

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ

В лекции отражены клинико-эпидемиологические особенности псевдотуберкулеза, принципы диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: пути передачи, энантема, экзантема, артриты, желтушный синдром.

Псевдотуберкулез относится к природноочаговым инфекциям. Понятие (термин) псевдотуберкулеза введено в литературу немецким врачом Эбертом в 1885 году. До пятидесятых годов 20-го века это заболевание регистрировалось у человека очень редко, в виде спорадических случаев. До 1953 года было описано всего лишь 30 случаев псевдотуберкулеза человека, из которых, по мнению В.М. Туманского, только 12 можно признать несомненными и 2 – вероятными. Представление о заболевании изменилось, когда в 1959 году в городе Владивостоке возникла крупная вспышка неизвестного ранее заболевания. На основании сходства клинических проявлений со скарлатиной оно временно, до установления этиологии, было названо «Дальневосточной скарлатиноподобной лихорадкой» – ДСЛ (И.И. Грунин, Г.П. Сомов, И.Ю. Залмовер, 1960).

В 1965 году В.А. Знаменский и А.К. Вишняков выделили из кала больных ДСЛ псевдотуберкулезного микроба и обнаружили иммунологические сдвиги к этому возбудителю в динамике болезни (парные сыворотки). Этот факт был вскоре подтвержден в различных лабораториях Дальнего Востока. Эти исследования позволили прийти к заключению, что ДСЛ является новой клинико-эпидемической формой псевдотуберкулеза человека.

В Кемеровской области вспышка подобного заболевания наблюдалась у детей в 1967 году в Ленинск-Кузнецком районе, но она осталась не расшифрованной. Подобные спорадические заболевания были отмечены в городах Новокузнецке и Белово в 1968-1970 годах, но природа их так же не была установлена. В последующие годы вспышки псевдотуберкулеза были зарегистрированы в городах: Новокузнецк, Прокопьевск, Белово, Кемерово, Мариинск и в поселке Яшкино. Особенно крупная вспышка псевдотуберкулеза отмечалась в феврале-марте 1975 года в городе Анжеро-Судженске, где было официально зарегистрировано около 800 больных.

Возбудитель псевдотуберкулеза относится к роду иерсиний, по своему виду напоминающих чумного микроба. Это грамм-отрицательная палочка овоидной формы, хорошо растет на обычных питательных средах при pH 7,4-7,8. Довольно устойчив во внешней среде, особенно при низких температурах, но мало

устойчив к физическим и химическим воздействиям: при температуре 60°C погибают в течение 30 минут, при 100°C – через 10 секунд, в 3 % растворе хлорамина гибнут через 0,5-1 минуту.

Различают 8 серологических типов. Для Кузбасса наиболее частым являются 1 и 3 серотипы, на их долю приходится 99,5 % положительных культур.

Источником инфекции являются дикие и домашние животные. Микроб обнаружен у 60 видов млекопитающих и 29 видов птиц.

Однако основным резервуаром инфекции являются мышевидные грызуны. Своими выделениями они инфицируют пищевые продукты, в которых при хранении в холодильниках и овощехранилищах происходит размножение и массивное накопление возбудителя.

Допускается, что в качестве его резервуара может быть и внешняя среда – почва, где микроб способен размножаться и длительно сохраняться.

Следовательно, микроб обладает сапрофитическими свойствами и имеет две естественные среды обитания: организм теплокровных животных и внешнюю среду.

Роль человека, как источника инфекции, остается недоказанной.

Чаще всего заражение происходит при употреблении продуктов, не подвергающихся термической обработке: салаты из капусты, моркови, яблок, вишенгеты. Так, салаты из капусты и яблок послужили фактором заражения в одной из школ города Белово, а салат из моркови и яблок – в Мариинске. В городе Анжеро-Судженске факторами передачи явились свежие нестандартные яблоки. В процессе проводимого эпидемиологического расследования данной вспышки были получены факты, свидетельствующие о том, что главному фактору передачи, яблокам, могли способствовать, в качестве дополнительных, свежая капуста и морковь.

Псевдотуберкулез регистрируется в течение всего года, но максимум приходится на февраль-май. Это связано с увеличением эпизоотий среди грызунов, регистрируемых в это время.

При изучении возрастного состава больных отмечается, что псевдотуберкулез в основном регистрируется у людей в возрасте 15-30 лет. Однако, удель-

ный вес детей от года до 14 лет в общей заболеваемости довольно высок. Так, во время вспышки псевдотуберкулеза в городе Анжеро-Судженске, дети до 14 лет составили 70 %.

В клиническом плане псевдотуберкулез характеризуется полиморфизмом симптомов болезни.

Инкубационный период продолжается от 4 до 18 дней. Заболевание, как правило, начинается остро (96,8 % случаев), и реже постепенно.

Начальными симптомами болезни являются признаки общезаразного синдрома: температура, головная боль, снижение аппетита и у 1/3 больных — рвота. Кроме того, у 47,5 % больных наблюдаются боли в животе, у 35,6 % — боли в суставах и у 24 % — боли при глотании.

Наиболее характерными признаками псевдотуберкулеза являются температура и экзантема.

Температура у подавляющего большинства больных в течение первых суток повышается до максимальных цифр. Выраженность лихорадочной реакции определяется тяжестью болезни: у 60 % больных она находилась в пределах 38,2-39°C, у 15 % — 39-40°C, у 16,4 % — субфебрильная. Как правило, отмечается постоянный или волнообразный тип лихорадки, реже — ремитирующий. Длительность температуры составляет, в среднем, 5 дней с колебанием от 3 до 20 дней, что зависит от тяжести болезни и наличия рецидивов и осложнений.

При осмотре больных обычно отмечается умеренная гиперемия век, инъекция сосудов склер, у 78,3 % больных — бледный носогубный треугольник и у 11,6 % больных — типичный для псевдотуберкулеза признак — отечность и гиперемия кистей и стоп.

Экзантема отмечается у 85,3 % больных на обычном или гиперемизированном фоне кожи. По характеру сыпь бывает мелкоочечной (60 %), пятнистой (20 %), узловатой (8 %) или смешанного типа (6 %). Сыпь локализуется на туловище, конечностях с максимальной выраженностью вокруг суставов, появляется на 1-3 день болезни и держится от 2 до 4 дней. У 51,6 % больных после исчезновения сыпи, с 7-10 дня, появляется крупнопластинчатое шелушение на ладонях и подошвах.

Зев у больных гиперемизирован и у 90 % больных отмечаются явления фарингита с гиперемией и зернистостью слизистой задней стенки глотки.

Язык в начальный период болезни сухой, обложен налетом, к 3-5 дню заболевания у 75,6 % больных он принимает малиновый цвет с гипертрофированными сосочками на поверхности.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта клинически проявляются симптомами острого гастрита, а чаще признаками терминального илеита. Терминальный илеит проявляется болями в животе различной интенсивности. При пальпации живота отмечается болезненность в илеоцекальной области, у некоторых детей удается пропальпировать увеличенные и болезненные мезентериальные лимфоузлы. Из-за резких болей в животе и явлений раздражения брюшины некоторые дети госпитализировались в хирургическое отделение по поводу аппендицита, где им

была проведена аппендэктомия, что наблюдалось во время вспышки псевдотуберкулеза в городах Белово и Анжеро-Судженске.

В остром периоде болезни у 25,6 % больных определяется увеличенная и болезненная печень, реже — селезенка. У 6,4 % больных увеличение печени сочетается с легкой иктеричностью склер и кожи, а у 1,4 % — с отчетливой желтухой.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются у всех больных и проявляются тахикардией, приглушением сердечных тонов, иногда систолическим шумом и склонностью к гипотонии. При улучшении состояния вышеперечисленные проявления, как правило, исчезают, т.е. имеют функциональный характер. В некоторых случаях возникают миокардиты.

Изменения со стороны почек обычно характеризуются альбуминурией, иногда симптомами очагового нефрита.

В остром периоде заболевания более чем у половины больных отмечаются изменения со стороны суставов, при этом наиболее часто выявляются артралгии и, реже, острые артриты.

Изменения со стороны периферической крови касаются, в основном, лейкоцитарной формулы: у большинства выявляется лейкоцитоз. В формуле крови — нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, эозинофилия, ускоренная СОЭ.

Таблица
Частота основных клинических
симптомов псевдотуберкулеза у детей

Симптомы	Частота, %
Повышение температуры	91,4
Головная боль	57,1
Боль при глотании	24
Экзантема	85,3
Боль в суставах	35,6
Артриты	16,3
Боль в животе	47,5
Желтушность кожи, склер	6,4
Увеличение печени	25,6
Увеличение селезенки	12,8
Темная моча	20,6

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов болезни, выделяются следующие клинические формы псевдотуберкулеза:

Скарлатиноподобная форма — наиболее частая форма псевдотуберкулеза, характеризуется лихорадкой, скарлатиноподобной сыпью и симптомами общей интоксикации, но перечисленные симптомы сочетаются с явлениями фарингита и склерита. Симптомы локальных поражений при этой форме выражены слабо или отсутствуют.

Абдоминальная форма — ведущим является поражение желудочно-кишечного тракта. Клинически могут быть выражены симптомы гастроэнтерита, мезентерита, аппендицита. Довольно часто эта форма имеет рецидивирующее течение.

Артралгическая форма — здесь на первый план выступают симптомы поражения суставов в виде артралгий и острых артритов, хотя и другие симптомы болезни бывают достаточно выраженными.

Желтушная форма — характеризуется симптомами острого паренхиматозного гепатита, которые появляются с первых дней болезни и нарастают в период высыпания. Другие признаки псевдотуберкулеза выражены умеренно.

Смешанная форма — к ней относятся формы с выраженными признаками двух-трех синдромов.

Стертая форма — здесь симптомы псевдотуберкулеза настолько слабо выражены, что больные за медицинской помощью обычно не обращаются, а выявляются при лабораторном обследовании в очагах.

Лабораторная диагностика псевдотуберкулеза проводится с помощью бактериологического и серологического методов.

Для бактериологического исследования используется следующий материал:

- слезь из зева — только в первые дни болезни, до начала лечения;
- моча — на первой неделе болезни;
- фекалии — на протяжении всего периода болезни.

Серологическая диагностика псевдотуберкулеза осуществляется при помощи реакции агглютинации и РНГА (с использованием парных сывороток).

Госпитализация всех больных псевдотуберкулезом необязательна, она проводится с учетом тяжести болезни.

Все больные на дому или в стационаре, независимо от тяжести заболевания, должны соблюдать постельный режим до нормализации температуры и улучшения общего состояния.

Диета должна быть полноценной, легкоусвояемой, соответствующей возрасту. При наличии симптомов поражения печени больным назначается стол № 5 по Певзнеру, при абдоминальных формах на высоте клинических проявлений — стол № 4 по Певзнеру, затем переходят на стол № 2.

Лечение легких форм псевдотуберкулеза можно проводить без назначения антибактериальных препаратов.

При среднетяжелых формах назначают левомицетин в разовой дозе 10-15 мг/кг массы тела детям в возрасте до 3 лет, по 0,15-0,2 г — детям от 3 до 8 лет, по 0,2-0,3 г — детям старше 8 лет, 3-4 раза в

день, 6-8 дней. Можно использовать бисептол, фуразолидон в обычных возрастных дозировках.

При тяжелых формах псевдотуберкулеза назначают левомицетин сукцинат внутримышечно по 30-50 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема или гентамицин по 2-4 мг/кг в сутки в 2 приема.

При резко выраженной интоксикации проводят инфузионную терапию. Внутривенно капельно вводят 10 % глюкозу, реополиглюкин, ингибиторы протеолиза (контрикал, трасилол, гордокс) на фоне диуретиков.

Всем больным рекомендуются десенсибилизирующие препараты и витамины.

Выписка реконвалесцентов разрешается после клинического выздоровления, при нормальных показателях крови и мочи, но не ранее чем через 10 дней от исчезновения симптомов болезни. После выписки все реконвалесценты должны находиться на диспансерном учете: при желтушных формах — до 3 месяцев с двукратным биохимическим обследованием (через 1 и 3 месяца), при других формах — скарлатиноподобной, абдоминальной и др. — до 3 недель (21 день), так как рецидивы болезни могут возникнуть в течение этого времени.

Прогноз при псевдотуберкулезе благоприятный. При своевременной диагностике, ранней адекватной терапии наступает полное выздоровление. Наблюдая больных псевдотуберкулезом в течение многих лет, летальных исходов не было.

Профилактика псевдотуберкулеза основывается, главным образом, на борьбе с грызунами и выполнении необходимых правил питания и водоснабжения. В очаге заболевания проводится дезинфекция, как при кишечной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Учайкин, В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей /Учайкин В.Ф. — М., 1999. — С. 621-630.
2. Сомов, Г.П. Псевдотуберкулез /Сомов Г.П., Покровский В.И., Беседнова Н.Н. — М., 1990. — 237 с.
3. Дроздов, В.Н. Псевдотуберкулез (иерсиниоз) у детей /Дроздов В.Н., Махмудов О.С. — Ташкент, 1981 — 98 с.
4. Антонов, Л.А. О скарлатиноподобной лихорадке (псевдотуберкулезе) у детей /Антонов Л.А., Вашенок Г.И., Шабалина Л.В. //ВОМД. — 1973. — № 1. — С. 46-49.
5. Знаменский, В.А. Этиология дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки /Знаменский В.А., Вишняков А.Г. //ЖМЭИ. — 1967. — № 2. — С. 125-130.

