

ГБОУ ВПО СтГМА
Кафедра инфекционных болезней с курсом
фтизиатрии

Лекция №3

Сальмонеллез
Тифо-паратифозные
заболевания

Схема Кауфмана-Уайта (сокращенная)

Группа А

S. paratyphi A

Группа В

S. abortus equi

S. paratyphi B

S. java

S. abortus bovis

S. bovis

S. stanley

S. reading

S. derby

S. typhi murium

S. heidelberg

Группа С

S. paratyphi C

S. cholerae suis

S. thompson

S. infantis

S. muenchen

S. newport

Группа D

S. sendai

S. typhi

S. enteritidis

S. dublin

S. rostock

S. moscow

Группа Е

S. anatum

S. london

S. liverpool

Другие группы

S. marseille

S. havana

S. fanti

S. vancouver

S. orientalis

S. shanghai

S. berlin

S. chicago

АКТУАЛЬНОСТЬ САЛМОНЕЛЛЕЗОВ

- Рост заболеваемости с 1960 года в 8 раз.
- Заболеваемость составляет 80 случаев на 100 000 населения.
- ОМЫШЛЕННОЕ ЖИВОТНОВОДСТВО.
- ЗАВОД ПТИЦЫ И КОРМОВ ИЗ-ЗА РУБЕЖА.
- НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА РАБОТЫ ЖИВОТНОВОДЧЕСКИХ ХОЗЯЙСТВ.
- НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПЕРЕРАБОТКА И ХРАНЕНИЕ ПРОДУКЦИИ.
- РОСТ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ВСПЫШЕК.
- МАЛАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.

Устойчивость салмонелл

- Вода – 11-120 дней.
- Почва – 1-9 мес.
- Пыль – 80-547 дней.
- Яйца – 13 мес.
- Яичный порошок – 9 мес.
- Замороженное мясо – 6-13 мес.
- Замороженные овощи – 1-2,5 мес.
- Пастеризация – 1 час.
- Кипячение – 1-3 мин.

Механизм и пути передачи

- **Механизм:** фекально-оральный.

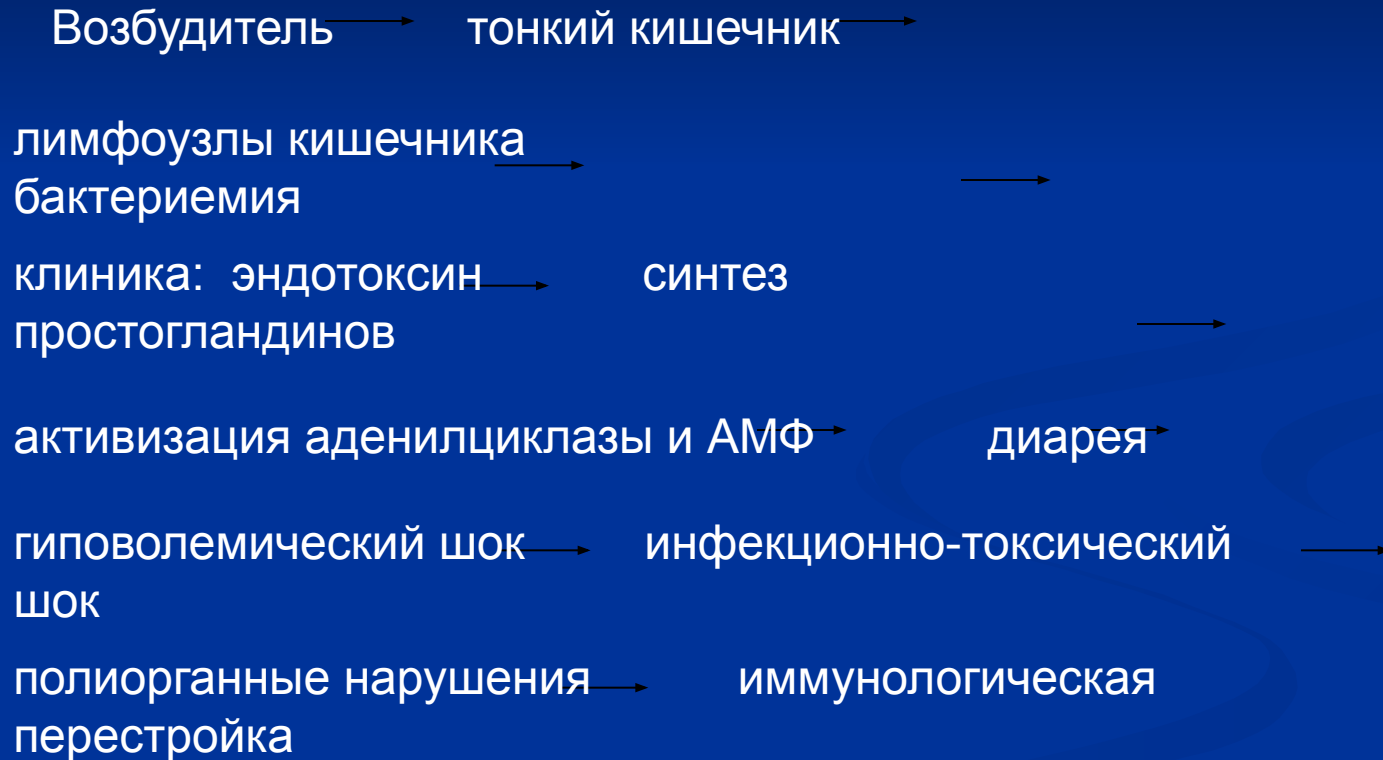
- **Пути:**

1. Алиментарный
2. Водный
3. Контактно-бытовой
4. Пылевой

- **Типы вспышек:**

1. Алиментарные
2. Водные
3. Внутрибольничные

Патогенез салмонеллеза



Причины внутрибольничных вспышек

- Оперативные вмешательства.
- Лечение антибиотиками.
- Лечение гормонами.
- Дисбактериоз.
- Иммунодепрессия.
- Контактно-бытовой путь (мед. персонал и работники пищеблока).

Классификация сальмонеллёза

1. Гастроинтестинальная форма:

- Гастритический вариант
- Гастроэнтерический вариант
- Гастроэнтероколитический вариант

2. Генерализованная форма:

- Тифоподобный вариант
- Септикопиемический вариант

3. Бактериовыделение:

- Острое
- Хроническое
- Транзиторное

Ведущие синдромы при острых кишечных заболеваниях

1. Гастроэнтеритический
2. Интоксикационный
3. Болевой
4. Дегидратационный
5. Деминерализационный

Клинико-ситуационная задача

К больному 55 лет, коммерсанту, вызвана скорая помощь. Заболел остро в 5 часов утра - частая рвота, жидкий обильный стул более 20 раз, схваткообразная боль в животе, слабость, озноб, температура тела 39,0°C. К приезду бригады скорой помощи у больного появились судороги в мышцах ног, было обморочное состояние. Стул при осмотре жидкий, зловонный, зеленого цвета. Связывает заболевание с употреблением яичницы в буфете.

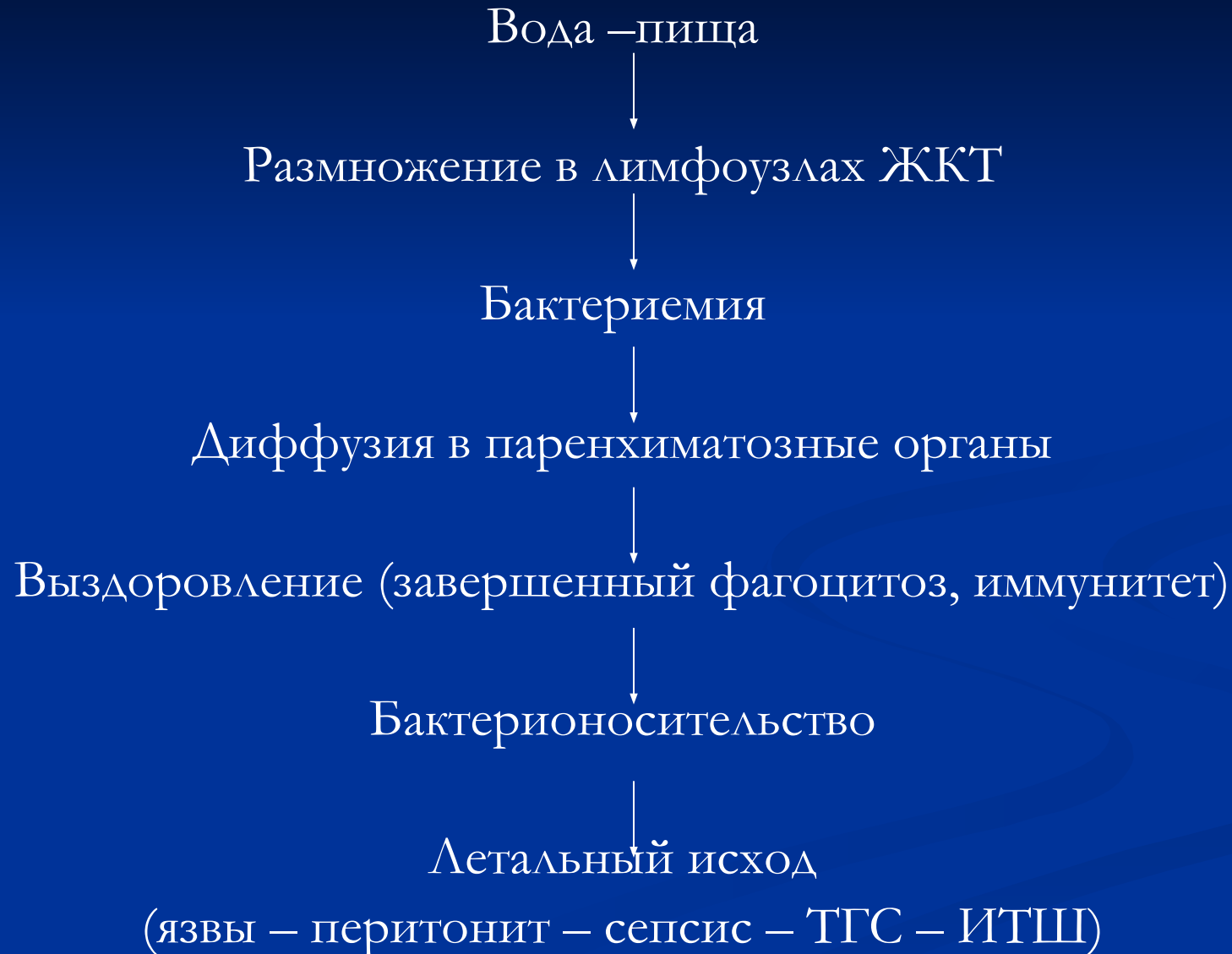
Объективно: состояние тяжелое, акроцианоз, тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание, ЧД - 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс слабого наполнения, едва прощупывается, частый. АД не определяется. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, вздут, урчит при пальпации во всех отделах, явлений раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Не мочился. Менингеальных симптомов нет.

После начала интенсивной регидратационной терапии в машине скорой помощи состояние несколько улучшилось. Доставлен в инфекционную больницу, где продолжалось лечение. При бактериологическом исследовании испражнений выделена *S. enteritidis* группы D.

Исторические сведения о брюшном тифе

- 1820 год (Bretonneau) – самостоятельное заболевание.
- 1829 год (Louis) – название болезни.
- 1884-1885 годf (Gaffky, Баженов) – выделение возбудителя из селезенки.
- 1948 год – специфическое лечение левомицетином.
- 1970-1980 г.г. – резистентность к левомицетину, тетрациклину, стрептомицину.
- С 1990 года – снижение чувствительности к фторхинолону (до 50% в 1999 году).

Патогенез брюшного тифа



Классификация брюшного тифа (Б.Я. Падалка)

1. Типичные формы:

- легкая
- среднетяжелая
- тяжелая

2. Атипичные формы:

- abortивная
- стертая (легчайший и амбулаторный тиф)
- афебрильная
- замаскированные (пневмотиф, менинготиф, колотиф, нефротиф, септическая и гастроэнтеритическая форма и др.)

3. По наличию осложнений:

- неосложненный
- осложненный

Диагностика брюшного тифа

Симптомы	I неделя	II неделя	III неделя
Наводящие	t-кривая Тифозный язык Головная боль Бессонница Метеоризм Гепатоспленомегалия	Те же + St. typhosus С-м Филипповича	—
Опорные	Эпиданамнез Брадикардия Лейкопения с лимфоцитозом и анэозинофилией	Те же + Розеола Дикротия Р-ция Видаля РПГА	Те же, что и на II неделе
Решающие	ГК БК СК	Те же + Розеолокультура	Те же + КК, УК, БК

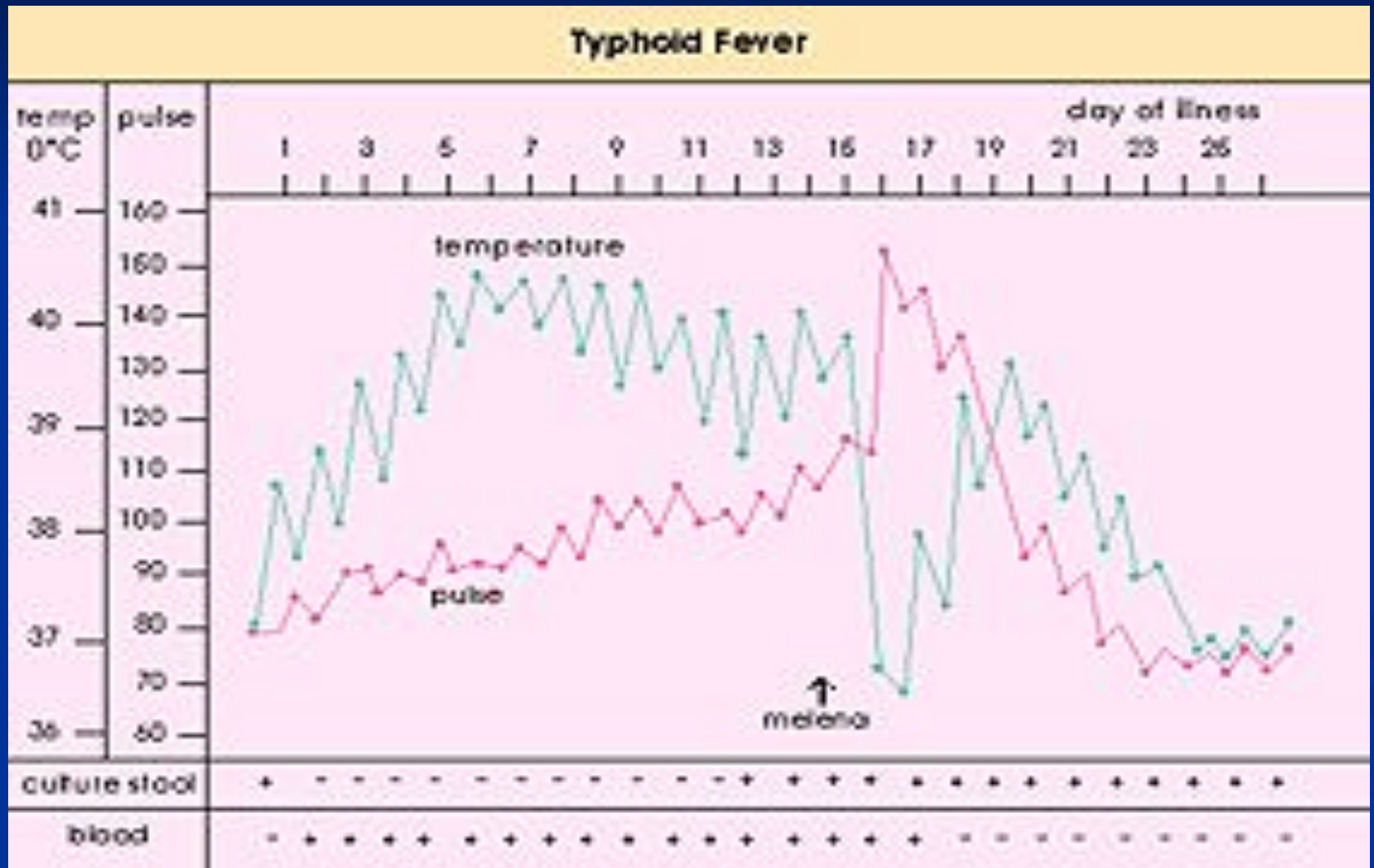
Клинико-ситуационная задача

В поликлинику обратился больной 42 лет с жалобами на высокую температуру тела, сильную головную боль, отсутствие аппетита, плохой сон, слабость. Заболел 8 дней назад: отметил слабость, снижение работоспособности, умеренную головную боль. Температуру не измерял, продолжал работать. Через 4 дня самочувствие ухудшилось: температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$, выраженные слабость, головная боль, плохой сон. Наблюдался врачом поликлиники с подозрением на грипп. Несмотря на проводимую терапию (аспирин, бисептол), самочувствие больного ухудшалось: температура тела нарастала, головная боль усилилась, отметил вздутие живота, задержку стула.

При осмотре на 8-й день болезни отмечено состояние средней тяжести. Температура тела $39,6^{\circ}\text{C}$. Больной бледен, вял, адинамичен. На вопросы отвечает неохотно. При осмотре кожи на животе и груди обнаружено несколько элементов розеолезной сыпи бледно-розового цвета, округлой формы, диаметром 2-3 мм. Лимфоузлы не увеличены. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым коричневым налетом, утолщен, отпечатки зубов по краям. Живот умеренно вздут, печень и селезенка увеличены. Менингеальных явлений нет.

Из эпиданамнеза известно, что месяц назад больной гостил у родственников в сельской местности.

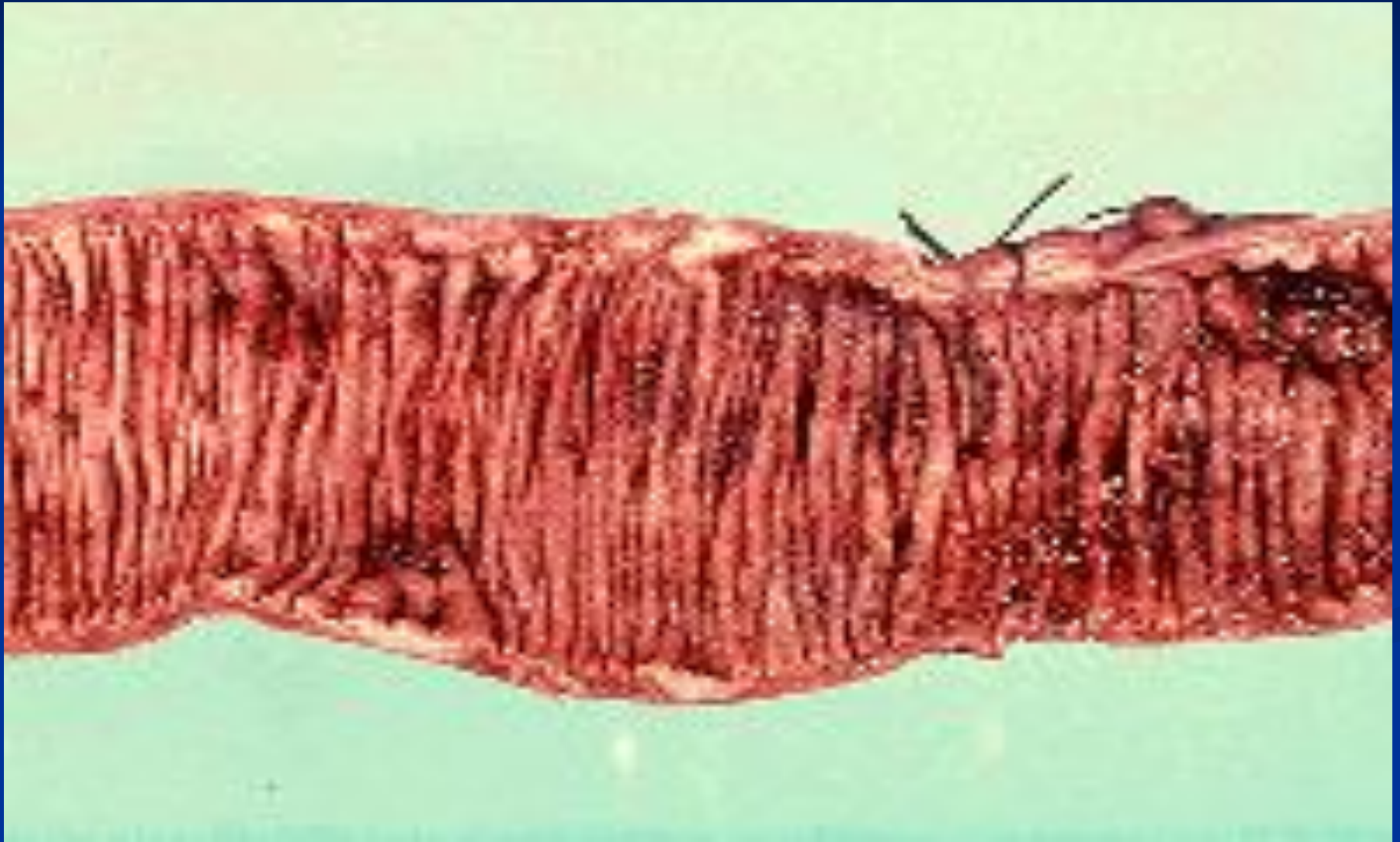
Брюшной тиф (температурная кривая).



Брюшной тиф (кожная сыпь).



Брюшной тиф (язвы в тонком кишечнике).



Диспансеризация при брюшном тифе

- Выписка не ранее 21 дня нормальной температуры
- 2 бак.посева кала и мочи через 3 дня
- Посев желчи на 15-17 день нормальной температуры
- Бактериофаг 3 дня

Не пищевики:

- Наблюдение в КИЗ – 3 месяца
- Наблюдение в ЦСЭН – 2 года (До 3-х месяцев посев 1 раз/месяц; 4-12 месяцев – 1 раз/квартал; 2-ой год – 1 раз/полгода)
- Снимаются с учета

Пищевики:

- Не допускаются к работе 1 месяц
- 5 анализов кала и мочи и желчи – в конце месяца допускаются к работе
- Наблюдение в КИЗ – 1 год (3 мес – 1 раз/месяц, далее 1 раз/квартал)
- Наблюдение в ЦСЭН – 6 лет (1 раз/квартал), далее 2 раза/год пожизненно