

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Памятка для родителей.

Острые кишечные инфекционные заболевания являются самыми массовыми заболеваниями детей дошкольного и школьного возраста, особенно в летний период. Возбудителями кишечных инфекций могут быть: бактерии (сальмонеллез, дизентерия, холера), их токсины (ботулизм), а также вирусы.

Причиной острых кишечных инфекций являются несколько групп микроорганизмов: бактерии, вирусы и простейшие. Источником инфекции является человек или животное.

Ведущие пути передачи:

- **контактно-бытовой** (через загрязненные предметы обихода, игрушки, соску, грязные руки)
- **пищевой** (при употреблении в пищу недостаточно обработанные, недоброкачественные продукты питания)
- **водный** (при питье некипяченой воды, купании в открытых водоемах)

В организм здорового человека возбудители кишечной инфекции попадают через рот: вместе с пищей, водой или через грязные руки. Например, дизентерия может начаться, если попить воду из-под крана, парное (некипяченое) молоко. Кишечную палочку можно съесть вместе с некачественным кефиром или йогуртом. Возбудители сальмонеллеза попадают к человеку через любые зараженные продукты: куриное мясо и яйца, вареную колбасу, плохо промытые или вымытые грязной водой овощи и зелень.

После попадания микробов в организм заболевание начинается через 6-48 часов.

Предрасполагающими факторами для возникновения кишечных инфекций являются:

- летнее время года — повышенная температура воздуха способствует размножению возбудителей в воде, почве, продуктах;
- иммунодефицитные состояния у детей;
- перинатальная патология центральной нервной системы.

Входными воротами и органом-«мишенью» является желудочно-кишечный тракт.

Основные группы симптомов заболевания, следующие:

- лихорадка, слабость, снижение аппетита
- диарея, рвота, вздутие живота
- боли в животе

Грозным симптомом, говорящим о крайней тяжести заболевания, является отсутствие мочи у ребенка более 6 часов.

Обратите внимание!

При диарее, сопровождающейся болями в животе, признаками интоксикации:

- Не применяйте болеутоляющие препараты — это может сильно затруднить диагностику. Болеутоляющие лекарства могут скрыть проявления хирургических болезней (аппендицита, острого холецистита и других);
- Нельзя применять грелку, т.к. это может усилить воспаление и спровоцировать резкое ухудшение состояния ребёнка;

- Не делайте клизму с горячей водой, особенно при повышении температуры.
- Не давайте ребенку при поносе вяжущих (закрепляющих) средств — имодиум, лопедиум и т.д., в этом случае течение болезни может осложниться, т.к. вместо ускоренного выведения токсинов из организма, вы спровоцируете их накопление.
- При инфекционных заболеваниях, протекающих с повышением температуры, поносом, рвотой; подозрении на хирургическое заболевание ни в коем случае нельзя применять гомеопатические средства. Такие состояния требуют консультации врача и общепринятой терапии; промедление в назначении традиционных лекарств может привести к печальным последствиям.

Итак, чтобы избежать острых кишечных инфекций у детей следует:

- строго соблюдать правила личной гигиены, чаще и тщательно мыть руки с мылом, особенно - перед едой и после посещения туалета;
- использовать кипяченую, бутилированную или воду гарантированного качества;
- овощи, фрукты, ягоды тщательно мыть перед употреблением под проточной водопроводной водой, а для маленьких детей – кипяченой;
- использовать только чистую упаковку (полиэтилен, контейнеры для пищевых продуктов и т.п.);
- не приобретать продукты питания у случайных лиц или в местах несанкционированной торговли;
- соблюдать правила гигиены при приготовлении горячих и холодных блюд, сроки годности и условия хранения пищевых продуктов, особенно скоропортящихся, сырые продукты и готовую пищу следует хранить отдельно;
- тщательно прожаривать или проваривать продукты, особенно мясо, птицу, яйца и морские продукты;
- скоропортящиеся продукты и готовую пищу следует хранить только в холодильнике при температуре 2-6°C;
- не смешивать свежеприготовленную пищу с остатками от предыдущего дня, но если готовая пища остается на другой день, то перед употреблением ее необходимо подвергнуть термической обработке (прокипятить или прожарить).
- не скапливать мусор и пищевые отходы, не допускайте появления мух и тараканов;
- постоянно поддерживать чистоту в жилище и соблюдать правила личной гигиены, не давать маленьким детям некипяченое разливное молоко, сырые яйца, использовать для приготовления пищи только свежие продукты.

Итак, чтобы уберечься от острых кишечных инфекций, достаточно соблюдать следующие несложные правила: пить воду и молоко в кипяченом виде, мыть овощи и фрукты горячей водой, оберегать от мух пищевые продукты, соблюдать правила и сроки хранения пищевых продуктов, мыть руки перед едой и не грызть ногти. Если, несмотря на все меры предосторожности, все же появляются первые признаки острых кишечных инфекций (тошнота, многократная рвота, понос, схваткообразные боли в животе, боли в области желудка), необходимо сразу обратиться за медицинской помощью. Только врач может правильно назначить лечение и определить необходимые меры профилактики болезни для лиц, контактирующих с больными. Самолечение опасно для самого больного, т.к. в результате несвоевременного, неправильного лечения развиваются хронические формы болезни.

Желаем здоровья Вам и Вашим детям!!!

Иерсиниоз Общая характеристика заболевания Иерсиоз - инфекционное заболевание Иерсиниоз – инфекционное заболевание, для которого характерно преимущественное поражение желудочно-кишечного тракта, а также генерализованное поражение кожи, суставов, других систем и органов. Поскольку данное заболевание поражает в первую очередь пищеварительный канал, его еще называют кишечным иерсиниозом. Возбудитель заболевания является представителем семейства кишечных бактерий вида *Yersinia enterocolitica*. Данные микроорганизмы проявляют чрезвычайную устойчивость к низким температурам, в том числе к замораживанию, однако быстро погибают при температуре, превышающей 60°C, особенно при кипячении. Кроме того, иерсинии превосходно себя чувствуют при температуре от +4 до +80°C, размножаясь на пищевых продуктах, именно поэтому иерсиниоз часто называют «болезнь холодильника». Носителями инфекции в дикой природе выступают мелкие грызуны, однако для человека большую опасность представляет мелкий рогатый скот и коровы, которые способны выделять возбудителя. Чаще всего иерсинии попадают в человеческий организм через продукты питания, особенно свежие овощи. Однако помимо продуктов питания и воды, источником заражения является и уже инфицированный человек, поскольку иерсиниоз передается и контактным путем (фекально-оральный механизм). Риск заразиться данной инфекцией существует для всех возрастных групп, однако наиболее часто можно наблюдать иерсиниоз у детей в возрасте от 1 до 3 лет. Для данного заболевания характерна осенне-весенняя сезонность. Симптомы иерсиниоза Инкубационный период обычно длится 1-2 дня, однако в некоторых случаях может продолжаться до 10 суток. Симптомы иерсиниоза во многом напоминают гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтероколит, терминальный илеит. Для кишечного иерсиниоза характерны боль в животе, которая может иметь постоянный или схваткообразный характер, рвота, тошнота, зловонный понос. Стул во время болезни может быть от 2 до 15 раз в сутки, с примесью гноя, слизи, а иногда и крови. Симптомы иерсиниоза, помимо поражения кишечника, свидетельствуют еще и об общей интоксикации организма – повышение или понижение температуры, обезвоживание, токсикоз. Для начала болезни в некоторых случаях характерно появление мелкопятнистой или точечной сыпи на конечностях и туловище, также в этот период иерсиниоза может наблюдаться менингеальный синдром и поражение печени. Для более позднего периода данной инфекции характерно развитие таких заболеваний, как узловатая эритема, моно- или полиартрит, ирит, конъюнктивит, миокардит, синдром Рейтера. Кишечный иерсиниоз может длиться от одной недели до нескольких месяцев. Диагностика и лечение иерсиниоза Обнаружить иерсинии с помощью лабораторного оборудования можно в кале и моче больного человека, а в особых случаях – в крови, спинномозговой жидкости, желчи, мокроте, гное из абсцессов. Диагностировать кишечный иерсиниоз можно также с помощью обнаружения антител к возбудителю, которые обычно появляются на 7 сутки после инфицирования. Однако не исключено, что иммунный ответ может быть слабо выраженным или вовсе отсутствовать, в результате чего антитела не будут выявлены. Уверенно говорить о заражении иерсиниозом можно в случае обнаружения антигенов возбудителя или его ДНК в крови или кале. Лечение иерсиниоза, как и других кишечных инфекций, предполагает дезинтоксикационную терапию, а также восполнение потерянной жидкости. Антибактериальная терапия также является обязательной при лечении иерсиниоза. Возбудители данного заболевания, как правило, чувствительны к левомецетину, тетрациклинам, бисептолу. В случае, если эти препараты оказались неэффективными, назначают фторхинолы (офлоксацин, ципрофлоксацин), а также внутримышечные инъекции гентамицина. После того, как температура тела нормализуется, лечение иерсиниоза антибиотиками проводится еще в течение 10 дней. В ситуации, когда симптомы заболевания сохраняются, а возбудителей уже в организме нет, применяют кортикостероиды, действие которых направлено на подавление иммунного ответа. При развитии артритов на фоне заражения иерсиниями назначают такие нестероидные

противовоспалительные препараты, как аспирин, вольтарен, диклофенак, ибупрофен. Кишечный иерсиниоз у детей Иерсиоз у детей имеет некоторые особенности клинической картины заболевания. Несмотря на то, что в большинстве случаев иерсиниоз у детей имеет типичные для этой инфекции симптомы, есть некоторые особенности клинической картины заболевания у данной возрастной категории. Во-первых, такие признаки инфекции, как интоксикация, повышенная температура, лихорадка имеют более выраженный характер, чем у взрослых. Во-вторых, дети во время болезни становятся адинамичными, беспокойными, возможна потеря сознания, судороги, гемодинамические расстройства. Особенно тяжело протекает иерсиниоз у детей первого года жизни: наблюдается обезвоживание, увеличиваются лимфатические узлы, селезенка, проявляется респираторный синдром. Профилактика иерсиниоза Предупредить заболевание иерсиниоз возможно, если придерживаться правил хранения и обработки пищевых продуктов: сырые овощи и фрукты перед употреблением необходимо хорошо вымыть теплой водой, удалить подгнившие участки, после чего ошпарить кипятком; не хранить и не употреблять продукты, срок годности которых уже истек; употреблять в пищу следует только свежеприготовленные салаты; мясо, особенно свинину, следует подвергать длительной термической обработке; нельзя хранить в воде очищенные овощи, в том числе в холодильнике. Профилактика кишечного иерсиниоза предполагает своевременное выявление инфицированных людей и их изоляцию, а также дезинфекцию помещений.

Источник: <https://www.neboleem.net/iersinioz.php>

Профилактика иерсиниоза

Приложение
УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Главного государственного
санитарного врача Российской Федерации
от 26.04. 2010 г. № 37

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7. 2615 -10

I. Область применения

1.1 Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают основные требования к комплексу организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза.

1.2 Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил является обязательным для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

1.3 Контроль выполнения санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Общие положения

2.1 Определение псевдотуберкулеза и иерсиниоза

2.1.1 Псевдотуберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia pseudotuberculosis*, передающееся алиментарным путем и характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений: интоксикацией, лихорадкой, поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательного аппарата и других органов. В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10-го пересмотра, 1995) псевдотуберкулез регистрируется под символом А 28.2, а энтероколит псевдотуберкулезный - под символом А 04.8.

Кишечный иерсиниоз - инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia enterocolitica*, передающееся алиментарным путем и характеризующееся интоксикацией, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта; при генерализованных формах - полиорганным поражением и склонностью к обострениям, рецидивам и хронизации процесса. Иерсиниоз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10-го пересмотра, 1995) энтероколит, вызванный *Y. enterocolitica*, регистрируется под символом А 04.6, экстраинтестинальный иерсиниоз - под символом А 28.2.

2.2 Этиология возбудителя

2.2.1 Возбудителем псевдотуберкулеза является - *Y. pseudotuberculosis*, кишечного иерсиниоза - *Y. enterocolitica*. Иерсинии - грамотрицательные палочки, спор и капсул не

образуют. Бактерии имеют перетрихальные жгутики, но подвижность проявляется в условиях культивирования при температуре до 28 °С. Иерсинии относятся к факультативным анаэробам. Оптимальная температура их жизнедеятельности (26±2) °С. Могут размножаться при пониженной температуре (4-10 °С), но накопление в этих условиях идет медленно. При культивировании при температуре от 24 до 28 °С культуры находятся в гладкой S-форме, при температуре 37 °С - в шероховатой R- форме.

2.2.2 По O-антигену бактерии *Y. pseudotuberculosis* неоднородны и подразделяются на 21 серотип.

На территории России циркулируют *Y. pseudotuberculosis*, преимущественно, серотипа O1 (более 95 %) и реже - O:3, O:4 и O:5. Из 31 серотипа *Y. enterocolitica* большая часть относится к сапрофитным микроорганизмам, однако девять серотипов - O:3; O:4; O:5,27; O:8; O:9; O:13; O:18; O:20; O:21 идентифицированы, как патогенные для человека.

2.2.3 По биохимическим свойствам вид *Y. pseudotuberculosis* однороден, *Y. enterocolitica* подразделяется на 6 биотипов (IA, IB, II, III, IV, V). Патогенными для человека и животных являются представители всех биотипов, но для евроазиатского континента наиболее характерны IV (O:3 серотипа), II (O:5,27; O:9 серотипов) и III (O:5,27 серотипа).

2.2.4 Иерсинии способны длительно сохраняться в окружающей среде: в почве они могут существовать более 4 мес., в воде открытых водоемов - до 1 мес., в кипяченой воде - до 1 г. Длительно могут выживать на различных продуктах питания: в молоке до 18 сут., в сливочном масле до 145 сут., на хлебе, кондитерских изделиях - от 16 до 24 сут. Размножаются и длительно сохраняются на овощах, особенно в виде салатов, хранящихся после приготовления при низкой температуре. В испражнениях при температуре (22±2) °С выживают до 7 сут, в замороженных фекалиях - до 3-х мес.

2.2.5 Иерсинии чувствительны к высокой температуре: при 100 °С погибают в течение 1-2 мин. Способны выживать при температуре 50-60 °С до 20 -30 мин, переносят большие концентрации хлорида натрия (до 10 %), особенно при температуре от 4 до 6 °С. На микробы губительно действует прямая солнечная радиация, чувствительны к высушиванию, к дезинфицирующим растворам (1- 3 % растворы хлорамина, хлорной извести, перекиси водорода).

2.3 Резервуар возбудителя инфекции и источники инфекции для человека.

2.3.1 Различают природный и антропоургический очаги иерсиниозов.

Природным очагом иерсиниозов считается определенный ландшафтный участок территории, в котором осуществляется естественная циркуляция иерсиний среди обитающих здесь диких млекопитающих, главным образом, мышевидных грызунов и птиц.

Антропоургическим очагом иерсиниозов считается населенный пункт, где в цепь естественной циркуляции иерсиний включаются синантропные (домовая мышь, серая крыса) и полусинантропные (обыкновенные полевки, полевые мыши) грызуны, массово заселяющие окраины городов. Загрязняя окружающую среду (корма, воду) и являясь объектом охоты, грызуны способствуют заражению сельскохозяйственных (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи), домашних (кошка, собака, декоративные питомцы) животных и птиц, а также животных, содержащихся в питомниках и зоопарках.

2.3.2 Эпидемиологическую опасность представляет антропоургический очаг, поскольку в нем возникает риск заражения человека при употреблении контаминированных иерсиниями пищевых продуктов, а также при профессиональном (бытовом) контакте с сельскохозяйственными и домашними животными, птицами и объектами окружающей среды.

2.3.3 Роль животных, как источников инфекции для человека, неравноценна. При кишечном иерсиниозе преимущественное значение отводится свиньям, поскольку именно от них выделяется наибольшее количество патогенных штаммов *Y. enterocolitica* O:3 и O:9. При псевдотуберкулезе существенное значение имеет мелкий и крупный рогатый скот.

2.3.4 Больной псевдотуберкулезом человек эпидемиологической опасности не представляет, при кишечном иерсиниозе больной или носитель в условиях стационара и семейного очага может явиться источником инфекции для окружающих.

2.4 Механизм, пути и факторы передачи.

2.4.1. Фекально-оральный механизм передачи иерсиниозов реализуется пищевым путем при прямом (с сырыми и термически плохо обработанными пищевыми продуктами) или опосредованном (через оборудование, инвентарь или посуду) попадании возбудителя в готовую пищу; вторичном накоплении возбудителя в готовых блюдах (при нарушении технологии приготовления последних и увеличении сроков их хранения); редко - контактно-бытовым (при уходе за больными сельскохозяйственными, домашними или содержащимися в неволе животными, разделке мяса животных и птицы) и водным путями передачи инфекции.

2.4.2 Основное значение в качестве факторов передачи при псевдотуберкулезе имеют продукты растительного происхождения (овощи, корнеплоды, зелень, фрукты), реже - вода открытых водоемов. Накопление возбудителя на овощах и корнеплодах с контаминацией тары, стен и пола происходит в овощехранилищах и складских помещениях организованных коллективов и предприятий общественного питания, при нарушении температурно-влажностного режима и заселении инфицированными грызунами. Растительная продукция подвергается инфицированию при закладке на хранение с увеличением контаминации псевдотуберкулезным микробом в феврале (зимние овощи), апреле-мае (ранние, в том числе, тепличные овощи) и августе-сентябре (летние овощи). Растения могут инфицироваться иерсиниями во время выращивания (на полях, в парниках) при соприкосновении с почвой и при поливе из источника воды, загрязненного возбудителем. В этом случае может отсутствовать непосредственная связь заболеваний с грызунами, поскольку эпизоотии среди них и первичное инфицирование овощей происходит далеко от места регистрации групповых заболеваний.

При кишечном иерсиниозе ведущими факторами передачи являются продукты животного происхождения (молочные продукты, мясо и мясные продукты, птицеводческая продукция), употребляемые в пищу в сыром или термически недостаточно обработанном виде или вторичнообсемененные. Значимость овощей и фруктов, как факторов передачи инфекции ниже, чем при псевдотуберкулезе.

2.4.3 Условием, способствующим заражению человека иерсиниями, является нарушение санитарно-эпидемиологического режима на пищеблоках организованных коллективов и предприятий общественного питания. При псевдотуберкулезе - это некачественная зачистка овощей, замачивание овощей на ночь, отсутствие повторной промывки горячей

водой, хранение готовых салатов в холодильнике. При кишечном иерсиниозе - нарушение режима сбора, обработки мясной и молочной продукции, длительное хранение контаминированной возбудителем сырой продукции при низкой температуре, недостаточная термическая обработка, нарушение сроков реализации готовых блюд, нарушение режима пастеризации молока. Заражение лиц, профессионально связанных с животноводством и птицеводством, возможно при удалении внутренних органов, разделке мяса животных (вырезание языка и миндалин, срезании мяса с головы) и тушек птицы, при приготовлении полуфабрикатов.

2.5. Заболеваемость псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом регистрируется повсеместно, но неравномерно.

На территории Российской Федерации чаще регистрируются групповые случаи псевдотуберкулеза, возникающие в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, в загородных детских коллективах, воинских частях, на предприятиях или в учебных заведениях, объединенных единым источником питания. Для кишечного иерсиниоза характерна спорадическая заболеваемость, групповые случаи редки. Могут быть внутрибольничные заболевания у больных со сниженной резистентностью организма, связанные с переливанием крови, длительное время хранившейся при низкой температуре, и внутрисемейные случаи, ограничивающиеся детьми и ухаживающими за ними родственниками.

2.6. Псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом заболевают все возрастные группы, но основная доля заболевших приходится на детей 3-6, 7-14 лет и подростков 15-17 лет. Заболеваемость детей до 1 года при псевдотуберкулезе связана с включением в рацион питания овощей и фруктов (соки, пюре), при кишечном иерсиниозе - искусственное вскармливание, бытовой контакт с больным (носителем).

Для псевдотуберкулеза характерно удлинение сезонного подъема заболеваемости до летних месяцев, сроки которого зависят от времени завоза, хранения и реализации овощей населению. При кишечном иерсиниозе отмечается незначительный весенне-летний и выраженный осенне-зимний подъемы заболеваемости.

2.7. Клиника псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза отличается полиморфизмом, поэтому выделение отдельных форм болезни носит условный характер и определяется по ведущему синдрому. Более тяжелые и манифестные формы отмечаются у детей младшего возраста, взрослые часто переносят легкие или бессимптомные формы болезни.

III. Выявление больных псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом

3.1 Выявление больных псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом осуществляют специалисты лечебно-профилактических организаций, независимо от организационно-правовой формы собственности и ведомственной принадлежности при оказании всех видов медицинской помощи на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных.

3.2. Стандартное определение случая:

3.2.1 «Вероятным» следует считать случай острого заболевания, при котором имеются одновременно или последовательно возникающие сочетанные поражения среди лиц, находящихся в одинаковых условиях по риску заражения или связанные с подтвержденным случаем.

3.2.2 «Подтвержденным» следует считать случай острого заболевания, классифицированный как «вероятный» после лабораторного подтверждения диагноза в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

3.2.3 Больные с вероятным и подтвержденным диагнозом «псевдотуберкулёз» и «кишечный иерсиниоз» госпитализируются в стационар в зависимости от тяжести клинических проявлений по решению врача-инфекциониста.

3.2.4 Учет и регистрация больных проводится в соответствии с установленными требованиями.

3.2.5 При установлении вероятного случая заболеваний псевдотуберкулезом или кишечным иерсиниозом учреждение, установившее диагноз, направляет экстренное извещение об инфекционном заболевании по установленным формам в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.2.6 Эпидемиологическое расследование и организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при регистрации случаев псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза осуществляют учреждения, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.2.7 При подтвержденном спорадическом случае псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза проводится эпидемиологическое обследование очага с организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и заполнением соответствующих отчетных форм.

3.2.8 В случае возникновения групповых заболеваний, с подозрением на псевдотуберкулёз или кишечный иерсиниоз эпидемиологическое расследование и организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий начинают немедленно после получения экстренных извещений. В ходе эпидемиологического расследования устанавливают причинно-следственную связь формирования эпидемического очага с групповой заболеваемостью псевдотуберкулезом или иерсиниозом. По окончании составляют акт эпидемиологического расследования.

IV. Лабораторная диагностика псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза у людей

4.1 Подтверждение диагноза псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза осуществляется на основании клинической картины по результатам бактериологического (выделение культуры *Y. pseudotuberculosis* или *Y. enterocolitica*), серологического (нарастание титра антител в парных сыворотках), иммунологического (выявление антител классов А, М и G) и молекулярно-генетического (выявление ДНК бактерий) методов с учетом эпидемиологического анамнеза.

Больным из эпидемиологического очага иерсиниоза с групповой заболеваемостью (более 2-х случаев в течение 1-го инкубационного периода с одинаковой симптоматикой и единым вероятным источником заражения) диагноз псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

4.2. Взятие материала от больных для бактериологического, серо-иммунологического и молекулярно-генетического исследований осуществляется в лечебно-профилактических учреждениях с учетом клинических проявлений инфекции и стадии инфекционного

процесса при соблюдении установленных правил взятия и транспортировки биологического материала.

4.3. Лабораторные исследования материалов от больных (подозрительных на заболевание) осуществляют лаборатории, организации, структурные подразделения, имеющие разрешительные документы на выполнение работ с микроорганизмами III-IV групп патогенности.

4.3.1 Одним из условий качественного проведения бактериологического и молекулярно-генетического исследования является правильное взятие материала и его предварительная подготовка к исследованию в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

4.3.2 Схема бактериологического исследования включает «обогащение» исследуемого материала при низкой температуре, использование дифференциально-диагностических сред для выделения и идентификации культур, определение их серотипа, биотипа, вирулентности.

4.3.3 Молекулярно-генетическое исследование проводится не менее двух раз (в день поступления материала на исследование и на 3-5 сутки после «холодового обогащения»).

4.3.4 Исследование парных сывороток проводится на первой-второй и на третьей неделях болезни. Достоверным считается 2-4 кратное и выше

нарастание титра антител, диагностическим титром в РА считается не менее, чем 1:160, в РНГА - не менее, чем 1:200. В отдельных случаях (невозможность взятия парных сывороток, обследование больного в поздние сроки и т.п.) при наличии четких клинических, эпидемиологических, бактериологических и других данных допускается использование минимального условно-диагностического титра. Этот критерий при кишечном иерсиниозе для взрослых равен 1:160-1:320, для детей до 10 лет - 1:80-1:160.

4.3.5 Питательные среды, диагностические препараты и тест-системы, используемые для лабораторной диагностики псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза, должны быть разрешены к применению в Российской Федерации в установленном порядке.

4.4. Лабораторным подтверждением диагноза «псевдотуберкулез» и «кишечный иерсиниоз» следует считать:

- выделение культуры *Y. pseudotuberculosis*, *Y. enterocolitica*;
- обнаружение специфической ДНК *Y. pseudotuberculosis*, *Y. enterocolitica*;
- обнаружение антител к возбудителю классов А, М и G;
- нарастание титра антител в парных сыворотках.

4.4.1 Положительные результаты экспрессных методов (ПЦР и/или ИФА) являются сигнальными, позволяющими сделать вывод о наличии *Y. pseudotuberculosis* или *Y. enterocolitica* в материале от больных, облегчить дифференциальную диагностику иерсиниозов и наметить направления работы по эпидемиологической диагностике.

4.5. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации могут направлять в референс-центр по мониторингу за иерсиниозами культуры *Y. pseudotuberculosis* и *Y. enterocolitica*, выделенные от больных, грызунов и объектов окружающей среды для идентификации и изучения

биологических и молекулярно-генетических свойств культуры *Y. pseudotuberculosis* и *Y. enterocolitica*.

4.6. Референс-центр по мониторингу за иерсиниозами оказывают органам и учреждениям, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор, консультативно-методическую и практическую помощь в лабораторной и эпидемиологической диагностике причин и условий возникновения эпидемических очагов, лечебно-профилактическим учреждениям - по лабораторной диагностике тяжелых и атипичных форм течения заболеваний.

V. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами

5.1 Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами представляет собой постоянное наблюдение за эпидемиологическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией иерсиний среди объектов окружающей среды, их резервацией среди диких и синантропных млекопитающих в природных и антропогенных очагах, а также эффективность проводимых мероприятий и прогнозирование.

5.2 Целью государственного эпидемиологического надзора за иерсиниозами является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций возможного развития эпидемиологического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости иерсиниозами, предупреждение возникновения групповых заболеваний псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом и, как следствие, формированием тяжелых и хронических форм инфекции.

5.3 Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за иерсиниозами проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VI. Противоэпидемические мероприятия в очаге иерсиниозной инфекции

6.1 Эпидемиологическое расследование очагов с единичным заболеванием и очагов с групповой заболеваемостью псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.2 По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем заполняется карта эпидемиологического расследования очага установленной формы. По результатам эпидемиологического расследования очага с групповой заболеваемостью составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага.

6.3 Эпидемиологический диагноз включает:

- характеристику очага (острый, хронический);

- нозологию;
- возбудителя;
- определение границ эпидемического очага (в каком учреждении, на какой территории и т.д.);
- источник, резервуар;
- причину;
- факторы, способствующие формированию очага.

6.4 В соответствии с эпидемиологическим диагнозом проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага иерсиниозной инфекции. Он включает:

- активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;
- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (18 дней);
- взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для бактериологических, серологических и молекулярно-генетических исследований (ПЦР). Объем и число проб определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;
- введение временного запрета на приготовление холодных мясных закусок и молочных продуктов, не подвергающихся термической обработке, исключается употребление салатов из сырых овощей и фруктов, без обработки;
- проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием продовольственных складов, кладовых сыпучих и хлебобулочных продуктов, холодильных камер, овощехранилищ организованных коллективов и организаций, поставляющих продукты питания. Дается оценка заселенности объектов грызунами, сроки и эффективность проведения плановой дератизации, обеспечение мероприятий по защите от грызунов, в том числе по недопущению миграции и создания условий для выживания грызунов;
- организация на складах (овощехранилищах, пищеблоках) переборки, зачистки овощей, фруктов, зачистки тары и оборудования с последующей заключительной дезинфекцией;
- проведение эпизоотологического обследования объекта (населенного пункта) с учетом численности грызунов. В случае обнаружения субъективных (наличие свежих погрызов, помета, жилых нор) и объективных (следовые площадки, ловушки Геро, клеевые площадки) следов пребывания грызунов проводится внеплановая дератизация с последующим контролем эффективности. В случае повсеместного распространения грызунов в населенном пункте решается вопрос о проведении сплошной дератизации по эпидемическим показаниям;

- введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории, организацией питания и соблюдением противоэпидемического режима детских организованных коллективов, пищеблоков предприятий общественного питания и лечебно-профилактических организаций;

- организация работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики иерсиниозов среди населения по инициативе органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

VII. Правила выписки переболевших и диспансерное наблюдение

7.1 Выписка больных осуществляется после полного клинического выздоровления и нормализации всех показателей функционального состояния переболевших, без проведения контрольных лабораторных исследований на псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз по решению врача-инфекциониста.

7.2 За реконвалесцентами проводится диспансерное наблюдение в условиях поликлиники. Наблюдение за переболевшими детьми осуществляется участковыми педиатрами, за взрослыми - врачами-инфекционистами поликлиники, а при их отсутствии - участковыми терапевтами. Диспансерное наблюдение осуществляется в течение 1 мес после выписки из стационара при неосложненных формах, при затяжном течение - не менее 3 мес.

7.3 Допуск на работу персонала детских учреждений, детей к посещению детских организованных коллективов проводится на основании справки о выздоровлении.

VIII. Профилактические мероприятия

8.1 Органы, уполномоченные проводить государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение контаминации иерсиниями пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах реализации населению, а также на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и накопления в них микроорганизмов.

8.2 Проводятся мероприятия по предупреждению контаминации и размножения иерсиний на овощах в овощехранилищах, плодоовощных базах, тепличных хозяйствах.

8.2.1 Осуществляется подготовка типовых и приспособленных овоще- и фруктохранилищ к приему на хранение нового урожая: освобождение хранилищ от остатков зимних овощей и мусора; просушка и дезинфекционная обработка стеллажей, стен, потолка и оборудования с последующим проветриванием и побелкой. Эффективность дезинфекции оценивается по отсутствию в смывах микробов рода *Yersinia*, в том числе и непатогенных *Y. enterocolitica*.

8.2.2 В овощехранилищах должен поддерживаться определенный микроклимат со строгими параметрами температуры не выше 4°C и относительной влажности в пределах до 70 %.

8.2.3 Соблюдение санитарно-гигиенического состояния плодоовощных баз, своевременное освобождением их и прилегающей территории от остатков овощей и

производственного мусора, дезинфекционная обработка тары перед отправкой ее поставщикам продукции.

8.2.4 Содержание в удовлетворительном санитарно-технологическом состоянии автомобильного и другого вида транспорта, предназначенного для перевозки овощей и фруктов.

8.2.5 Своевременная и качественная переборка овощей, тщательная зачистка порченных и гниющих участков овощей и фруктов.

8.2.6 Недопущение совместного хранения овощей (фруктов) нового и старого урожая, подготовка отдельного помещения для хранения ранних овощей с регулярной (1 раз в месяц) его очисткой и дезинфекцией.

8.2.7 Соблюдение технологии обработки теплиц, включая почву после сбора урожая, очистка грязной и замена пришедшей в негодность тары.

8.2.8 Регулярное проведение дератизационных мероприятий и основных мероприятий по защите объекта от грызунов в соответствии с действующими нормативными правовыми документами.

8.3 В овощехранилищах, плодоовощных базах и тепличных хозяйствах в рамках производственного контроля проводится регулярные исследования для выявления инфицированности иерсиниями грызунов (ежеквартально), обсеменённости иерсиниями овощей, фруктов, инвентаря, тары, оборудования (с учетом эпидемиологической ситуации, но не реже 1 раза в квартал), в тепличных хозяйствах - в период сбора урожая. В случае обнаружения возбудителей проводится внеплановая дезинфекция, дератизация, сортировка плодоовощной продукции, зачистка или замена стеллажей и тары.

8.4 В случае выделения иерсиний в рамках производственного контроля необходимо немедленно информировать территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Вопрос о поставке овощей в организованные коллективы из овощехранилищ и теплиц, в которых выявлена обсемененность иерсиниями овощей и инфицированность грызунов, решается органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в конкретной ситуации с учетом эпидемиологической значимости выделенных культур.

8.5 В овощехранилищах организованных коллективов и лечебно-профилактических учреждений лабораторные исследования на обсеменённость иерсиниями овощей, фруктов, инвентаря, тары, оборудования проводятся через 2-3 недели после закладки овощей нового урожая и перед доставкой на хранение ранней овощной продукции.

8.6 Предупреждение контаминации иерсиниями продуктов и готовых блюд обеспечивается соблюдением требований нормативных правовых документов в отношении производств пищевых продуктов, содержанию пищеблоков учреждений и предприятий, организаций торговли.

8.6.1 Должно быть обеспечено:

- соблюдение санитарного состояния складских помещений, кладовых и овощехранилищ при пищеблоках: очистка и текущая дезинфекция хранилищ овощей перед каждым завозом партий овощей;
- ежедневная обработка моющими средствами оборудования и инвентаря, предназначенного для первичной обработки овощей и сырой мясной продукции;
- соблюдение правил обработки столовой посуды, мытье и ошпаривание кипятком разделочных столов, кухонного инвентаря, овощерезок по окончании первичной и кулинарной обработки овощей и сырой мясной продукции, маркировка инвентаря, используемого для готовой пищи;
- тщательная обработка овощей, предназначенных для приготовления салатов или выдачи их в сыром виде, мытье в проточной водопроводной воде с последующим ошпариванием кипятком, запрещение хранения очищенных овощей в холодной воде, особенно в холодильниках, мытьем фруктов, в т.ч. цитрусовых;
- соблюдение регламентированных сроков хранения готовых блюд;
- проведение дератизационных работ во всех помещениях пищеблока и всего учреждения в плановом порядке.

8.6.2 Бактериологический контроль обсемененности иерсиниями на пищеблоке, в том числе готовой продукции, проводится при возникновении эпидемических очагов по предписанию органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический контроль.

8.6.3 Для проведения очистки и промывки овощей перед засолкой и квашением, используются специально выделенные для этих целей помещения, инвентарь и тара.

8.7 Мероприятия по предупреждению обсемененности иерсиниями молока, мяса, птицы, яиц включают надзор за:

- соблюдением правил сбора и переработки этих пищевых продуктов, определенных существующими нормативами и стандартами;
- качеством обработки конвейера, инвентаря, оборудования, на котором осуществляется убой птицы;
- чистотой тары, используемой при работе в цехах и для доставки населению (лотки, поддоны), заменой устаревшей, мытье и обработка тары для тушек, одноразовое использование тары для яиц;
- выполнением санитарно-гигиенических правил и технологических требований работы, общих для других инфекций.

8.8 На предприятиях, производящих и перерабатывающих продукты животного происхождения (молокозаводы, птицефабрики, хладокомбинаты, мясокомбинаты), на предприятиях по переработке сельхозпродукции лабораторные исследования на обсемененность иерсиниями продуктов животного происхождения и сельхозпродукции проводятся перед проведением плановых мероприятий по контролю за соблюдением санитарного законодательства в соответствующих организациях пищевого производства.

IX. Гигиеническое воспитание населения

9.1 Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики иерсиниоза.

9.2 Работники пищеблоков и лиц, к ним приравненных, обязаны знать основные сведения об иерсиниозах, которые должны быть включены в программу гигиенического обучения.

9.3 Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о иерсиниозах, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и т.д.

Иерсиниоз является острым инфекционным заболеванием, приводящим к поражению желудочно-кишечного тракта и негативному воздействию на другие органы и системы человека.



Тип инфекции и пути заражения

Возбудителем заболевания являются кишечные бактерии Enterobacteriaceae из рода *Yersinia*. Они представляют собой грамотрицательные палочки размером до 0,9 мкм, растущие на обычных и обедненных питательных средах. Наиболее благоприятна для них температура в диапазоне от +4 до +8 градусов, при которой они способны длительное время сохраняться и активно размножаться на различных пищевых продуктах. Механизм передачи инфекции иерсиниоза близок к псевдотуберкулезу.

Некоторые штаммы бактерий обладают устойчивостью к пастеризации, но при кипячении гибель любых из них происходит в течение нескольких секунд. Они чувствительны также к воздействию дезинфицирующих средств. Пик заболеваемости наблюдается обычно в ноябре и весенний период. Заболеванию подвержены люди любого возраста, нередко встречается иерсиниоз у детей. Женщины более устойчивы к возбудителям, чем мужчины.

В человеческий организм возбудители болезни попадают фекально-оральным или алиментарным путем, при переливании зараженной крови или непосредственно под кожу – при повреждениях или инъекции. Передача инфекции кишечного иерсиниоза может происходить через зараженные продукты, не прошедшие термическую обработку – мясо, овощи и молоко, а также воду из открытых источников.

Симптомы иерсиниоза

Инкубационный период возбудителей иерсиниоза продолжается 1-6 дней. Симптомы иерсиниоза неспецифичны. Для заболевания характерен полиморфизм клинических проявлений:

- начинается остро, с появлением [озноба](#), [головных болей](#), [слабости](#) и [недомогания](#);

- возможны [боли в мышцах](#) и суставах, [першение в горле](#), [снижение аппетита](#) и [бессонница](#);
- [температура тела](#) – субфебрильная, может иногда подниматься до 38-40 градусов;
- симптомы общей интоксикации организма сочетаются с признаками поражения ЖКТ – болями в животе, [тошнотой](#), [поносом](#), рвотой;
- [кожа становится сухой](#), на ней может появляться шелушащаяся точечная или [мелкопятнистая сыпь](#);
- возможны появления относительной [тахикардии](#) и гипотензии;
- в течении болезни возможны симптомы, указывающие на поражение различных внутренних органов – [темный цвет мочи](#), [тяжесть](#) или боль в правом подреберье и др.;
- [желтушное окрашивание склер](#) и [кожи](#) указывает на [увеличение печени](#), в динамике могут усиливаться головные боли, проявляться очаговые и оболочечные симптомы поражения ЦНС;
- поражение мочеполовой системы сопровождается болями при мочеиспускании и снижением суточного диуреза вплоть до полной анурии;
- по мере прогрессирования заболевания усиливаются [боли в области живота](#), проявляются признаки раздражения брюшины;
- на второй неделе возможно появление признаков острого артрита с поражением крупных суставов, отека лица и элементов крапивницы, гиперемии и рези в глазах.



Формы заболевания иерсиниозом и их осложнения

Клиническая классификация иерсиниоза окончательно на данный момент не разработана. С учетом ведущего синдрома принято выделять 2 группы клинических форм:

- локализованную (гастроэнтероколитическую);
- генерализованную (желтушную, септическую, экзантемную и артралгическую).

Клиника иерсиниоза локализованной формы ограничена преимущественно поражением ЖКТ, генерализованные формы сопровождаются поражением других органов и систем.

1. Гастроэнтероколитическая форма синуиоза – заболевание, которое встречается наиболее часто, на его долю приходится почти 70% всех случаев. Болезнь начинается остро, с повышением температуры до 38-39 градусов, сопровождается головными болями, анорексией, ознобом, недомоганием, болями в животе и жидким стулом – до 15 раз в сутки. Продолжительность заболевания 2-14 дней, в тяжелой форме встречается редко. Может протекать в виде энтероколита, энтерита и гастроэнтероколита. В большинстве случаев синдром общей интоксикации выражен слабо, боли в животе – незначительной интенсивности, частота стула 2-4 раза в сутки.
2. Желтушная форма относится к осложнениям иерсинуиоза и может развиваться одновременно с гастроэнтероколитической или через 2-4 суток после начала дисфункции кишечника. На первый план выступают признаки поражения печени, происходит развитие токсического гепатита. Больные жалуются на боль и ощущение тяжести в правом подреберье, иногда появляется зуд кожи. Заболевание сопровождается желтушностью склер и кожи, размер печени увеличивается, при пальпации появляется болезненность, наблюдается обесцвечивание кала и потемнение мочи. Определяется гипертрансaminaземия и гипербилирубинемия.
3. Экзантемная разновидность заболевания проявляется экзантемой и синдромом интоксикации. При данной форме иерсинуиоза сыпь появляется на коже на 1-6-й день болезни, может быть точечной, крупно- или мелкопятнистой с зудом или без. Через несколько дней сыпь обычно бесследно исчезает, на ее месте появляется отрубевидное шелушение.
4. Артралгическая форма протекает с интоксикацией, лихорадкой и выраженными болями в суставах, которые, однако, внешне не изменяются. Артралгии могут вызывать обездвиживание и [бессонницу](#).
5. Септический тип болезни встречается достаточно редко и является наиболее опасным, летальность составляет до 30% случаев заболеваний. Проявляется высокой лихорадкой с суточными размахами до 2 градусов, ознобом, увеличением печени и селезенки. Возможны поражения других органов. Последствия иерсинуиоза септической формы – [эндокардит](#), [нефрит](#) с острой [почечной недостаточностью](#), [пневмония](#), [гепатит](#), [менингит](#), менингоэнцефалит. Иногда результатом осложнения иерсинуиоза становится миокардит – воспаление сердечной мышцы. Он проявляется нарушениями сердечного ритма и [тахикардией](#).
6. Вторично-очаговая форма способна возникать самостоятельно либо в виде осложнения других форм. Во втором случае первичные и вторичные признаки заболевания могут быть отделены длительным периодом хорошего самочувствия. Вторичные проявления являются признаками поражения отдельных органов, вызывающего сопутствующие заболевания – печени, щитовидной железы ([аутоиммунный тиреоидит](#)), суставов ([артрит](#)), мозговой оболочки ([менингит](#)).

Осложнения иерсинуиоза чаще всего возникают на второй или третьей неделе заболевания. Среди них: экзантема (узловатая [эритема](#), [крапивница](#)), [артрит](#) суставов (обычно – крупных), [отек Квинке](#), [миокардит](#), [уретрит](#), [аппендицит](#) и [конъюнктивит](#).

Если Вы обнаружили у себя схожие симптомы, незамедлительно [обратитесь к врачу](#). Легче предупредить болезнь, чем бороться с последствиями.

Диагностика иерсинуиоза

[Диагностика иерсинуиоза](#) осуществляется на основании симптомов начала заболевания – лихорадки, интоксикации и признаков острой формы гастроэнтероколита в сочетании с [желтухой](#), экзантемой и артралгиями. Наиболее часто встречаются [энтерит](#), терминальный

илеит, энтероколит и мезаденит. Менее распространенными формами являются [сепсис](#), [ангина](#) и вторичные очаги инфекции.

[Энтерит](#) и энтероколит наиболее распространены, они проявляются в воспалении толстого и тонкого кишечника, сопровождаются жидким зловонным стулом до 10-15 раз в сутки, иногда – со слизью и кровью. Продолжительность поноса, в зависимости от тяжести заболевания – от 1 дня до нескольких месяцев. В большинстве случаев держится субфебрильная температура – около 37,5 градусов, иногда может повышаться до 39-40 градусов.

Почти все формы заболевания сопровождаются увеличением лимфоузлов. Возбудители способны концентрироваться в лимфоузлах с образованием микроабсцессов – гнойных воспалений. Для подтверждения диагноза проводятся анализы на иерсиниоз.

Анализы на иерсиниоз

Диагностика иерсиниоза основывается на бактериологических и серологических методах исследования. Методика посева применяется та же, что и при псевдотуберкулезе. В целях лабораторного подтверждения диагноза производятся посевы на питательные среды кала, ликвора и крови. Из серии серологических методик используются реакции агглютинации, латекс-агглютинации, непрямой гемагглютинации с эритроцитарными диагностикумами и иммуноферментный анализ.

При неосложненных формах заболевания лабораторные данные не специфичны. Уровень лейкоцитов в норме либо слегка увеличен. СОЭ при реактивном артрите может достигать 100 мм/ч, но антинуклеарные антитела и ревматоидный фактор при этом обычно отсутствуют. Кровь, ткань лимфоузлов, спинномозговая жидкость, перитонеальная жидкость и содержимое [абсцесса](#) подвергаются стандартным методикам клинической микробиологии.

Дифференциальная диагностика проводится с учетом клинической картины заболевания. Ее первоочередной целью является исключение острых кишечных инфекций, различных заболеваний суставов, вирусного гепатита, острого [аппендицита](#) и [сепсиса](#) иной этиологии.

При рентгенологических исследованиях кишечной области наблюдается резкое сужение пораженной части подвздошной кишки, рельеф слизистой оболочки часто сглажен (так называемый «симптом «шнура»»). На следующих стадиях возможно развитие гранулематозно-язвенного поражения в области подвздошной кишки, которое от болезни Крона морфологически неотличимо.

О наличии иерсиниоза сигнализирует ускоренная положительная динамика клинических признаков и морфологических изменений в терминальном отделе подвздошной кишки при лечении антибактериальными препаратами, в то время как при болезни Крона эффективны глюкокортикоиды и месалазин.

Могут возникнуть трудности при дифференциальной диагностике гепатитов вирусной этиологии и иерсиниозного гепатита. Иерсиниозный гепатит может проявляться как в качестве самостоятельного варианта, так и при генерализованной форме иерсиниоза. Наблюдается с первых этапов заболевания повышение содержания билирубина крови и выраженные признаки интоксикации, при этом незначительно повышается активность трансаминаз.

Лечение иерсиниоза



Как лечить иерсиниоз, определяется для каждого пациента [доктором](#) индивидуально. [Лечение иерсиниоза](#) назначается в зависимости от формы заболевания и его клинической картины. При неосложненных формах кишечного иерсиниоза требуется лечение этиотропными средствами и проведение детоксикационной терапии в течение 7-10 дней, в зависимости от тяжести состояния больного внутрь или парентерально.

Осуществляется также лечение иерсиниоза антибиотиками. Септическая форма иерсиниоза, вторичные очаги инфекции и кишечные формы заболевания на фоне ослабленного иммунитета лечатся 2-3 видами антибактериальных средств в течение 12-14 дней, с проведением дезинтоксикационной терапии и назначением препаратов, способствующих регидрации. При необходимости могут использоваться пробиотики и полиферментные препараты.

Опасность

Диагностировать иерсиниоз у детей сложнее, так как развитие инфекции может протекать как обычное простудное заболевание, сопровождающееся болями в горле, кашлем, температурой. При запущенной форме болезни происходит инфицирование бактериями печени, отмечается пожелтение кожного покрова и белков глаз.

Нужен совет опытного врача?

Проконсультируйтесь в чате или по телефону — это быстрее и дешевле приема в больнице.

[Начать консультацию](#)

Профилактика иерсиниоза

Специфическая профилактика иерсиниоза на данный момент не разработана. Все профилактические меры основаны на эпидемиологических особенностях инфекции. Они сводятся к борьбе с грызунами как главными разносчиками инфекционных заболеваний. В

овощехранилищах, на складах и в магазинах периодически проводится истребление грызунов. В целях своевременного выявления больных иерсиниозом особей среди домашних животных и птиц периодически проводятся плановые и внеочередные ветеринарные осмотры на фермах. На молочных заводах устанавливается контроль за процессом обработки молочных продуктов.

При хранении фруктов и овощей обращается внимание на качество профилактических мероприятий по дезинфекции и дератизации овощехранилищ при поступлении нового урожая. Текущая дезинфекция и дератизация проводится в зимнее и осеннее время. Тщательному контролю подлежат места для хранения любых продуктов, которые не подвергаются термической обработке, на предприятиях общепита осуществляется контроль за соблюдением технологического и санитарного режима при хранении и приготовлении пищи. При отдельном заболевании или их вспышке выявляется пищевое предприятие, откуда поступил продукт, послуживший причиной заражения.

В лечебно-профилактических учреждениях профилактика иерсиниоза основана на соблюдении принятого при кишечных инфекциях противоэпидемического и санитарного режима. Важное значение, наряду с санитарными мерами, имеет своевременное выявление заразившихся при уходе за больными родственников и медицинского персонала.

Данная статья размещена исключительно в познавательных целях и не является научным материалом или профессиональным медицинским советом.



Иерсиниоз — инфекционное заболевание, которое поражает кишечный тракт и желудок, кожу, суставы и некоторые другие органы. Это заболевание может сопровождаться тяжелыми обострениями. У пациентов, живущих в поясе с умеренным климатом, симптомы иерсиниоза проявляются чаще, чем у остальных. Основным источником заражения — это плохо вымытые фрукты и овощи. Водный путь передачи заболевания меньше распространен, чем пищевой. Стоки от животноводческих ферм и с полей представляют собой серьезную угрозу распространения заболевания. Иерсинии Иерсинии — граммотрицательные палочки возбудители иерсиниоза Причины Причина иерсиниоза — граммотрицательная подвижная палочка *Yersinia enterocolitica*. Все подвида относятся к группе возбудителей бруцеллеза и туляремии, сальмонеллеза и схожи с холерными вибрионами. Размножаться палочка может даже в условиях обычного бытового холодильника, но самыми благоприятными условиями для нее является комнатная температура свыше 22 градусов. Незавершенное лечение опасно тем, что инфекция, проникая в кровь, вызывает вторичный очаг с поражением печени, легких и сердца. Поражение суставов сопровождается появлением артрита. Возможно проявление язвенной болезни желудка. Наблюдается увеличение лимфатических узлов. Различают обычно несколько первичных клинических форм: гастроинтестинальную, абдоминальную, генерализованную. Кроме этого имеет место вторичная форма (очаговая). Болезнь протекает остро, как правило, в период до трех месяцев. Затяжная форма болезни длится до шести месяцев. При хронических формах — от шести до одиннадцати месяцев. В некоторых случаях заболевание может продлиться до двух лет. У взрослых протекает с проявлением гастроинтестинальной формы. Больной может потерять за период болезни до десяти килограмм веса. У лиц с хроническим алкоголизмом, с сахарным диабетом, туберкулезом, циррозом, иммунодефицитными может очень быстро развиться генерализованная форма. У женщин выше двадцатилетнего возраста болезнь может сопровождаться появлением артрита. Из-за гастроэнтерита на теле образуется своеобразная сыпь, но после выздоровления она проходит, и рецидивов не наблюдается. Редкими осложнениями при вторичной очаговой форме могут быть синдром Рейтера, уретрит, остеоит, офтальмит, а также лимфаденит шеи. Подобные болезни могут быть выявлены с помощью анализов и лабораторных исследований. Носителями бактерий *yersiniosis* могут являться грызуны, мыши и птицы, а также практически все домашние животные, в том числе свиньи. Но не все животные являются переносчиками этой болезни, только лишь инфицированные. Фекалии или моча инфицированных животных попадает в почву, а затем переносится на фрукты и овощи. Пострадать от заболевших животных могут даже работники мясной промышленности, работающие на предприятиях с сырым мясом. Симптомы Если больной ощущает боли в области живота и это сопровождается расстройством стула, то при этих симптомах следует обратиться к врачу. Процесс может сопровождаться лихорадкой на фоне интоксикации. Появляется сыпь на коже, а также боль в мышцах, иногда в суставах. Начало заболевания можно определить по первым симптомам иерсиниоза, так как первичной симптоматикой являются жалобы на острые периодические боли в животе. Признаки интоксикации — это вздутие живота, рвота, учащенный жидкий стул с зловонным запахом. Все это может сопровождаться головной болью и ознобом. Из-за жидкого стула организм обезвоживается. Появляется головная боль, головокружение и повышенная температура. Нередки появления насморка и першения в горле, а иногда приступы кашля. У больного появляется бледность кожи. При таких симптомах заболевания следует срочно вызвать скорую помощь. Диагностика В первую очередь врачом проводится диагностика иерсиниоза по интоксикации желудочно-кишечного тракта. Наблюдаются частые испражнения и ложные к ним позывы. В некоторых случаях возможен стул с кровяной слизью. В результате осмотра может быть выявлена гиперемия рта и горла с налетом на мягком небе, обложенный язык. Увеличение печени происходит практически с начала заболевания. Всегда процесс сопровождается увеличением количества В-лимфоцитов и снижением Т-лимфоцитов. При

очень низком показателе Т-лимфоцитов следует опасаться перехода болезни в хроническую форму. Лечение Во всех случаях лечение иерсиниоза нужно выполнять стационарно, врач назначает антибиотики и фторхинолоны (так называемые этиотропные пролонгированные лекарственные средства). Это следует делать при всех формах заболевания. Тем самым устраняется возможность рецидива (повторения). Курс лечения иерсиниоза антибиотиками и фторхинолонами длится не только лихорадочный период, но и 2-3 недели после. Как отмечается практикой, опоздание с началом приема препаратов не гарантирует того, что не будет осложнений и возникновения хронических инфекционных процессов. При генерализованной форме назначаются лекарства, относящиеся к различным группам антибактериальных средств (парентерально). Для того чтобы не было рецидива, антибиотики меняют в процессе лечебного курса. Состояние здоровья пациентов иногда предполагает назначение: дезинтоксикационных растворов, антигистаминных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, витаминотерапии, пищеварительных ферментов, пробиотиков, средств иммунной защиты. Профилактика Заболевание может передаваться от больного человека здоровому контактно-бытовым способом. Поэтому чрезвычайно важно соблюдать личную гигиену. Должен быть налажен должным образом санэпидемконтроль. Во избежание появления данной болезни нужно контролировать чистоту источников воды. Если заболела воспитатель детского сада, то не исключено, что она может заразить детей, за которыми ухаживает. В этом случае нужна экстренная госпитализация всех заболевших, требуется ввести карантинные меры. Проводится профилактика иерсиниоза в дошкольных учреждениях, школах и больницах. Следует учитывать, что иерсинии теряют свою активность после обработки спиртом или перекисью водорода, а также от воздействия прямых солнечных лучей. Они погибают в процессе кипячения, под воздействием хлорамина и сулемы.

Источник: <http://xn----7sbbpetaslhhcmbq0c8czid.xn--p1ai/%D0%B8%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D0%BE%D0%B7>