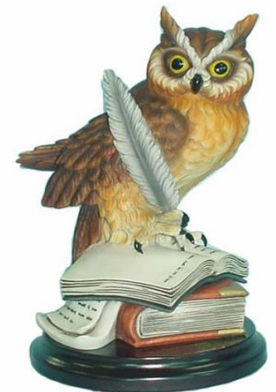
Профилактика:

- ✓ Термическая обработка пищевых продуктов;
- ✓ Борьба с листериозом животных;
- ✓ Обследование женщин, планирующих беременность;
- ✓ Специфические методы профилактики



Список литературы:

- ✓ **Справочник «Детские инфекционные болезни»;**
- ✓ **Клинический протокол из акушерской помощи "Перинатальные инфекции" (УТВЕРЖДЕНО приказом Министерства здравоохранения Украины от 27 декабря в 2006 г. N 906);**
- ✓ **Руководство по инфекционным болезням» В.М.Семёнов;**
- ✓ **«Схемы лечения инфекций» С.В. Яковлев;**
- ✓ **«Листериоз» А.В. Цаканян;**
- ✓ **«Проблема листериоза в Украине Водничий Ю. П.**



**Спасибо
за внимание!**