

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Брюшной тиф, Дизентерия,
Холера, Ботулизм, Пищевая
токсикоинфекция

- **Инфекционные болезни по распространению во всем мире занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и опухолей. В различных странах распространены разные инфекции, и на заболеваемость ими большое влияние оказывают социальные условия жизни населения. Чем выше социальный и культурный уровень населения, организация профилактической и лечебной помощи, санитарного просвещения, тем меньше распространенность инфекционных заболеваний и смертность от них.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В зависимости от особенностей отношений между человеком и микроорганизмом различают антропонозы, антропозоонозы и биоценозы.

- **Антропонозы** — инфекционные заболевания, свойственные только человеку (например, сыпной тиф).
- **Антропозоонозы** — инфекционные заболевания, которыми болеют и люди, и животные (сибирская язва, бруцеллез и др.).
- **Биоценозы** — инфекции, которые характеризуются тем, что для их возникновения необходим промежуточный хозяин (так, например, возникает заболевание малярией). Поэтому биоценозы могут развиваться лишь в тех местах, в которых они находят промежуточного хозяина.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Очевидно, что для возникновения инфекционного заболевания необходим определенный возбудитель, поэтому по **этиологическому признаку** все инфекции можно разделить на:

- вирусные;
- риккетсиозы;
- бактериальные;
- грибковые;
- протозойные;
- паразитарные.

По характеру заражения инфекции могут быть:

- эндогенными, если возбудители постоянно живут в организме и становятся патогенными в результате нарушений симбионтных отношений с хозяином;
- экзогенными, если их возбудители попадают в организм из окружающей среды.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

- фекально-оральный (через рот), который характерен для кишечных инфекций;
- воздушно-капельный, приводящий к развитию инфекций дыхательных путей;
- через кровососущих членистоногих передаются «кровяные инфекции»;
- инфекции наружных покровов, клетчатки и мышц тела, при которых возбудитель болезни попадает в организм в результате травм;
- инфекции, возникающие при смешанных механизмах передачи.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

- *Каждая инфекционная болезнь имеет:*
- своего специфического возбудителя;
- входные ворота, через которые возбудитель попадает в организм. Они характерны для каждого определенного вида возбудителей;
- первичный аффект — участок ткани в области входных ворот, в котором возбудитель начинает повреждать ткань, что вызывает воспаление;
- лимфангит — воспаление лимфатических сосудов, по которым возбудители, их токсины, остатки распавшейся ткани отводятся от первичного аффекта в регионарный лимфатический узел;
- лимфаденит — воспаление лимфатического узла, регионарного по отношению к первичному аффекту.

Инфекционный комплекс -ЭТО

триада повреждений, которую составляет *первичный аффект*, *лимфангит* и *лимфаденит*.

- Из инфекционного комплекса инфекция может распространяться:
 - лимфогенно;
 - гематогенно;
- по тканевым и органным каналам (интраканаликулярно);
- периневрально;
- по контакту.
- Генерализации инфекции способствует любой путь, но особенно первые два.
- **Заразность инфекционных болезней** определяется наличием возбудителя и путей передачи инфекции.

Каждая инфекционная болезнь проявляется:

- специфическими местными изменениями, характерными для конкретной болезни, например язвы в толстой кишке при дизентерии, своеобразное воспаление в стенках артериол и капилляров при сыпном тифе;
- общими изменениями, характерными для большинства инфекционных заболеваний и не зависящими от определенного возбудителя — кожными высыпаниями, гиперплазией клеток лимфатических узлов и селезенки, дистрофией паренхиматозных органов и др.

Реактивность и иммунитет при инфекционных болезнях.

- Развитие инфекционных болезней, их патогенез и морфогенез, осложнения и исходы зависят не столько от возбудителя, сколько от реактивности макроорганизма. В ответ на проникновение любой инфекции в органах иммунной системы образуются антитела, направленные против антигенов возбудителей. Циркулирующие в крови антимикробные антитела образуют комплекс с антигенами возбудителей и компонентом, в результате чего возбудители уничтожаются, а в организме возникает *послеинфекционный гуморальный иммунитет*. Вместе с тем проникновение возбудителя вызывает сенсibilизацию организма, которая при повторном появлении инфекта проявляется аллергией. Возникают *реакции гиперчувствительности немедленного или замедленного типа*, отражающие различное проявление реактивности организма и обуславливающие появление общих изменений при инфекциях.

- **Общие изменения** отражают морфологию аллергии в виде гиперплазии лимфатических узлов и селезенки, увеличения печени, сосудистой реакции в виде васкулитов, фибриноидных некрозов, геморрагии, сыпей и дистрофических изменений паренхиматозных органов. Могут возникать различные осложнения, связанные в значительной степени с морфологическими изменениями в тканях и органах, развивающимися при гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. Однако организм может локализовать инфекцию, что и проявляется образованием первичного инфекционного комплекса, появлением местных изменений, *характерных для конкретного заболевания* и позволяющих отличить его от других инфекционных болезней. Формируется повышенная устойчивость организма к инфекции, отражающая зарождение иммунитета. В дальнейшем на фоне нарастающего иммунитета развиваются репаративные процессы и наступает выздоровление.

Цикличность течения инфекционных болезней.

- Выделяют три периода течения инфекционных болезней: инкубационный, продромальный и период основных проявлений болезни.
- Во время *инкубационного*, или *латентного (скрытого), периода* возбудитель попадает в организм, проходит в нем определенные циклы своего развития, размножается, в результате чего наступает сенсбилизация организма.
- *Продромальный период* связан с нарастающей аллергией и появлением общих реакций организма, проявляющихся в виде недомогания, слабости, головной боли, отсутствия аппетита, усталости после сна. В этот период определить конкретное заболевание еще нельзя.
- *Период основных проявлений болезни* складывается из трех фаз:
 - нарастания симптомов болезни;
 - разгара болезни;
 - исходов заболевания.

ИСХОДЫ

- **Исходами** инфекционных болезней могут быть:
- выздоровление,
- остаточные явления осложнений болезни,
- хроническое течение заболевания,
- бактерионосительство,
- смерть.

Противоэпидемические мероприятия

- комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и административных мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его локализации и ликвидации.
- Противоэпидемические мероприятия проводят на основании результатов эпидемиологического обследования очага.

План противоэпидемических мероприятий

- перечень и объем предполагаемых работ;
- сроки и последовательность осуществления и применения различных средств и методов противоэпидемических мероприятий ;
- порядок деятельности не только врача-эпидемиолога и врачей других специальностей (инфекционистов, лаборантов, гигиенистов), но и фельдшеров, младшего медицинского персонала и представителей других служб (например, ветеринарной) и ведомств.
- Организатором противоэпидемических мероприятий в очаге является эпидемиолог который формулирует эпидемиологический диагноз, собирает эпидемиологический анамнез (сведения, получаемые у больных заразными болезнями с целью выявления источника, путей и факторов передачи возбудителя болезни), а также координирует усилия всех привлекаемых к проведению противоэпидемических мероприятий специалистов, критически оценивает эффективность и качество проводимых противоэпидемических мероприятий , несет ответственность за ликвидацию эпидемического очага

Задача противоэпидемических мероприятий

- эффективное воздействие на факторы (элементы, звенья) эпидемического процесса с целью прекращения циркуляции возбудителя инфекции в очаге. Поэтому противоэпидемические мероприятия направлены на обезвреживание источника возбудителя инфекции, разрыв механизма его передачи и повышение невосприимчивости к возбудителю данной инфекции лиц, подвергшихся риску заражения в очаге. Однако при различных заразных болезнях значимость отдельных мер неодинакова. Так, при кишечных инфекциях эффективны общесанитарные меры по пресечению путей передачи возбудителя инфекции и обезвреживанию его источников, тогда как при ликвидации очага многих инфекций дыхательных путей (например дифтерии, кори) доминирующей является иммунизация всех детей на территории очага.

- Меры, направленные на обезвреживание источника возбудителя инфекции, различны также при [антропонозах](#) и [зоонозах](#).
- Наиболее радикальными и часто применяемыми формами обезвреживания источника возбудителя антропонозной инфекции (инфекционного больного) являются ранняя изоляция и госпитализация больного в стационар.
- Своевременная госпитализация способствует успешному лечению больного, но прежде всего она обеспечивает прекращение распространения возбудителя инфекции среди общающихся с больным лиц и в окружающей среде.
- Больного госпитализируют в инфекционную больницу или в инфекционное отделение соматической больницы, а при отсутствии такой возможности — в специально развернутый стационар или отделение при условии соблюдения противоэпидемического режима. Однако при кори, коклюше, гриппе и др., когда большинство заболевших остается на дому, должны быть созданы условия, максимально предотвращающие общение с ними здоровых людей и тем самым предупреждающие их заражение.

- За лицами, контактировавшими с источником возбудителя инфекции или подвергшимися риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя инфекции в очаге, устанавливается медицинское наблюдение.
- В зависимости от нозоформы заразных болезней проводятся ежедневный опрос о самочувствии, частоте и характере стула, ежедневная двукратная термометрия, осмотр на педикулез, осмотр кожи, слизистых оболочек зева и глаз, пальпация лимфатических узлов, селезенки и печени. Кроме того, осуществляют бактериологические и иммунологические исследования; изучают объекты окружающей среды.

- Медицинское наблюдение проводится в течение всего инкубационного периода болезни и продлевается на соответствующий срок после появления каждого нового случая заболевания в данном очаге.
- При возникновении лихорадки или других симптомов, которые могут быть проявлением соответствующей болезни, больные подлежат немедленной провизорной госпитализации или изоляции на дому до уточнения диагноза.
- Дома должны быть созданы условия, предельно сокращающие общение больного со здоровыми людьми.

- Находящиеся под наблюдением лица иногда подлежат разобщению. Так, детям запрещают посещать детские учреждения при возникновении в семье некоторых инфекций, например к полиомиелита. При полиомиелите разобщение устанавливается на 20 дней с момента госпитализации больного и прекращается после этого срока при отсутствии у общавшихся с ним повышенной температуры, патологических явлений со стороны кишечника и катаральных изменений в зеве и глотке. При кори дети, не болевшие ранее этой инфекцией, не допускаются в детские учреждения в течение 17 дней, вакцинированные против кори — в течение 21 дня с момента госпитализации заболевшего. Запрещено работать на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания и водоснабжения лицам — носителям возбудителей кишечных инфекций.

- В очагах чумы и холеры лица, общавшиеся с источником возбудителя инфекции или подвергшиеся риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя инфекции в очаге, подлежат обсервации, т.е. изоляции в специально приспособленных помещениях, где за ними осуществляется наблюдение в течение срока, равного максимальной длительности инкубационного периода при данной инфекционной болезни.

- При зоонозах меры по обезвреживанию животного — источника возбудителя инфекции в основном сводятся к его уничтожению (хотя иногда таких животных изолируют и лечат).
- Так, трупы павших от сибирской язвы животных сжигают либо утилизируют.
- Когда и источником возбудителя инфекции являются грызуны, проводят дератизацию.

В эпизоотическом очаге зоонозной инфекции

- осуществляется ветеринарное наблюдение за находящимися на его территории животными, при необходимости — их лабораторное обследование. При некоторых зоонозах (например сибирской язве) на территории очага, а также в хозяйствах, на предприятиях и в населенных пунктах, имеющих связь с очагом, решением местного Совета народных депутатов устанавливается ветеринарный карантин.
- На территории, где введен карантин, проводится поголовное обследование животных с термометрией и последующей изоляцией больных и подозрительных на сибирскую язву животных.
- Изолированных животных лечат сибирезязвенным глобулином или антибиотиками, а остальное поголовье вакцинируют против этой инфекции.
- В зоне карантина запрещаются передвижение, перегруппировки, ввод и вывод животных, ввоз и вывоз фуража и т.п.

- Меры по разрыву механизма передачи возбудителя инфекции направлены на обезвреживание факторов передачи. Прежде всего к ним относится дезинфекция объектов в окружении больного. Например, если больного оставляют на дому, то проводят текущую дезинфекцию предметов обихода, обеззараживание его выделений, влажную уборку помещения, кипятят загрязненное белье, постельные принадлежности, посуду. После госпитализации больного осуществляют заключительную дезинфекцию помещения, где он находился, предметов обстановки, посуды, белья, одежды, постельных принадлежностей, игрушек и др.

- Значимость отдельных факторов передачи возбудителей инфекции при различных заразных болезнях неодинакова. Так, при фекально-оральном механизме передачи возбудителя инфекции наиболее эффективны санитарно-гигиенические меры, личная гигиена. Необходимо исключить возможность использования населением загрязненной воды, пищевых продуктов. При инфекциях, в передаче возбудителей которых могут участвовать живые переносчики (мухи или кровососущие членистоногие — насекомые и клещи), разрыву механизма передачи способствует дезинсекция, направленная на резкое сокращение или уничтожение мест выплода переносчиков либо самих переносчиков. Для уничтожения мух в помещениях используют липкую бумагу, отравленные приманки, на окна вешают сетки или марлю. Уборные и мусорные ящики обрабатывают водными эмульсиями или суспензиями инсектицидов. Для уничтожения личинок мух в выгребных ямах и твердых отбросах мусоросборников также применяют инсектициды. Большое значение имеет ликвидация скоплений мусора и нечистот. В очаге сыпного тифа важнейшим элементом противоэпидемических мероприятий является борьба с педикулезом путем полной санитарной обработки (мытьё в бане, камерная обработка одежды и постельных принадлежностей, обработка помещений инсектицидами. При заражении через комаров производят уничтожение их на доступных ограниченных участках, прежде всего в помещениях для жилья и в хозяйственных постройках.

- Иногда для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения в эпидемическом очаге, назначают антибиотики, химиопрепараты, иммуноглобулины, иммунные сыворотки и некоторые другие лекарственные средства.
- Например, детям от 1 года до 14 лет и беременным женщинам, общавшимся с больным вирусным гепатитом А в эпидемическом очаге, не позднее 7—10 дней после этого общения вводят стандартный иммуноглобулин, изготовляемый из сыворотки плацентарной крови.
- В качестве меры экстренной профилактики в очагах сибирской язвы используют в течение 5 дней антибиотики (феноксиметилпенициллин, ампициллин или оксациллина натриевую соль) либо сибиреязвенный глобулин.
- Примерами экстренной вакцино- и серопротекции заболевания лиц, подвергшихся риску заражения бешенством, являются антирабическая вакцинация и введение антирабического иммуноглобулина.
- Для усиления неспецифической защиты организма применяют интерферон, индукторы интерферона и иммуностимуляторы.

- Обязательным элементом противоэпидемических мероприятий являются беседы медицинских работников с целью повышения санитарной грамотности населения.
- Населению разъясняют природу данной инфекционной болезни, ее начальные клинические признаки, возможные пути и факторы распространения возбудителя инфекции, способы предупреждения заражения и заболевания.
- Важным элементом является разъяснение мер индивидуальной профилактики.

- В эпидемическом очаге противоэпидемические мероприятия проводят в течение всего периода выявления заразных больных и прекращают после изоляции последнего больного (с добавлением времени максимального инкубационного периода) и заключительной дезинфекции.

Противоэпидемические мероприятия

- раннее выявление больных и носителей, своевременная и правильная диагностика заболеваний, изоляция и госпитализация больных, дезинфекционные, дезинсекционные, дератизационные и другие мероприятия, как правило, приводят к прекращению распространения возбудителей инфекции, локализации и ликвидации эпидемического очага.

Иммунизация

- свободный, избавленный от чего-либо; синоним: иммунопрофилактика, прививки предохранительные, прививки профилактические) — специфическая профилактика заразных болезней людей и животных. Иммунопрофилактика ряда инфекционных болезней с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителей обусловила резкое снижение уровня заболеваемости ими и обеспечила ликвидацию некоторых распространенных грозных инфекционных болезней, например оспы.
- Различают активную иммунизацию, основанную на введении прививаемым вакцины (вакцинация, вакцинопрофилактика) или анатоксина, и пассивную, при которой вводят иммунную сыворотку или иммуноглобулины, а также пассивно-активную, когда вначале вводят иммунную сыворотку, а затем вакцину или анатоксины.

ИММУНИЗАЦИЯ

- **Иммунизация** вакцинами и анатоксинами в качестве планового профилактического мероприятия более эффективна, чем **иммунизация** сывороточными препаратами (серопротектика), т.к. обеспечивает защиту на более длительный срок.
- **Иммунизация** сыворотками и иммуноглобулинами проводится в первую очередь лицам, которым раньше не вводили вакцину в связи с наличием противопоказаний, а также больным, находящимся в тяжелом состоянии. При этом иммунизация осуществляется в максимально сжатые сроки после общения этих лиц с источником возбудителя инфекции.

Календарь плановых профилактических прививок

Болезнь, против которой проводятся прививки	Сроки проведения вакцинации	Ревакцинация и сроки ее проведения			
		первая	вторая	третья	четвертая
Коклюш, дифтерия и столбняк	В 3-месячном возрасте	Ч/з 1 ¹ / ₂ —2 г после законченной вакцинации	В 9 лет	В 16 лет	
Корь	В 12 месяцев	В 7 лет	Не проводится		
Паротит эпидемический	В 15—18 месяцев		Не проводится		
Полиомиелит	В 3-месячном возрасте	От 1 г до 2 л	От 2 до 3 л	В 7—8 л	В 15—16 лет
Туберкулез*	На 5—7-й	В 7 лет	11—12 лет	В	В

Особенности вакцинации и ревакцинации

- Вакцинацию проводят АКДС-вакциной трехкратно с интервалом в $1\frac{1}{2}$ мес. одновременно с вакцинацией против полиомиелита.
- Первую ревакцинацию осуществляют однократно.
- Вторая и третья ревакцинации направлены только против дифтерии и столбняка; их проводят однократно препаратом, содержащим уменьшенное количество анатоксинов (АДС-М-анатоксин); последующие — каждые 10 лет однократно

продолжение

- Вакцинацию *кори* проводят однократно, одновременно с вакцинацией против эпидемического паротита
- Вакцинацию *эпидемического паротита* проводят однократно, одновременно с вакцинацией против кори

продолжение

- Вакцинацию *полиомиелита* проводят трехкратно с интервалом между прививками в $1\frac{1}{2}$ мес. Ее осуществляют одновременно с прививками против коклюша, дифтерии и столбняка. Первые две ревакцинации проводят двукратно с интервалом в $1\frac{1}{2}$ мес., третью и четвертую — однократно

продолжение

- Вакцинацию и ревакцинацию *туберкулеза* проводят однократно. В городах и районах, где практически ликвидирована заболеваемость детей туберкулезом и не выявляются локальные формы заболевания, ревакцинации проводят в 7 и 14—15 лет. Последующие ревакцинации лиц, не инфицированных туберкулезной палочкой, осуществляют с интервалом в 5—7 лет до 30-летнего возраста

Организационно-методические принципы проведения массовой иммунизации в нашей стране

- В современных условиях основной объем прививочной работы регламентирован Календарем профилактических прививок. В календаре указаны сроки, последовательность, показания и схема применения вакцин; он является основой составления планов иммунопрофилактики.
- Схема прививок включает первичный курс иммунизации (вакцинацию) и повторное введение вакцины в отдаленные сроки после первичной вакцинации (ревакцинацию).
- В календаре выделены две группы прививок, принципы проведения которых существенно различаются.
- В первую группу входят прививки против туберкулеза, полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка, кори и эпидемического паротита.
- Против перечисленных болезней, независимо от эпидемической обстановки, проводится иммунизация всех детей в определенные сроки после рождения с учетом противопоказаний. Это обусловлено особенностями эпидемиологии, клинического течения и исходов указанных инфекционных болезней.

-

продолжение

- Ко второй группе отнесены прививки против брюшного тифа, туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы, лептоспироза, холеры, чумы, Ку-лихорадки, клещевого энцефалита и гриппа.
- Эти прививки проводят только при наличии эпидемических показаний и лишь лицам с высоким риском заражения той или иной инфекционной болезнью.
- Такие прививки планируются по решению министерств здравоохранения РФ.
- Решение о проведении экстренной вакцинации, не предусмотренной ранее составленным планом профилактических прививок, принимается местными органами здравоохранения в случаях резкого осложнения эпидемической обстановки, например при возникновении единичных случаев заболевания чумой, холерой.

Брюшной тиф

- *острое инфекционное заболевание, относящееся к группе антропонозов и вызываемое тифозной сальмонеллой.*

Эпидемиология

- Источником заболевания является больной человек или бациллоноситель, в выделениях которого (кал, моча, пот) содержатся брюшнотифозные бактерии. Заражение происходит при попадании возбудителей с загрязненными, плохо вымытыми продуктами питания в рот, а затем в пищеварительный тракт (фекально-оральный путь заражения).

Патогенез и патологическая анатомия

- **Инкубационный период** продолжается около 2 недель.
- В нижнем отделе тонкой кишки бактерии начинают размножаться, выделяя эндотоксины.
- Затем по лимфатическим сосудам они поступают в групповые и соли-тарные фолликулы кишки и в регионарные лимфатические узлы.
- Дальнейшая инкубация сальмонелл обуславливает стадийное развитие брюшного тифа

1-я стадия — стадия мозговидного набухания солитарных фолликулов

- развивается в ответ на первый контакт с возбудителем -нормергическая реакция. Фолликулы выступают над поверхностью кишки, в них появляются борозды, напоминающие извилины мозга. Это происходит за счет гиперплазии ретикулярных клеток групповых и солитарных фолликулов, которые вытесняют лимфоциты и фагоцитируют брюшнотифозные палочки. Такие клетки называются брюшнотифозными клетками, они образуют *брюшнотифозные гранулемы*. Эта стадия продолжается 1 нед. В это время бактерии из лимфатических путей попадают в кровь. Возникает бактериемия. Контакт бактерий с сосудами обуславливает их воспаление и появление на 7—11-й день болезни сыпи — *брюшнотифозной экзантемы*. С кровью бактерии проникают во все ткани, контактируют с органами иммунной системы, а также вновь попадают в солитарные фолликулы. Это вызывает их сенсibiliзацию, нарастание аллергии и начало становления иммунитета. В этот период, т. е. на 2-й неделе заболевания, в крови появляются антитела к брюшнотифозной сальмонелле и ее можно высеять из крови, пота, кала, мочи; больной становится особенно заразен. В желчных путях бактерии усиленно размножаются и с желчью вновь поступают в кишку, в третий раз контактируя с солитарными фолликулами, и развивается вторая стадия.



2-я стадия — стадия некроза солитарных фолликулов

- Она развивается на 2-й неделе болезни.
- Это гиперергическая реакция, являющаяся реакцией сенсibilизированного организма на разрешающее воздействие.

3-я стадия — стадия грязных язв

- развивается на 3-й неделе заболевания.
- В этот период некротизированная ткань начинает частично отторгаться.

4-я стадия — стадия чистых язв

- развивается на 4-й неделе и характеризуется полным отторжением некротизированной ткани солитарных фолликулов.
- Язвы имеют ровные края, дном служит мышечный слой стенки кишки.

5-я стадия — стадия заживления

- совпадает с 5-й неделей и характеризуется заживлением язв, причем происходит полное восстановление тканей кишки и солитарных фолликулов.

- Циклические проявления болезни, помимо изменений в тонкой кишке, отмечаются и в других органах. В лимфатических узлах брыжейки, так же как и в солитарных фолликулах, происходит гиперплазия ретикулярных клеток и образование брюшнотифозных гранул. Селезенка резко увеличивается в размерах, нарастает гиперплазия ее красной пульпы, которая на разрезе дает обильный соскоб. В паренхиматозных органах наблюдаются выраженные дистрофические изменения.

Осложнения.

- Среди кишечных осложнений наиболее опасны возникающие во 2, 3 и 4-й стадиях болезни кишечные кровотечения, а также прободение язв и развитие разлитого перитонита. Среди других осложнений наибольшее значение имеют очаговая пневмония нижних долей легких, гнойный перихондрит гортани и развитие пролежней у входа в пищевод, восковидный некроз прямых мышц живота, гнойный остеомиелит.

Лечение брюшного тифа:

- Госпитализации. Диета больных должна носить механически и химически щадящий характер. Обычно больным назначают стол №4 (в инфекционном стационаре его часто обозначают как стол №4abt). Блюда должны быть отварными и протёртыми через сито. Питание показано дробное, малыми порциями; пищу следует запивать большим количеством жидкости.

РЕЖИМ

- Постельный режим больного обусловлен необходимостью избегать напряжения мышц живота, что может спровоцировать перфорацию кишки или кровотечение. Щадящая диета и постельный режим должны продолжаться до конца 4-й недели болезни, т.е. до момента наступления репарации слизистой оболочки кишки. Диету и режим необходимо соблюдать вне зависимости от сроков исчезновения интоксикации.

Этиотропная терапия

- левомицетин по 0,5 г 5 раз в сутки по 2-й день с момента нормализации температуры тела (включительно), затем по 0,5 г 4 раза в сутки по 10-й день апирекции.
- В тяжёлых случаях заболевания назначают левомицетин-сукцинат внутримышечно по 3 г/сут. Учитывая нарастающую устойчивость брюшнотифозной палочки к левомицетину, в лечении больных также применяют ампициллин по 0,5 г внутрь 4 раза в день, азитромицин 500 мг в первые сутки, а в дальнейшем по 250 мг/сут перорально, цефалоспорины III поколения (цефтриаксон по 2 г/сут внутримышечно) и фторхинолоны (ципрофлоксацин внутрь по 500 мг 2 раза в сутки).
- Продолжительность курсов этих препаратов при их клинической эффективности может быть сокращена до 5-7-х суток апирекции.

Инфузионная терапия

- Учитывая наличие интоксикационного синдрома, всем больным необходимо проводить активную дезинтоксикационную терапию внутривенным введением коллоидных и кристаллоидных растворов.

Лечение осложнений

- В случаях кишечного кровотечения больному на 12-24 ч назначают абсолютный покой в положении на спине, голод, ограниченное количество жидкости (не более 500 мл, чайными ложками). Расширение диеты возможно не ранее 2-го дня от начала кровотечения; в рацион включают мясные и рыбные бульоны, соки, кисели, желе, яйца всмятку. В случае прекращения кровотечения диету в течение 3-5 дней постепенно расширяют до стола №4абт.
- С первых часов кровотечения больному необходимо подвесить пузырь со льдом, слегка касающийся передней стенки живота. Из медикаментозных средств для остановки кровотечения применяют раствор аминокaproновой кислоты, кровезаменители, ингибиторы фибринолиза. Для профилактики повторного кровотечения назначают викасол.

При диагностике перфорации кишки больной поступает под наблюдение хирурга.

ВЫПИСКА

- Выписка реконвалесцентов из стационара при полном клиническом выздоровлении возможна после 21-го дня нормальной температуры тела, однако день выписки не может быть ранее окончания 4-й недели болезни.

Исход

- в большинстве случаев благоприятный, больные выздоравливают. Смерть больных наступает, как правило, от осложнений брюшного тифа — кровотечений, перитонита, пневмонии.

Дизентерия или шигеллез

- острое инфекционное заболевание, характеризующееся поражением толстой кишки.
- Она вызывается бактериями — шигеллами, единственным резервуаром которых является человек.

Эпидемиология

- Путь передачи фекально-оральный. Возбудители попадают в организм с пищей или водой и размножаются в эпителии слизистой оболочки толстой кишки. Проникая в клетки эпителия, шигеллы становятся недоступными действию лейкоцитов, антител, антибиотиков. В эпителиальных клетках шигеллы размножаются, при этом клетки гибнут, слущиваются в просвет кишки, и шигеллы инфицируют содержимое кишки. Эндотоксин погибших шигелл оказывает повреждающее действие на кровеносные сосуды и нервные ганглии кишки. Внутриэпителиальное существование шигелл и действие их токсина определяют различный характер воспаления кишки в разные стадии дизентерии

Патогенез и патологическая анатомия

- 1-я стадия болезни — *катаральный колит*, продолжается 2—3 дня, в прямой и сигмовидной кишках развивается катаральное воспаление. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна, инфильтрирована лейкоцитами, имеются кровоизлияния, усиленно продуцируется слизь, мышечный слой стенки кишки спазмирован.

2-я стадия — дифтеритический колит,

- длится 5—10 дней. Воспаление кишки приобретает характер фибринозного, чаще дифтеритического. На слизистой оболочке образуется фибринозная пленка зелено-коричневого цвета. Под микроскопом виден некроз слизистой оболочки и подслизистого слоя, иногда распространяющийся и на мышечный слой стенки кишки. Некротизированная ткань пропитана фибринозным экссудатом, по краям некроза слизистая оболочка инфильтрирована лейкоцитами, имеются кровоизлияния. Тяжелым дистрофическим и некробиотическим изменениям подвергаются нервные сплетения стенки кишки

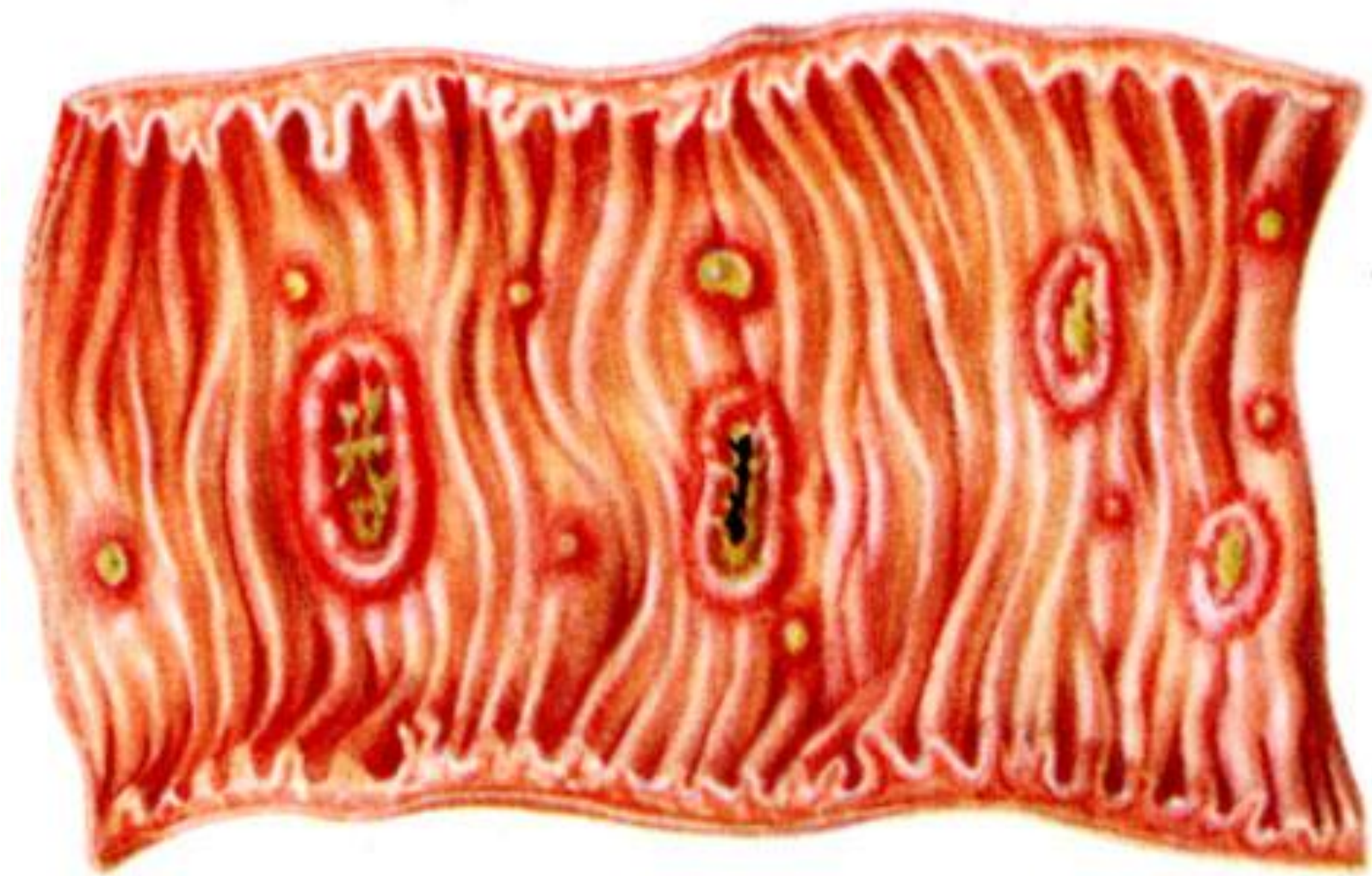
3-я стадия — язвенный колит

- наступает на 10—12-и день болезни, когда фибринозно-некротическая ткань отторгается. Язвы имеют неправильную форму и различную глубину.

4-я стадия — стадия заживления

язв

- развивается на 3—4-й неделе заболевания. На их месте образуется грануляционная ткань, на которую из краев язв наползает регенерирующий эпителий. Если язвы были неглубокими и небольшими, возможна полная регенерация стенки кишки. В случае глубоких обширных язв полной регенерации не наступает, в стенке кишки образуются рубцы, суживающие ее просвет.



Общие изменения

- при дизентерии проявляются гиперплазией лимфатических узлов и селезенки, жировой дистрофией паренхиматозных органов, некрозом эпителия канальцев почек. В связи с участием толстой кишки в минеральном обмене при дизентерии нередко развиваются его нарушения, что проявляется появлением известковых метастазов.

Хроническая дизентерия

- развивается в результате очень вялого течения дизентерийного язвенного колита. Язвы заживают плохо, появляются полипозные разрастания слизистой оболочки вблизи язв. Не все инфекционисты рассматривают указанные изменения как хроническую дизентерию, считают их постдизентерийным колитом.

Осложнения

- при дизентерии связаны с кишечным кровотечением и прободением язв. Если при этом перфоративное отверстие небольшое (микроперфорация), возникает парапроктит, который может дать начало перитониту. При попадании в язвы кишки гнойной флоры развивается флегмона кишки, а иногда гангрена. Встречаются и другие осложнения дизентерии.

Лечение дизентерии (шигеллеза):

- При выявлении дизентерии следует придерживаться строгой диеты. Заболевшие ни в коем случае не должны есть из одной посуды со здоровыми лицами, им следует выделить индивидуальную посуду. В первую очередь, необходимо усилить водный режим, особенно хорошо сказывается потребление соков, отвара шиповника, чистой воды. После исчезновения симптомов дизентерии и нормализации стула пациентам назначают диету № 4В. При помощи этой диеты следует добиться максимального исключения из рациона продуктов, усиливающих и способствующих газообразованию в кишечнике - фруктов, овощей, хлебо-булочных изделий, цельного молока, копченых продуктов, жирной еды. Следует избегать употребления мяса в течение болезни и 2-х недель после исчезновения симптомов заболевания. Также не рекомендуется употреблять алкоголь, сахар и кофе. После купирования симптомов дизентерии разрешено есть свежие фрукты, творог, отварной рис. В течение 2-3 месяцев пациент постепенно переходит на привычный режим питания.

Этиотропная терапия

- Основными патогенетическими препаратами для лечения дизентерии являются антибиотики. Курс антибиотикотерапии при дизентерии составляет от 5 до 7 суток.
- В последнее время в лечении дизентерии часто используются препараты группы фторхинолонов (гatifлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин и др).
- Для лечения дизентерии фторхинолоны назначают внутрь (перорально) по 200мг в сутки в течение 7 дней. Препараты фторхинолонов следует применять до еды.
- У детей при дизентерии целесообразно назначение антибиотиков группы пенициллинов или фуразолидон.
- При дизентерии Флекснера и Зонне возможно назначение поливалентного бактериофага.

продолжение

- При нерезко выраженных симптомах обезвоживания необходимо пить сладких чай или 5% раствор глюкозы.
- При дегидратации более глубокой степени назначается инфузионная терапия.
- Энтеросорбенты (например, энтеродез) применяют с целью элиминации токсинов из организма.
- Ферментные препараты назначают в качестве заместительной терапии, наиболее популярны фестал, дигестал, панкреатин.
- На восстановительном этапе после перенесенного заболевания следует назначение эубиотиков.
- Коррекция дисбактериоза кишечника позволяет устранить условия для сохранения дизентерийной палочки, что препятствует дальнейшему распространению заболевания.

•

Исход

- благоприятный, однако иногда от осложнений заболевания может наступить смерть.

Холера

- острейшее инфекционное заболевание из группы антропонозов, характеризующееся преимущественным поражением тонкой кишки и желудка.
- Холера относится к разряду *карантинных инфекций*. Это чрезвычайно контагиозная болезнь, и заболеваемость ею имеет характер эпидемий и пандемий. Возбудителями холеры являются вибрион азиатской холеры и вибрион Эль-Тор.

Эпидемиология

- Резервуаром для возбудителя служит вода, а источником заражения — больной человек. Заражение происходит при употреблении воды, содержащей вибрионы. Последние находят оптимальные условия в тонкой кишке, где размножаются и выделяют *экзотоксин (холероген)*.

Патогенез и патологическая анатомия

- **1-й период болезни** — *холерный энтерит* развивается под действием экзотоксина. Энтерит носит серозный или серозно-геморрагический характер. Слизистая оболочка кишки гиперемирована, с небольшими, но иногда многочисленными кровоизлияниями. Экзотоксин обуславливает секрецию клетками кишечного эпителия большого количества изотонической жидкости, и при этом она не всасывается обратно из просвета кишки. Клинически у больного неожиданно начинается и не прекращается *понос*. Содержимое кишечника водянистое, без цвета и запаха, содержит огромное количество вибрионов, имеет вид «рисового отвара», так как в нем плавают мелкие комочки слизи и слущенные эпителиальные клетки.

2-й период болезни — *холерный гастроэнтерит*

- развивается к концу первых суток и характеризуется прогрессированием энтерита и присоединением серозно-геморрагического гастрита. У больного развивается *неукротимая рвота*. С поносом и рвотой больные теряют до 30 л жидкости в сутки, обезвоживаются, наступают сгущение крови и падение сердечной деятельности, понижается температура тела.

3-й период — *алгидный*

- который характеризуется *эксикозом* (высыханием) больных и понижением температуры их тела. В тонкой кишке сохраняются признаки серозно-геморрагического энтерита, но появляются очаги некроза слизистой оболочки, инфильтрация стенки кишки нейтрофильными лейкоцитами, лимфоцитами, плазматическими клетками. Петли кишки растянуты жидкостью, тяжелые. Серозная оболочка кишечника сухая, с точечными кровоизлияниями, между петлями кишечника имеется прозрачная, тянущаяся слизь. В алгидном периоде обычно наступает смерть больных.

Труп умершего от холеры

- имеет специфические особенности, определяемые эксикозом. Трупное окоченение наступает быстро, выражено очень сильно и держится несколько дней. Из-за сильного и стойкого сокращения мышц возникает характерная «поза гладиатора». Кожа сухая, морщинистая, на ладонях сморщена («руки прачки»). Все ткани трупа сухие, в венах — густая темная кровь. Селезенка уменьшена в размерах, в миокарде и печени явления паренхиматозной дистрофии, иногда мелкие очаги некроза. В почках — некроз эпителия канальцев главных отделов нефронов. чем объясняется иногда развивающаяся у больных холерой острая почечная недостаточность.

Специфические осложнения холеры

- проявляются холерным тифоидом, когда в ответ на повторное попадание вибрионов в толстой кишке развивается дифтеритическое воспаление.
- В почках при этом может возникнуть подострый экстракапиллярный гломерулонефрит или некроз эпителия канальцев. Этим объясняется развитие *уремии* при холерном тифоиде. Постхолерная уремия может быть обусловлена и появлением очагов некроза в корковом веществе почек.



Лечение холеры:

- Основными принципами терапии больных холерой являются:
 - а) восстановление объема циркулирующей крови;
 - б) восстановление электролитного состава тканей;
 - в) воздействие на возбудителя.

Регидратационная терапия

- Лечение надо начинать в первые часы от начала болезни. При тяжелой гиповолемии необходимо немедленно проводить регидратацию путем внутрисосудистого введения изотонических полиионных растворов. Терапия больных холерой включает первичную регидратацию (пополнение воды и солей, потерянных до начала лечения) и корригирующую компенсаторную регидратацию (коррекция продолжающихся потерь воды и электролитов). Регидратация рассматривается как реанимационное мероприятие. Больных тяжелой формой холеры, нуждающихся в неотложной помощи, направляют в регидратационное отделение или палату сразу, минуя приемное отделение. В течение первых 5 мин у больного необходимо определить частоту пульса и дыхания, АД, массу тела, взять кровь для определения относительной плотности плазмы крови, гематокрита, содержания электролитов, степени ацидоза, а затем начать струйное введение солевого раствора. Для лечения используют различные полиионные растворы. Наиболее апробированным является раствор «Трисоль» (раствор 5, 4, 1 или раствор №1).

- Полионные растворы вводят внутривенно, предварительно подогретые до 38~40°C, со скоростью при II степени обезвоживания 40-48 мл/мин, при тяжелых и очень тяжелых формах (обезвоживание III-IV степени) начинают введение растворов со скоростью 80-120 мл/мин. Объем регидратации определяется исходными потерями жидкости, вычисляемыми по степени обезвоживания и массе тела, клинической симптоматикой и динамикой основных клинических показателей, характеризующих гемодинамику. В течение 1 - 1,5 ч проводят первичную регидратацию. После введения 2 л раствора дальнейшее введение проводят медленнее, постепенно уменьшая скорость до 10 мл/мин.

- Чтобы вводить жидкость с необходимой скоростью, иногда приходится пользоваться одновременно двумя и более системами для одноразового переливания жидкости и вводить растворы в вены рук и ног. При наличии соответствующих условий и навыков больному ставят катетер или проводят катетеризацию других вен. При невозможности венепункции делают венесекцию. Введение растворов является решающим в терапии тяжелобольных. Сердечные средства в этот период не показаны, а введение прессорных аминов (адреналин, мезатон и др.) противопоказано. Как правило, через 15-25 мин после начала введения растворов у больного начинают определяться пульс и АД, а через 30-45 мин исчезает [одышка](#), уменьшается цианоз, теплеют губы, появляется голос. Через 4-6 ч состояние больного значительно улучшается. Он начинает самостоятельно пить. К этому времени объем введенной жидкости составляет обычно 6-10 л. При длительном введении раствора «Трисоль» могут развиваться метаболический [алкалоз](#) и [гиперкалиемия](#). При необходимости продолжать инфузионную терапию она должна проводиться растворами «Квартасоль», «Хлосоль» или «Ацесоль». Больным назначают калия оро-тат или панангин по 1-2 таблетке 3 раза в день, 10% растворы натрия ацетата или цитрата по 1 столовой ложке 3 раза в день.

- Чтобы поддержать достигнутое состояние, проводят коррекцию продолжающихся потерь воды и электролитов. Вводить нужно такое количество растворов, сколько больной теряет с испражнениями, рвотными массами, мочой, кроме того, учитывают, что за сутки взрослый человек теряет с дыханием и через кожу 1-1,5 л жидкости. Для этого организуют сбор и измерение всех выделений. В течение 1-х суток приходится вводить до 10-15 л раствора и более, а за 3-5 дней лечения - до 20-60 л. Чтобы контролировать ход лечения, систематически определяют и заносят на карту интенсивной терапии относительную плотность плазмы; показатель гематокрита, выраженность ацидоза и др.

- При появлении пирогенных реакций (озноб, повышение температуры тела) введение раствора не прекращают. К раствору добавляют 1% раствор димедрола (1-2 мл) или пипольфена. При резко выраженных реакциях назначают преднизолон (30-60 мг/сут).
- Нельзя проводить терапию изотоническим раствором натрия хлорида, так как он не возмещает дефицита калия и натрия гидрокарбоната, может привести к гиперосмотичности плазмы с вторичным обезвоживанием клеток.
- Ошибочным является введение больших количеств 5% раствора глюкозы, что не только не устраняет дефицит электролитов, а, напротив, уменьшает их концентрацию в плазме.
- Не показано также переливание крови и кровезаменителей. Использование коллоидных растворов для регидратационной терапии недопустимо.

- Больные холерой, у которых нет рвоты, должны получать в виде питья «Глюкосоль» («Регидрон») следующего состава: натрия хлорида -3,5 г, натрия бикарбоната-2,5 г, калия хлорида-1,5 г, глюкозы-20 г на 1 л питьевой воды. Глюкоза улучшает абсорбцию электролитов в тонком кишечнике. Целесообразно заранее заготавливать навески солей и глюкозы; их надо растворять в воде при температуре 40-42°C непосредственно перед дачей больным.

- Водно-солевую терапию прекращают после появления испражнений калового характера при отсутствии рвоты и преобладания количества мочи над количеством испражнений в последние 6-12 ч. Антибиотики, являясь дополнительным средством, сокращают продолжительность клинических проявлений холеры и ускоряют очищение от вибрионов.
- Назначают тетрациклин по 0,3-0,5 г через 6 ч в течение 3-5 дней или доксициклин 300 мг однократно. При отсутствии их или при их непереносимости можно проводить лечение триметопримом с сульф-метаксазолом (котримоксазолом) по 160 и 800 мг дважды в день в течение 3 дней или фуразолидоном по 0,1 г через 6 ч в течение 3-5 дней. Детям назначают триметоприм-сульфаметаксазол по 5 и 25 мг/кг массы тела 2 раза в день в течение 3 дней.
- Перспективны при лечении холеры фторхинолоны, в частности офлоксацин (таривид), широко применяемый в настоящее время при кишечных инфекциях, возбудители которых устойчивы к традиционно применяемым антибиотикам. Его назначают по 200 мг внутрь дважды в день в течение 3-5 дней. Вибрионосителям проводят пятидневный курс антибиотикотерапии.

- Специальной диеты для больных холерой не требуется. Переболевшим холерой в тяжелой форме в периоде реконвалесценции показаны продукты, содержащие соли калия (курага, томаты, картофель).
- Больных, перенесших холеру, а также вибрионосителей выписывают из стационара после клинического выздоровления и трех отрицательных бактериологических исследований испражнений. Исследуют испражнения через 24-36 ч после окончания антибиотикотерапии в течение 3 дней подряд.
- Желчь (порции В и С) исследуют однократно.
- У работников пищевой промышленности, водоснабжения, детских и лечебно-профилактических учреждений испражнения исследуют пятикратно (на протяжении пяти дней) и желчь однократно.

Лечение ботулизма

- Возможно раннее введение специфических противоботулинических сывороток. Так как тип возбудителя в начале болезни остается неизвестным, то вводят смесь моновалентных сывороток А, В и Е. Сыворотки типа А вводят в дозе 10 000 - 15 000 МЕ, типа В - 5000 - 7500 МЕ и типа Е - 15 000 МЕ. Сыворотку предварительно нагревают до 37° С и вводят внутривенно. При невозможности внутривенного введения сыворотку вводят внутримышечно. При тяжелых формах ботулизма сыворотку в тех же дозах вводят еще 1 - 2 раза с интервалом 6 - 8 ч. Повторное введение можно проводить внутримышечно. Вначале ставят внутрикожную пробу с разведенной 1:100 сывороткой (это разведение прилагается к каждой коробке с сывороткой). При отсутствии аллергической реакции вводят под кожу 0,1 мл неразведенной сыворотки, а при отсутствии реакции на эту дозу через 30 мин всю лечебную дозу вводят внутривенно или внутримышечно. При положительной реакции проводят десенсибилизацию путем подкожного введения разведенной сыворотки в дозах 0,5; 2 и 5 мл с интервалами 20 мин. Затем вводят 0,1 мл неразведенной сыворотки и через 30 мин всю дозу сыворотки.

продолжение

- Больным независимо от сроков поступления в стационар промывают желудок 2 - 5% раствором гидрокарбоната натрия, делают высокие сифонные клизмы с 5% раствором гидрокарбоната натрия.
- Можно делать массивное кровопускание с одновременным переливанием крови (до 1 л).
- Для дезинтоксикации внутривенно капельно вводят какой-либо низкомолекулярный полимер кровезаменителей типа поливинилпирролидона и поливинилового спирта по 300 - 500 мл на одно введение.
- Эти препараты способны адсорбировать и выводить с мочой различные токсические вещества. Общее количество вводимой жидкости за сутки до 3 л с одновременной медикаментозной стимуляцией диуреза.
-

продолжение

- При расстройствах сердечно-сосудистой деятельности применяют 10% раствор кофеина по 1 мл, камфору, кордиамин, эфедрин. Лобелин и другие средства возбуждения дыхания при ботулизме неэффективны. При нарастании асфиксии вследствие паралитического закрытия верхних дыхательных путей производят трахеостомию, которая предупреждает дальнейшее развитие асфиксии, позволяет отсасывать секрет из дыхательных путей.

продолжение

- При расстройствах дыхания вследствие паралича дыхательных мышц спасти больного можно только с помощью искусственной вентиляции легких, которую иногда приходится проводить до 2 - 4 нед.
- Показаниями для перевода на искусственную вентиляцию легких являются: апноэ, тахипноэ более 40 в 1 мин, нарастание бульбарных расстройств, снижение жизненной емкости легких до величины дыхательного объема.
- В связи с расстройством глотания нормальное питание- больных ботулизмом затруднено, поэтому используют зондовое питание или парентерально вводят достаточное количество жидкости и питательных веществ.
- Показаны также витамины.
- Для подавления возбудителя ботулизма назначают левомицетина сукцинат натрия, который вводят внутримышечно по 1 г 3 раза в сутки в течение 8 - 10 дней. При осложнении пневмонией и септических заболеваниях применяют другие антибиотики в зависимости от вида микроорганизма.

Прогноз

- Прогноз серьезный.
- Даже при современных методах терапии летальность составляет 15 - 30%.
- Срок пребывания в стационаре 1 - 2 мес.

Профилактика и мероприятия в очаге

- Санитарный надзор за заготовкой, транспортировкой, хранением овощных, рыбных и мясных полуфабрикатов, за соблюдением режима консервирования продуктов.
- Проверка консервов перед употреблением, изъятие «бомбажных» банок.
- Разъяснение населению правил домашнего консервирования продуктов. Прогревание до 100° С (в течение 30 мин) закатанных в домашних условиях в банки грибов и овощных консервов перед употреблением (для разрушения ботулотоксина).
- Лицам, имеющим контакт с ботулотоксином (работники лабораторий), проводят прививки полианатоксином троекратно с интервалом 45 сут между 1-й и 2-й прививкой и через 3 мес делают 3-ю прививку.

В очаге всем лицам, употреблявшим вместе с заболевшим инфицированный продукт, профилактически вводят противоботулинические сыворотки (внутримышечно) А, В и Е по 1000 - 2000 МЕ каждого типа. За этими лицами устанавливают медицинское наблюдение в течение 10 - 12 дней. Берут материал (остатки пищи, подозрительные продукты) для бактериологического исследования. Подозрительные продукты изымают из употребления.

Исход

- Смерть больных наступает в алгидном периоде от обезвоживания, холерной комы, интоксикации, уремии. При своевременном лечении большинство больных, особенно холерой, вызванной вибрионом Эль-Тор, выживают.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- острые кишечные инфекционные болезни, возникающие в результате употребления в пищу продуктов, в которых размножились микроорганизмы и накопились их токсины; характеризуются внезапным началом, интоксикацией, гастроэнтеритом.
- Часто отмечается групповой характер заболевания.

Лечение.

- Госпитализация больных осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Обязательной госпитализации подлежат больные с выраженной интоксикацией и обезвоживанием, дети до 2 лет, пожилые люди, лица с сопутствующими заболеваниями, а также работники пищевых предприятий, аптек, детских дошкольных учреждений, проживающие в общежитиях и др.

- В первые часы заболевания наиболее эффективным и неотложным мероприятием является промывание желудка через зонд; при продолжающихся тошноте и рвоте эту процедуру проводят и в более поздние сроки. Желудок промывают 2% раствором гидрокарбоната натрия или водой. Процедуру продолжают до отхождения чистой воды. Дальнейшее лечение зависит от степени обезвоживания организма. Рекомендуется пероральный прием 2 — 3 л жидкости следующего состава: хлорида натрия — 3,5 г, хлорида калия — 1,5 г, гидрокарбоната натрия — 2,5 г, глюкозы — 20 г на 1 л питьевой воды. Раствор следует давать пить больному небольшими порциями в течение 2 — 3 ч. В тех случаях, когда нет возможности для приготовления такого раствора, больным можно давать пить минеральную воду, горячий чай или морс.

- При неэффективности такой терапии, а также больным, находящимся в тяжелом состоянии, с выраженными признаками обезвоживания показано внутривенное введение солевых растворов (квартасоль, трисоль и др.).
- Антибактериальные препараты показаны лишь при тяжелом течении клостридиального гастроэнтерита.
- Важное значение имеет лечебное питание. Из рациона необходимо исключить блюда, оказывающие раздражающее действие на желудочно-кишечный тракт и усиливающие бродильные процессы. Показаны слизистые супы, неконцентрированные бульоны, блюда из молотого или протертого мяса, отварная нежирная рыба, паровые котлеты, омлет, картофельное пюре, творог, кисели, сливочное масло, подсушенный хлеб, сухое печенье, чай.

- После стихания острых явлений для компенсации пищеварительной недостаточности применяют ферменты и ферментные препараты (панкреатин, [фестал](#), панзинорм, трифермент и др.) в течение 7 — 14 дней.
- Для нормализации микрофлоры кишечника назначают бактериальные препараты (бифидумбактерин, бификол) или диетические продукты, содержащие бифидобактерии (кефир био, бифидок).

- При лечении пищевой токсикоинфекции у грудных детей особенно важное значение имеет диета. Необходима водно-солевая пауза в течение 6—14 ч. В этот период дети получают чай, отвары шиповника или изюма.
- После паузы лучше всего кормить ребенка сцеженным материнским молоком или кислыми смесями по 10 — 50 мл через 2 ч с последующим увеличением дозы. При эксикозе и токсикозе проводят инфузионную терапию (5% раствор глюкозы, солевые растворы, гемодез, реополиглюкин и др.).
- При необходимости назначают литические смеси, противосудорожные и жаропонижающие средства, глюкокортикоиды. Детям до 1 года показаны антибактериальные препараты.

Прогноз

- обычно благоприятный, смертельные исходы возможны при развитии инфекционно-токсического шока.

ПРОФИЛАКТИКА

- Профилактика сводится к строгому соблюдению санитарных норм и правил при заготовке, транспортировке и хранении пищевых продуктов, санитарных и технологических правил приготовления и использования готовой пищи, а также правил личной гигиены персоналом пищевых предприятий. Важное значение имеет гигиеническое воспитание населения.

профилактика

- Скоропортящиеся продукты следует хранить на холоде. Мясо, рыбу, сырые овощи и полуфабрикаты нужно разделывать на разных досках и разными ножами. Хранить и перевозить готовую пищу следует в чистой посуде, предварительно ошпаренной кипятком. Раздача пищи осуществляется непосредственно после термической обработки. Если пищу реализуют не сразу после ее приготовления, то хранить ее необходимо на холоде, а непосредственно перед раздачей подвергнуть термической обработке.