

# ИЕРСИНИОЗЫ

**клиника и современные  
методы диагностики**

проф. Куимова И.В.

# Род *Yersinia*

Виды:

- *Y.Pestis*
- *Y.Pseudotuberculosis*
- *Y.Enterocolitica*

**ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся выраженным полиморфизмом клинических симптомов с преобладанием токсико-аллергического синдрома, экзантемы, поражением желудочно-кишечного тракта, печени, нередко имеющее рецидивирующее затяжное течение.

# иерсиниоз

Острое инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами интоксикации, поражением желудочно-кишечного тракта, печени, суставов и других органов.

# псевдотуберкулез

- 1883 г.- описание микроба (R.Malasses и W.Vignal)
- 1985г. – термин псевдотуберкулез
- До 1954 г. – единичные случаи заболевания человека (аппендицит, сепсис)
- 1959 г.- вспышка во Владивостоке (более 300 человек)
- 1966 г. – опыт самозаражения В.А.Знаменского

# ирсиниоз

- 1934 г. – выделение возбудителя от больного с шейным лимфаденитом (позже – при энтероколите)
- 1939 г. (США) – описание возбудителя. Как «атипичной палочки псевдотуберкулеза)
- 1974 г. введен термин «кишечный иерсиниоз» ( И. Л. Мартиневский)

# YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS, YERSINIA ENTEROCOLITICA (СЕМЕЙСТВО: ENTEROBACTERICEAE ПОД: YERSINIA)



Гр(-)палочки размером (1,8-2,7)х(0,7-0,9)мкм

Антигенная структура: O-(соматический) и H (жгутиковый) антигены.

антигены вирулентности V, W

**YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS:** Серологические варианты 16 (по O-аг) , заболевание у человека вызывают 1-5 серовары.

**YERSINIA ENTEROCOLITICA:** ПО O-АГ выделяют более 76 сероваров, наибольшее значение в патологии человека имеют O1, O3, O5, O8, O9 серовары.

Свойства возбудителей:

- психрофильность (оптимальная T культивирования и повышения вирулентности - 4-12 C)
- растёт на простых и обеднённых питательных средах
- сапрофит-способен длительно существовать в почве, воде, размножаться вне живого организма
- устойчив к повторному замораживанию и оттаиванию. Чувствителен к высыханию , солнечному свету, кипячению (погибает ч/з 10-30с), дезинфицирующим веществам (гибнет в течение нескольких минут)
- **Резервуар и источник инфекции:** почва, вода, животные

# Факторы патогенности *Yersinia pseudotuberculosis*

## Адгезины, инвазины

- **Токсины:**
- - эндотоксин (липополисахарид)
- энтеротоксин
- цитотоксин
- «летальный» токсин
- «фактор проницаемости»
- «суперантигенный» токсин

## Ферменты:

- нейраминидаза
- гиалуронидаза
- уреаза
- протеазы
- фосфолипаза
- **Антигены вирулентности:**
- -эффекторные белки (YOP) - V, W

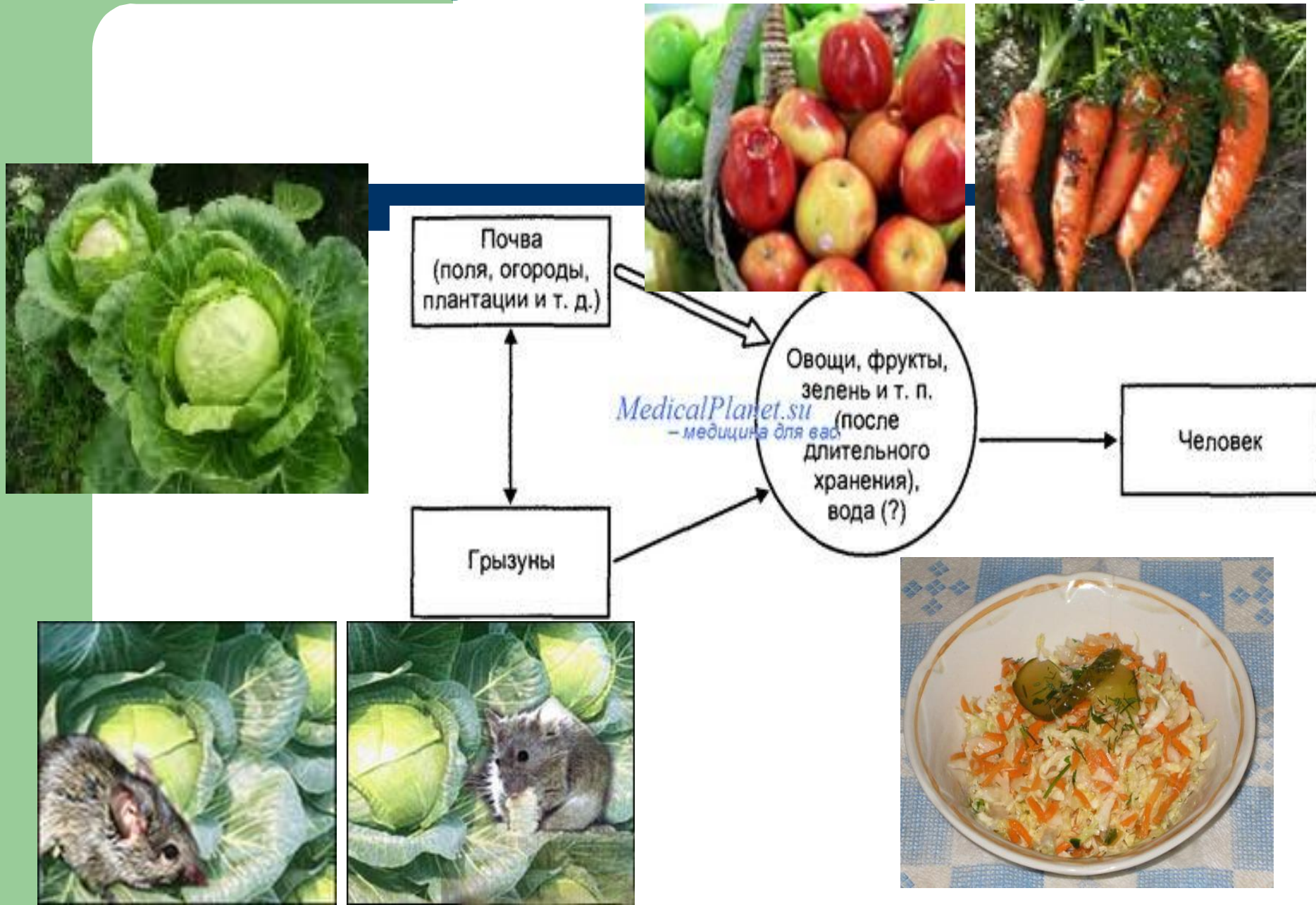


Стадия инфекционного процесса	Фактор патогенности возбудителя	Действие факторов патогенности
Проникновение возбудителя в тонкий кишечник	Термостабильный энтеротоксин (вырабатывается у небольшой части штаммов <i>Y.</i> <i>pseudotuberculosis</i> )	Секреция жидкости и электролитов в просвет кишечника - послабление стула, кратковременная диарея)
Взаимодействие с эпителиальными клетками кишечника, преодоление слизистой оболочки	Адгезин	Преодоление слизистой оболочки кишечника  %
	Инвазин	
Гибель кишечного эпителия с развитием катарального и язвенноэрозивного илеита	Летальный токсин (белок 45 kDa)	Разрушение микронитей актина цитоскелета клетки
	Цитотоксины YopE и YopT, JpkA	
Генерализация инфекции за счет устойчивости к , бактерицидным факторам крови	Термостабильный O-антиген, ЛПС	Подавление синтеза провоспалительных цитокинов; снижение фагоцитарной активности нейтрофилов; ингибиция реакции ГЧЗТ; подавление гуморального ответа
Диссеминация инфекции во внутренние органы с фагоцитами	Эффекторные белки (Yops): YopM, H, J., E и T, JpkA	Транслокация эффекторных белков внутрь фагоцита с развитием апоптоза клетки. Блокада фагоцитоза
Длительная персистенция возбудителя в организме, обострения, рецидивы. Развитие иммунопатологических процессов	Суперантиген иерсиний - YPMa	Поликлональная активация Т-лимфоцитов; гиперпродукция цитокинов (IL-2, IL-6, TNF-a, INF-a)

# Источники и резервуары

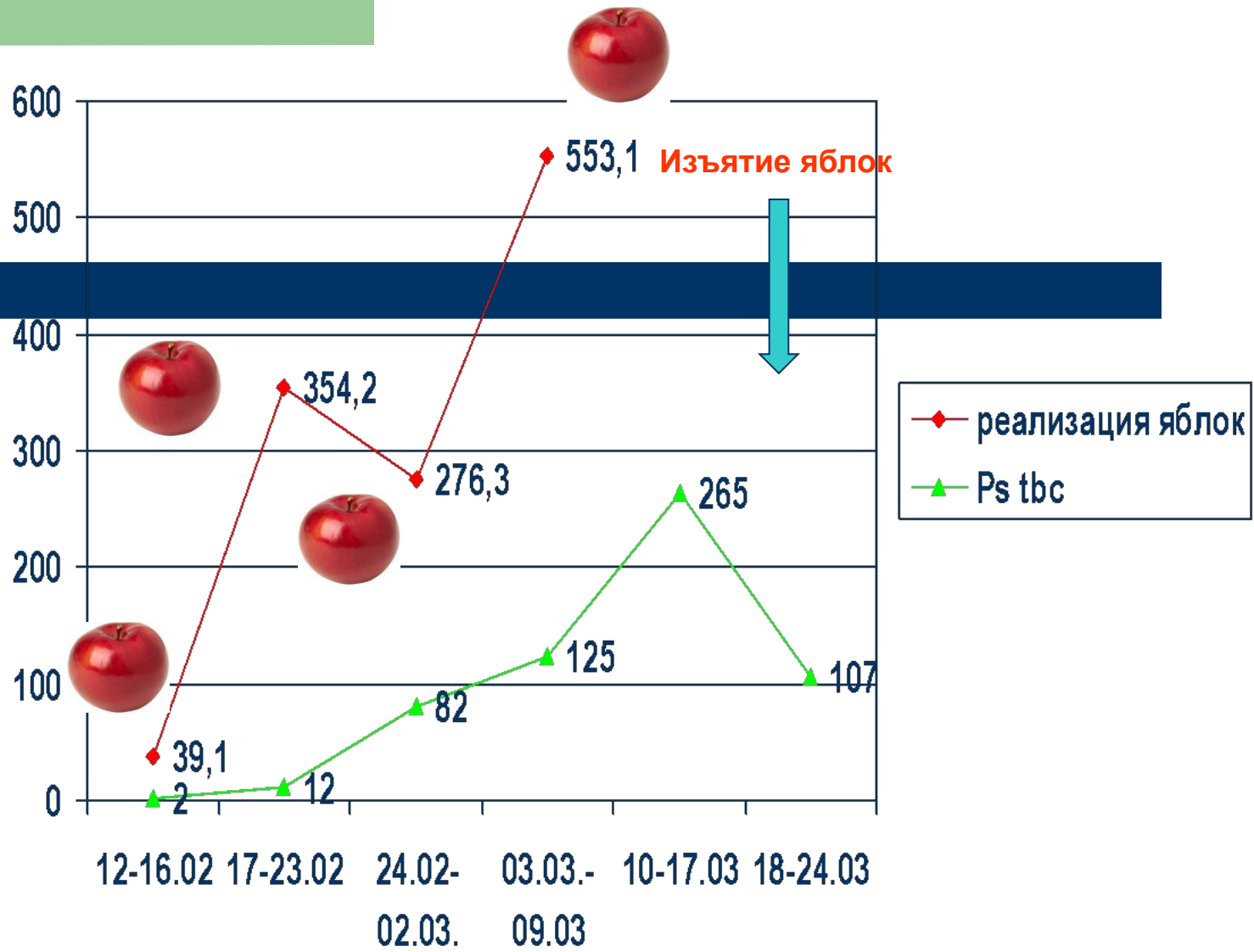
- В природных очагах естественным резервуаром и источником возбудителей псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза являются дикие мелкие млекопитающие (полевки, мыши, землеройки-буразубки, песчанки, суслики и др.). От диких грызунов, заселяющих окраины населенных пунктов, могут заражаться синантропные грызуны (серая и черная крыса, домовые мыши).
- При кишечном иерсиниозе источниками инфекции могут быть больные сельскохозяйственные животные (свиньи, коровы, овцы, козы), а также птицы. Преимущественное значение имеют свиньи, так как они выделяют наибольшее количество патогенных штаммов *Y. enterocolitica* 0:3 и 0:9.
- *Y. pseudotuberculosis* способны длительно существовать в воде и почве, которые являются промежуточными факторами передачи инфекции. Концентрация возбудителя в почве незначительна, однако с частицами почвы на корне- и клубнеплодах он переносится в складские помещения (овощехранилища и др.), где существуют оптимальные условия для его накопления. Обсемененность овощей и фруктов в овощехранилищах достигает 28,4%. Наиболее высокая зараженность установлена для свежей капусты, репчатого лука, моркови. Возможно инфицирование возбудителем зеленого лука при выращивании его в теплицах.

# Заражение возбудителем псевдотуберкулеза

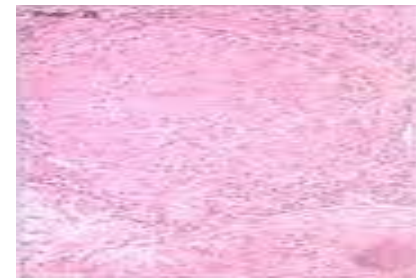


# Пути передачи

- Механизм передачи возбудителей иерсиниозов — фекально-оральный. Основной путь передачи — **пищевой**, факторы передачи — овощи, употребляемые в сыром виде, салаты, винегреты, в состав которых также входят сырые овощи. При псевдотуберкулезной инфекции в редких случаях факторами передачи могут быть фрукты, хлебобулочные, кондитерские изделия и вода из открытых водоемов (**водный** путь передачи), которые нередко загрязняются выделениями грызунов.
- При кишечном иерсиниозе факторами передачи являются продукты животного происхождения (мясо, мясные продукты, молоко и молочные продукты), употребляемые в пищу в сыром или термически недостаточно обработанном виде и длительное время хранившиеся при низких температурах (в холодильнике и др.). Обсемененность иерсиниями мясомолочной продукции, реализуемой через торговую сеть, предприятия общественного питания и пищеблоки, составляет от 6 до 12%.
- Больной псевдотуберкулезом человек эпидемической опасности не представляет. При кишечном иерсиниозе больной человек при определенных условиях может быть источником инфекции для окружающих (**контактнобытовой** путь передачи).



# Патогенез



при псевдотуберкулезе

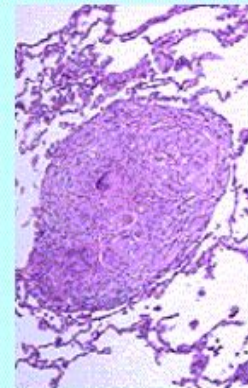
## •Иммунное (гранулематозное)воспаление



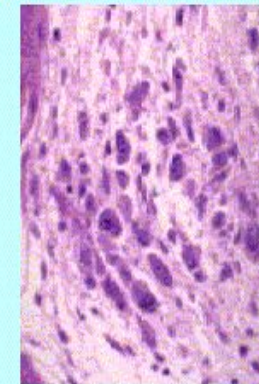
МАКРО, МИКРОскопические признаки ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ рис. 4



"Зернышки" 1- 2 мм  
гранулам в ткани  
легкого (гранулематоз)



в разной степени выраженное отграничение  
скоплений характерных клеток - гранулемы:  
(при туберкулезе)



(при ревматизме)

# Патогенез

- 1) фаза заражения,
- 2) энтеральная фаза,
- 3) фаза регионарной инфекции
- 4) фаза генерализации инфекции,
- 5) паренхиматозная фаза
- 6) формирования иммунитета

# Стадии инфекционного процесса при псевдотуберкулезе

Проникновение возбудителя в ЖКТ

Адгезия, инвазия возбудителя в слизистые ЖКТ, преодоление слизистой оболочки

Бактериемия, токсинемия, гематогенная диссеминация

- токсический синдром
- очаговые изменения в органах
- аллергические и аутоиммунные процессы

Элиминация возбудителя

Длительная персистенция возбудителя

Обострения, рецидивы, развитие иммунопатологических процессов



# Классификация псевдотуберкулеза

Год	Автор	Классификация
1958 г	Туманский В.М.	Легочная Кишечная
1959 г	Кнарр W.	Аппендикулярная Кишечная. Септико- тифоидная

1969 г. Залмовер И.Ю.

Генерализованная  
Абдоминальная  
Желтушная  
Артралгическая  
Скарлатиноподобная  
Рецидивирующая

1969г

Топылов Г.М..Слышко В.Н.

Абдоминальная: -аппендикулярная,  
Мезентериально-лимфоаденическая,  
Кишечная. Септико-тифоидная.  
Легочная Дальневосточная  
скарлатиноподобная  
Комбинированная с другими  
болезнями

1970 г Мартиневский И.Л.

Мезентериальный лимфаденит  
Аппендицит. Гастроэнтерит. Узловатая  
эритема. Глазожелезистая

**1971 г. Соболев П.Н.**

**Генерализованная с клинически выраженными локальными осложнениями:**

- смешанная с локальными очагами в нескольких органах;
- преимущественным поражением зева и респираторного тракта;
- преимущественно с абдоминальными проявлениями (аппендикулярная)

**Генерализованная форма без клинически выраженных локальных поражений**

1976 г. Матковский В.С.,  
Антонов В.С.,  
Бочоришвили В.Г.

**По основным клиническим проявлениям:**

Стертая  
Латентная

Генерализованная  
Абдоминальная  
Желтушная  
Артралгическая  
Скарлатиноподобная  
Смешанная  
Катаральная

**По тяжести:**-легкая,  
среднетяжелая, тяжелая  
–**По течению:**-с рецидивами, без  
рецидивов

# Клинические формы иерсиниозов

- Гастроинтестинальная
- Генерализованная
- Вторично-очаговая (развитие аутоиммунных реакций чаще через 2-3 недели от начала болезни, но иногда начальный этап болезни клинически не выражен).

# Клиническая классификация туберкулеза диссеминированных (Н.Д.Ющук, В.И.Покровский)

## Генерализованная форма

- смешанный вариант
- септический вариант
- септикопиемический вариант

## Гастроинтестинальная форма

- гастроэнтероколит
- энтероколит
- гастроэнтерит

## Абдоминальная форма

- мезентериальный лимфаденит
- терминальный илеит
- острый аппендицит

## Вторично-очаговая форма

- артрит
- узловатая эритема
- миокардит
- гепатит
- менингит

# Синдромы при иерсиниозах

- Общеинтоксикационный
- Диспептический
- Катаральный
- Экзантемы
- Артралгический

# Клинические проявления вторично-очаговых форм:

- Полиартриты
- Узловатая эритема
- Синдром Рейтера (конъюнктивит, склерит, уретрит, артрит)
- миокардит



## осложнения

- Гепатиты
- Спаечная кишечная непроходимость
- Перфорация кишечника
- Перитонит
- Очаговый гломерулонефрит
- Менингоэнцефалит

# Основные диагностические признаки:

- Инкубационный период от 3 до 18 дней
- Интоксикация
- Артралгии (у 50-70% больных)
- Абдоминальный синдром (мезаденит, терминальный илеит, симптом Падалки и тд.)
- Умеренные воспалительные изменения в ротоглотке (рино-фарингит, реже тонзилит, малиновый язык)
- Сыпь (вокруг суставов), симптомы «перчаток», «носков», «капюшона», «очков»)
- Генерализованная лимфаденопатия

**1-2 день**



**4-6 день**



### Псевдотуберкулез



www.labster.ru

Симптом "капюшона".

Мелкоточечная сыпь на груди и животе. Белый дермографизм



Мелкоточечная пятнисто-папулезная сыпь. Симптом "носков"



Симптом "перчаток"

# Симптом «перчаток»





# Симптом Пастиа



# Сыпь на коже при псевдотуберкулезе





# Пластинчатое шелушение



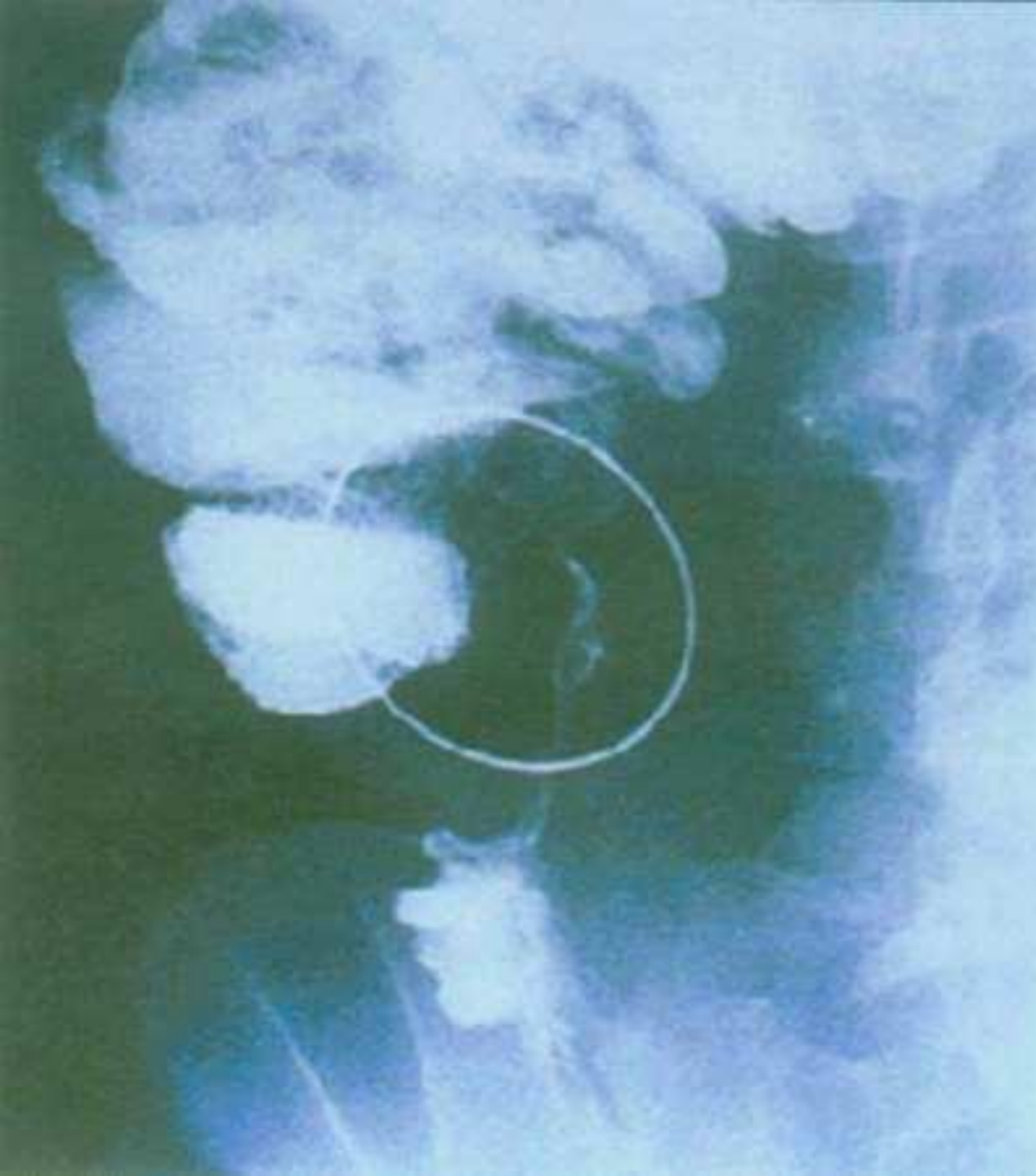
# Пластинчатое шелушение





# Абдоминальная форма

- Начало заболевания схоже с гастроинтестинальной формой. Однако через 1—3 дня рвота и понос прекращаются, но появляются (или усиливаются) боли в правой подвздошной области или вокруг пупка. У некоторых больных заболевание начинается сразу с интенсивных болей в животе без определенной локализации, которые затем концентрируются в правой подвздошной области. Аппендикулярная симптоматика сопровождается повышением температуры тела до 39°C, лейкоцитозом (до 20-10<sup>9</sup>/л) и увеличением СОЭ.
- **При мезентеральном лимфадените больны** х беспокоят нерезкие боли в правой подвздошной области, возникшие на 2—4-й день болезни на фоне лихорадки и диареи и сохраняющиеся до 2 мес.
- **Для терминального илеита** характерны повышение температуры тела, ноющая постоянная боль в правой подвздошной области и явления энтероколита. Явления терминального илеита исчезают через 2—6 нед. У половины больных бывают экзантемы, артралгии и миалгии, шелушение кожи ладоней, пальцев рук и стоп, полиаденопатия, гепато- и гепатоспленомегалия. При благоприятном течении абдоминальная форма продолжается 3—6 нед и заканчивается выздоровлением

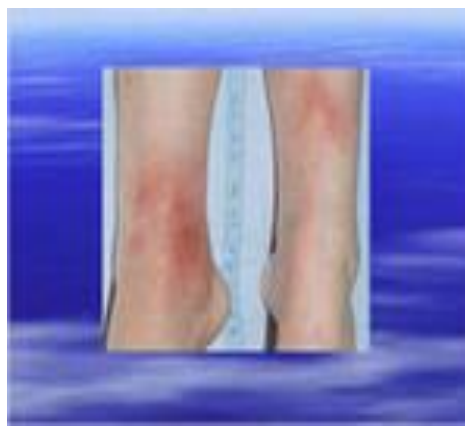


"Симптом шнура"  
— резкое сужение  
терминального  
отдела  
подвздошной  
кишки.

Исследование с  
бариевой клизмой.  
Диф. диагностика  
с болезнью Крона

- Наиболее частый вариант вторично-очаговой формы — артритический, характеризуется продолжительными артритами, которым в большинстве случаев предшествуют диспептические явления и симптомы интоксикации.
- У большинства больных развивается полиартрит преимущественно с поражением межфаланговых, лучезапястных, межпозвоночных, лопаточно-ключичных и тазобедренных суставов, при моноартрите — коленных, голеностопных или локтевых. Чаще наблюдается асимметричное поражение суставов нижних конечностей. Обычно последовательно поражаются 2—3 сустава с интервалом от нескольких дней до 2—3 нед. Характерно появление тазового и осевого синдромов (сакроилеит, спондилит) и энтеропатий. Иерениозные артриты часто сочетаются с кардитом.
- У большинства больных развиваются астенические и вегетоневротические реакции.

# Суставной синдром

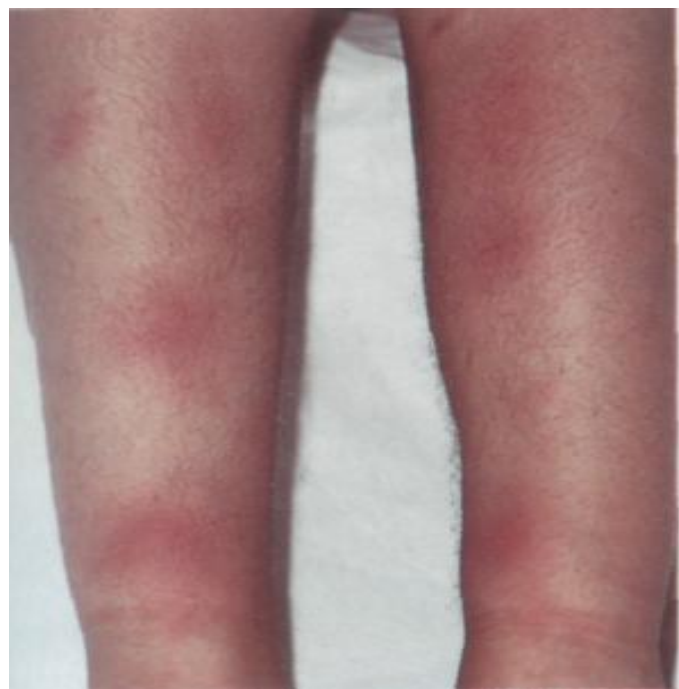




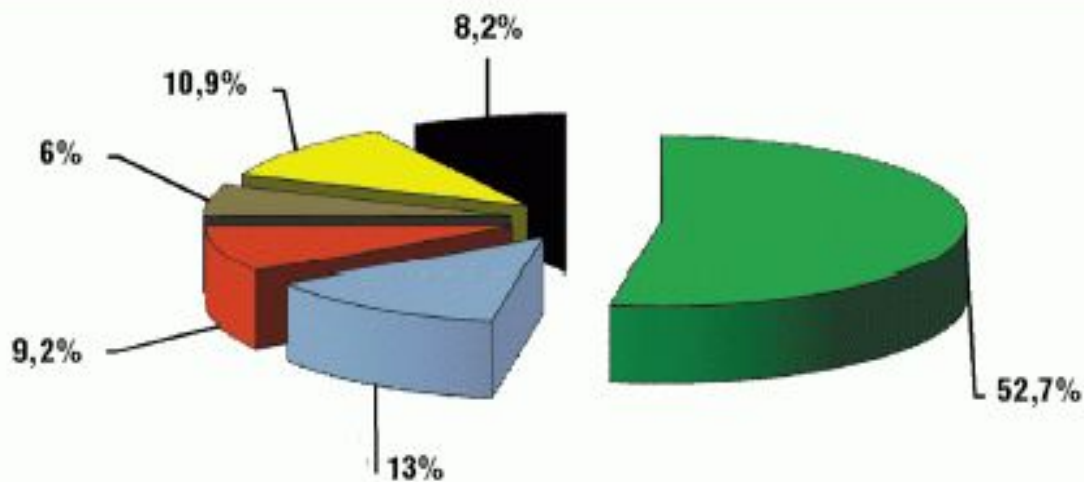
## узловатая эритема



# Узловатая эритема



# Исходы псевдотуберкулеза




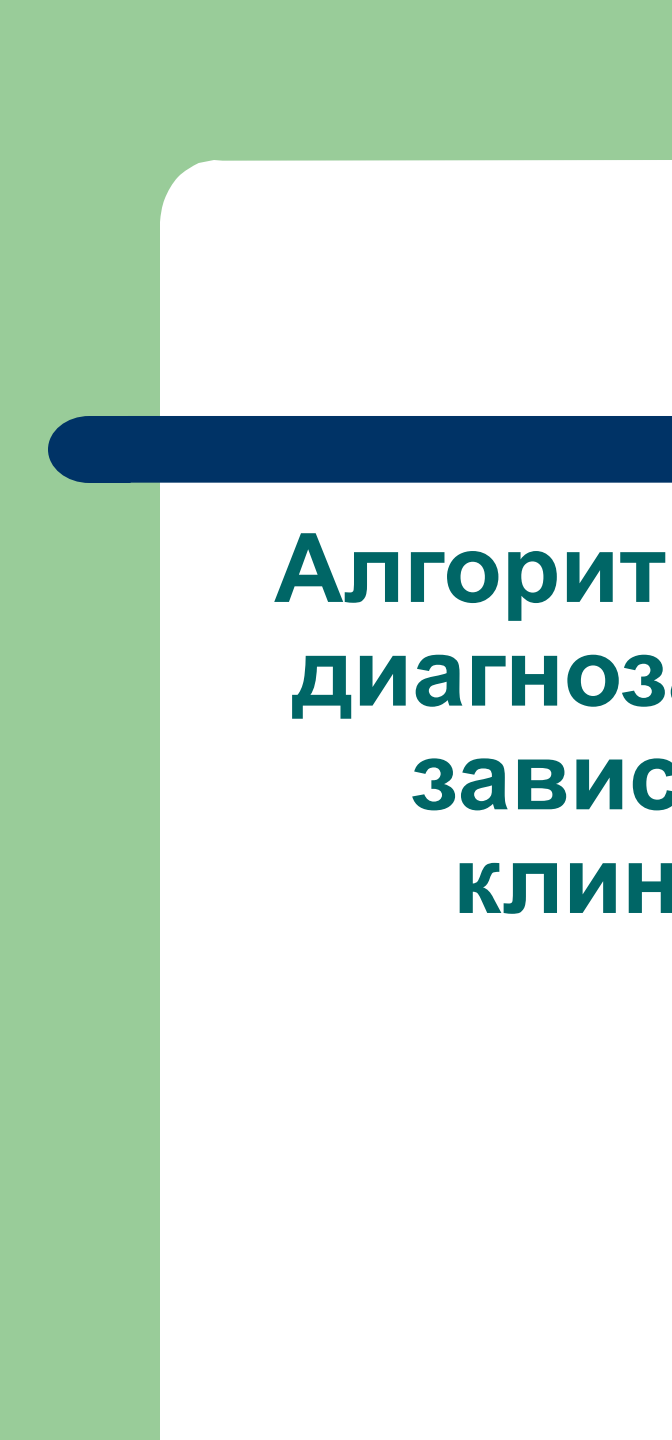
- Выздоровление
- Формирование хронического течения
- Формирование заболеваний с аутоиммунным компонентом
- Обострение сопутствующих заболеваний
- Формирование заболеваний с инфекционно-воспалительным компонентом
- Резидуальные явления

Рис. 2. Отдаленные исходы генерализованной формы иерсиниоза и смешанной формы псевдотуберкулеза

## *Обследование с приема*

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Исследование кала на иерсинии 2-хкратно.
- РНГА – парные сыворотки:
  - первая сыворотка не ранее 7 дня с момента заболевания;
  - вторая - через 7-14 дней после забора первой сыворотки.
- По показаниям – АЛТ, АСТ, билирубин





# **Алгоритм дифференциального диагноза псевдотуберкулеза в зависимости от ведущего клинического синдрома**

# 1. Синдром лихорадки

- Грипп, ОРВИ
- Инфекционный мононуклеоз
- ВИЧ-инфекция
- Брюшной тиф
- Генерализованная форма сальмонеллеза
- Острый описторхоз
- Острый бруцеллез (при наличии соответствующего эпиданамнеза)
- Малярия (при наличии соответствующего эпиданамнеза)
- Сепсис
- Бактериальный эндокардит
- Дебют системных заболеваний соединительной ткани

## 2. Синдром экзантемы

- Скарлатина (при наличии мелкоточечной сыпи)
- Корь (при наличии крупнопятнистой сыпи)
- Краснуха (при наличии мелкопятнистой сыпи)
- Токсикодермия
- Энтеровирусная инфекция

# Синдром диареи

- \* Острые кишечные инфекции
- \* Энтеровирусная инфекция
- \* Аденовирусная инфекция
- \* Неспецифический язвенный колит

## 4. Синдром желтухи

- \* Вирусные гепатиты А, В, С
- \* Острый описторхоз
- \* Лептоспироз
- \* Инфекционный мононуклеоз



## 5. Синдром лимoadенопатии

- \* Инфекционный мононуклеоз
- \* Аденовирусная инфекция
- \* ВИЧ-инфекция
- \* Туляремия
- \* Туберкулезный лимфаденит
- \* Лимфогрануломатоз

## 6. Синдром артрита

- \* Клещевой боррелиоз
- \* Ревматоидный артрит
- \* Острый ревматизм
- \* Инфекционно-аллергические артриты
- \* Синдром Вислера-Фанкони  
(аллергический субсепсис)

# 7. Геморрагический синдром

- \* ГЛПС и другие геморрагические лихорадки
- \* Геморрагический васкулит
- \* Менингококковая инфекция
- \* Лептоспироз

## 8. Синдром ангины

- \* Инфекционный мононуклеоз
- \* Туляремия
- \* Скарлатина

# Дифференциально-диагностические признаки абдоминальной формы псевдотуберкулёза и острого аппендицита

Признаки	Абдоминальная форма псевдотуберкулёза	Острый аппендицит
Эпидемиологические данные	Чаще весной, в конце зимы и в начале лета. Характерны групповые случаи	Спорадические случаи, без сезонности
Начало заболевания	Острое, с ознобом лихорадкой, выраженной интоксикацией и болью в животе	Этапность: сначала боли в животе, затем нарастающая интоксикация и лихорадка
Окраска кожи и слизистых оболочек	Гиперемия ладоней, стоп, лица, шеи, слизистой оболочки зева и конъюнктив	Чаще обычная или бледная
Экзантема	Характерна	Не наблюдается
Язык	■ 'Малиновый»	Обложен, сухой
Боль в животе	Чаще со 2-4-го дня болезни при ступообразная	С первых часов болезни, постоянная
Тошнота и рвота	Бывают редко не зависят от болей в животе	Часто особенно у детей. Возникают после появления болей в животе
Симптомы раздражения брюшины	Редко, выражены нечётко	Характерны, выражены
Увеличение брыжеечных лимфатических узлов	Часто	Не наблюдается
Симптомы паренхиматозного гепатита	Часто	Не характерны
Температура тела	Фебрильная, достигает максимума в первые сутки	Повышается постепенно, чаще субфебрильная
Увеличение СОЭ	Характерно	Не характерно при отсутствии осложнений

# Дифференциальная диагностика псевдотуберкулёза, гриппа, скарлатины и менингококкемии

Клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	псевдотуберкулёз	грипп	скарлатина	менингококкемия
Начало	Острое	Острое, иногда бурное	Острое	Бурное
Интоксикация	Выражена с первого дня болезни, длительная	Выражена с первых часов, кратковременная	Выражена с первых часов	Резко выраженная, длительная
Лихорадка	Фебрильная, держится 1-2 нед	Фебрильная, не более 5 дней	Фебрильная, сохраняется 7-8 дней	40 °С и выше, длительная

Клинические признаки	Дифференцируемые заболевания			
	псевдотуберкулёз	грипп	скарлатина	менингокок-кемия
Гиперемия лица	Характерна	Характерна	Характерна, носогубный треугольник бледный	Не бывает
Экзантема	Полиморфная, иногда с геморрагиями, узловатая эритема. Со 2-4-го дня болезни, преимущественно на туловище, конечностях, ладонях, стопах, на фоне гиперемии. иногда зудящая. После исчезновения появляется шелушение	Не бывает	На гиперемии- ванной коже со сгущением в естественных складках, с геморрагиями. Появляется на 1-2-е сутки болезни, держится 5-7 дней, с последующим шелуше- нием	Звёздчатая геморрагическая, сливная с некрозами. Появляется в первые часы болезни, пре- имущественно на конечностях и ягодицах. Сохраняется длительно
Изменения в ротоглотке	Умеренно выраженная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки; реже — ангина	Умеренно выраженная гиперемия	Яркая, зона гиперемии резко отграничена от бледного твердого неба. Катаральная, лакунарная, фолликулярная, редко — некротическая	Глотка гипе- ремирована, отечность задней стенки с гиперплазией лимфоидных фолликулов
Катаральные явления	В начале болезни	Не характерны	Не характерны	Иногда — назо- фарингит
Боль в животе	Схваткообразная, чаще в околопупочной и правой подвздошной области	Отсутствует	Не характерна	Отсутствует
Диспепсические явления	Характерны	Не бывает	Отсутствуют	Отсутствуют
Артралгия	Характерна	Отсутствует	Возможна на 2-3-й неделе	Крайне редко
Гепато-лиенальный синдром	Характерен	Отсутствует	Отсутствует	Возможен
Увеличение перифе- рических лимфатических узлов	Характерно	Отсутствует	Возможно	Отсутствует
Изменения гемограммы	Часто нейтрофильный лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, эозинофилия. увеличение СОЭ	Лейкопения, лимфоцитоз	Лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. В конце 1-й — начале 2-й недели — эозинофилия	Резко выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (до $20-40 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом формулы влево

Клинические признаки	псевдотуберкулёз	трихинеллёз	медикаментозный дерматит
	Начало	Острое, может быть постепенным	Часто острое
Лихорадка	Чаще фебрильная. 1-2 нед	Ремиттирующего, постоянного или неправильного типа. Нарастает в течение 1-2 нед. Снижается постепенно, Редко субфебрилитет до нескольких месяцев	Субфебрильная. Может быть нормальная температура
Интоксикация	Выражена с первого дня, длительная	Выраженная, длительная	Не выражена
Экзантема	Полиморфная, иногда с геморрагиями. Со 2-4-го дня болезни, преимущественно на туловище конечностях, ладонях, стопах, на фоне гиперемии иногда зудящая. Может быть узловатая эритема, После исчезновения сыпи — шелушение	Чаще макулёзная, сливная, сохраняется 5-8 дней, затем пигментация и шелушение. Нет характерной локализации и этапное™ высыпаний Иногда зудящая. Характерны несколько волн высыпаний	Чаще макулёзная, кореподобная, после приема ЛС, Зудящая, сливная. Исчезает после отмены препарата
Склерит и конъюнктивит	Характерны	Конъюнктивит с геморрагиями в стадии периорбитального отека	Часто
Гиперемия и одутловатость лица	Характерны	Чаще одутловатость лица (особенно вею при нормальном цвете кожи)	Одутловатость, ощущение жжения лица без гиперемии
Боль в животе	Схваткообразная или постоянная, ноющая в илеоцекальном углу и около дупка	При тяжелом течении	Иногда, разлитая
Диарея	Характерна	При тяжелом течении	Встречается редко
Желтуха	При развитии гепатита, неяркая, кратковременная	Возможна	Не бывает
«Малиновый» язык	Характерен	Характерен	Редко — красный, без гипертрофированных сосочков, «географический»
Артралгия	Характерна	Не бывает	Редко
Гепато-лиенальный синдром, полиаденопатия	Характерны	Характерны	Крайне редко
Миалгия	Характерна	Резко выражена. Появляется в конечностях затем в мышцах языка глотки и жевательных мышцах	Крайне редко
Поражение почек	Иногда пиелонефрит со скудной симптоматикой	Не характерно	Редко — аллергический нефрит
Изменения в гемограмме	Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ	Лейкоцитоз, эозинофилия (до 60%) в течение 2-3 мес	Неспецифичны. Редко умеренная эозинофилия



## Дифференциальная диагностика между иерсиниозом, сальмонеллёзом и шигеллёзом

Клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниоз	ПТИ (сальмонеллёз)	острый шигеллёз
Начало болезни	Острое	Бурное	Острое
Интоксикация	Выражена с первого дня. длительная	Выраженная кратковременная	Выраженная кратковременная
Лихорадка	Фебрильная, держится 1-2 нед	Фебрильная кратковременная (2-3 дня)	Фебрильная или субфебрильная кратковременная
Катаральные явления	Часто	Нет	Нет
Экзантема	Полиморфная, появляется в разные сроки	Нет	Нет
Симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	Характерны, но могут отсутствовать	Не бывает	Не бывает
Артралгия. артрит	Характерны	Отсутствуют	Отсутствуют
Тошнота, рвота	Бывают	Характерны	Редко

Клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниоз	ПТИ (сальмонеллёз)	острый шигеллёз
Язык	Обложен, со второй недели «малиновый»	Обложен, сухой	Обложен, влажный
Боль в животе	Схваткообразная, чаще в правой подвздошной и околопупочной области	Разной интенсивности, в верхнем и среднем отделах живота	Схваткообразная, в нижних отделах живота, в области сигмы
Характер стула	Жидкий, иногда с примесью слизи и крови	Обильный зловонный, зеленоватого цвета	Скудный, со слизью и кровью, «ректальный плевок»
Дизурические симптомы	Характерны	При тяжёлом течении	Не бывает
Поражение сердца	Редко — миокардит	ССН на пике интоксикации и обезвоживания	ССН при тяжёлом течении
Гепатоспленомегалия	Характерна	Не бывает	Не бывает
Желтуха	Редко, на высоте лихорадки и интоксикации	Очень редко	Отсутствует
Лимфаденопатия	Характерна	Не бывает	Не бывает
Показатели гемограммы	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ лимфопения,	Лейкоцитоз, лимфопения	Нейтрофильный сдвиг влево
Данные эпиданамнеза	Употребление в пищу термически не обработанных свежих овощей; длительно хранившихся в холодильнике молока и продуктов из него	Пищевой фактор. Групповые заболевания	Контакт с больным человеком, употребление необеззараженной воды и подозрительных пищевых продуктов

# Дифференциальная диагностика между иерсиниозом, вирусными гепатитами и ревматизмом

Клинические признаки	Дифференцируемые заболевания		
	иерсиниоз	вирусные гепатиты	ревматизм
Начало болезни	Острое	Постепенное	Чаще постепенное, может быть бурным
Лихорадка	Фебрильная (1-2 нед)	Фебрильная температура (при ВГА и ВГО). кратковременная	Фебрильная — кратковременно, субфебрильная — длительно
Катаральные явления	Часто	В продромальном периоде гепатита А	За 2-4 нед эпизод стрептококковой ангины или обострение хронического тонзиллита
Кожные проявления	Экзантема полиморфная, разные сроки	Возможна экзантема по типу крапивницы	Узловатая, кольцевидная эритема. Ревматоидные узелки
Гиперемия и отёчность ладоней и стоп, «малиновый» язык	Характерны	Отсутствуют	Отсутствуют
Артралгия, артрит	Характерны	Летучие артралгии (ВГВ, ВГО)	Симметричное поражение крупных суставов

Тошнота, рвота	Бывают	Возможны	Не характерны
Боль в животе	Чаще в правой подвздошной области	Не характерна. Возможна при ВГО, ВГЕ	Не характерна
Характер стула	Жидкий, иногда с примесью слизи и крови	Склонность к запору	Чаще не изменяется
Дизурические симптомы	Характерны	Не бывает	Возможен нефрит
Поражение сердца	Редко — миокардит	Сердечно-сосудистая недостаточность при тяжёлом (фульминантном) течении	Кардит и ревмокардит
Гепатоспленомегалия	Характерна	Возможна	Не бывает
Желтуха	Редко, на высоте лихорадки и интоксикации	Чаще яркая, длительная	Отсутствует
Лимфаденопатия	Характерна	Отсутствует	Чаще подчелюстные
Неврологические симптомы	Вегето-сосудистые нарушения, менингеальный синдром	Острая или подострая печеночная энцефалопатия	Малая хорея, менинго-серозный менингит, церебральный васкулит
Лабораторные исследования	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лимфопения.	Лейкопения, лимфоцитоз, снижение СОЭ	Лейкоцитоз со сдвигом вправо, лимфопения
	Умеренное повышение ферментов, бинемия и нестойкое повышение активности гипербилирубинемия	Длительная гипербилирубинемия и повышение активности ферментов. Изменение тимоловой и сулемовой проб	Диспротеинемия, резко повышен титр антистрептолизина-О, СРВ
	Выделение культуры иерсиний, их антигенов и антител к ним	Обнаружение маркёров вирусных гепатитов	Обнаружение стрептококкового антигена, антистрептолизина-О, АСК, АС Г
Данные эпиданамнеза	Употребление в пищу термически не обработанных свежих овощей, особенно капусты, моркови, длительно хранившихся в холодильнике молока и продуктов из него	Употребление продуктов и воды, контаминированных вирусами ВГА и ВГЕ, контакт с больными ВГА, парентеральный анамнез (ВГВ, ВГС, ВГО)	Без особенностей

# Лечение:

- Диета
  - Антибактериальная терапия
- 
- Дезинтоксикационная терапия
  - Нестероидные противовоспалительные препараты
  - Антигистаминные препараты

# Стандарты терапии иерсиниозов

## Режим. Диета

- При тяжёлом течении режим постельный, в остальных случаях — палатный.
- Для диетического питания назначают столы № 4, 2 и 13.

# Антибактериальная терапия

- **Антибактериальную терапию** начинают всем больным, независимо от формы болезни, в максимально ранние сроки (желательно до третьего дня болезни). Выбор препарата зависит от чувствительности штаммов иерсиний, циркулирующих на данной территории. Препараты выбора — фторхинолоны и цефалоспорины III поколения.
- Хлорамфеникол рекомендуют для лечения иерсиниозного менингита (в/м. 70-100 мг/кг в сутки). Тактику ведения больных с абдоминальной формой вырабатывают совместно с хирургом.

# Лечение легкой формы

- Бисептол – 5-7 дней
- НПВС (Нурофен)– 3 дня



# Средне-тяжелая форма

- Цифран – 5-7 дней.
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил) – 5-7 дней
- Дезинтоксикационная терапия № 1-2 (глюкозо-солевые растворы)
- НПВС (**Нурофен**)– 5 дней
- Симптоматическая терапия

**Препараты выбора:** Абактал , доксициклин, цефалоспорины 2 поколения; **резерва:** цефалоспорины 3 поколения, аминогликозиды, левомецетин.

# Тяжелая степень тяжести

- Цифран, гентамицин, цефалоспорины 2
- Дезинтоксикационная терапия № 1-2 (коллоиды, глюкозо-солевые растворы) - 5 дней
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил – 5-7 дней; **По показаниям – гормоны**)
- НПВС (**Нурофен**)– 5 - 7 дней
- Гепатопротекторы, гормоны коротким курсом, 1-2 мг/кг, сорбенты, аскорбиновая кислота, консультация хирурга.

**Препараты выбора** 1.Амикацин. 2.Цефалоспорины 3 поколения – 7-10 дней в\м. **Препараты резерва:** Рифампицин - в\м. 2.Левомецетин – в\м.

Клиническая форма	Клинический вариант	Этиотропное лечение		Патогенетическое лечение	
		препарат	схема	препарат	схема
Гастроинтестинальная	Гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит	Ципрофлоксацин	1–1,5 г/сут; по 0,5–0,75 г два раза в день п/о	Полиионные растворы (квартасоль, хлосоль, ацесоль и др.)	Объём регидратации и способ введения определяются степенью обезвоживания и массой тела больного
				Коллоидные растворы (гемодез, реополиглюкин и др.)	400–1000 мл/сут в/в капельно
				5 (10)% раствор глюкозы	400–1000 мл/сут в/в капельно
Абдоминальная	Терминальный илеит, мезаденит, острый аппендицит	Ципрофлоксацин	1–1,5 г/сут; по 0,5–0,75 г два раза в день в/м	Антигистаминные препараты: лоратадин 0,01 г/сут однократно; клемастин 0,002–0,004 г/сут; по 0,001 г два раза (утром и вечером перед едой) или по 2 мл 0,1% раствора два раза в день; хлоропирамин 0,05–0,075 г/сут; по 0,025 г 2–3 раза в день во время еды. Курс лечения зависит от эффективности, в среднем 10–20 дней	
		Доксициклин	0,1–0,2 г/сут; в 1-й день — 0,2 г однократно, затем 0,1 г/сут в течение 10–14 дней		
		Тетрациклин	1,2 г/сут; по 0,3 г четыре раза в день перорально, 10–14 дней		
		Гентамицин	120–180 мг/сут; по 40–60 мг три раза в день в/м, 10 дней		
		Цефазолин	2–4 г/сут; по 0,5–1 г 3–4 раза в день в/м, 10 дней		

Генерализованная	Смешанный, средней степени тяжести	Ципрофлоксацин	1 г/сут, по 0,5 г два раза в день, в/м	<p>Коллоидные растворы, растворы глюкозы и антигистаминные препараты. Дозы и схемы как при гастроинтестинальной и абдоминальной форме</p> <p>Неспецифические противовоспалительные средства (НПВС): диклофенак ретард 100 мг/сут однократно после еды; ибупрофен 1–2 капсулы два раза в день после еды; индометацин: вначале 0,05–0,075 г/сут по 0,05 г 2–3 раза, затем 0,1–0,2 г/сут по одному драже 3–4 раза в день; ацеклофенак 200 мг/сут, по 100 мг два раза в день; мелоксикам 15–22,5 мг/сут по 7,5–15 мг два раза в день и др.</p> <p>Длительность приёма НПВС зависит от эффекта и переносимости</p> <p>Препараты, стимулирующие метаболические процессы: гидроксиметилурацил 2–3 г/сут; по 0,5 г 4–6 раз в сутки во время или после еды; пентоксил* 0,8–0,16 г/сут; по 0,2–0,4 г 3–4 раза в день после еды; оротовая кислота 0,5–0,15 г/сут; по 0,5 г три раза в день до еды.</p> <p>Курс лечения зависит от эффективности и переносимости, в среднем 20–40 дней</p>
		Цефалоспорины III поколения (цефоперазон, цефтазидим, цефтриаксон и др.)	2 г/сут, по 1,0 г два раза в день в/м или в/в	
		Доксициклин, тетрациклин, цефазолин	Дозы и схемы см. выше	
		Хлорамфеникол	70–100 мг/кг в сутки в четыре приёма в/м	
		Пефлоксацин	800 мг/сут; по 400 мг два раза в день перорально	
Смешанный, тяжёлое течение	Смешанный, тяжёлое течение	Цефалоспорины (цефоперазон, цефтазидим, цефтриаксон и др.)	6–8 г/сут, по 3–4,0 г два раза в день в/в 10–14 дней	
		Ципрофлоксацин	400–800 мг/сут в/в, 10–14 дней	
		Гентамицин	2,4–3,2 мг/кг в/м в 2–3 приёма в течение 2–3 дней, затем 0,8–1,2 мг/кг в сутки в 2–3 приёма в течение 10 дней	
Септический	Септический	Одновременно 2–3 антибактериальных препарата	Цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, в/в введение 10–14 дней	

# Вторично-очаговая

- Антибактериальная терапия предпочтителен доксициклин по 200 мг/сут – 1 таб 2 раза в день до 30 дней.
- НПВС;
- Препараты, стимулирующие метаболические процессы

## Иммунокорректоры:

- **циклоферон** (меглумина акридонацетат ) по 2 мл 12,5% (250 мг) один раз в день, в/м, по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сутки;
- **имунофан\*** по 1,0 мл один раз в день с интервалом 3 дня, 8-10 инъекций;
- **Полиоксидоний** – в\м: 6 мг/сут (первые 2 дня ежедневно, затем через 3 дня, №10). Ректальные свечи: 0,1-0,2 мг/кг ( по 6 или 12 мг/сут), перед сном после опорожнения кишечника первые 3 дня ежедневно, затем через 3-4 дня, № 10-15.
- При длительном суставном синдроме и признаках системности: хлорохин 0,25-0,5 г/сут; первые 10 дней по 0,25 г два раза в день (после обеда и ужина), затем однократно после ужина, длительно, не менее 6 мес; гидроксихлорохин 0,8 г/сут, по 0,4 г два раза в день после еды, длительно, не менее 6 мес; сульфасалазин 2 г/сут по схеме: 1-я неделя — по 0,5 г один раз вечером; 2-я неделя — 1 г/сут (по 0,5 г два раза в день, утром и вечером), 3-я неделя — 1,5 г/сут (0,5 г утром и 1 г вечером), с 4-й недели — 2 г/сут (по 1 г утром и вечером) строго после еды. Курс 6-12 мес

# НПВС

- *Вольтарен ретард* - 100 мг/сут, однократно, после еды
- *Ацеклофенак* - 100—200 мг/сут: по 1 таблетке 1—2 раза в сутки, после еды
- *Нимесулид* - 100—200 мг/сут: по 1 таблетке в сутки, после еды
- *Мелоксикам* - 7,5—15 мг/сут: по 1 таблетке 1—2 раза в сутки, или в ректальных свечах
- *Кетопрофена лизиновая соль* - 320 мг/сут: по 1 капсуле 1 раз в сутки; или по 2 мл 1—2 раза в сутки, в/м; или ректальные суппозитории 2—3 раза в сутки

# Задача 1.

- Больная Л., 40 лет, работает на мясокомбинате, поступила в стационар с жалобами на резкую головную боль, мышечные и особенно суставные боли, бессонницу, потерю аппетита, выраженную общую слабость.
- Заболела 4 дня назад остро. Температура тела повысилась до 39°C, появилась боль в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. Отмечалась головная боль, выраженные суставные боли. Насморк, небольшой сухой кашель, общая слабость. На 4-ый день болезни на коже появилась сыпь. "Скорой помощью" доставлена в инфекционный стационар.
- При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 39,5°C. Кожа сухая и горячая, лицо одутловатое. Выявляются симптомы "капюшона", "перчаток" и "носков". Конъюнктивит, инъекция сосудов склер. Бледный носогубный треугольник. Слизистая оболочка зева гиперемирована, на слизистой оболочке мягкого мелкоточечная энантема. На коже боковых поверхностей туловища, в аксиллярных областях, на сгибательных поверхностях верхних конечностей имеется ярко-розовая мелкопятнистая сыпь на неизменной коже. Пальпируются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичен. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык "малиновый". Живот мягкий, чувствителен при пальпации в илеоцекальной области. Печень на 1,5 см выступает из подреберья. Пальпируется селезенка. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет.
- Лабораторные данные: Кровь: Нв-120 г/л, Лц.- $9,0 \times 10^9$ /л, Эоз-3, П-6, С-74, Лм-15, Мон-2, СОЭ-20 мм/час. Моча: следы белка, уд.вес-1020, ед. клетки плоского эпителия, ед. лейкоциты в п/зр.

# В О П Р О С Ы

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.



# Предварительный диагноз.

- Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный (скарлатиноподобный) вариант, средняя тяжесть.

# Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?

- Где питается больная, употребляла ли в пищу салаты из свежих овощей в течение последних 2-х недель. Соблюдает ли правила личной гигиены? Уточнить сведения о наличии грызунов на овощной базе, где работает больная.

# Дифференцируемые заболевания.

- Скарлатина, энтеровирусная инфекция.

	Псевдотуберкулез	Скарлатина
Синдром интоксикации	<p>Наращение температуры тела до 39-40 °С к 3-4-му дню болезни.</p> <p>Температурная кривая имеет волнообразный, реже — постоянный или ремиттирующий характер. Длительность лихорадочного периода в большинстве случаев составляет <b>около 2 нед</b></p>	<p>Сначала познабливание, затем температура тела достигает 39-39,5 °С, нарастая до 3-го дня болезни, оставаясь повышенной <b>до 6-го</b> дня, а затем литически снижается до нормы</p>
Внешний вид	Гиперемия кожи лица, шеи, верхней части груди, ладоней и подошв	Слегка отечное лицо, блестящие глаза, пылающие щеки и бледный носогубный треугольник («кукольное лицо»)
Изменения слизистой оболочки ротоглотки	Умеренная гиперемия слизистой оболочки глотки, фарингит	Яркая гиперемия с четким отграничением по краю твердого нёба, тонзилит
Состояние конъюнктив	Конъюнктивит, склерит	Не изменены

	Псевдотуберкулез	Скарлатина
Время появления сыпи	3—4-й день болезни	1—2-й день болезни
Состояние лимфатических узлов	Лимфаденопатия. Увеличение и болезненность переднешейных, заднешейных, подчелюстных, реже других групп лимфатических узлов	Увеличение и болезненность тонзиллярных лимфатических узлов
Гепато-лиенальный синдром	Характерен	Не характерен

# План обследования

- Бактериологический метод исследования: посев испражнений, крови в фосфатно-буферный раствор.
- Серологическая диагностика: РА, РНГА методом парных сывороток – диагностический титр 1/200 и выше
  - первая сыворотка не ранее 7 дня с момента заболевания;
  - вторая - через 7-10 дней после забора первой сыворотки.

# Антибактериальная терапия

- **Пефлоксацин** - 200—400 мг/сут: по 0,2 1—2 раза в суки, *per os*, 10 дней
- **Ципрофлоксацин** - 1 — 1,5 г/сут или по 0,5-0,75 г 2 раза в день, в/м, 10 дней
- **Цефтриаксон** - 1—2 г/сут, при необходимости до 4 г/ сут: по 0,5—2 г 2 раза в сутки в/м или в/в, 10 дней
- **Цефтазидим** - 3—4 г/сут: по 1 г 3 раза в сутки или по 2 г 2 раза в сутки, в/м или в/в, 10 дней
- **Цефоперазон** - 1—2 г/сут: по 0,5—1 г 2 раза в сутки; в/м или в/в, 10 дней
- **Доксициклина гидрохлорид** - 0,1—0,2 г/сут; в 1-й день — 0,2 г однократно, затем 0,1 г/сут, 10—14 дней
- **Гентамицина сульфат** - 120—180 м г/сут; по 40—60 мг 3 раза в день, в/м, 10 дней
- **Левомецетина сульфат** растворимый - 2—4 г/сут; по 0,5—1 г 4 раза в день, в/м, 10—14 дней
- **Тетрациклина гидрохлорид** - 1,2 г/сут; по 0,3 г 4 раза в день, *per os*, 10—14 дней

# Патогенетическая терапия:

- Дезинтоксикационная - гемодез-400,0мл, раствор глюкозы 5%-400,0мл
- Витаминотерапия
- Диета – ЩД (5 стол по Певзнеру)
- Десенсебилизирующая терапия



## Десенсибилизирующие средства

- Тавегил — 0,002—0,004 г/сут; по 0,001 г 2 раза (утром и вечером перед едой) или по 2 мл 0,1% раствора 2 раза в день.
- Кларитин — 0,01 г/сут, 7—10 дней
- Супрастин — 0,05 —0,075 г/сут; по 0,025 г 2—3 раза в день во время еды

# Тактика участкового терапевта.

- Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН.

# Противоэпидемические мероприятия в очаге.

- заключается в соблюдении правил хранения овощей и фруктов, достаточной термической обработке продуктов, активной борьбы с грызунами. Дератизация, предупреждение проникновения грызунов на пищевые объекты, животноводческие фермы.

# Задача 2

- Больной П., 19 лет, военнослужащий. Жалуется на слабость, головную боль, ломоту в теле, кашель насморк, слезотечение, светобоязнь, сыпь на коже.
- Болен 4-ый день. Заболевание началось остро, с кашля, боли в горле, температура - 38<sup>0</sup>С, насморка, охриплости голоса. На 3 день болезни на внутренних поверхностях щек, напротив коренных зубов появились белесоватые наложения, напоминающие манную крупу.
- На следующий день была замечена папулезная сыпь на лице, шее. Объективно: лицо одутловато, гиперемировано, конъюнктивит, склерит, зев гиперемирован. На коже лица, шеи, верхних конечностей имеется обильная папулезная сыпь, местами сливающаяся. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. Менингеальных симптомов нет. Госпитализирован.
- В дальнейшем в течение 2-х дней сыпь распространилась на грудь, плечи, туловище, ноги.

# **В О П Р О С Ы**

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

# Предварительный диагноз.

- Корь, типичная форма средней степени тяжести

## Классификация кори

Форма	Степень тяжести	Течение
Типичная Атипичная: abortивная, стёртая, митигированная	Лёгкая Средней тяжести Тяжёлая	Неосложнённое Осложнённое

Этиология	Сроки	Локализация
<p>Вирус кори (возможно участие и других микроорганизмов): собственно коревые осложнения</p> <p>Вторичная инфекция на фоне коревой анергии: вторичные осложнения</p>	<p>Ранние осложнения: катаральный период, период высыпания</p> <p>Поздние осложнения: период пигментации</p>	<p>Органы дыхания (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плеврит)</p> <p>Органы пищеварения (стоматит, энтерит, колит, аппендицит)</p> <p>Нервная система (энцефалит, менингоэнцефалит)</p> <p>Органы зрения (конъюнктивит, блефарит, кератит)</p>

# Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?

- Контакт с подобными больными, посещение детских учреждений с детьми в течение 9-17 дней до начала заболевания.



# Дифференциальный диагноз.

- Краснуха, псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз, энтеровирусная инфекция, и др. инфекционные эритемы.

Признак	Псевдотуберкулез	Корь	Краснуха
Катаральный период	1-5 дней	Есть, продолжительностью 3-4 дня	Отсутствует
Выраженность катарально-респираторного синдрома	Умеренная (фарингит, реже тонзилит)	Резкая	Слабая
Кашель	При фарингите	Есть	Нет
Конъюнктивит	Конъюнктивит, склерит	Сопровождается светобоязнью	Выражен слабо или отсутствует
Симптомы интоксикации	Выражены	Выражены	Слабо выражены
Время появления сыпи	1-7 дней	4-5 дней (иногда до 8)	1 -3 дня
Варианты сыпи	Мелкоточечная, Пятнисто-папулёзная, уртикарная, эритема	Крупная пятнисто-папулёзно-эритематозная	Пятнисто-папулезная мелкая, несливная

Признак	Псевдотуберкулез	Корь	Краснуха
Локализация	Туловище, конечности со сгущением вокруг крупных суставов, кожные складки	Лицо, шея, туловище, проксимальные отделы конечностей	Лицо, спина, ягодицы, разгибательная поверхность конечностей
Метаморфоз	Шелушение отрубевидное и пластинчатое	Мелкие папулы группируются в крупные пятнисто папулёзные элементы сливаются, местами в эритему, с 3-4 дня поэтапно пигментируются, отрубевидное	Исчезают без следа на 3-4-й день
Субъективные ощущения	Может быть зуд	Нет	Лёгкий зуд
Ладони и стопы	Симптом перчаток и носков	На ладонях и стопах сыпь отсутствует.	На ладонях и стопах сыпь отсутствует.

Признак	Псевдотуберкулез	Корь	Краснуха
Этапность высыпания	нет	1-й день - за ушами, на лице, 2-й день - грудь, туловище, бёдра, плечи, 3-й день - предплечье, голени	Появляется за ушами, на лице, на волосистой части головы, распространяется в течение 12-36 ч
Изменения слизистой полости рта	Умеренная гиперемия задней стенки глотки	Энантема мягкого и твердого нёба пятна Филатова-Бельского-Коплика, гиперемия и пестрота	Редко энантема мягкого нёба пятна Форхгеймера
Общий анализ крови	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, умеренная эозинофилия, повышение СОЭ	Лимфопения и нейтропения	Лейкопения, относительный лимфоцитоз. увеличение числа плазматических клеток

Признак	Псевдотуберкулез	Корь	Краснуха
Гепатилиенальный синдром	Выражен	Не характерен	Не характерен
Внешний вид	Симптом капюшона (гиперемия лица, верхней части груди и шеи)	Лицо одутловато, веки утолщены, нос и верхняя губа отечны, инъекция сосудов склер	Возможно появление багровой эритемы
Состояние лимфатических узлов	Лимфоаденопатия Увеличение и болезненность переднешейных, заднешейных, подчелюстных, реже других групп лимфотических узлов	Умеренное увеличение шейных лимфотических узлов	Лимфоаденопатия, выраженное увеличение заднешейных и затылочных лимфотических узлов

# План обследования.

- ОАК, ОАМ.
- Для ретроспективной диагностики РПГА сыворотки крови с антигеном вируса кори (парные сыворотки).

# Лечение, выписать рецепты.

- Специфического лечения нет. Назначают при тяжелом течении - противокоревой иммуноглобулин
- Постельный режим.
- Дезинтоксикация в объеме 900 мл (реополиглюкин, 15% альбумин, 10% глюкоза).
- Литическая смесь при высокой температуре.
- Десенсебилизирующая терапия

## Десенсибилизирующие средства

- Тавегил — 0,002—0,004 г/сут; по 0,001 г 2 раза (утром и вечером перед едой) или по 2 мл 0,1% раствора 2 раза в день.
- Кларитин — 0,01 г/сут, 7—10 дней
- Супрастин — 0,05 —0,075 г/сут; по 0,025 г 2—3 раза в день во время еды



# Тактика участкового терапевта.

- Направление в инфекционную больницу, извещение в ГЦСЭН.

# Противоэпидемические мероприятия в очаге.

- Санитарно-просветительная работа.  
Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН.
- Защита от кори должна была проводиться с помощью вакцинации **Вакцинация** в 15-18мес, ревакцинация в 6-7 лет. Живая ослабленная вакцина, наиболее часто используют штамм L16. Существуют также французские вакцины (корь+паротит+краснуха, корь+краснуха, корь+паротит)

# Задача 3.

- Больная М., 34 года, рабочая животноводческой фермы, вызвала участкового врача в связи с возникшими болями в нижней трети живота, тошноту, рвоту. Был поставлен диагноз «пищевая токсикоинфекция» и направлена в инфекционную больницу. В стационаре диагноз вызвал сомнение, в связи с чем переведена в хирургическое отделение.
- Считает себя больной в течение 3-х дней. Отмечался озноб, температура 37,5-38,7°C, тупые боли внизу живота, жидкий стул с примесью слизи 4-5 раз в день, снижение аппетита. Интенсивность болей постепенно выросла к третьему дню болезни, локализация - правая подвздошная область.
- При осмотре состояние средней тяжести. Температура 37,5°C. Зев чист. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс-100 уд/мин., ритмичен. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен негустым белым налетом. Живот резко болезнен в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен справа. Печень и селезенка не пальпируются. Больная оперирована. Во время операции обнаружено увеличение брыжеечных лимфатических узлов, катаральное воспаление червеобразного отростка и терминальный илеит.
- Лабораторные данные: Кровь: Эр.- $4,8 \times 10^{12}$ /л, НВ-120г/л, Лц.- $12,4 \times 10^9$ /л, Эоз-1, П-12, С-69, Лм-13, Мон-5, СОЭ-20мм/час. Моча: уд. вес-1024, белок-0,003 г/л, Лц.-2-3 в п/зр, ед. клетки плоского эпителия.
-

# ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

# Предварительный диагноз

- Кишечный иерсиниоз, абдоминальная форма острый аппендицит, терминальный илеит, средней степени тяжести

# Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?

- Контакт с домашними животными, грызунами. Соблюдает ли гигиенические правила приготовления мясных, овощных блюд. Меню больного в течение последних 6 дней.

# Дифференцируемые заболевания

- Псевдотуберкулез, аппендицит.

# План обследования

- Бактериологический метод исследования: посев испражнений, крови, содержимого аппендикса в фосфатно-буферный раствор.
- Серологическая диагностика: РА РНГА методом парных сывороток – диагностический титр 1/200 и выше
  - первая сыворотка не ранее 7 дня с момента заболевания;
  - вторая - через 7-10 дней после забора первой сыворотки.



# Антибактериальная терапия

- **Пефлоксацин** - 200—400 мг/сут: по 0,2 1—2 раза в суки, *per os*, 10 дней
- **Ципрофлоксацин** - 1 — 1,5 г/сут или по 0,5-0,75 г 2 раза в день, в/м, 10 дней
- **Цефтриаксон** - 1—2 г/сут, при необходимости до 4 г/сут: по 0,5—2 г 2 раза в сутки в/м или в/в, 10 дней
- **Цефтазидим** - 3—4 г/сут: по 1 г 3 раза в сутки или по 2 г 2 раза в сутки, в/м или в/в, 10 дней
- **Цефоперазон** - 1—2 г/сут: по 0,5—1 г 2 раза в сутки; в/м или в/в, 10 дней
- **Доксициклина гидрохлорид** - 0,1—0,2 г/сут; в 1-й день — 0,2 г однократно, затем 0,1 г/сут, 10—14 дней
- **Гентамицина сульфат** - 120—180 м г/сут; по 40—60 мг 3 раза в день, в/м, 10 дней
- **Левомецетина сульфат** растворимый - 2—4 г/сут; по 0,5—1 г 4 раза в день, в/м, 10—14 дней
- **Тетрациклина гидрохлорид** - 1,2 г/сут; по 0,3 г 4 раза в день, *per os*, 10—14 дней

# Патогенетическая терапия:

- Дезинтоксикационная - гемодез-400,0мл, раствор глюкозы 5%-400,0мл
- Витаминотерапия
- Диета – ЩД (4 стол по Певзнеру)

# Тактика участкового терапевта.

- Госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН.

# Противоэпидемические мероприятия в очаге.

- заключается в соблюдении правил хранения овощей и фруктов, достаточной термической обработке продуктов, активной борьбы с грызунами. Дератизация, предупреждение проникновения грызунов на пищевые объекты, животноводческие фермы. Санитарный контроль над водоснабжением на ферме.

# Задача 4.

- Больная, 41 год, служащая, обратилась 12.02 в амбулаторию к ревматологу с жалобами на боли в крупных суставах рук и ног, более сильные в левом лучезапястном суставе, слабость, потливость, повышенную утомляемость, неприятные ощущения в сердце. Больна в течение 2 мес. В декабре впервые почувствовала себя плохо: внезапно появились озноб, ломота в теле, температура 39,6 °С, небольшие боли в горле при глотании, сильные схваткообразные боль внизу живота, жидкий водянистый стул со слизью до 15 раз в сутки, ложные позывы. К врачу не обращалась, принимала имодиум, и в течение недели все указанные симптомы прошли, оставались лишь слабость и потливость.
- Тогда же заболел и сын больной, клиническая картина у него была аналогичной, но он быстро выздоровел. В течение последующего времени отмечала слабость и повышенную утомляемость, субфебрильную температуру тела, на фоне которых периодически бывали боли в горле, кашицеобразный стул, небольшая боль в животе. С конца января присоединились боли в крупных и мелких суставах конечностей. Ничем не лечилась, боли в суставах стали постоянными, появилась припухлость левого лучезапястного сустава, стала отмечать неприятные ощущения в области сердца, что и заставило обратиться к врачу. При осмотре: левый лучезапястный сустав отечен, движения в нем резко болезненны, кожа над суставом не изменена. Слизистая оболочка глотки умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, границы сердца расширены влево. Пульс 104 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Пальпируются умеренно увеличенные передне- и заднешейные лимфатические узлы. Живот мягкий, небольшая болезненность в правой половине живота. Печень увеличена. Ревматолог усомнился в наличии ревматизма.

# ВОПРОСЫ

1. О каком заболевании можно думать?
2. Дифференцируемые заболевания.
3. План обследования
4. Лечение, выписать рецепты.

- Иерсиниоз, вторично-очаговая форма (артрит, миокардит). Диагноз ставится на основании острого начала, выраженной интоксикации, сочетания катаральных явлений и признаков энтерита, одновременного заболевания двух членов семьи, длительного, волнообразного течения, полиаденопатии, поражения в суставах, жалоб на боль в сердце, тахикардии, гипотензии.

# Дифференцируемые заболевания.

- Скарлатина, ревматизм



# План обследования

- Серологическая диагностика: РА РНГА методом парных сывороток – диагностический титр 1/200 и выше
  - первая сыворотка;
  - вторая - через 7-10 дней после забора первой сыворотки.

- Антибактериальная терапия предпочтителен доксициклин по 200 мг/сут – 1 таб 2 раза в день до 30 дней.
- НПВС;

### Иммунокорректоры:

- **циклоферон** (меглумина акридоацетат ) по 2 мл 12,5% (250 мг) один раз в день, в/м, по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сутки;
- **имунофан\*** по 1,0 мл один раз в день с интервалом 3 дня, 8-10 инъекций;
- **Полиоксидоний** – в\м: 6 мг/сут (первые 2 дня ежедневно, затем через 3 дня, №10). Ректальные свечи: 0,1-0,2 мг/кг ( по 6 или 12 мг/сут), перед сном после опорожнения кишечника первые 3 дня ежедневно, затем через 3-4 дня, № 10-15.