



**ЧЕРЕВНИЙ ТИФ. ШИГЕЛЬОЗ.
ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ.
САЛЬМОНЕЛЬОЗ. БОТУЛІЗМ**



***Епідеміологія, клініка,
діагностика,
лікування, профілактика***



Хвороби належать до групи гострих кишкових інфекцій, передаються за допомогою фекально-орального механізму передачі, характеризуються гарячкою, симптомами загальної інтоксикації, ураженням травної системи у вигляді гастро-, ентеро-, коліту окремо або їх поєднання, а також деяких систем і органів (нервової системи – при ботулізмі, лімфатичних утворень кишечника, гепатоспленомегалією, висипаннями – при черевному тифі).

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Джерело збудника: при черевному тифі, шигельозі, паратифі А, деяких ХТІ — хвора людина або бактеріоносій

при паратифі В, сальмонельозі, ботулізмі – частіше тварини.

Бактеріоносійство: гостре, хронічне, транзиторне

Механізм передачі – фекально-оральний

Шляхи передачі – через воду, харчові продукти (при ботулізмі – переважно консерви домашнього приготування), предмети побуту, забруднені руки, мух

Епідемії – контактні, водні, харчові

КЛІНІКА ЧЕРЕВНОГО ТИФУ

Інкубаційний період — від 7 до 25 діб

1-й тиждень (навідні симптоми) - поступовий початок хвороби, біль голови, втомлюваність, безсоння, відсутність апетиту, запор чи пронос, тривала гарячка, блідість шкірних покривів, «тифозний» язик, брадикардія, дикротія пульсу, гіпотонія, симптоми бронхіту, метеоризм, позитивний симптом Падалки

2-й тиждень (опірні симптоми) - **висипка** – *roseola elevata*, нерясна, локалізована на передній черевній стінці і бокових поверхнях тулуба («жилетка»), може підсипати, «переживає» гарячку; **сплено(гемато)мегалія, status typhosus, серологічні** реакції

Рецидив черевного тифу

Провокуючі чинники – грубе порушення дієти, раннє вставання з ліжка, емоційні потрясіння, інтеркурентні захворювання

Клінічні передвісники – субфебрилітет, тахікардія,

УСКЛАДНЕННЯ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ

Специфічні

- **Перфорація кишечника** – болі в животі (будь-якої інтенсивності), напруження м'язів черевної стінки, симптоми подразнення очеревини, зникнення печінкової тупості, повітря під куполом діафрагми (Ro-логічно), нейтрофільний лейкоцитоз
- **Кишкова кровотеча** – падіння температури тіла до (суб)нормальної, тахікардія («чортів хрест», «ножиці»), прояснення свідомості, гіпотонія, наявність крові в калі, наростаюча анемія
- **Інфекційно-токсичний шок**

Неспецифічні

- Пневмонія, менінгіт, міокардит, тромбофлебіт, паротит й ін.

КЛІНІКА ШИГЕЛЬОЗУ

- Інкубаційний період – від 12 год до 7 днів
- Початок хвороби гострий, з ознобу, гарячки, явищ інтоксикації, болю в животі, проносу
- Біль переймоподібний, частіше в лівій здухвинній ділянці, посилюється при дефекації (тенезми), несправжні поклики на дефекацію
- Сигмоподібна кишка щільна, болюча, спазмована
- Випорожнення рідкі, мізерні, з домішками слизу і крові, іноді втрачають каловий характер (“ректальний плевок”)

ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ

Захворювання, безпосередньо пов'язані з харчами, поділяються на:

Харчові отруєння (гриби, наявність певних хімічних речовин)

Харчові інтоксикації - ботулізм, мікотоксикози

Харчові токсикоінфекції

Епідеміологічні критерії діагнозу

Груповий характер захворювань (спалах)

Вживання їжі недоброякісної або сумнівної якості

КЛІНІКА ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ

Інкубаційний період — від 30 хв до 24 год.

Симптоми хвороби виникають раптово, швидко зростають - озноб, гарячка, нудота, блювання, переймоподібні болі в животі, частіше в епігастрії і навколо пупка. Блювання багаторазове.

Випорожнення рідкі чи водянисті, смердючі, до 10 разів за добу, іноді з домішками слизу.

При стафілококовому токсикозі - біль голови, нудота, нестримне блювання, сильні різі в верхній половині живота, швидкий розвиток симптомів зневоднення. Проносу може не бути. Гарячка невисока. У тяжких випадках - ціаноз, судоми, колапс.

КЛІНІКА САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

- **Гастроінтестинальна форма** – *гострий початок, виражена інтоксикація (висока гарячка, біль голови, загальна слабкість, озноб, міалгії), нудота, блювання, болі в животі (“сальмонельозний трикутник”), пронос (кал рясний, смердючий, у вигляді “баговиння” чи “жаб’ячої ікри”), можливі різні ступені дегідратації (I-IV), herpes labialis*
- **Генералізована форма:**
 - тифоподібний варіант - гострий початок, озноб, підвищення температури тіла, явища гастроентериту, далі – зростання інтоксикації, гарячка стає тривалою, гепатоспленомегалія, здуття живота, висипання*
 - септикопіємічний варіант – клініка сепсису (септичний ендокардит, холецистохолангіт, гломерулонефрит, гнійний менінгіт)*
- **Бактеріоносійство** – *транзиторне, гостре, хронічне*
- **Нозопаразитизм**

КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

- Виразність інтоксикації (у т.ч. гарячка – субфебрильна, фебрильна, висока)
- Блювання (одноразове, повторне, нестримне)
- Пронос - частота (до 10 разів, 11-20, більше 20 разів за добу) і характер випорожнень (наявність патологічних домішків – слизу, крові)
- Дегідратація (I-IV ступеня)

Ступені зневоднення:

- **I ступінь** – втрата 1-3 % маси тіла;
- **II ступінь** – втрата 4-6 % маси тіла (сухість шкіри та слизових оболонок, зниження еластичності й тургору тканин; помірна тахікардія, гіпотонія; олігурія; посмикування м'язів; охриплість голосу, акро- й періоральний ціаноз);
- **III ступінь** – втрата 7-9 % маси тіла (афонія, анурія, “руки пралі”, симптом окулярів; шум тертя плеври або/і перикарду, поширені судоми, тотальний ціаноз);
- **IV ступінь** – втрата 10 % і більше маси тіла (гіповолемічний шок, алгід)

КЛІНІКА БОТУЛІЗМУ

- Диспепсичний синдром
- Неврологічні порушення:

розлади зору: зниження гостроти, “туман” або “сітка” перед очима, двоїння предметів, погіршення акомодації, ністагм, розширення зіниць з втратою реакції на світло, анізокорія (різна величина зіниць), косоокість, птоз повік;

порушення ковтання: неможливість ковтати тверду їжу, поперхування, виливання рідини через ніс;

розлади мови: гугнявість голосу, хриплість, афонія;

вегетативні розлади – сухість в роті, зменшення слиновиділення, запори, затримка сечовипускання.

Ускладнення – пневмонія, інфекційно-токсичний міокардит, раптова зупинка серця і дихання, динамічна кишкова непрохідність, парези, паралічі

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Виділення збудника з випорожнень, блювотиння, промивних вод, залишків їжі (*при черевному тифі і сальмонельозі додатково з крові – гемокультура, з сечі - уринокультура, з елементів висипки, з ліквору, з жовчі - білікультура, мієлокультура (стернальна пункція)*)

Серологічні реакції (*наявність антитіл до відповідного збудника і зростання титру у динаміці захворювання, при ХТІ – до автоштаму*)

Реакція нейтралізації ботулотоксину (*біологічна проба на лабораторних тваринах*)

ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Режим – відповідно ступеню тяжкості хвороби (при черевному тифі - суворий ліжковий до 6-7-го дня нормальної температури)

Дієта – стіл 4, 4б (механічне і хімічне щадіння, виключення свіжо-молочних продуктів)

Етіотропні засоби (при черевному тифі – левоміцетин 2-3 г/добу (весь гарячковий період + 10 днів нормальної температури), ампіцилін, гентаміцин, рифампіцин, бісептол; при дизентерії - нітрофурани, сульфаніламід, оксихіноліни; при ботулізмі – антибіотики; при сальмонельозі – бактеріофаг, фторхінолони; ХТІ – без антибактерійних препаратів)

Специфічні засоби (протиботулінічна сироватка відповідного типу, бактеріофаги)

Патогенетична терапія (при ХТІ, ботулізмі, сальмонельозі – промивання шлунка і кишечника, ентеросорбенти, дезінтоксикація, регідратація, про- і пребіотики, вітаміни, ферменти, імуномодулятори)

Лікування ускладнень

ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ

При зневодненні I та II ступеню адекватна пероральна регідратація з допомогою стандартизованих сольових розчинів – ораліт (орасоль, перораль) і регідрону.

Ораліт: натрію хлорид – 3,5

калію хлорид – 1,5

натрію гідрокарбонат (сода) – 2,5

глюкоза – 20,0

вода кип'ячена – 1 літр

Регідрон: натрий хлористий – 3,5

натрий лимоннокислий – 2,9

калій хлористий – 2,5

глюкоза – 17,0

вода кип'ячена – 1 літр

**Загальний об'єм випитої рідини
при зневодненні I ступеню – 30 мл/кг,
при зневодненні II ступеню - 60–70 мл/кг**

**При зневодненні III-IV ступеню (зрідка)
регідратація в 2 етапи:**

**I (первинна) - в/в введення стандартних
сольових розчинів (трисоль, квартасоль,
ацесоль, хлосоль, лактасоль та інш.) в
об'ємі 10 % маси тіла за 1,5-2 год (під
контролем вмісту калію, натрію та кислотно-
лужної рівноваги крові)**

**II (компенсаторна) – поповнення втрат, що
тривають**

УМОВИ ВИПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ

ЧЕРЕВНОГО ТИФУ

1. *Клінічне одужання*
2. *Не раніше 21-го дня нормальної температури (якщо хворого лікували антибіотиками) або 14-го дня (якщо антибіотики не призначались)*
3. *Контрольні посіви калу і сечі на наявність збудника (з негативним результатом) на 5-, 10-й дні, жовчі (для декретованої групи) – на 11-й день нормальної температури тіла*
4. *Поява в крові еозинофілів («рожева зоря» одужання)*

ДИЗЕНТЕРІЇ, САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Клінічне одужання

1. *Контрольні посіви калу на наявність збудника*

ХТІ, БОТУЛІЗМ

Клінічне одужання

ЗАХОДИ В ЕПІДЕМІЧНОМУ ОСЕРЕДКУ

1. **Медичне спостереження за контактними**
2. *(при черевному тифі 21 день з щоденною термометрією, при дизентерії, сальмонельозі – 7 днів, при ботулізмі – 12 днів)*
3. **Бактеріологічне дослідження калу** *(при дизентерії – лише декретованих груп; при черевному тифі також сечі - однократно для контактних, при наявності в анамнезі хвороби – двічі + дуоденальне зондування з посівом жовчі)*
4. **Серологічне обстеження** *(в осередку черевного тифу при будь-якому недавно перенесеному захворюванні)*
5. **Специфічна профілактика:** *при черевному тифі фагування (триразово з інтервалом 3 дні), при ботулізмі – введення 1-2 тис. МО протиботулінічної сироватки особам, які вживали підозрілий продукт*
6. **Дезінфекція** — *поточна, заключна*

ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Забезпечення населення доброякісною водою

Санітарно-гігієнічний контроль за об'єктами громадського харчування і торгівлею харчовими продуктами

Виявлення хворих і бактеріоносіїв

Диспансеризація реконвалесцентів

Специфічна профілактика за епідемічними показаннями (за наявності розроблених вакцин, сироваток, фагів)