

Семейство

Campylobacteriaceae

Род

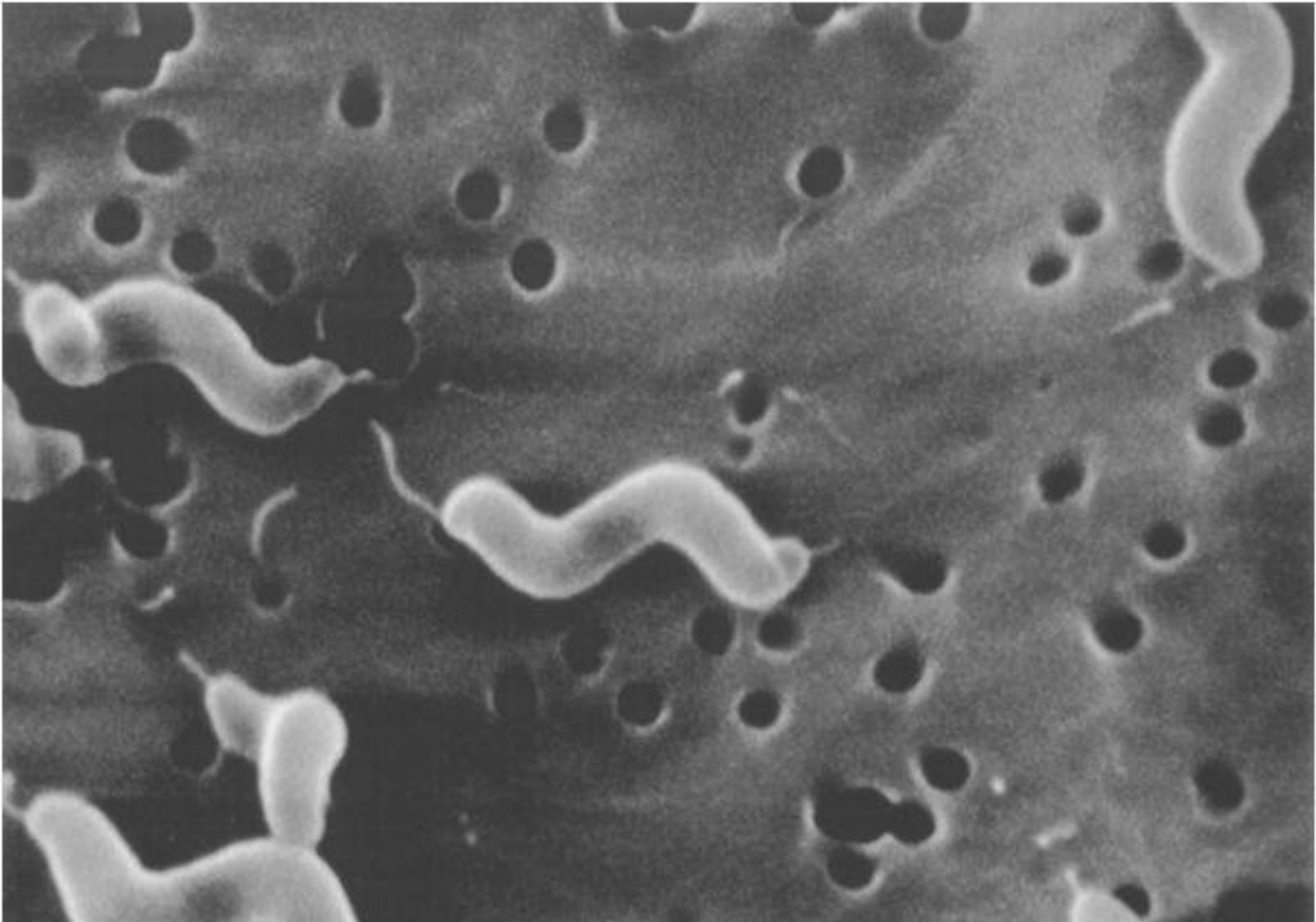
Campylobacter

Виды

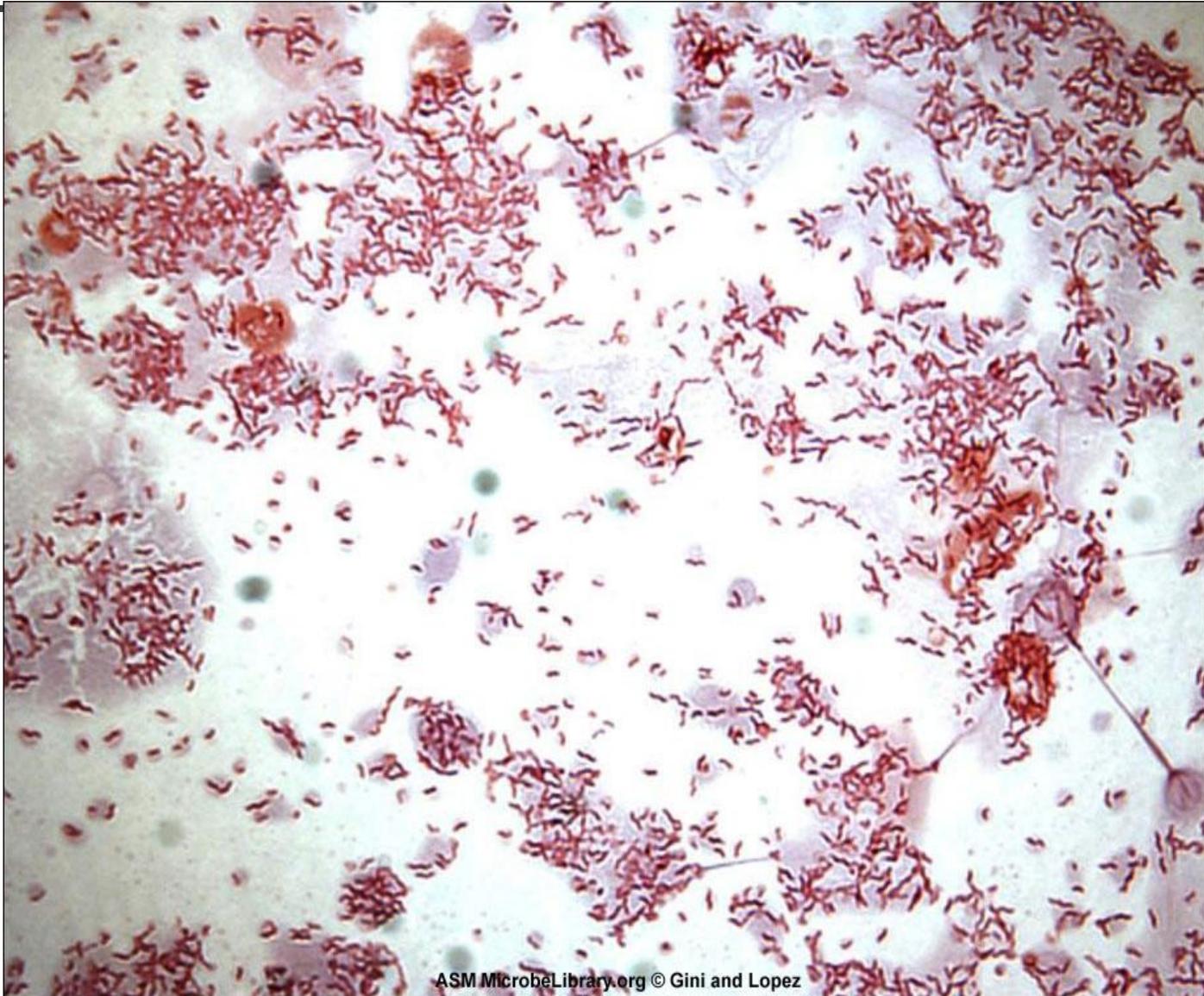
C. jejuni,

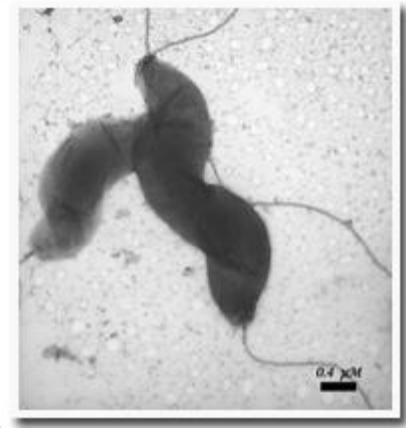
C. coli,

C. fetus и другие



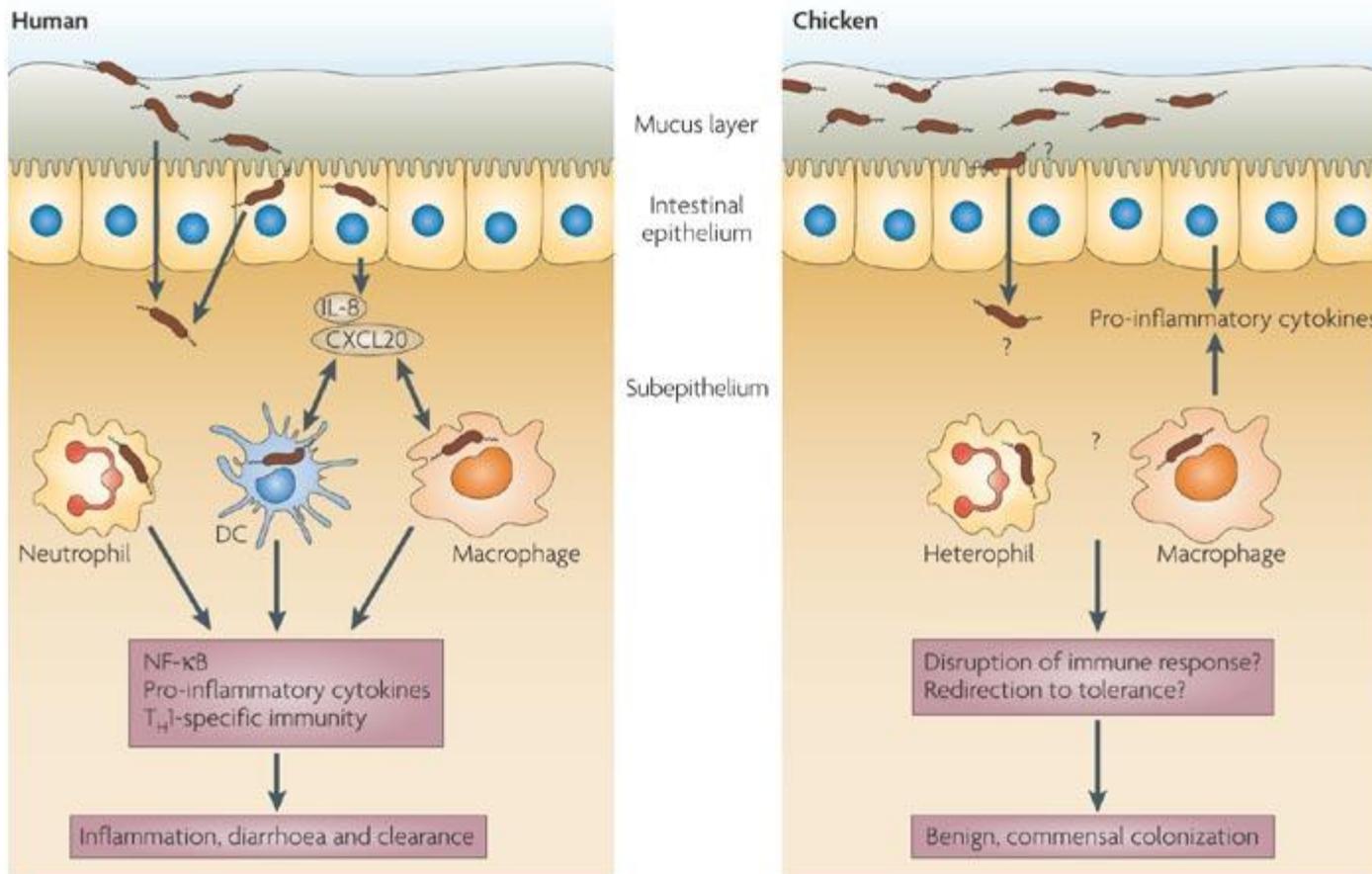
Campylobacter jejuni

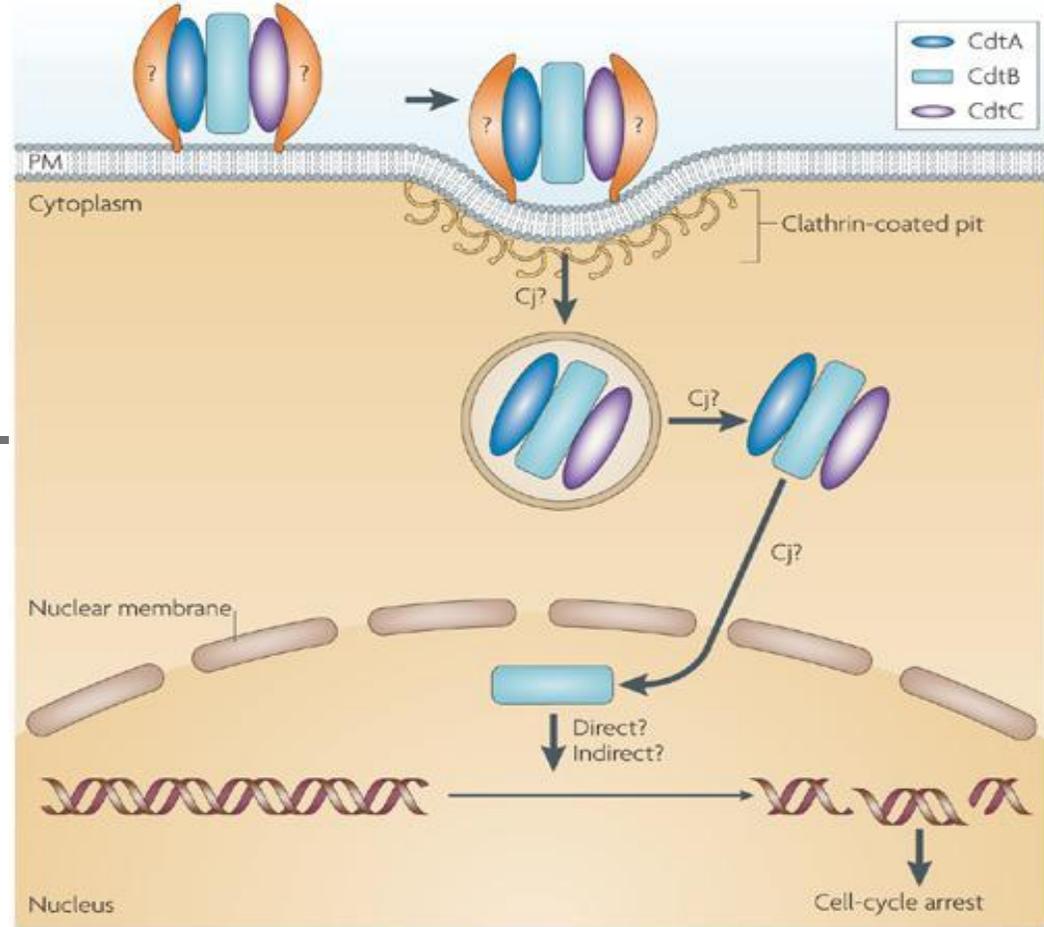




- ❑ -микроаэрофильные грамотрицательные подвижные споронеобразующие бактерии
- ❑ -выращивают на средах с кровью, ключающих ингибиторы роста контаминирующей флоры. Оптимум рН - 6,2-8,7, температуры - 42 °С. Атмосфера культивирования должна содержать не менее 10-17% CO₂.
- ❑ -чувствительны к высушиванию, длительному воздействию прямого солнечного света. В пресной воде при температуре 4 °С выживают в течение нескольких недель, при 25 °С - 4 дня, в почве и помёте птиц - до 30 сут.
- ❑ -при нагревании до 60 °С бактерии погибают через 1 мин; кипячение и хлорирование воды вызывает быструю их гибель.
--чувствительны к эритромицину, левомицетину, стрептомицину, канамицину, малочувствительны к пенициллину
- ❑ - устойчивы к сульфаниламидам и триметаприму.

Взаимодействие *S. jejuni* со слизистой кишечника

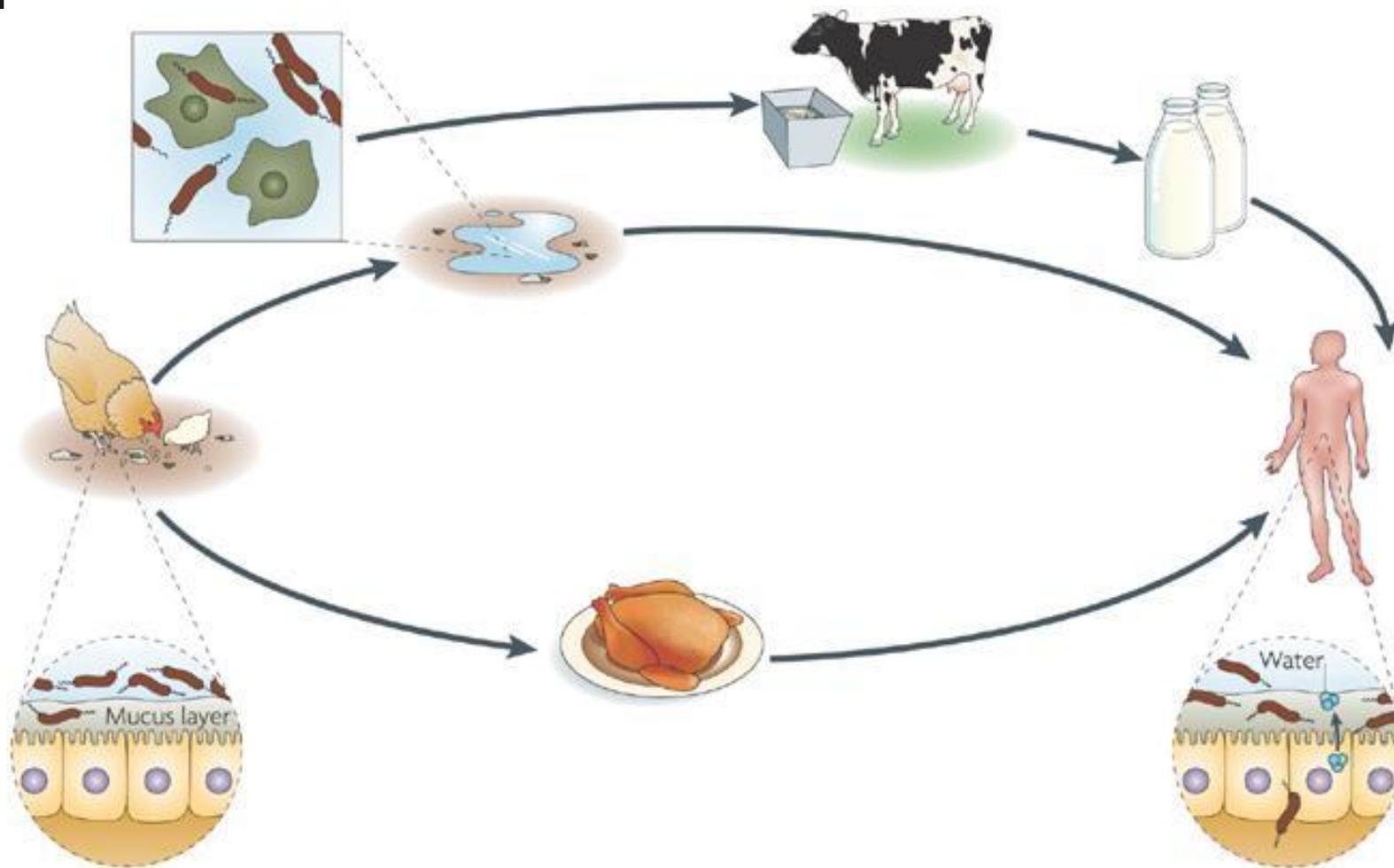




Nature Reviews | Microbiology

ЦИТОТОКСИН проникает в клетку после взаимодействия с рецептором на ее поверхности, перемещается в ядро и нарушает двойную спираль ДНК, что ведет к остановке жизненного цикла клетки. Следовательно, поражаются только активно делящиеся клетки – эпителиальные.

Природные резервуары и циркуляция *C. Jejuni*.

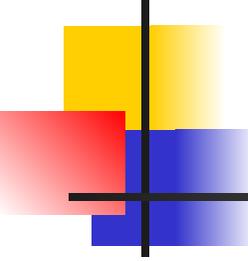




Campylobacter jejuni – один из главных возбудителей пищевых токсикоинфекций в мире. Вызывает заболевания с широким спектром симптоматики от бессимптомного течения до кровавистой дареию. Возможны септицемия, реактивный артрит и нервно-мышечные параличи. (синдром Гийена-Барре).

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается от 1 до 6 дней (чаще 1-2 дня). По клиническому течению выделяют следующие формы кампилобактериоза: 1) гастроинтестинальную; 2) генерализованную (септическую); 3) субклиническую; 4) хроническую. Чаще наблюдается **гастроинтестинальная** форма. Среди диарейных заболеваний у детей удельный вес кампилобактериоза колеблется от 3 до 30%. Заболевание чаще встречается у детей первого года жизни. Наблюдаются эти формы и у взрослых как в виде спорадических случаев, так и в виде вспышек.

Генерализованная (септическая) форма чаще наблюдается у детей первых месяцев жизни, реже у ослабленных взрослых. Заболевание протекает в виде сепсиса с бактериемией, множественными органными поражениями. Часто отмечается рвота, понос, обезвоживание, увеличение печени. На этом фоне развиваются пневмония, перитонит, абсцессы печени, головного мозга. Микроабсцессы наблюдаются также в почках, миокарде. У отдельных больных развивается тромбогеморрагический синдром, до степени диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Может развиваться также инфекционно-токсический шок.

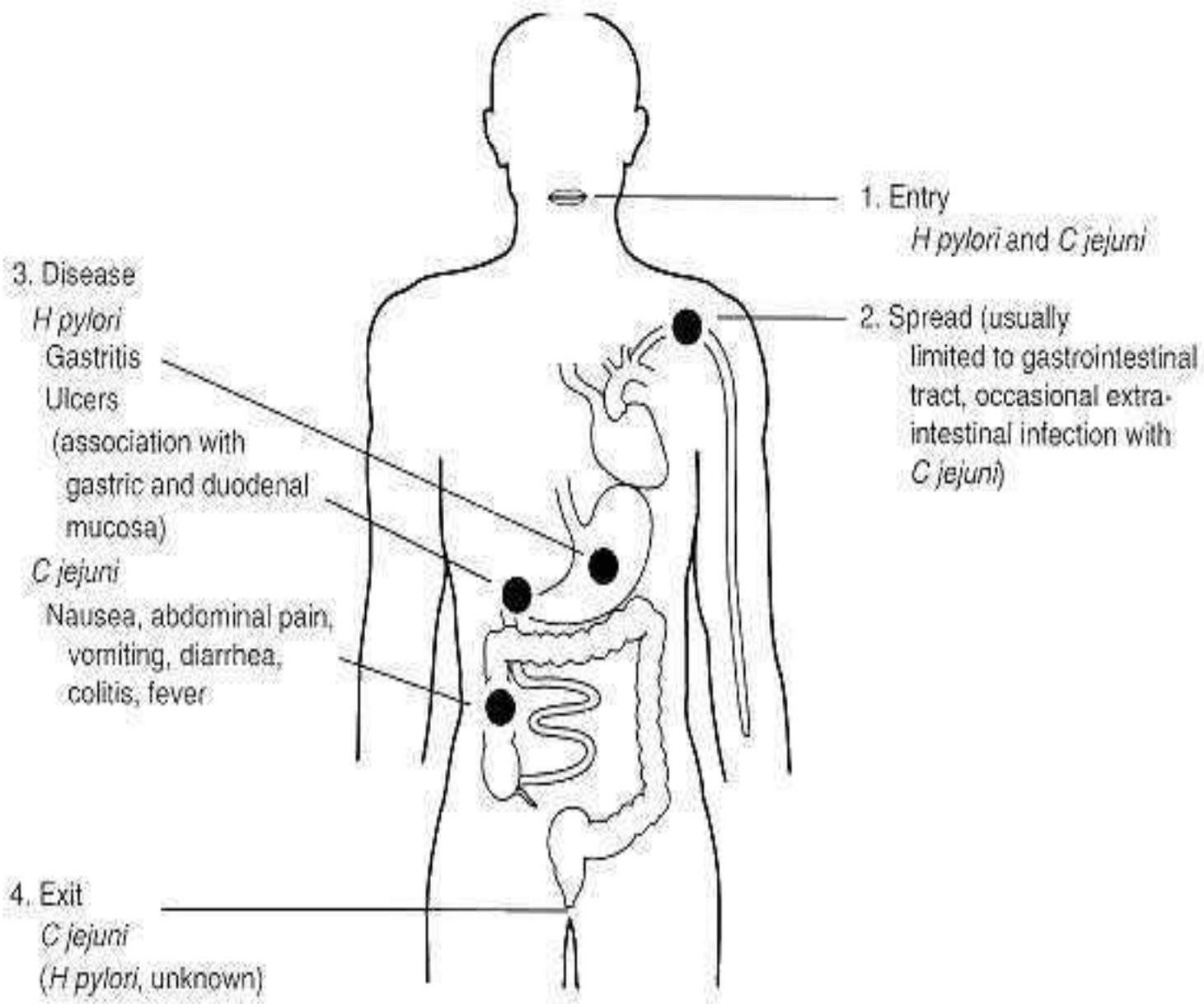
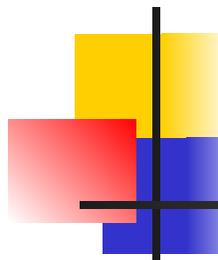


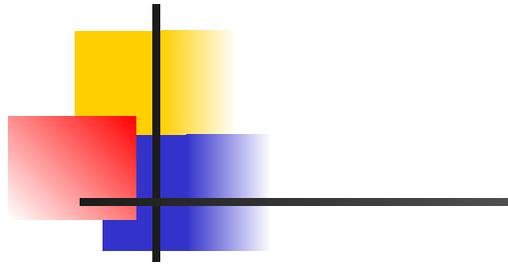
Субклиническая (инаппарантная, бессимптомная) форма кампилобактериоза выявляется обычно в очаге при обследовании здоровых людей.

Характеризуется выделением возбудителей из испражнений и нарастанием титра специфических антител в сыворотке крови.

Хронические формы кампилобактериоза являются первично-хроническими, т. е. с самого начала принимают вялое хроническое течение (без острой фазы болезни). Отмечается длительный, обычно волнообразный, субфебрилитет. Больные жалуются на слабость, плохой аппетит, раздражительность, нарушение сна, снижение массы тела. На этом фоне у отдельных больных появляются тошнота, иногда рвота, кратковременное послабление стула, чередующееся с запорами. Наблюдаются конъюнктивит, кератит, иногда фарингит. У женщин часто развивается вагинит, вульвовагинит, эндоцервицит, возможно бесплодие. Реже (на фоне вяло текущей инфекции) отмечаются артрит, тромбофлебит, эндокардит, перикардит, эмпиема плевры. Иногда во время очередного обострения появляются признаки менингита (серозного или гнойного). По течению хронический кампилобактериоз может напоминать сепсис.

Осложнения: инфекционно-токсический шок, тромбгеморрагический синдром, дегидратация.





Лабораторная диагностика

- ❑ Основу составляет обнаружение бактерий в испражнениях, крови и других биологических жидкостях.
- ❑ Для выделения кампилобактеров применяют селективные питательные среды, подавляющие рост сопутствующей бактериальной флоры.
- ❑ Также определяют специфические антитела в РСК, РПГА, ИФА, РКА и иммунофлюоресцентным методом, однако сроки достоверного нарастания титров антител (2-я неделя) снижают диагностическую ценность серологических методов.