

Тема: Сальмонельоз. ХТІ.

Актуальність теми: Враховуючи виражений динамізм симптомів, бурхливий розвиток хвороби, поширеність її, утримання захворюваності дана тема є важливою.

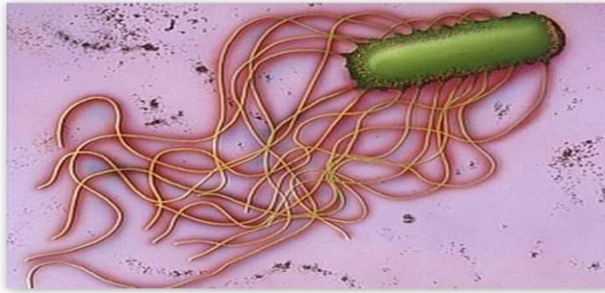
План лекції:

1. Визначення поняття “сальмонельоз” і “харчова токсикоінфекція” (ХТІ).
2. Епідеміологія сальмонельозу і ХТІ.
3. Збудники сальмонельозу і ХТІ.
4. Клінічні ознаки сальмонельозу і ХТІ.
5. Лабораторна діагностика сальмонельозу і ХТІ.
6. Принципи лікування та особливості догляду за хворими.
7. Профілактика кишкових інфекцій.

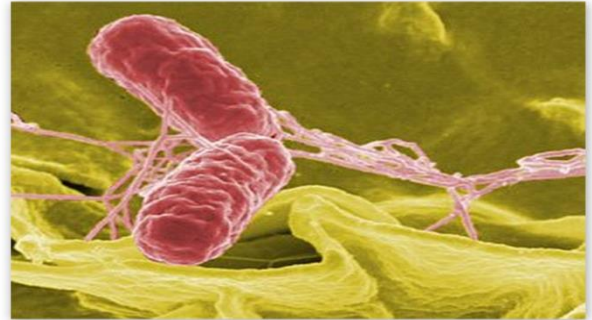
Це гостра інфекційна хвороба, яка належить до роду бактеріальних зоонозів, спричиняється бактеріями роду *Salmonella*, передається найчастіше через продукти харчування, характеризується ураженням травного каналу.

Етіологія:

Сальмонели - це палички рухливі, мають джгутики, грамнегативні, не утворюють спор і капсул. Сальмонели у відкритих водоймах зберігаються близько 4місяців, у фекаліях - до 3 років, у молоці приблизно 3 тижнів.



САЛЬМОНЕЛЬОЗ



Епідеміологія:

Джерелом інфекції є сільськогосподарські і дикі тварини, птахи, особливо водоплаваючі. Тварини можуть роками виділяти збудників у зовнішнє середовище з екскрементами, сечею, молоком, носовим слизом, слиною. Джерелом інфекції може бути на сальмонельоз хвора людина або бактеріоносій.

Механізм передачі фекально - оральний, контактнo- побутовий. Факторами передачі є м'ясо тварин та птиці, риба та рибопродукти, салати, вінегрети, фрукти, кондитерські вироби, молоко, вода, яйця.

Контактнo - побутовий шлях реалізується під час догляду за хворими, а також в дитячих дошкільних закладах, пологових відділеннях, дитячих стаціонарах. Найбільш сприятливі до сальмонельозу діти першого року життя. Сезонність літньо - осіння.

Патогенез:

Схема розвитку хвороби:

1. проникнення збудника в травний канал.
2. руйнування бактеріальних клітин у верхніх відділах кишок, первинна бактеріємія.
2. розмноження збудника в тонкій кишці.
3. вторинна бактеріємія.
4. вторинна бактеріємія.

Після перенесеного сальмонельозу залишається типоспецифічний імунітет, який утримується протягом 5-7 міс.

Клініка: інкубаційний період 12-24 год.

Класифікація:

- I. Гастроінтестинальна форма.

- A) гастритичний варіант.
- Б) гастроентеричний + холероподібний.
- В) гастроентероколітичний.

II. Тифоподібна форма.

III. Септична.

IV. Субклінічна (безсимптомна).

V. Бактеріоносійство:

- A) гостре (до 3 міс.)
- Б) хронічне (більше 3 міс.)
- В) транзиторне (короткочасне).

Найчастіше спостерігається гостроінтестинальна форма. Хвороба починається гостро, з ознобом, підвищується t 38-39 °С з вираженою інтоксикацією. Швидко з'являються біль у надчеребній ділянці і біля пупка, повторне блювання. Блювотні маси спочатку мають вигляд неперетравленої їжі, а згодом стають більш водянистими і забарвлюються жовцю.

Пізніше з'являється пронос. Кал швидко стає водянистим, пінистим, з домішками слизу і крові. Інколи фекалії можуть нагадувати рисовий відвар.

Під час огляду:

- язик сухий, обкладений білим налетом.
- живіт помірно здутий, що бурчить при пальпації, болючість в надчеребній ділянці, а інколи у здухвинній ділянці справа. З перших днів збільшується печінка і селезінка.
- пронос триває 2-4 дні і переходить до дегідратації, втрати організмом мінеральних солей, порушень мікроциркуляції, метаболічного ацидозу.
- зневоднення може перейти до судом.
- розлади у нервової системи - запаморочення, непритомність, енцефаліт.
- в крові - нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво, підвищене ШОЕ.
- у типових випадках перебігає хвороба 3-5 днів.

Перебіг:

I. Легка форма:

- помірна інтоксикація.
- незначна слабкість, втома.
- дискомфорт в животі.
- блювання 1 або відсутнє.

- кал розріджений 1-2 р/д.

- триває 1-3 дні.

II. Середньотяжка форма:

- t 38-39 °C.

- озноб, біль голови, слабкість, блідість шкіри.

- біль у животі інтенсивний, сильніший біля пупка.

- блювання багаторазові.

- випорожнення 10 р/д, рідкі, пінисті, смердючі, з домішками слизу.

- триває 3-6 днів.

III. Тяжка форма:

- t 39-40°C.

- блювання багаторазове.

- випорожнення 10-20 разів на добу водянисті, у вигляді, рисового відвару або інколи нагадує болотну твань.

- наростає дегідратація, тургор шкіри і м'язів знижений.

- риси обличчя загострюються, акроціаноз.

- тахікардія, тони серця різко ослаблені, АТ знижений.

- голос слабне, переходить в афонію, можливі судоми.

- протеїнурія, оліго- та анурія.

- ІТШ.

Оцінка тяжкості ексикозу хворих на діарейні захворювання

Симптоми	Ексикоз I ступеня	Ексикоз II ступеня	Ексикоз III ступеня
Випорожнення	Нечасті(3-5 разів за добу)	До 10 разів за добу, ентеритні	Більше 10 разів за добу, водянисті
Блювання	1-2 рази	Повторне	Багаторазове
Загальний стан	Середньої тяжкості	Від середньої тяжкості до тяжкого	Вкрай тяжкий
Гостра втрата маси	До 5%	5-10%	Більше 10%
Тургор тканин	Збережений	Знижений	Різко знижений
Еластичність шкіри	Збережена	Знижена	Складка не розправляється
Спрага	Помірна	Різко виражена	Може бути відсутня
Слизові	Вологі	Сухуваті,злегка гіперемійовані	Сухі, яскраві
Велике тім'ячко	В нормі	Злегка запале	Запале
Серцево-судинна	Гучні	Злегка послаблені	Послаблені

система: тони; тахікардія; АТ	Відсутня В нормі, чи злегка підвищений	Помірна СТ-нормальний, ДТ-підвищений	Виражена Знижений
Центральний венозний тиск	В нормі	Знижений	Від'ємний
Ціаноз	Немає	Помірний	Різко виражений
ЦНС: Свідомість; Реакція на подразник(біль)	Збережена Виражена	Збудження чи млявість Послаблена	Порушена Відсутня
Голос	Не змінений	Слабкий	Часто-афонія
Діурез	Збережений	Знижений	Значно знижений (менше 10 мл/кг)
Дихання	Нормальне	Помірна задишка	Токсична задишка
Температура тіла	Різна	Часто підвищена	У більшості- нижча норми
Очні яблука	В нормі	М'які	Западають

Тифоподібна форма:

- в початковому періоді подібна до гастроінтестинальної, нагадує черевний тиф.
- тривала стала гарячка 38-40 °С, різка інтоксикація.
- апатія, адинамія, свідомість потьмарена, галюцинації.
- шкіра бліда, на 4-10-й день в ділянці живота і бокових поверхонь грудей- поодинокі розеолезні висипання, які зникають через 1-3 дні.
- язик з відбитками зубів, обкладений.
- живіт здутий, збільшені печінки і селезінки.
- видужання через 3-5 тижнів.

Септична форма:

- спостерігається рідко.
- у новонароджених і осіб похилого віку.
- тривалий важкий перебіг із загостренням та ремісіями.
- гарячка, озноб, профузний піт, гепатоспленомегалія, жовтяниця.
- шкіра бліда з петехіями, геморагіями або дрібним пустульозним висипом.

- розлади ССС.
- висока летальність (можливий розвиток сепсису)

Ускладнення:

- колапс.
- УТШ.
- гостра недостатність серця, нирок.
- набряк головного мозку.
- геморагічний синдром.
- пневмонія.
- висхідна інфекція сечових і жовчних шляхів.

Прогноз:

1. При інтерстиціальній формі - сприятливий.
2. При септичній - летальність 0,1-0,4%

Діагностика:

1. Епідеміологічний анамнез.
2. Бактеріологічний - обстеженню підлягають фекалії, блювотні маси, промивні води, кров, сеча, жовч, ексудат чи гній із запальних вогнищ. Матеріал отримують до застосування етіотропної терапії.
3. Серологічний - РА і РНГА. Діагностичне значення має наростання в динаміці титру специфічних антитіл у 4рази і більше.

Лікування:

1. Госпіталізація здійснюють за клінічними і епідемічними показами.
2. Промивання шлунка 2% розчином Na гідрокарбонату - до чистих промивних вод - сольові проносні засоби + адсорбенти.
3. У перші дні щадна дієта (супи, чаї, сухарі) - N4.
4. Антибіотики (левоміцетин, ампіцилін) - курс 5-6 днів.
5. Фуразолідон.
6. Дегідратаційна терапія - ізотонічні полііонні розчини (NaCl, фізрозчин)
7. ІТШ - глюкокортикостероїди.
8. Ферментні препарати.

Профілактика:

1. Ветеринарні, санітарно - гігієнічні, санітарно - технічні протиепідемічні заходи.
2. Ізоляція джерела інфекції та бактеріоносії.

3. Проведення заключної дезінфекції.
4. Виписка після одноразового бактеріологічного дослідження калу, яке проводиться не раніше ніж на 3-й день після антибіотикотерапії. У декретованих осіб - після трикратного бактеріологічного дослідження (через день) з негативними результатами.
5. Особи з числа декретованих, які продовжують виділяти сальмонели, не допускаються до роботи протягом 15 днів.
6. У цей період проводять трикратне бактеріологічне дослідження калу, яке за позитивних результатів повторюють ще протягом 3 міс. Якщо бактеріоносійство виявляється і після закінчення цього терміну, такі особи, як хронічні бактеріоносії, не допускаються до роботи протягом 1 року, після чого повторно проводять триразове бактеріологічне дослідження. У разі отримання хоча б одного позитивного результату звільняють від роботи і повідомляють СЕС.
7. Дітей, які є хронічними носіями сальмонел, не допускають у дитячі ясла та садочки.
8. Специфічна профілактика сальмонельозу не проводиться.

Харчові токсикоінфекції

Це група гострих інфекційних хвороб, спричинених вживанням інфікованих різними мікроорганізмами продуктів харчування, характеризується загальною інтоксикацією, картиною гастроентериту, порушенням водно-мінерального обміну.

Етіологія:

Збудниками можуть бути:

- а) сальмонели.
- б) кишкова і паракишкова паличка.
- в) шигелли.
- г) стафілококи.

Епідеміологія:

Джерелом інфекції є хворі люди і тварини, бактеріоносії. Механізм зараження – фекально-оральний. Факторами передачі (при стафілококової інфекції) є молоко, молочні продукти, креми, кондитерські вироби.

Сприйнятливість 80-100%.

Сезонність – літньо-осіння.

Клініка:

Інкубаційний період - 1-12 год.

- починається гостро.
- нудота.
- приступоподібний біль в надчеревній ділянці.
- блювота (одноразове або повторне).
- пронос (кал втрачає каловий характер, водянистий, без патологічних домішок. Частота 5-10 разі в день.
- язик сухий, з біло-сірим налетом.
- живіт помірно здутий, м'який, болючий.
- $t 38-39^{\circ}C$ з ознобом.
- в крові – нейтрофільний лейкоцитоз, зсув формули вліво.

Ускладнення:

Інфекційно – токсичний або гіповолемічний шок.

Діагностика:

1. серологічна діагностика.
2. бактеріологічне дослідження (кров, блювотні маси, фекалії)

Лікування:

1. госпіталізація хворих на середньотяжкі і тяжкі форми.
2. промивання шлунка (2% р-н Na гідрокарбонату) до чистих промивних вод.
3. проносні засоби, сифонна клізма.
4. регідратація сольовими розчинами – ораліт, регідрон. Кількість вжитої рідини має = витраченій. В/в «Квартасіль», «Трисіль», «Ацесіль».
5. дієтотерапія N4.
6. антибіотикотерапія у важких випадках.

7. поліферментні препарати (мезим і т.д).

Профілактика:

1. покращення санітарно - гігієнічного і санітарно - технічного стану підприємств харчової промисловості.
2. контроль за станом здоров`я працівників цих об`єктів.
3. ветеринарний нагляд за станом молочно-тваринницьких ферм м'ясокомбінатів, ринків.

Матеріали для самоконтролю:

1. Визначення понять "харчова токсикоінфекція", "сальмонельоз".
2. Етіологія та епідеміологія ХТІ і сальмонельозу.
3. Основні клінічні симптоми, тривалість перебігу.
4. Ускладнення сальмонельозу і ХТІ.
5. Особливості діагностики сальмонельозу і ХТІ.
6. Основні принципи лікування і профілактики.

Тестові завдання:

- I. Основним джерелом інфекції при сальмонельозі є:
 1. Сільськогосподарські, дикі тварини, птахи (особливо водоплаваючі), хвора людина, бактеріоносій;
 2. Хвора людина, бактеріоносій;
 3. Дикі тварини;
 4. Птахи;
 5. Сільськогосподарські тварини;
- II. Інкубаційний період при сальмонельозі триває:
 1. Від 6 год. до 3 діб;
 2. Від 3 діб до 3 тижнів;
 3. Від 30 хв. до 3 год.;
- III. При гастроінтестинальній формі сальмонельозу стілець:
 1. Швидко стає водянистим, пінистим, зловонним;
 2. У вигляді "рисового відвару";
 3. У вигляді "малинового желе";
 4. У вигляді "горохового супу";

IV. Бактеріоносійство гостре:

1. До 3 міс;
2. До 3 днів;
3. До 3 років;

V. Бактеріологічному дослідженні при сальмонельозі підлягають:

1. Блювотні маси, фекалії, промивні води;
2. Кров;
3. Сеча;
4. Ексудат чи гній з запальних вогнищ;
5. Все перераховане;

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Конспект лекцій.
2. Діагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки за редакцією М.А. Андрейчина, 1996. С. 107-122.

Додаткова:

1. Покровський В.И., Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии. М.: Медицина. – 1985, С. 98-106
2. Тітов М.Б. Інфекційні хвороби. Київ. “Вища школа”, 1995. С. 265-273.

