**Псевдотуберкулез**

Син.: Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка

Псевдотуберкулез (pseudotuberculosis) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся токсико‑аллергической и полиочаговой симптоматикой, протекающее с преимущественным поражением органов пищеварительной системы и в немалой части случаев – с экзантемой.

**Исторические сведения**

Возбудитель инфекции описан в 1883 г. Л.Маляссе и В.Виньялем, выделен в чистой культуре и подробно изучен Р.Пфейффером в 1899 г. В 1895 г. К.Эберт обнаружил во внутренних органах погибших животных узелковые образования, внешне напоминающие туберкулезные бугорки, и назвал это заболевание псевдотуберкулезом.

В 1959 г. стало складываться представление об эпидемическом характере заболевания. В это время на Дальнем Востоке возникла эпидемия ранее неизвестного заболевания, получившего название «дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка» – ДСЛ. В 1965 г. В.А.Знаменский и А.К.Вишняков выделили из фекалий больных ДСЛ палочки псевдотуберкулеза. Опытом самозаражения (В.А.Знаменский) была доказана этиологическая роль этого микроорганизма в возникновении ДСЛ, которая стала рассматриваться как своеобразная клинико‑эпидемиологическая форма псевдотуберкулеза человека. В настоящее время это заболевание описано во многих странах мира.

**Этиология**

Возбудитель псевдотуберкулеза yersinia pseudotuberculosis относится к роду yersinia, семейству enterobacteriaceae.

Возбудитель псевдотуберкулеза растет на обычных и на обедненных питательными веществами средах.

При разрушении бактериальных клеток выделяется эндотоксин.

Одним из наиболее важных для эпидемиологии заболевания свойств возбудителя является его психрофильность, т.е. способность расти при низких температурах. Псевдотуберкулезные бактерии могут быстро размножаться при температуре холодильника + 4‑8°С. Они весьма устойчивы к повторному замораживанию и оттаиванию, способны длительно существовать в почве, воде, на различных пищевых продукгах, а в благоприятных условиях (при низких температурах и повышенной влажности) и размножаться. Вместе с тем возбудитель псевдотуберкулеза чувствителен к высыханию, воздействию солнечного света. При кипячении погибает через 10–30 с. Растворы дезинфицирующих веществ (хлорамин, гипохлорит кальция и др.) убивают его в течение нескольких минут.

**Эпидемиология**

Резервуар бактерии. В естественных условиях псевдотуберкулезом болеют многие виды млекопитающих и птиц. Однако основным резервуаром возбудителя и источником заболевания для человека являются синантропные и дикие грызуны. Они инфицируют своими выделениями продукты питания и воду, где возбудитель не только сохраняется, но при низких температурах и размножается. Другим резервуаром псевдотуберкулезных бактерий является почва. Частое обнаружение в ней возбудителя связано не только с загрязнением испражнениями животных, но и с наличием у псевдотуберкулезной бактерии сапрофитных свойств. На основании этого заболевание может быть отнесено к сапрозоонозам. Человек, как правило, источником псевдотуберкулеза не является.

Ведущий путь передачи инфекции – пищевой. К основным факторам передачи относятся овощные блюда (салаты из капусты и моркови, винегреты и др.) и молочные продукты, употребляемые в пищу без предварительной термической обработки. Накоплению возбудителя в указанных продуктах способствует хранение их в условиях холодильника. Второе место занимает водный путь передачи. Он обычно реализуется при употреблении воды из открытых водоемов. Другие пути передачи существенного значения в эпидемиологии псевдотуберкулеза не имеют.

К псевдотуберкулезу восприимчивы взрослые и дети, но у последних он регистрируется чаще. Это во многим связано с тем, что большая часть детей находятся в коллективах (ясли, детские сады, школы, интернаты, училища и т.д.) с общим пищеблоком.

Псевдотуберкулез протекает в виде спорадических и групповых заболеваний, которые регистрируются в течение всего года. Сезонный подъем заболеваемости наблюдается в весенние месяцы (март – май).

**Патогенез и патологоанатомическая картина**

Как и при других кишечных инфекциях, возбудитель попадает в организм человека через рот с инфицированными продуктами и водой. Преодолев защитный барьер желудка, бактерии фиксируются в лимфатическом аппарате кишечника, вызывая развитие энтеральной фазы патогенеза псевдотуберкулеза. Патологоанатомические изменения в месте фиксации нередко бывают значительными (типа терминального илеита, аппендицита), но иногда выражены слабо или макроскопически не выявляются.

**Симптоматика.**

Инкубационный период колеблется от 4 до 18 дней. Период разгара болезни длится 1—3 дня. Заболевание начинается остро с повышения температуры до 38 °С. Больные жалуются на головную боль, мышечные и сус­тавные боли, слабость. Многие больные одновременно с ознобом отмечают появ­ление болей в животе, тошноту, иногда рвоту и жидкий стул. В некоторых слу­чаях появляются боли в горле при глотании. На 3—4-й день появляется ярко-красная сыпь на фоне гиперемированной или обычной кожи. Сыпь держится от нескольких часов до 5 дней. Сыпь розеолезная, точечная, локализуется на сим­метричных участках тела: боковых поверхностях туловища, в подмышечных впа­динах, нижней части живота, паховых областях, на руках — больше на сгибательной поверхности. Сыпь может распространяться и по всему туловищу. Язык первые 2—3 дня покрыт белым налетом, затем очищается и напоминает «мали­новый» язык при скарлатине.

В разгар заболевания часто развиваются острые явления полиартрита с припухлостью мелких и крупных суставов конечностей, резкими болями, усили­вающимися при движении.

К 3-му дню заболевания боли в животе могут усилиться, печень умеренно увеличена. К моменту появления сыпи температура снижается до нормы или остается субфебрильной. В этот момент выражена картина терминального илеи-та или мезентериита, симулирующих клинику острого аппендицита.

Полное клиническое выздоровление наступает к концу 3-й недели. Однако болезнь может принять волнообразное течение с подъемами температуры до 38 °С, и тогда выздоровление затягивается до 5 нед.

Характерны групповая заболеваемость лиц, питающихся в одном месте и потребляющих воду одного источника, острое начало болезни, скарлатиноподоб­ная сыпь при отсутствии тонзиллита, полиартрит, боли в животе, диспепсические расстройства, терминальный илеит, паренхиматозный гепатит.

Возбудителя можно выделить из крови и слизи зева на высоте лихорадки и из фекалий на протяжении всего заболевания.

**Лечение** — в условиях инфекционного стационара

**Профилактика**

Борьба с грызунами, постоянный санитарный надзор за питанием и водоснабжением, контроль за технологическим режимом обработки и хранения пищевых продуктов, особенно не подвергающихся термической обработке.