

Сальмонеллез



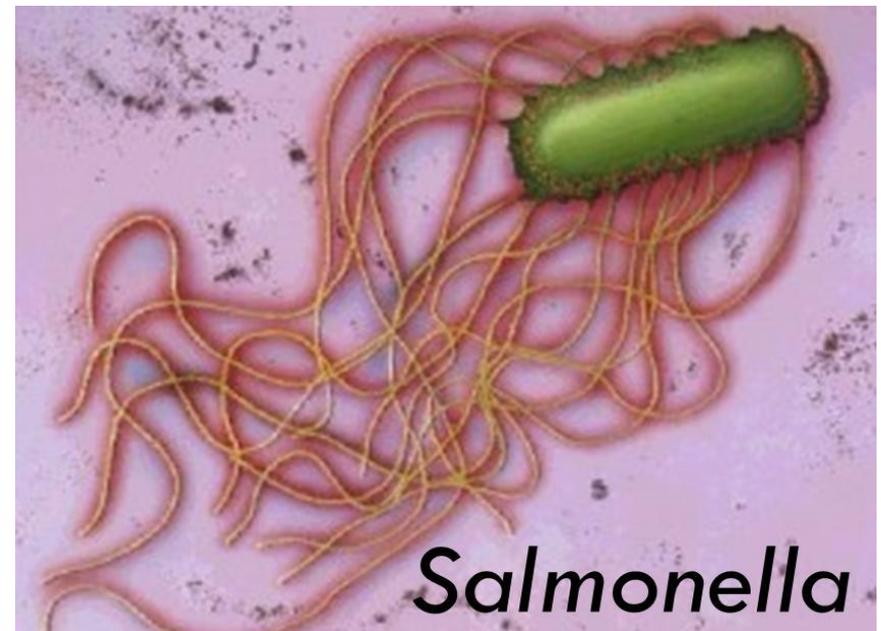
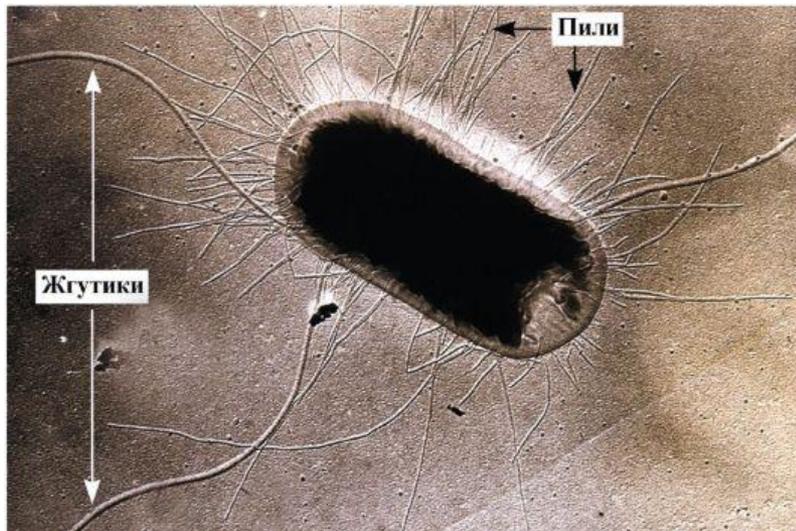
- Сальмонеллез - это полиэтиологическая бактериальная инфекционная болезнь, вызываемая различными серотипами бактерий рода *Salmonella*, характеризуется разнообразными клиническими проявлениями от бессимптомного носительства до тяжелых септических форм. В большинстве случаев протекает с преимущественным поражением органов пищеварительного тракта (гастроэнтериты, колиты).

ЭТИОЛОГИЯ

- Сальмонеллы - неспорообразующие грамотрицательные подвижные палочки, способные продуцировать энтеротоксин, а после гибели высвобождающие эндотоксин (липополисахаридный комплекс). Сальмонеллы идентифицируют по антигенным свойствам (классификация Кауфмана- Уайта): по О-антигену (соматический термостабильный АГ) сальмонеллы разделены на группы (А,В,С,Д,Е и тд.). Внутри каждой группы по Н-антигену (жгутиковый термолабильный) выделяют серовары. У некоторых штаммов выделяют Vi, К и М антигены.

ЭТИОЛОГИЯ

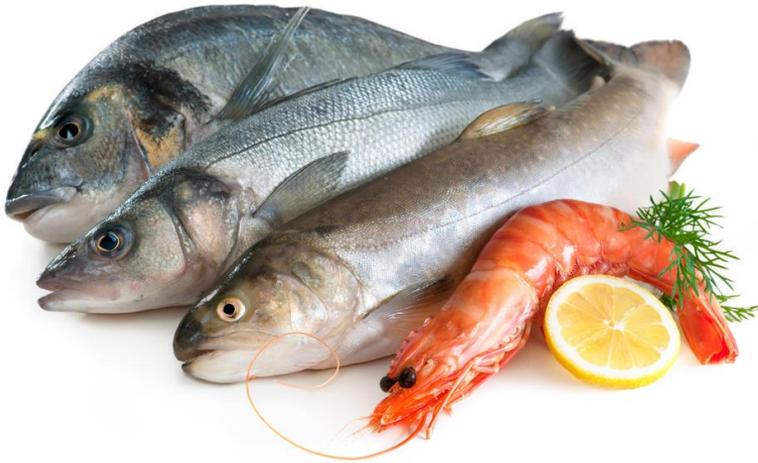
- Род *Salmonella* входит в семейство Enterobacteriaceae. ***Salmonella Typhimurium***
- Сальмонеллы патогенны для домашних и диких млекопитающих, птиц, рептилий и человека.



Эпидемиология

- ❑ **Источник инфекции** – больные люди и бактерионосители; домашние и сельскохозяйственные животные (крупный рогатый скот, свиньи), домашние птицы (куры, гуси утки), кошки, птицы, рыбы.
- ❑ **Механизм заражения** – фекально-оральный.
- ❑ **Пути передачи** – алиментарный и водный, контактно-бытовой.
- ❑ **Факторы передачи** – продукты питания (молочные продукты, яйца, кремово-кондитерские изделия, мясо домашних птиц-куры, утки, гуси, индейка, а также крупного рогатого скота и свинина, рыбные продукты, в том числе рыба горячего копчения и сельдь пряного посола, овощи, фрукты, ягоды), зараженные эндогенно (прижизненно) и экзогенно (в процессе их приготовления).

Факторы передачи



Эпидемиология

- ❑ **Восприимчивость** – всеобщая, чаще у детей и пожилых.
- ❑ **Распространенность** – повсеместная.
- ❑ **Сезонность** – летне-осенний период.
- ❑ **Иммунитет** – непродолжительный, тип- и видоспецифический, сохраняется менее года.
- ❑ **Специфическая профилактика** отсутствует.

Патогенез сальмонеллёза

Проникновение сальмонелл per os

↓
Попадание в тонкий кишечник

↓
Адгезия к энтероцитам, колонизация, выделение **токсинов** (эндо и экзо), транцитоз в подслизистый слой, захват макрофагами

↓
Цитотоксины

↓
Гибель клеток, слущивание
эпителия

↓
Умеренное воспаление
слизистой кишки

↓
Энтеротоксин

↓
Активация аденилатциклазы

↓
Выход ионов и воды в просвет
кишечника

↓
Диарея

Классификация

1. Гастроинтестинальная форма:

- а) гастритический вариант;
- б) гастроэнтеритический вариант;
- в) гастроэнтероколитический вариант.

2. Генерализованная форма:

- а) тифоподобный вариант;
- б) септикопиемический вариант.

3. Бактерионосительство:

- а) острое (выделение возбудителя до 3-х месяцев);
- б) хроническое (выделение возбудителя более 3-х месяцев);
- в) транзиторное (отсутствие клиники, только бактериологическое однократное обнаружение).

4. По течению выделяют: легкую, среднетяжелую и тяжелую формы.

5. Исходы: выздоровление; летальный – от 0,04% до 0,6% случаев.

Клиника

- **Инкубационный период** обычно составляет всего 24-48 ч. При внутрибольничных вспышках, когда преобладает контактно-бытовой путь передачи инфекции, инкубация удлиняется до 3-8 дней.
- **Гастритический вариант.** Начинается остро, практически одновременно отмечается слабость, температурная реакция (может отсутствовать), тошнота, многократная рвота, приносящая кратковременное облегчение, боли в эпигастрии. Диарейный синдром отсутствует, степень обезвоживания невысока (I-степень). Продолжительность заболевания небольшая.

Клиника

- **Гастроэнтеретический вариант**

Наиболее типичен. Острое начало. На фоне выраженной интоксикации и лихорадки развивается весь комплекс симптомов гастроэнтерита: тошнота, многократная рвота, боли в эпигастрии и околопупочной области, жидкий обильный многократный стул преимущественно с сохранением калового характера, возможно наличие примесей (слизь, комочки непереваренной пищи, крови). Для сальмонеллеза характерен зеленоватый пенистый, зловонный обильный водянистый стул. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и в правой подвздошной области, урчит по ходу кишечника. При этой форме возможно значительное обезвоживание (II-III степени). Тяжесть состояния обусловлена выраженностью интоксикационного и дегидротационного синдромов.

Клиника

- **Гастроэнтероколитический вариант**

Формируется как продолжение уже развившегося гастроэнтерита: присоединяются симптомы поражения толстого кишечника, локализация болей смещается в правую и левую подвздошные области, могут пальпироваться спазмированные болезненные отделы толстого кишечника, в стуле обнаруживаются патологические примеси (слизь, реже кровь), с каждым последующим актом дефекации количество стула уменьшается, возможны тенезмы и ложные позывы.

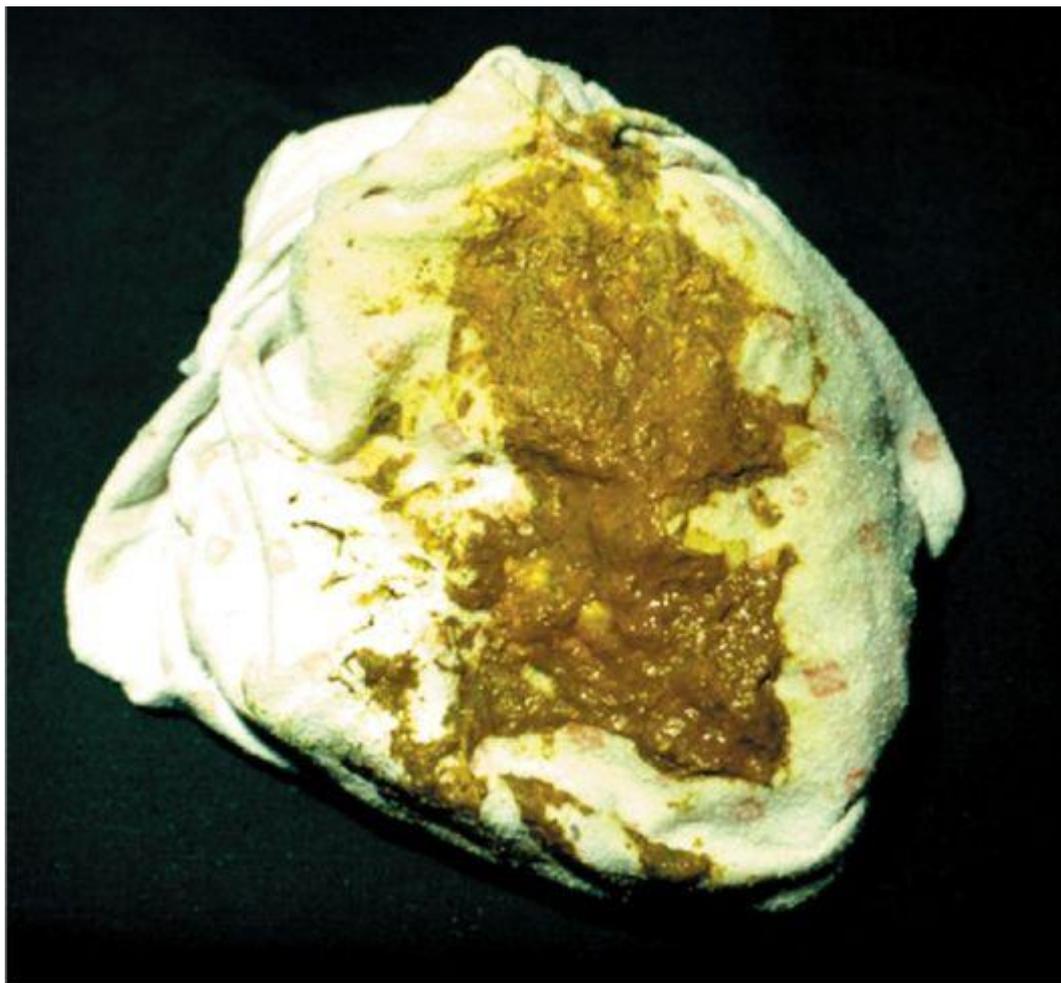
Клиника

а) **тифоподобный вариант** может иметь острое начало с гастроэнтерита. Спустя 3-7 дней появляются признаки генерализованного инфекционного процесса (по мере уменьшения диспепсических проявлений прогрессирует интоксикационный синдром). Лихорадка фебрильная, волнообразная или неправильного типа, длительностью более 7 дней. Усиливается вялость, адинамия, расстройство сна, головная боль. Отмечаются метеоризм, вздутие живота, гепатоспленомегалия, относительная брадикардия, бледность кожных покровов, субъиктеричность склер, иногда появляется розеолезная сыпь.

Клиника

б) септикопиемический вариант по существу представляет собой сальмонеллезный сепсис. Начало также может быть с гастроэнтерита, протекает ациклически и характеризуется длительной волнообразной лихорадкой, наличием головных болей, потов, ознобов, возможны нарушения сознания, тахикардия, миалгии, гепатоспленомегалия, нарастающая анемия, возможен ДВС-синдром. Появляются признаки поражения других органов и систем: пневмония, эндокардит, пиелонефрит, менингит и т.д.

Стул типа «болотной тины» при сальмонеллезе



Сальмонеллез, тяжелая форма,
нейротоксикоз с эксикозом **3**-й степени,
клонико-тонические судороги



Эпидемиологическая диагностика

1. Пребывание в очаге в период, соответствующий инкубационному периоду.

2. Наличие эндемичной вспышки сальмонеллеза (водного или пищевого характера).

3. Сезонность (весенне-летний период).

Лабораторная диагностика

- **1. Общий анализ крови** – лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ. При тифоподобном варианте может появиться лейкопения, но при этом сохраняется повышение палочкоядерных нейтрофилов. При септикопиемическом варианте – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ, анэозинофилия.
- **2. Общий анализ мочи** – незначительная протеинурия, микрогематрия, лейкоцитурия, цилиндрурия (при тяжелом течении).
- **3. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, RW.**
- **4. Биохимический анализ крови** – повышение амилазы, мочевины, электролитные нарушения (гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоргидрия).
- **5. КЩС крови.**
- **6.** Для оценки тяжести состояния больного исследуют гематокрит, электролитный и газовый состав крови.

Инструментальная диагностика

- **1. УЗИ органов брюшной полости** – с целью дифференциальной диагностики.
- **2. Рентгенологические методы исследования** – применяют с целью дифференциальной диагностики.
- **3. ЭКГ** – по показаниям при развитии осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.
- **4. Ректороманоскопия** – вспомогательный метод исследования, применяют с целью дифференциальной диагностики.
- **5. Колонофиброскопия** – вспомогательный метод, применяют с целью дифференциальной диагностики.

Специальная диагностика

- **1. Бактериологическому исследованию** подвергают промывные воды желудка, рвотные массы, испражнения, продукты питания. При генерализованных формах дополнительно исследуют посевы дуоденального содержимого, кровь, мочу.
- **2. В качестве серологических реакций** используют: РА – исследование парных сывороток (диагностический титр – превышающий 1:200); РНГА, РЛА, ИФА – экспресс-диагностика 21 сальмонеллеза.
- **3. Кал на простейшие и яйца гельминтов** – при дифференциальной диагностике.

Лечение

- 1. Диета (стол №4, позднее №13);
- 2. Режим (полупостельный, постельный);
- 3. Промывание желудка до чистых промывных вод при гастроинтестинальной форме (2% р-р гидрокарбоната натрия или 0,1% перманганата калия);
- 4. Пероральная регидратация может быть обеспечена приемом полиионных солевых изотонических или чуть гипотонических растворов, которые приготавливают из стандартных орально-регидратационных смесей (ОРС) и глюкозо-солевыми растворами - «Регидрон», «ORS», хлосоль, глюкосолан, цитроглюкосолан. Проводится при легком течении заболевания и обезвоживании I - II степени.

Лечение

- 5. Дезинтоксикационная терапия (только при лечении обезвоживания): Применение растворов «Реополиглюкин» и «Глюкоза» с целью дезинтоксикации позволительно только после полной компенсации обезвоживания!
- 6. Среднетяжелые и тяжелые локализованные формы сальмонеллеза: **Энтерикс** по 2 капсулы 3 раза в день 5-6 дней; **хлорхинальдол** 0,2 г 3 раза в день 3-5 дней.
- Генерализованные формы: **Ципрофлоксацин** по 500 мг 2 раза в день; **норфлоксацин** 0,4 г 2 р/с; **офлоксацин** 0,2 г 2р/с; **Цефалоспорины III поколения** (**Цефтриаксон** по 1-2 г/сутки в/м или в/в) 7-14 дней.

Лечение

- 7. Назначение сорбентов: **Полифепан** по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней; **неосмектин** по одному порошку 3 раза в день 5-7 дней, карболонг по 5-10 г 3 раза в день 3-15 дней; энтеродез по 5 г 3 раза в день.
- 8. Антидиарейные препараты: **Порошки Кассирского** по 1 порошку 3 раза в день, глюконат кальция по 1-3 г 2-3 раза в день.
- 9. Эубиотики: **Бактисубтил** по 1 капсуле 3-6 раз в день за 1 час до еды; **линекс** по 2 капсулы 3 раза в день 2 недели; **бифидумбактерин** по 5 доз 3 раза в день 1-2 месяца

Лечение

- 10. Ферментотерапия: **Панкреатин** по 1 порошку 3 раза в день 2-3 месяца; мезим форте по 1 таблетке 3 раза в день 1 месяц.
- 11. Спазмолитики: **Но-шпа** по 0,04 г 3 раза в день, папаверин по 0,04 г 3 раза в день.
- 12. Жаропонижающие, неспецифические противовоспалительный препараты **нимесулид** по 100 мг 2 раза в день.
- 13. Дополнительные методы (хирургические, физиотерапевтические, санаторно-курортные).

Экстренное извещение

- После получения экстренного извещения на случай сальмонеллеза или подозрения на это заболевание специалисты территориальных органов Роспотребнадзора в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование с определением границ очага и круга лиц, общавшихся с больным, и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.
- Лицам, подвергшимся риску заражения, проводят экстренную профилактику сальмонеллезным бактериофагом: по 2 таблетки 3 раза в день в течение 5-7 дней.; или по 50 мл 2 раза в день за 30 минут до еды в течение 5-7 дней.