



**БРЮШНОЙ ТИФ. ШИГЕЛЛЕЗ.
ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ.
САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. БОТУЛИЗМ.
ХОЛЕРА**



**Эпидемиология, клиника,
диагностика,
лечение, профилактика**



Болезни относятся к группе острых кишечных инфекций, передаются с помощью фекально-орального механизма передачи, характеризуются лихорадкой, симптомами общей интоксикации, поражением пищеварительной системы в виде гастро-, энтеро-, колита отдельно или их сочетания, а также некоторых других систем и органов (нервной системы – при ботулизме, лимфатических образований кишечника, гепатоспленомегалией, высыпаниями – при брюшном тифе).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник возбудителя: при брюшном тифе, холере, шигеллезе, паратифе А, некоторых ПТИ — больной человек или бактерионоситель

при паратифе В, сальмонеллезе, ботулизме — чаще животные.

Бактерионосительство: острое, хроническое, транзиторное

Механизм передачи — фекально-оральный

Пути передачи — через воду, пищевые продукты (при ботулизме — в основном консервы домашнего приготовления), предметы быта, загрязненные руки, мух

Эпидемии — контактные, водные, пищевые

КЛИНИКА БРЮШНОГО ТИФА

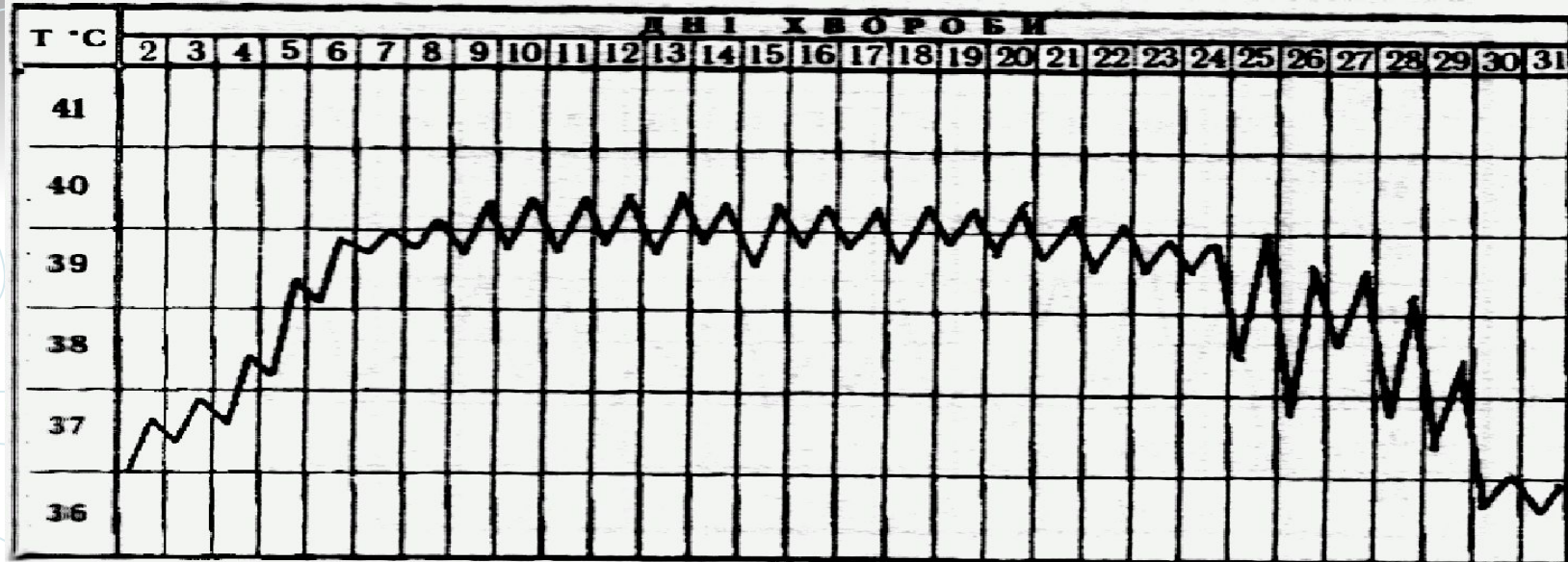
Инкубационный период — 7- 25 суток

1-я неделя (наводящие симптомы) - постепенное начало болезни, головная боль, утомляемость, бессонница, отсутствие аппетита, запор или понос, длительная лихорадка, бледность кожных покровов, «тифозный» язык, брадикардия, дикротия пульса, гипотония, симптомы бронхита, метеоризм, позитивный симптом Падалка

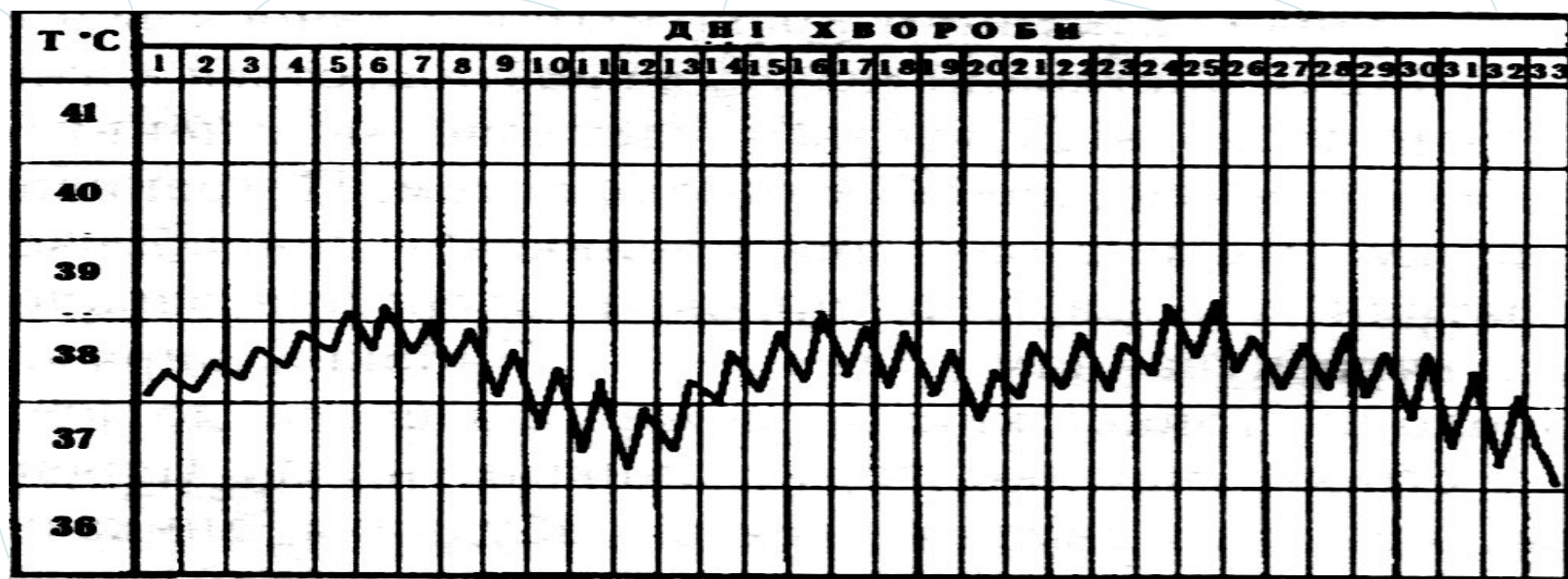
2-я неделя (опорные симптомы) - **сыпь** – *roseola elevata*, необильная, локализована на передней брюшной стенке и боковых поверхностях туловища («жилетка»), может подсыпать, «переживает» лихорадку; **сплено(гепато)мегалия, status typhosus, серологические** реакции

Рецидив брюшного тифа

Провоцирующие факторы – грубое нарушение диеты, раннее вставание с постели, эмоциональные потрясения, интеркуррентные заболевания



Температурная кривая Вундерлиха



Температурная кривая Боткина

ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА

Специфические

- Перфорация кишечника – боли в животе (любой интенсивности), напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, исчезновение печеночной тупости, воздух под куполом диафрагмы (*Ro*-логично), нейтрофильный лейкоцитоз
- Кишечное кровотечение – падение температуры тела до (суб)нормальной, тахикардия («чертов крест», «ножницы»), прояснение сознания, гипотония, наличие крови в кале, нарастающая анемия
- Инфекционно-токсический шок

Неспецифические

- Пневмония, менингит, миокардит, тромбофлебит, паротит и др.

КЛИНИКА ШИГЕЛЛЕЗА

- Инкубационный период – от 12 час до 7 суток
- Начало болезни острое, с озноба, лихорадки, явлений интоксикации, болей в животе, поноса
- Боль схваткообразная, чаще в левой подвздошной области, усиливается при дефекации (тенезмы), ложные позыв на дефекацию
- Сигмовидная кишка плотная, болезненная, спазмирована
- Испражнения жидкие, скудные, с примесью слизи и крови, иногда теряют каловый характер (“ректальный плевок”)

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

Заболевания, непосредственно связанные с пищей, разделяются на:

Пищевые отравления (грибы, наличие определенных химических веществ)

Пищевые интоксикации - ботулизм, микотоксикозы

Пищевые токсикоинфекции

Эпидемиологические критерии диагноза

Групповой характер заболеваний (вспышка)

Употребление пищи недоброкачественной или сомнительного качества

КЛИНИКА ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

Инкубационный период — от 30 мин до 24 час.

Симптомы болезни возникают внезапно, быстро нарастают — озноб, лихорадка, тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, чаще в эпигастрии и вокруг пупка. Рвота многократная.

Испражнения жидкие или водянистые, зловонные, до 10 раз за сутки, иногда с примесью слизи.

При стафилококковом токсикозе — головная боль, тошнота, неукротимая рвота, сильные рези в верхней половине живота, быстрое развитие симптомов обезвоживания.

Поноса может не быть. Лихорадка невысокая. В тяжелых случаях — цианоз, судороги, коллапс.

КЛИНИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

- Гастроинтестинальная форма – острое начало, выраженная интоксикация (высокая горячка, головная боль, общая слабость, озноб, миалгии), тошнота, рвота, боли в животе (“сальмонеллезный треугольник”), понос (кал обильный, зловонный, в виде “болотной тины” или “лягушачьей икры”), возможны разные степени дегидратации (I-IV), *herpes labialis*
- Генерализованная форма:
 - тифоподобный вариант – острое начало, озноб, повышение температуры тела, явления гастроэнтерита, далее – нарастание интоксикации, горячка становится длительной, гепатоспленомегалия, вздутие живота, высыпания
 - септико-пиемический вариант – клиника сепсиса (септический эндокардит, холецистохолангит, гломерулонефрит, гнойный менингит)
- Бактерионосительство – транзиторное, острое, хроническое
- Нозопаразитизм

КЛИНИКА ХОЛЕРЫ

1. Относится к карантинным (особо опасным) инфекциям, характеризуется склонностью к быстрому распространению с возникновением эпидемий и пандемий, высокой летальностью.
2. Инкубационный период – несколько часов – 2-5 суток
 - Начало острое
 - Понос (кал водянистый, в виде рисового отвара), без болей в животе, без повышения температуры тела
 - Рвота фонтаном, без тошноты
 - Обезвоживание

Степени обезвоживания

- **I – потеря 1-3 % массы тела**
- **II – потеря 4-6 % массы тела** (сухость кожи и слизистых оболочек, снижение эластичности и тургора тканей; умеренная тахикардия, гипотония; олигурия; судорожные подергивания мышц; охриплость голоса, акро- и периоральный цианоз)
- **III – потеря 7-9 % массы тела** (“руки прачки”, симптом очков; распространенные судороги, тотальный цианоз, афония, анурия, шум трения плевры и/или перикарда)
- **IV – потеря 10 % и больше массы тела** (гиповолемический шок, снижение температуры тела до субнормальной - алгид)

Вид ребенка при III ст. обезвоживания



КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- Выраженность интоксикации (в т.ч. горячка – субфебрильная, фебрильная, высокая)
- Рвота (одноразовая, повторная, неукротимая)
- Понос - частота (до 10 раз, 11-20, больше 20 раз за сутки) и характер испражнений (наличие патологических примесей – слизи, крови)
- Дегидратация (I-IV степени)

КЛИНИКА БОТУЛИЗМА

- Диспепсический синдром
- Неврологические нарушения:

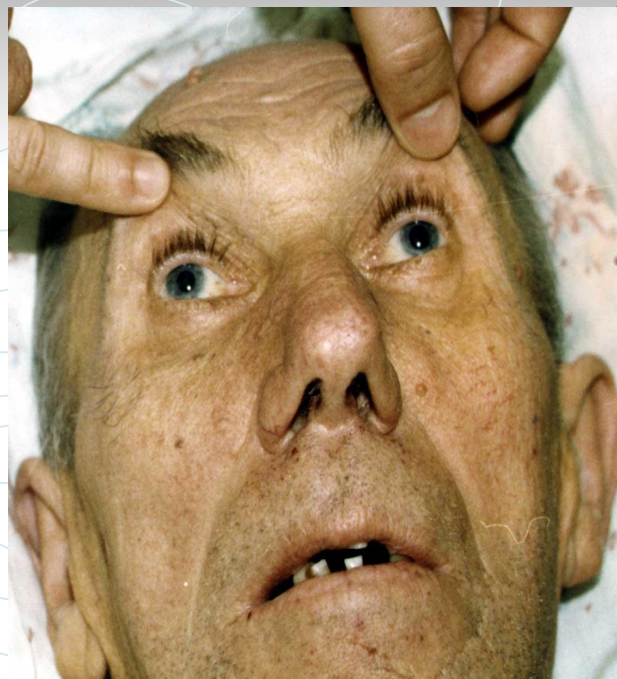
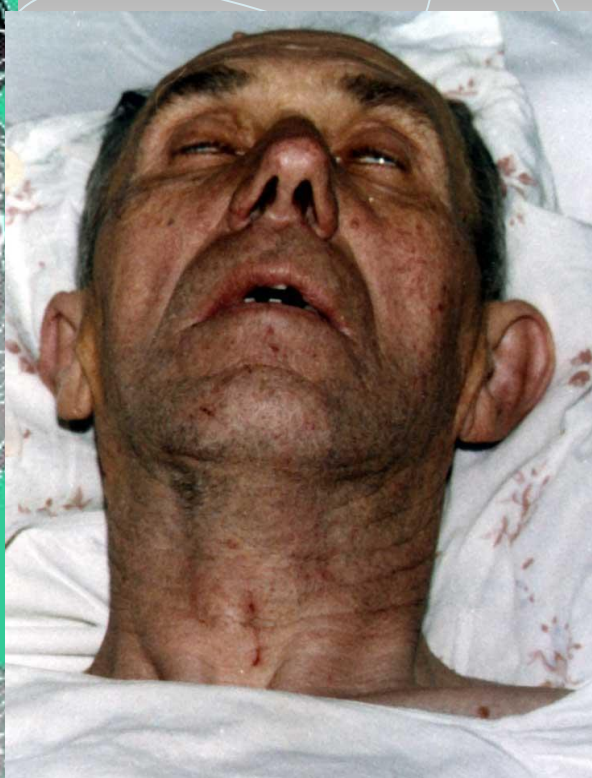
расстройства зрения: *снижение остроты, “туман” или “сетка” перед глазами, двоение предметов, ухудшение аккомодации, нистагм, расширение зрачков с потерей реакции на свет, анизокория (разная величина зрачков), косоглазие, птоз век;*

нарушения глотания: *невозможность глотать твердую пищу, поперхивание, выливание жидкости через нос;*

расстройства речи: *гнусавость голоса, хриплость, афония;*

вегетативные расстройства – *сухость во рту, уменьшение слюновыделения, запоры, задержка мочеиспускания.*

Осложнения – *пневмония, инфекционно-*



Глазные симптомы при ботулизме –
двухсторонний птоз, мидриаз

Сухость языка и
слизистой рта

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Выделение возбудителя из испражнений, рвотных масс, промывных вод, остатков пищи (*при брюшном тифе и сальмонеллезе дополнительно из крови, мочи, элементов сыпи, ликвора, желчи, стерильная пункция; при холере - экспресс-методы (микроскопия “висячей” капли; реакция иммобилизации; реакция агглютинации противохолерной О-сывороткой)*)

Серологические реакции (*наличие антител к соответствующему возбудителю и нарастание титра в динамике заболевания, при ПТИ – к аутоштамму)*)

Реакция нейтрализации ботулотоксина
(*биологическая проба на лабораторных животных*)

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Режим – соответственно степени тяжести болезни (при брюшном тифе - строгий постельный до 6-7-го дня нормальной температуры)

Диета – стол 4, 4б (механическое и химическое щажение, исключение свежемолочных продуктов)

Этиотропные средства (при брюшном тифе – левомицетин 2-3 г/с (весь лихорадочный период + 10 дней нормальной температуры), ампициллин, гентамицин, рифампицин, бисептол; при дизентерии - нитрофураны, сульфаниламиды, оксихинолины; при ботулизме – антибиотики; при сальмонеллезе – бактериофаг, фторхинолоны; ПТИ – без антибактериальных препаратов)

Специфические средства (противоботулиническая сыворотка соответствующего типа, бактериофаги)

Патогенетическая терапия (при ПТИ, ботулизме, сальмонеллезе – промывание желудка и кишечника, энтеросорбенты, дезинтоксикация, регидратация, про- и пребиотики, витамины, ферменты, иммуномодуляторы)

Лечение осложнений

РЕГИДРАТАЦИЯ

- **Регидратация при обезвоживании III-IV степени** проводится в стационаре в 2 этапа:
I (первичная) - немедленное в/в введение стандартных солевых растворов (трисоль, квартасоль, ацесоль, хлосоль, лактасоль) в объеме 10 % массы тела в течение 1,5-2 час (под контролем содержания калия, натрия и кислотно-щелочного баланса крови); необходимо пунктировать 3-4 сосуда; больного помещают на “холерную” кровать и тщательно учитывают все продолжающиеся потери
II (компенсаторная) – восстановление продолжающихся потерь
- **При обезвоживании I и II степени** адекватная пероральная регидратация стандартными солевыми растворами – оралит, регидрон (при I – 30 мл/кг, при II - 60–70 мл/кг)

УСЛОВИЯ ВЫПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ БРЮШНОГО ТИФА

1. *Клиническое выздоровление*
2. *Не раньше 21-го дня нормальной температуры (возможны рецидивы)*
3. *Контрольные посевы кала и мочи на наличие возбудителя (с негативным результатом) на 5-, 10-й дни, желчи (для декретированной группы) – на 11-й день нормальной температуры тела*
4. *Появление в крови эозинофилов*

ДИЗЕНТЕРИИ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ХОЛЕРЫ

Клиническое выздоровление

1. *Контрольные посевы кала на наличие возбудителя*

ПТИ, БОТУЛИЗМ

Клиническое выздоровление

МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ

1. Медицинское наблюдение за контактными
2. *(при брюшном тифе 21 день с ежедневной термометрией, при дизентерии, сальмонеллезе – 7 дней, при ботулизме – 12 дней)*
3. Бактериологическое исследование кала *(при дизентерии – только декретированных групп; при брюшном тифе также мочи - однократно для контактных, при наличии в анамнезе болезни – дважды + дуоденальное зондирование с посевом желчи)*
4. Серологическое обследование *(в очаге брюшного тифа при любом недавно перенесенном заболевании)*
5. Специфическая профилактика: *при брюшном тифе фагирование, при ботулизме – введение специфической сыворотки лицам, употреблявшим подозрительный продукт*
6. Дезинфекция — *текущая, заключительная*

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больного карантинной инфекцией

- немедленная изоляция больного и его лечение;
- выписка переболевших после клинического выздоровления и при негативных результатах 3 бакобследований после окончания лечения;
- выявление и госпитализация лиц, подозрительных на ООИ, в провизорный госпиталь;
- выявление и изоляция на максимальный инкубационный период (при холере 5 суток) в изолятор всех, кто контактировал с трупами умерших или их вещами (при отсутствии клинической симптоматики);
- установление территориального карантина;
- ежедневные подворные обходы всех жителей населенного пункта, неблагополучного по ООИ;
- лабораторное обследование населения на ООИ;
- дезинфекционные мероприятия



ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Обеспечение населения доброкачественной водой

**Санитарно-гигиенический контроль за объектами
общественного питания и торговлей пищевыми
продуктами**

Выявление больных и бактерионосителей

Диспансеризация реконвалесцентов

**Специфическая профилактика по эпидемическим
показаниям (при наличии разработанных
вакцин, сывороток, фагов)**