

Практическое занятие по теме: «Острые кишечные инфекции»

Теоретическая часть занятия.

Адрес электронной почты: skvaterchuk@yandex.ru

БРЮШНОЙ ТИФ

Этиология

Salmonella typhi - содержит О-антиген (соматический, термостабильный-эндотоксин), Н-антиген (жгутиковый, термолабильный), Vi-антиген (соматический, термолабильный).

Эпидемиология

- Источники - больные, реконвалесценты, бактерионосители (острые, хронические, транзиторные).
- Механизм заражения - фекально-оральный.
- Пути передачи - водный, алиментарный, контактно-бытовой.
- Сезонность - летне-осенняя.

Фазы патогенеза

1. Заражение.
2. Кишечная с развитием мезаденита.
3. Лимфо-гематогенная диссеминация.
4. Паренхиматозная диффузия.
5. Повторная лимфо-гематогенная диссеминация.
6. Иммунобиологическое и клиническое выздоровление.

Стадии патологоанатомических изменений в дистальном отделе тонкой кишки

- Мозговидное набухание – 1-я неделя.
- Некроз – 2-я неделя.
- Образование язв – 3-я неделя.
- Чистые язвы – 4-я неделя.
- Заживление язв – 5-я неделя.

Классификация

- Форма – типичная, атипичная (стертая, abortивная, амбулаторная).
- Течение – острое, рецидивирующее.
- Тяжесть – легкая, среднетяжелая, тяжелая.
- Наличие осложнений – без осложнений, осложненный.

Клиника брюшного тифа

- Длительная лихорадка, слабость, недомогание, снижение аппетита, головная боль.
- Тифозный статус (редко).

- Бледные кожные покровы.
- «Тифозный язык».
- Плеск, урчание и болезненность в илеоцекальной области.
- Положительный симптом Падалки.
- Относительная брадикардия.
- Сыпь скудная розеолезная (розелезно-папулезная) на 8-10-й день болезни.
- Увеличение печени и селезенки.

Клиника паратифа А

- Острое начало, катаральные явления, лихорадка ремиттирующая с ознобами и потами.
- Сыпь обильная, розеолезная (розелезно-папулезная) на 4-7-й день болезни.
- Лицо гиперемировано.
- Инъекция сосудов склер, конъюнктив.
- Увеличение печени и селезенки.
- Тифозный статус не развивается.
- Течение среднетяжелое.

Клиника паратифа В

- Острое начало, тошнота, рвота, жидкий стул, лихорадка невысокая и непродолжительная.
- Сыпь обильная, полиморфная на туловище и конечностях (4-6-й день болезни).
- Гепато- и спленомегалия.
- Тифозный статус не развивается.
- Тяжесть - легкие и среднетяжелые формы.
- Осложнения - кишечное кровотечение и перитонит развиваются редко.

Типы температурных кривых

- Вундерлиха, Боткина, Кильдюшевского, ремиттирующий, гектический, неопределенный.

Диагностические критерии брюшного тифа

- характерный эпиданамнез при классическом варианте (при современном редко);
- постепенное начало при классическом варианте (быстрое ^разогревание при современном);
- познабливание и потливость при современном варианте (горячая сухая кожа при классическом);
- характерный внешний вид больных
- с бледностью лица (преимущественно при классическом варианте);
- вздутие живота (преимущественно при классическом варианте);
- увеличение печени и селезенки;
- проявления интоксикации — головные боли, нарушение сна, слабость;
- относительная брадикардия;
- язык с налетом у корня, отпечатками зубов на боковых поверхностях;

- отсутствие нейтрофильного лейкоцитоза и выраженного увеличения СОЭ. При классическом варианте, реже современном, лейкопения с относительным лимфоцитозом и эозинопенией;
- выделение возбудителя: бакпосевы (крови, испражнений, костного мозга, розеола, желчи, спинномозговой жидкости, дуоденального содержимого, мочи), серологические исследования (реакция Видаля, диагностический титр РНГА с Н- и О-антигенами 1:160 – 1:320, Vi-антигеном 1:40 – 1:80 и выше, реакция Vi - агглютинации, иммуноферментный анализ (ИФА), реакция встречного иммуно-электрофореза (ВИЭФ), радиоиммунный анализ (РИА), реакция коаггутинации (РКА), реакция 0-агрегатгеммагглютинации (0-АГА), ПЦР).

^ **Диагностические критерии паратифов А и В**

- особенности эпиданамнеза: более короткая инкубация – 7-12 дней, особенности нозогеографии паратифа А, бипатогенность *S. paratyphi B*, определяющая возможность заражения от животных алиментарным, реже контактным путем;
- начало всегда острое, лихорадка неправильного типа с быстрым разогреванием;
- характерны познабливание и потливость, отставание частоты пульса большей частью не регистрируется;
- проявления интоксикации выражены слабее;
- внешний вид больных характеризуется гиперемией лица;
- изменения картины языка и вздутие живота непостоянны;
- характерна ранняя (с 5-7-го дня болезни) полиморфная, розеолезная сыпь, обильная с повсеместным распространением;
- в первые дни болезни могут выявляться гастроинтестинальные (рвота, понос) и катаральные (кашель, заложенность носа, потливость) симптомы;
- при исследовании крови регистрируется лейкоцитоз. Отсутствуют закономерные изменения лейкоцитарной формулы;
- диагностический титр РНГА с эритроцитарными антигенами Н- и О-антигенами 1:160 – 1:320, Vi-антигеном 1:40 – 1:80 и выше с соответствующими группами сальмонелл – А, В и С, реакция Vi-агглютинации, иммуноферментный анализ (ИФА), реакция встречного иммуно-электрофореза (ВИЭФ), радиоиммунный анализ (РИА), реакция коаггутинации (РКА), реакция 0-агрегатгеммагглютинации (0-АГА), ПЦР.

Осложнения брюшного тифа

- Кишечное кровотечение.
- Перфорация тонкого кишечника с развитием перитонита.
- Инфекционно-токсический шок.
- Миокардит токсико-аллергического генеза.
- Пневмония.

Лабораторная диагностика

- Гемограмма – лейкопения, анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево, нейтропения, лимфоцитоз.
- Бактериологические исследования - посев крови, кала, мочи, желчи (порция В и С), содержимого розеол, пунктата костного мозга (по показаниям).
- Серологические исследования - РНГА в динамике через 7-10 дней (диагностический титр 1:160 и более).

Лечение брюшного тифа

- Постельный режим - весь период лихорадки и 10 дней апирексии.
- Диета №16 и 4.

Этиотропная терапия

- Левомецетин внутрь весь лихорадочный период.
- Ампициллин внутрь – до 10-го дня апирексии.
- Бисептол - до 10-го дня апирексии.
- Левомецетин-сукцинат натрия 20% р-р в/мышечно или в/венно (в тяжелых случаях).
- В тяжелых случаях ампициллин в/мышечно до 10-го дня апирексии в сочетании с гентамицином в/мышечно.
- Фторхинолоны - при отсутствии эффекта.

Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Дезинтоксикация – 5% раствор глюкозы, р-р Рингера, физиологический р-р в/венно капельно. Низкомолекулярные коллоиды – гемодез, реополиглюкин в/венно капельно.
- Кортикостероиды при тяжелом течении не позднее 10-го дня болезни -преднизолон 2 дня.
- НПВС при длительной лихорадке - бутадйон до 2-3-го дня апирексии.
- Специфические стимуляторы иммуногенеза - химическая сорбированная брюшнотифозная вакцина (первое введение 0,4 мл подкожно на 2-й день апирексии, второе и третье - по 0,75 мл через 7 дней).
- Неспецифические стимуляторы иммуногенеза - пентоксил, метилурацил. Курс 2 недели.
- Симптоматические средства - сердечно-сосудистые препараты, седативные, поливитамины, жаропонижающие, ферментные комплексы (фестал, панзинорм, мезим-форте, солизим).

Кишечное кровотечение (явное)

- Чаше на 2-4-й неделе болезни.
- Температурный «врез», нарастающая слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек.
- Тахикардия.
- Снижение АД (в тяжелых случаях - коллапс).
- Дегтеобразные каловые массы (мелена).
- Гемограмма - снижение гемоглобина и тромбоцитов.

Лечение кишечного кровотечения

- Строгий постельный режим.
- Пузырь со льдом на илеоцекальную область.
- Первые 10-12 часов - водно-чайная диета (500 мл).
- Аминокапроновая кислота 5%

- Викасол 1% в/мышечно.
- Фибриноген в/венно.
- Дицинон 2 мл х 2 раза в/мышечно.
- Криоплазма, викасольная плазма, тромбоцитарная масса.
- Дробное переливание гемостатических доз свежей крови. Общий объем крови для переливания составляет 75% объема жидких каловых масс.
- При отсутствии эффекта от консервативной терапии - хирургическое вмешательство.

Диагностика перитонита

- Боль в животе умеренная или незначительная.
- Локальная мышечная защита в илеоцекальной области .
- Свободная жидкость в отлогах местах.
- Исчезновение (уменьшение) "печеночной тупости".
- Под диафрагмой - свободный газ (рентгенологически).
- При пальцевом исследовании rectum - нависание и болезненность свода.
- Увеличение разницы между температурой в прямой кишке и подмышечной впадине (более 1°).
- Оперативное вмешательство в первые 6 часов (резекция, ушивание).

Выписка

- Не ранее 21-го дня нормальной температуры на фоне антибиотикотерапии.
- Не ранее 14-го дня нормальной температуры лиц, без антибиотикотерапии.
- 3 отрицательных результата бактериологического исследования кала и мочи после отмены антибиотиков с интервалом 2-3 дня.
- Отрицательные результаты бактериологического исследования желчи, порции В и С (через 5 дней после отмены антибиотиков).

Диспансеризация декретированных групп

- Состоят на учете на протяжении всей трудовой деятельности.
- Реконвалесценты не допускаются к основной работе в течение 1 месяца (трудоустройство в местах, где не представляют эпидемиологической опасности). К концу 1 месяца - 5-кратное бактериологическое исследование кала и мочи.
- Если через 1 месяц продолжается выделение возбудителя брюшного тифа - перевод на работу, не связанную с непосредственным обслуживанием людей. По истечении 3 месяцев – анализы 5-кратно кал и моча (через 1-2 дня) и 1-кратно желчь. При отрицательных результатах допуск к работе, но в течение 2 лет ежеквартально однократно исследование кала и мочи. К концу 2-го года - РПГА с цистеином. Затем ежегодно двухкратно (кал и моча) на протяжении всей трудовой деятельности.

- Если через 1 месяц отрицательные результаты, то допуск к работе, но в течение последующих 2 мес исследуются ежемесячно (кал, моча), а к концу 3-х месяцев - однократно желчь. При отсутствии повторных высевов- обследование в течение 2 лет ежеквартально однократно (кал и моча), к концу 2-го года - РПГА с цистеином. Затем ежегодно 2-кратно (кал, моча) на протяжении всей трудовой деятельности.

Диспансеризация недекретированных групп

- Наблюдение 3 месяца.
- В первый месяц термометрия 1 раз в неделю, во второй месяц - 1 раз в 2 недели. Ежемесячно однократно исследование кала и мочи. По истечении 3 месяцев посев желчи и постановка РПГА с цистеином.

Специфическая профилактика

- Вакцинация по эпидемиологическим показаниям, группам риска (работники очистных сооружений, бактериологических лабораторий, инфекционных больниц), туристам.
- Вакцины: брюшнотифозная спиртовая сухая; брюшнотифозная спиртовая, обогащенная Ви-антигеном; брюшнотифозная Ви-полисахаридная жидкая (Россия). Вакцинация п/кожно, ревакцинация через 2 года.
- Брюшнотифозная полисахаридная Ви вакцина Тифим Ви (Пастер Мерье Коннот, Франция), вводится подкожно .

ХОЛЕРА

Этиология

Семейство Vibrionaceae, род Vibrio, вид Vibrio cholerae, серогруппа O1, O139. Биовары серогруппы O1 - Cholerae и Eltor. Серовары серогруппы O1 - Inaba, Ogawa, Nukushima.

Эпидемиология

- Источники - больные типичной и стертой формой. Вибрионосители «инкубационные», здоровые, реконвалесцентные.
- Механизм заражения – фекально-оральный.
- Пути передачи - водный, алиментарный, контактно-бытовой.
- Сезонность - летне-осенняя.
- Восприимчивость - высокая, особенно дети, старики, лица с гипо- и ацидными состояниями.

Фазы патогенеза

1. Заражение.
2. Энтеральная.
3. Кишечного токсикоза с ферментативно-клеточным механизмом диареи.
4. Экзикоза-алгиида.
5. Иммунобиологического и клинического выздоровления.

Клиника 1 степени обезвоживания

- Потеря жидкости 1-3 % массы тела, состояние удовлетворительное.
- Стул кашицеобразный 2-4 раза в сутки, рвоты нет.

- Сухость во рту, жажда незначительная.
- Температура тела нормальная, кожа влажная, обычной окраски.
- Диурез не изменен, АД- норма.
- Физико-химические показатели крови в пределах нормы.

Клиника II степени обезвоживания

- Потеря жидкости 4-6 % массы тела.
- Стул жидкий 10-15 раз в сутки, теряет каловый характер, рвота до 5-7 раз без предшествующей тошноты.
- Резкая слабость, выраженная жажда, сухость во рту.
- Кожа сухая, бледная, нестойкий цианоз губ, кончиков пальцев. Тургор кожи умеренно снижен, кратковременные судороги икроножных мышц.
- АД- нижняя граница нормы.
- Признаки сгущения крови минимальные, транзиторная гипокалиемия и гипохлоремия.

Клиника III степени обезвоживания

- Потеря жидкости 7-9 % массы тела.
- Стул 10-20 раз в сутки и более, обильный, водянистый в виде «рисового отвара». Рвота обильная, внезапная, «фонтанирующая».
- Мучительная жажда, голос осиплый, болезненные, распространенные судороги мышц.
- Гипотермия, олигоанурия.
- Кожа и слизистые сухие, тургор существенно снижен, цианоз кистей, предплечий, стоп, голеней.
- АД - до 50 % возрастной нормы (систолическое).
- Умеренное сгущение крови, гипокалиемия, гипонатриемия, декомпенсированный метаболический ацидоз.

Клиника IV степени обезвоживания

- Потеря жидкости 10 % и более массы тела.
- Непрерывная дефекация, рвота обильная, мучительная.
- Черты лица заострены, глаза запавшие, «темные очки». Кожа холодная, покрыта липким потом. Тургор резко снижен (кожная складка на животе не расправляется в течение 1 часа и более). Диффузный цианоз. Прострация.
- АД - систолическое меньше 50 % возрастной нормы.
- Пульс не прощупывается, распространенные продолжительные судороги мышц. Дыхание шумное. Анурия.
- Резко выраженная гемоконцентрация, гипокалиемия (до 2,5 ммоль/л), гипонатриемия, стойкий декомпенсированный метаболический ацидоз.

Лабораторная диагностика

- Бактериологическое исследование - фекалии, рвотные массы, желчь, трупный материал (отрезок тонкой кишки, желчный пузырь).
- Серологическая диагностика - РА со специфическим антигеном, фазово-контрастная микроскопия. РНА (реакция нейтрализации антигена). РВА (определение вибриоцидных антител).
- Экспресс-диагностика - люминесцентно-серологический метод. Иммунизация вибрионов холерной О1 сывороткой. РПГА с холерным иммуноглобулиновым эритроцитарным диагностикумом.

Этиотропная терапия

- Ципрофлоксацин 5 дней.
- Фуразолидон 5 дней.
- Доксициклин 5 дней.
- Тетрациклин 5 дней.
- Левомецитин (при поражении печени), 5 дней.

Регидратационно-корректирующая терапия при I степени обезвоживания

• Оральная регидратация. Первичная регидратация в течение 2-3 часов (по 200 мл каждые 8-12 минут). Коррекция в объеме предыдущих потерь в течение 2-3 часов + 1-1,5 литра в сутки за счет неучитываемых потерь. Продолжительность регидратации определяется сроком появления оформленных каловых масс.

- Глюкосолан.
- Цитратный раствор.
- СУПЕР-ОРС.
- Простейший сахарно-солевой раствор - 1 чайная ложка поваренной соли, 8 чайных ложек сахарного песка на 1 л питьевой воды.

Регидратационно-корректирующая терапия при II степени обезвоживания

• Части больным проводится оральная регидратация, как при I степени обезвоживания (глюкосолан, цитратный раствор, СУПЕР-ОРС). При повторной рвоте, нарастающем обезвоживании, престарелым, страдающим сахарным диабетом 30% жидкости вводится в/венно. Продолжительность первичной регидратации при этом 1,5-2 часа, скорость введения растворов 30-60 мл/мин. При прекращении рвоты - подключать ОРТ. Объем жидкости, вводимой для коррекции, определяется предшествующими потерями + 1-1,5 л неучитываемых потерь. Продолжительность регидратации определяется появлением оформленных каловых масс.

- Квартасоль.
- Трисоль.

Регидратационно-корректирующая терапия при III степени обезвоживания

• Внутривенное струйное введение. Продолжительность первичной регидратации – 1,0-1,5 часа, скорость введения растворов 70-90 мл/мин. Объем жидкости, вводимой для коррекции, определяется предшествующими потерями за 2 часа + 1-1,5 л неучитываемых потерь. Растворы подогреть до 36-38° С. При прекращении рвоты 1/3 необходимой жидкости вводится энтерально. Продолжительность регидратации определяется появлением оформленных каловых масс.

- Квартасоль.

- Три соль.
- Ацесоль.
- Хлосоль.

Регидратационно-корректирующая терапия при IV степени обезвоживания

• Внутривенно струйно. Продолжительность первичной регидратации - 1,0 -1,5 часа, скорость введения растворов 90- 120 мл/мин. Растворы подогреть до 36-38° С. Объем жидкости, вводимой для коррекции, определяется предшествующими потерями за 2 часа + 1-1,5 л неучитываемых потерь. Продолжительность регидратации определяется появлением оформленных каловых масс.

- Квартасоль. Три соль. Ацесоль. Хлосоль.

Экстренная профилактика

- Доксициклин
- Тетрациклин

Показания к изоляции контактных лиц

• Члены семьи больного, лица, проживающие с больным в коммунальной квартире, пользующиеся с больным общим туалетом, имевшие непосредственный контакт с больным, декретированные контингенты.

• Срок изоляции 5 дней. В первые сутки - 3-кратно бактериологическое исследование кала, затем экстренная профилактика антибиотиками 4 дня.

Выписка

- Клиническое выздоровление.
- 3 отрицательных результата бактериологического исследования кала, проведенного через 24 часа после отмены антибиотиков в течение 3 дней подряд.
- Декретированные группы - помимо кала однократно исследуется желчь, порции В и С.

Диспансеризация

- Наблюдение 3 месяца в КИЗе.
- Первый месяц - бактериологическое исследование кала после предварительной дачи 30 г сульфата магния натощак за 30 минут до еды 1 раз в 10 дней, второй и третий месяцы - 1 раз в месяц.

Специфическая профилактика

• Профилактика холеры с помощью специфических вакцин является вспомогательной мерой в общей системе противоэпидемических мероприятий.

• Вакцины: 1. Корпускулярная холерная вакцина (убитые холерные вибрионы Эль-Тор), вводится подкожно. 2. Холерная вакцина (вибрион Инаба 569-В) содержит анатоксин и соматический О-антиген, вводится подкожно. 3. Бивалентная химическая таблетированная вакцина (серовары Инаба 569-В и Огава 41).

• Иммунизация проводится по эпидемическим показаниям однократно, ревакцинация при необходимости через 1 год.

- Поствакцинальный иммунитет непродолжительный (4-6 месяцев).

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Этиология

Сальмонеллы - грамотрицательные палочки, имеют три основных антигена. О-соматический (термостабильный). Н-жгутиковый (термолабильный) и К-поверхностный (капсульный). Известно более 2200 серотипов сальмонелл. Наиболее значимы для человека: *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. panama*, *S. infantis*, *S. newport*, *S. derby*, *S. london*. Устойчивы во внешней среде, в некоторых продуктах (молоко, мясо) могут размножаться.

Эпидемиология

- Источники - домашние животные и птицы, больной человек, бактерионоситель.
- Механизм заражения - фекально-оральный.
- Пути передачи – алиментарный, контактно-бытовой, аэрозольный, водный.
- Факторы передачи - мясо животных (мясной фарш, изделия из него, студень, мясные салаты), рыба, устрицы, крабы, яйца и яичные продукты, вода.
- Заболеваемость - выше в теплое время года.

Классификация

Гастроинтестинальная форма

- Гастритический вариант.
- Гастроэнтеритический вариант.
- Гастроэнтероколитический вариант.

Генерализованная форма

- Тифоподобный вариант (редко).
- Септикопиемический вариант (очень редко).

Бактериовыделение

- Острое (до 3 мес).
- Хроническое (до 6 мес).
- Транзиторное (однократное выделение возбудителя при 3 последующих отрицательных результатах бактериологического исследования кала и мочи, отсутствие клинических проявлений в предшествующие 3 месяца, отрицательные серологические исследования - РНГА в динамике).

Тяжесть

- Легкая, средней тяжести, тяжелая.

Критерии степени тяжести

- Выраженность интоксикации.
- Степень дегидратации (по В.И. Покровскому, 1978).

Основные симптомы гастроинтестинальной формы

- Интоксикации - слабость, головная боль, лихорадка.
- Поражение желудочно-кишечного тракта - снижение аппетита, тошнота, повторная рвота, диффузные боли в животе, диарея.
- Стул обильный водянистый, темно-коричневого или зеленого цвета с резким зловонным запахом.

Осложнения

- Инфекционно-токсический и гиповолемический шок.
- Острая сосудисто-сердечная и почечная недостаточность.
- Септические осложнения - гнойные артриты, остеомиелиты, эндокардиты, абсцессы мозга, печени, почек, менингиты, перитониты, аппендициты, пиелиты

Лабораторная диагностика.

- Бактериологическое исследование - испражнения, рвотные массы, промывные воды желудка, дуоденальное содержимое, кровь, моча, в редких случаях гной из воспалительных очагов, ликвор.
- Серологическое исследование - РА в динамике (диагностический титр 1:200). РНГА в динамике (диагностический титр 1:200), ИФА.
- Экспресс- диагностика – МФА.

Показания к госпитализации

- Среднетяжелое и тяжелое течение.
- Дети раннего возраста и пожилые люди.
- Лица, относящиеся к декретированным группам.

Терапия гастроинтестинальной формы

Лечение легких форм

- Диета № 4. Полупостельный режим.
- Промывание желудка - 2% раствор соды, 0,1%-ный перманганат калия.
- Пероральная регидратация (1 степень обезвоживания) глюкозо-солевые растворы: оралит, глюкосолан, регидрон, Супер-ОРС, сахарно-солевой раствор (1 ч.л. поваренной соли, 8 ч.л. сахарного песка на 1 литр питьевой воды).

Купирование диарейного синдрома

- Препараты кальция- глюконат, глицерофосфат, лактат.
- Нестероидные противовоспалительные средства под прикрытием цитопротекторов (смекта, полисорб МП, реабан).
- Энтеросорбенты - полифепан, активированный уголь, ваулен
- Инактивация токсинов протеолитическими ферментами - панкреатин, мезим-форте в сочетании с препаратами кальция и щелочными растворами (смесь Бурже).

- Купирование местного воспалительного процесса.
- Поливитаминные препараты - С, рутин, группа В.
- Холино- и спазмолитики - метацин, но-шпа, галидор, платифиллин, папаверин.
- Фитотерапия.

Восстановление кишечного биоценоза

- Бактисубтил.
- Бифидумбактерин.

Этиотропная терапия

Проводится только у лиц с иммунодефицитами.

- Нитрофурановые препараты - фуразолидон, фурадонин, фурагин
- Хинолины.

Лечение среднетяжелых форм

- Диета № 4. Постельный режим.
- Промывание желудка - 2% раствор соды, 0,1%-ный перманганат калия.
- Дегидратация 1-2-й степени - оральная регидратация; при нарастающем обезвоживании, сахарном диабете, пожилым лицам 30% жидкости вводится внутривенно, со скоростью 30- 60 мл/мин - квартасоль, ацесоль, хлосоль.
- Для дезинтоксикации и восстановления гемодинамики - сочетание кристаллоидов и коллоидов 3:1 (5%-ная глюкоза, реополиглюкин, гемодез). Коллоиды назначаются при отсутствии или после ликвидации обезвоживания.

Купирование диарейного синдрома

Купирование местного воспалительного процесса

Восстановление кишечного биоценоза

- Бифидумбактерин.

Этиотропная терапия

Проводится только у лиц с иммунодефицитами.

- Фторхинолоны.

Лечение тяжелых форм

- Реанимационные отделения или палаты интенсивной терапии.
- Диета № 4, строгий постельный режим.
- Промывание желудка - 2% раствор соды, 0,1%-ный перманганат калия.
- Дегидратация 3-4-й степени - струйная регидратация со скоростью 80-120 мл/мин солевыми растворами (квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль) в течение 1-1,5 часа, затем внутривенно капельно. Объем инфузии определяется степенью обезвоживания на первом этапе регидратации и

с учетом количества жидкости, теряемой с рвотой, поносом, мочой за каждые 2 часа. Эти потери восполняются в последующие 2 часа с учетом потери жидкости за сутки в процессе дыхания и через кожу (1,0-1,5 литра). Переход на пероральный прием жидкости - после стабилизации гемодинамических показателей, прекращения рвоты и восстановления диуреза.

- Инфекционно-токсический шок - в/венное введение полиионных и коллоидных растворов со скоростью 100-120 мл/мин. Объем вводимых растворов определяется состоянием гемодинамики и биохимическими показателями крови. Глюкокортикостероиды. При отсутствии эффекта - допамин.

- Смешанный шок (гиповолемический и инфекционно-токсический) - терапия по превалированию вида шока.

- Ингибиторы протеаз - трасилол, контрикал.

- Микротромбозы – стрептокиназа.

- Купирование диарейного синдрома.

Этиотропная терапия

- Офлоксацин или ципрофлоксацин в/венно капельно. Сочетание фторхинолонов с аминогликозидами и цефалоспоридами. Курс 3-5 дней, в дальнейшем пероральный прием фторхинолонов 10-14 дней.

Лечение генерализованных форм

- Тифоподобный вариант - левомицетин или левомицетин-сукцинат в/мышечно, ампициллин, гентамицин в/мышечно, рифампицин.

- Септический вариант - комбинация антибиотикотерапии с хирургической санацией гнойных очагов.

- Заражение госпитальными антибиотикоустойчивыми штаммами – фторхинолоны.

- Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Специфическая терапия

- Поливалентный сальмонеллезный бактериофаг по 2 табл. 4 раза в сутки. Курс 5 дней при всех вариантах течения.

Выписка

- Клиническое выздоровление.

- Недекретированные группы - 1 отрицательный результат бактериологического исследования кала.

- Декретированные группы - 2 отрицательных результата бактериологического исследования кала.

Диспансеризация

- Недекретированные группы - наблюдение в КИЗе 1 мес с однократным бактериологическим исследованием кала.

- Декретированные группы - наблюдение в КИЗе 3 мес с ежемесячным осмотром и бактериологическим исследованием кала.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Подразделяются на токсикоинфекции и интоксикации.

Пищевые токсикоинфекции

Этиология

Многие виды условно-патогенных бактерий. Продуценты энтеротоксинов – *Clostridium perfringens*, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis*, *Bacillus cereus*, представители родов *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Citrobacter* и другие. Продуценты цитотоксинов – *Clebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Clostridium perfringens* типа G, *Clostridium difficile*, *Vibrio parahaemolyticus*, *St. aureus* и другие.

Эпидемиология

• Источники инфекции – люди и животные (больные, носители). При стафилококковой интоксикации - лица, страдающие гнойными инфекциями (пиодермии, панариции, ангины, фурункулез) и животные (чаще коровы, овцы, козы) больные маститом.

• Путь передачи – пищевой.

• Факторы передачи: мясо и мясные продукты, яйца, молоко, сметана, рыба, овощи. При стафилококковой интоксикации молоко и молочные продукты, торты, кремы, мороженое.

Протей и клостридии хорошо размножаются в белковых продуктах – мясо, рыба, в том числе консервированные, колбасы, молоко.

• Восприимчивость – высокая. Регистрируются чаще в теплое время года. Характерна групповая заболеваемость.

Патогенез

• Фаза заражения.

• Фаза энтеральная.

• Фаза токсемии с ферментативно-клеточным механизмом диареи (энтеротоксин) и повреждением мембраны эпителиальных клеток (цитотоксин).

• Фаза клинического и иммунобиологического выздоровления.

Классификация

• Гастритический вариант.

• Гастроэнтеритический вариант.

• Гастроэнтероколитический вариант.

• Тяжесть: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТИ

- данные пищевого анамнеза;
- острое начало и бурное кратковременное течение болезни после предельно короткой инкубации;

- развитие симптомокомплекса острого гастроэнтерита (реже гастроэнтероколита) с лихорадкой, интоксикацией, при многократной рвоте и профузном поносе с обезвоживанием;
- боли в животе неинтенсивные и транзиторные;
- температурная реакция и проявления интоксикации чаще выражены не резко и кратковременны;
- нехарактерен “сальмонеллезный стул”;
- воспалительные изменения крови чаще отсутствуют.

Клиника

- Острое начало болезни.
- Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта — гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит.
- Общетоксический синдром.
- Обезвоживание.

Острый гастрит

- Тошнота, повторная обильная рвота пищей, затем слизью и желчью.
- Боли в эпигастральной области.

Острый гастроэнтерит

- Тошнота, повторная рвота.
- Стул частый, жидкий, водянистый, без патологических примесей.
- Вздутие и урчание живота.
- Боли в эпигастральной, околопупочной областях.
- Общетоксический синдром.
- Обезвоживание.

Острый гастроэнтероколит

- Симптоматика гастрита.
- Симптоматика энтерита.
- Симптоматика колита (конец 1-2-х суток болезни) — боли внизу живота или левой подвздошной области, патологические примеси (слизь, кровь), болезненность при пальпации толстого отдела кишечника.
- Дегидратация — чаще 1-2-й степени, реже — 3-4-й степени.
- Симптомы общей интоксикации — слабость, головная боль, лихорадка субфебрильная или фебрильная.

Особенности клинических проявлений в зависимости от возбудителя

Стафилококковая интоксикация

- Короткий инкубационный период — 30-60 минут.
- Преобладает гастритический вариант — сильные режущие боли в животе, неукротимая рвота.

- Признаки сосудистой дистонии – слабость, головокружение, коллапс, цианоз, судороги, потеря сознания.

- Температура тела – нормальная, субфебрильная.

ПТИ, вызванная клостридиями

- Преобладают симптомы гастроэнтерита – тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул.

- Температура тела - нормальная, субфебрильная.

- В тяжелых случаях – некротический энтерит с жидким кровавистым стулом.

- При неблагоприятном преморбидном фоне возможен анаэробный сепсис.

Осложнения пищевых токсикоинфекций

- Инфекционно-токсический шок.

- Гиповолемический шок.

- Тромбоз сосудов (чаще брыжейки)

- Эндокардит.

- Пиелонефрит.

Лабораторная диагностика

- Бактериологическое исследование, материал – рвотные массы, промывные воды желудка, испражнения, пищевые продукты.

- Серологическое исследование – РА с аутоштаммами возбудителя (нарастание титра антител в динамике).

Лечение

- Госпитализация. Клинические показания – среднетяжелое и тяжелое течение, пожилые люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Эпидемиологические – лица декретированных групп.

Тактика и принципы патогенетической терапии соответствуют таковой при сальмонеллёзе

- Промывание желудка зондовым методом – 2% раствор натрия гидрокарбоната или 0,1% раствор калия перманганата.

- Диета №4.

- Купирование диарейного синдрома – препараты кальция (глюконат, глицерофосфат, лактат). Стартовая доза 5 г на прием; нестероидные противовоспалительные средства; цитопротекторы (смекта, полисорб МП, реабан); энтеросорбенты (полифепан, активированный уголь, ваулен и др.).

- Регидратация пероральная – при 1-2-й степени обезвоживания (глюкосолан, цитратный раствор, Супер-ОРС); внутривенная – при 3-4-й степени обезвоживания (Квартасоль, Ацесоль, Трисоль).

- Бактериофаг стафилококковый жидкий (фильтрат фаголизата стафилококковых бактерий).

- Бактериофаг протейный жидкий (фильтрат фаголизата протейных бактерий видов вульгарис и мирабилис).

- Бактериофаг клебсиелл пневмонии жидкий (фильтрат фаголизатов клебсиелл пневмонии).

- Антибиотики, химиопрепараты при неосложненном течении не показаны.

Выписка

- Клиническое выздоровление.

Профилактика

- Соблюдение санитарно-гигиенических правил.
- Создание высокомеханизированных предприятий пищевой промышленности, разработка и внедрение в практику современных методов обработки, хранения и реализации продуктов.
- Санитарный контроль на пищевых предприятиях.

ДИЗЕНТЕРИЯ

Этиология

Shigella dysenteriae, Shigella flexneri, Shigella boydii, Shigella sonnei.

Эпидемиология дизентерии

- Источники - больные острой и хронической дизентерией, бактерионосители.
- Механизм заражения - фекально-оральный.
- Пути передачи - водный, алиментарный, контактно-бытовой.
- Сезонность - летне-осенняя.
- Восприимчивость - наибольшая у детей до 2 лет.

Фазы патогенеза

1. Заражение.
2. Поражение кишечника (фиксация, внутриклеточное размножение).
3. Токсемия.
4. Аллергия с развитием местных и общих аутоиммунных реакций и дисбактериоза.
5. Иммунобиологическое и клиническое выздоровление.

Классификация

Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения	Этиология
Острая дизентерия	Колитический	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Стертое Затяжное	<i>Shigella dysenteriae</i>

	Гастроэнтеритический	Легкое, Среднетяжелое с обезвоживанием 1-2-й степени; Тяжелое с обезвоживанием 3-4-й степени;		<i>Shigella flexneri</i> <i>Shigella boydii</i> <i>Shigella sonnei</i>
	Гастроэнтероколитический	Легкое, Среднетяжелое с обезвоживанием 1-2-й степени; тяжелое с обезвоживанием 3-4-й степени		
Хроническая дизентерия	-	Легкое Среднетяжелое Тяжелое	Рецидивирующее Непрерывное	
Шигеллёзное бактерионосительство	-	-	Субклиническое Реконвалесцентное	

Виды воспаления толстой кишки

- Катаральный проктосигмоидит.
- Катарально-геморрагический проктосигмоидит.
- Эрозивный проктосигмоидит.
- Язвенный проктосигмоидит.
- Фибринозно-некротический проктосигмоидит.

Колитический синдром

- Схваткообразные боли в левой подвздошной области.
- Тенезмы, ложные позывы на «низ».
- Стул со слизью и прожилками крови.
- «Ректальный плевок».
- Болезненная, уплотненная сигма.
- Изменения слизистой по данным ректоскопии.

Лабораторная диагностика

- Копроцитоскопия (консистенция, цвет, слизь, скопление лейкоцитов, эритроцитов).
- Бактериологическое исследование кала (среды Плоскирева, Эндо, селенитовая, магниевая).
- Иммунофлуоресцентный метод. РНГА в динамике (диагностический титр 1:160).

Лечение легких форм

- Диета 4б, затем 4в.
- Полупостельный режим.

- Дезинтоксикация. Перорально глюкосолан, цитратный раствор, СУПЕР-ОРС.
- Этиотропная терапия - фуразолидон, фурагин.
- Биопрепараты – бактисубтил, бифидумбактерин (бификол).
- Энтеросорбенты - полифепан, ваулен, энтеродез.
- Цитопротекторы – смекта, полисорб.
- Спазмолитики - но-шпа, метацин, галидор.
- Десенсибилизирующие средства.
- Поливитаминные препараты - С, рутин, группа В.

Лечение среднетяжёлых форм

- Диета 4б, затем 4в.
- Постельный режим.
- Колитическая форма - глюкозо-солевые и коллоидные растворы.
- Этиотропная терапия - ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин.
- Энтеросорбция - полифепан, ваулен.
- Цитопротекторы.
- Биопрепараты.
- Спазмолитики - но-шпа, метацин, галидор.
- Десенсибилизирующие средства.
- Поливитаминные препараты- С, рутин, группа В.
- Полиферментные препараты - панзинорм, фестал, мезим-форте, сализим.
- Антиоксиданты - эссенциале, вит. Е.
- Иммунокорректоры.

Лечение тяжёлых форм

- Диета 4б, затем 4в.
- Строгий постельный режим.
- Колитическая форма - глюкозо-солевые и коллоидные растворы в/венно.
- Гастроэнтеритическая и гастроэнтероколитическая формы - регидратационно-корректирующая терапия: 1-2-я степень обезвоживания - перорально глюкосолан, цитратный раствор, СУПЕР-ОРС; 3-4-я степень - квартасоль, ацесоль, трисоль, хлосоль в/венно.
- Этиотропная терапия:

I этап

- а) офлоксацин в/венно капельно в комбинации с аминогликозидами

б) гентамицин в/мышечно в комбинации с цефазолином в/мышечно или в/венно и ципрофлоксацином.

в) *последующие 5-7 дней* - ципрофлоксацин внутрь и гентамицин в/мышечно;

г) *или* гентамицин - в/мышечно.

2 этап (10-14 дней);

д) салазопиридазин в сочетании с трихополом.

- Энтеросорбция.
- Цитопротекторы.
- Биопрепараты.
- Кортикостероиды (бурное течение).
- ДВС-синдром - гиперкоагуляторная фаза: гепарин
- Спазмолитики - но-шпа, метацин, галидор.
- Десенсибилизирующие средства.
- Поливитаминные препараты - С, рутин, группа В.
- Полиферментные препараты - панзинорм, фестал, мезим-форте, сализим.
- Антиоксиданты - эссенциале, вит.Е.
- Антигипоксанты: цитохром - С- в/мышечно, рибоксин внутрь.

Причины формирования хронических форм

- Поздняя госпитализация.
- Неадекватная терапия.
- Сопутствующие заболевания ЖКТ (хронические гастриты, холециститы, панкреатиты, протозойные заболевания, гельминтозы).
- Состояние макроорганизма – иммунодепрессия.
- Свойства микроорганизма: Sh.sonnei - 2-4%, Sh.flexneri - 5-7%.

Выписка

- Недекретированные группы после клинического выздоровления без бактериологического анализа кала.
- Декретированные группы - один отрицательный результат бактериологического анализа кала.

Диспансеризация

- Декретированные группы - наблюдение в КИЗе 1 мес. с 2 кратным бактериологическим исследованием кала с интервалом 2-3 дня в конце срока наблюдения.

- Хроническая дизентерия- наблюдение 6 мес., с ежемесячным осмотром и бактериологическим исследованием кала.

Дифференциальная диагностика сальмонеллеза, шигеллеза и холеры

Клинические признаки	Сальмонеллез	Шигеллез	Холера
Стул	водянистый, с неприятным запахом, часто с примесью зелени цвета болотной тины	скудный бескаловый, с примесью слизи и крови (“ректальный плевок”)	водянистый, цвета рисового отвара, без запаха, иногда с запахом сырой рыбы
Дефекация	болезненная при гастро-энтероколитическом варианте	с тенезмами	безболезненная
Боль в животе	умеренная схваткообразная, в эпигастрии или мезогастррии	сильная, с ложными позывами, в нижней части живота, левой подвздошной области	не характерна
Рвота	многократная, предшествует диарее	возможна при гастро-энтероколитическом варианте	многократная водянистая, появляется позже диареи
Спазм и болезненность сигмовидной кишки	возможны при гастро-энтероколитическом варианте	характерны	не отмечаются
Дегидратация	умеренная	не характерна	типична, резко выражена
Температура тела	повышенная	повышенная	нормальная, гипотермия
Озноб	типичен	типичен	не характерен

План занятия:

1. На основании материала составить пример эпидемиологического анамнеза по одному из заболеваний.
2. Составить таблицу для дифференциальной диагностики «Сальмонеллез и острая хирургическая патология органов брюшной полости (аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов и др.)»
3. Задача:

Больной П., 37 лет, с диагнозом “брюшной тиф” госпитализирован в инфекционный стационар.

1. Какие мероприятия в очаге необходимо провести?

4. Составить таблицу - описание (по материалам лекций) заболевания ботулизм.

5. Задача:

В инфекционное отделение поступил больной Р., 37 лет, с диагнозом “пищевая токсикоинфекция” с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту и головокружение. Болен 2 день. За 7-8 часов до заболевания ел соленые грибы домашнего приготовления. Головокружение, сухость во рту и легкую тошноту отмечала и жена пациента, которая съела только один грибочек. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела – 37,1°C, бледен. В легких – везикулярное дыхание. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык слегка обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезнен. Голос у больного имеет гнусавый оттенок. Поперхивание при глотании. Выявлено ухудшение зрения – очертания мелких предметов расплывчаты.

1. Ваш диагноз?

2. Выделите общие и отличительные с пищевыми токсикоинфекциями клинические проявления.

6. Задача:

Больной М. с брюшным тифом поступил в клинику на 10-ый день болезни.

1. Какой это период болезни?

2. Назовите жалобы больного?

3. Какова объективная симптоматика?

7. “Скорая помощь” вызвана к больному С., 38 лет. Был в отпуске – накануне прилетел из Египта. Заболевание началось остро, под утро, когда появились обильный жидкий стул (несколько раз) и слабость. Болей в животе не ощущал, температура тела не повышалась. Через несколько часов появилась рвота без предшествующей тошноты, состояние ухудшилось. С диагнозом “пищевая токсикоинфекция” госпитализирован в инфекционную больницу, где жидкий стул у него продолжался, нарастала слабость, имели место признаки обезвоживания – сухость слизистых, стойкая складка кожи на теле, олигурия (количество мочи – менее 500 мл в сутки).

Проведена регидратационная терапия: 7 литров раствора “Квартасоль” внутривенно, 4 литра регидрона перорально (общий объем – 11 литров в течение суток). Состояние улучшилось, но жидкий стул до 5-10 раз в сутки продолжался еще в течение 2 дней. Больной продолжал пить раствор регидрона, состояние постепенно улучшалось.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз с сальмонеллезом.