

## \* Сальмонеллез

*Сальмонеллез - острая зооантропонозная кишечная инфекция, вызываемая различными серотипами бактерий рода *Salmonella*, передающаяся преимущественно алиментарным путем, характеризующаяся поражением органов пищеварения с развитием синдрома интоксикации и водно-электролитных нарушений, реже - тифоподобным или септикопиемическим течением.*

Из истории : Впервые в 1885г. возбудителя сальмонеллеза (*B. suispestifer*) выделили Д. Сальмон и Дж. Смит. В 1888 г. Гертнер (*G. Gaertner*) выделил из органов умершего от «пищевого отравления» человека и из мяса, употреблявшегося заболевшими людьми в пищу, микроб, близкий по своим свойствам к *B. suispestifer* и названный в последствии его именем - палочка Гертнера (*S. enteritidis Gaertneri*). В 1934г. все микроорганизмы, сходные по морфологическим и биохимическим свойствам с бактериями Сальмона и Гертнера, были объединены в группу паратифозных микробов и получили название-сальмонеллы.

5. На Украине выявление сальмонеллеза начато с 1950г. среди больных ПТИ во время пищевых вспышек.

## История сальмонелл человека, связанных с рептилиями

1944 – впервые *Salmonella spp.* выделены от змей.

1946 – впервые *Salmonella spp.* выделены от черепах и ящериц.

1963 – впервые описан сальмонеллёз, связанный с черепахой.

1972 – нормативы FDA впервые требуют, чтобы сертификацию черепах для продажи как “Свободных от сальмонелл”.

1974 – исследования показывают, что 300000 случаев заражения людей сальмонеллёзом от черепах в год имеет место в США.

1975 – FDA запрещает продажу живых черепаших яиц или живых черепах с длиной панциря <10,2 см.

1977 – штат Калифорния запрещает продажу, как описано выше.

# Актуальность проблемы

1. Сальмонеллез является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире, что обусловлено глобальным его распространением.

В последние 20 лет во всем мире и в нашей стране широко распространилась *Salmonella enteritidis*, вызывает пищевые вспышки при низкой дозе микроорганизмов в продукте, а заболевания отличаются, как правило манифестными формами различной тяжести.

2. В последнее время регулярно регистрируются вспышки сальмонеллеза в лечебных учреждениях, особенно в родильных, педиатрических, психиатрических, ожоговых и др. отделениях, обусловленные антибиотикоустойчивыми штаммами сальмонелл. Вспышки часто характеризуются высокой летальностью среди детей до 2-х лет.

3. Активно изучается проблема возникновения зоонозных сальмонеллез, источниками инфекции при которых являются экзотические животные, особенно пресмыкающиеся, в связи с содержанием их в домашних условиях. По данным некоторых авторов эпидемические связи сальмонеллеза с содержанием экзотических животных в домашних условиях составляют 3-5% от общей заболеваемости. Наибольшую опасность содержание рептилий в жилищах представляет для детей до 10 лет и лиц с ослабленным иммунитетом.

Нами проведено клинико-эпидемиологическое изучение семейного очага с 3 заболевшими, источником инфекции для которых послужила - сухопутная азиатская черепаха.

## *Описание случаев:*

1. Больной Д., 5 лет, заболел 30.08.2013г., когда повысилась температура тела до 38 С, появилась вялость, снижение аппетита, заложенность носа. В течение 3-х дней температура тела сохранялась на высоких цифрах (38,5-39 С), нарастала интоксикация. Семейный врач отметила **наличие яркой гиперемии слизистой оболочки ротоглотки**, других патологических локальных симптомов не выявлено. Выставлен диагноз **«острая вирусная инфекция»**. Назначено противовирусное (гропринозин) и симптоматическое лечение (нурофен). К концу 3-х суток появились: вздутие живота, периодическая тошнота, боли в околопупочной области. В моче сито-тестом обнаружены кетоновые тела (++++). 02.09.13.(на 4 день болезни) больной госпитализирован в инфекционный **стационар**. В этот день у ребенка появилась многократная рвота, повысилась температура тела до **39,7 С**, сохранялись боли в животе, вздутие, отхождение зловонного газа. Ребенок в течение **4-х** суток болезни не оправлялся. После клизмы был однократно **оформленный кал темно-зеленого цвета, зловонный**.

На **6-е** сутки появился жидкий кал зеленого цвета со слизью до **4-х** раз в сутки. **В стационаре объективные данные: общее состояние тяжелое, вялость, заторможенность. температура тела 39,6 С, частота пульса-100 ударов в 1 мин., АД-90/50 мм рт.ст., шоковый индекс-1,1. Кожа бледная, сухая, теплая, высыпаний нет. Слизистые оболочки ротоглотки умеренно гиперемированы. Сердце- тоны приглушены, ритм не нарушен, ЧСС 100 уд. в 1 мин. В легких патологические изменения не выявлены. Язык влажный, обложен густым серым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненность в околопупочной и правой подвздошной областях. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см., край острый, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена. Сигма не спазмирована. Диурез снижен, моча мутная. Параклинические исследования : анализ крови-лейкоцитоз-  $10,2 \cdot 10^9$ /л, палочко-ядерный сдвиг до 14%, анэозинофилия. В общем анализе мочи-эритроциты 5-7 в п/з, лейкоциты-10 в п/ з., следы белка. Копроцитограмма-наличие слизи, лейкоциты  $\frac{1}{2}$  в поле зрения. Бактериологическое исследование кала-отрицательный результат (забор материала был на фоне антибиотикотерапии). РНГА с групповым сальмонеллезным диагностикумом позитивная в титре 1: 400 (12 день болезни).**

## Уточненный эпидемиологический анамнез:

За **5** дней до

заболевания родители купили черепаху в зоомагазине, сертификата о состоянии здоровья животного не было. Все члены семьи (мать, отец, ребенок) были в контакте с черепахой и предметами обихода-общая раковина, где купали черепаху; унитаз, куда сбрасывались ее выделения. Ребенок часто брал животное на руки и даже целовал. Хозяйка заметила, что у черепахи часто выделяется жидкий помет темно-зеленого цвета, напоминающий испражнения заболевшего ребенка (фото). **11.09. проведены бактериологические исследования выделений от черепахи, в результате- выделена Salmonella enterica редких групп, чувствительная к современным антибактериальным препаратам.** На основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных с учетом бактериологического обследования больного и черепахи пациенту Д. был выставлен клинический диагноз : **«Сальмонеллез, обусловленный Salmonella вид enterica редких групп, гастроэнтероколитический вариант, тяжелое течение, ИТШ 1 степени».** Родители тоже заболели: на **6-й день**(хозяйка) и на **8-й день** (хозяин) после приобретения черепахи, заболевание проявлялось с интоксикацией и гастроэнтеритом средней степени тяжести.

Т.О. нами установлены клинико-эпидемиологические особенности зоонозного сальмонеллеза в семейном очаге: у всех больных симптомы ОКИ развивались постепенно и в разные сроки. Длительность инкубационного периода составила 5-8 дней с момента начала контакта с черепахой. В клиническом течении у всех больных преобладали симптомы общей интоксикации. У ребенка начальный период заболевания был похож на ОРВИ, что привело к ошибке в диагностике, неправильному лечению и тяжелому течению болезни. Гастроэнтероколитический синдром, часто характерный для пищевого сальмонеллеза, у ребенка проявился только на 6-й день болезни, что можно использовать для исключения алиментарного пути заражения и подтверждения контактно-бытового инфицирования.





# 60 лет ЛГМУ

## Один миг истории

.....В январе 1987г. первая встреча с профессором Фроловым В.М. Он меня, как специалиста по эпидемиологии, «нашел» и пригласил для совместного сотрудничества по вопросам углубленного изучения эпидситуации в области, внедрения новых методов диагностики, лечения инфекционных болезней и, самое главное, –разработки программ профилактики актуальных инфекционных заболеваний.

В этот период область потрясали эпидемии ОКИ, сложилась чрезвычайно неблагоприятная ситуация по сальмонеллезу тифимуриум.

Нами установлено, что заболеваемость была вызвана антибиотико-резистентными штаммами *S. typhimurium* с адаптацией этого возбудителя к организму цыплят-бройлеров в условиях промышленного производства, у которых выявлялось сальмонеллоносительство. Лабораторными и др. методами нами доказано, что мясо бройлерной птицы и другие птицепродукты являлись основными факторами передачи сальмонеллеза тифимуриум среди людей( вспышки в 6 городах). Через 2 года, в 1989г., я выступила на ВДНХ СССР на Всесоюзном научно- производственном семинаре « Сальмонеллез: стратегия и тактика борьбы с заболеваемостью на современном этапе» с докладом «Эпидемиологические и социально-гигиенические проблемы сальмонеллеза в условиях крупного промышленного региона Донбасса».



[pastvu.com/3456](https://pastvu.com/3456) uploaded by MIFAL

**В результате наша доказательная концепция о связи интенсивной заболеваемости сальмонеллеза тифимуриум среди населения области с эпизоотической ситуацией в птицеводстве, характеризующейся латентным бактерионосительством у птицы сальмонелл, ранее не типичным для них сероваром (сальмонелла тифимуриум), была признана ведущими учеными и специалистами страны ( А.М.Зарицкий, П.П.Добровольский, Б. Л.Черкасский и др.). Это миг истории счастья и любви к своей профессии , к своему делу , к учителям, научным руководителям. Итог этого мига истории - в 1991г. я защитила канд. дис. „Клинико-эпидемиологическая характеристика и профилактика сальмонеллезов в крупном промышленном регионе» (руководители – д.мед.н., профессора В.М. Фролов, А.М.Зарицкий).  
Доцент кафедры инф. болезней с эпидемиологией ЛГМУ,  
к. мед.н. Хомутянская Н.И.**

# Этиология

\***Возбудители сальмонеллеза** - большая группа сальмонелл рода *Salmonella* семейства *Enterobacteriaceae*. Классификация Кауфмана-Уайта: по О-антигену (соматический термостабильный АГ) сальмонеллы разделены на группы (А,В,С,Д,Е и т .д.-67 гр.). Внутри каждой группы по Н-антигену (жгутиковый термолабильный) выделяют серовары. На данный момент известно **2324 серовара** сальмонелл. От людей выделено более **700 сероваров**. Большинство сальмонелл патогенны как для человека, так и для животных и птиц, но наиболее значимы для человека являются : ***S. enteritidis*, *S. typhimurium* , *S. infantis*, *S. newport*, *S. arizona* . *S. derby*, *S. london* и др**





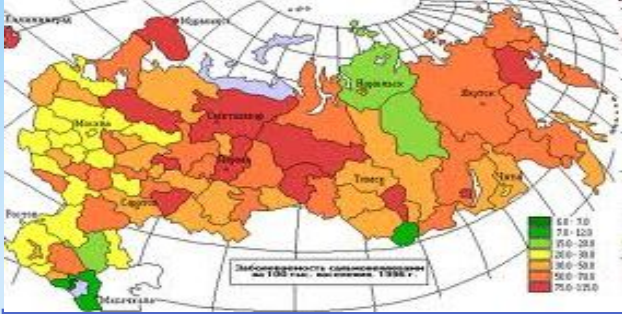
# Характеристика сальмонелл

Сальмонеллы - грамотрицательные палочки длиной 2–4 мкм и шириной 0,5 мкм;

- \* Имеют жгутики, подвижны, хорошо растут на обычных питательных средах при температуре от +6 до +46 °С (оптимум роста +37 °С);
- \* Длительно сохраняются во внешней среде: в воде до 5 мес, в мясе и колбасных изделиях от 2 до 4 мес, в замороженном мясе — около 6 мес (в тушках птиц — более года), в молоке — до 20 дней, кефире — до 2 мес, в сливочном масле — до 4 мес, в сырах — до 1 года, в яичном порошке — от 3 до 9 мес, в пиве — до 2 мес, в почве — до 18 мес. Сальмонеллы гибнут при 100°С, а при 70° в течении 30 минут.

Устойчивость к высоким температурам возрастает, когда возбудитель находится в мясных продуктах (400г мяса при толщине 19см необходимо кипятить на протяжении 2,5 часов, только после этого мясо можно считать безопасным). Соление и копчение практически не оказывает никакого действия на сальмонелл. Устойчивость возбудителя отмечается и к низким температурам, вплоть до - 80°С; устойчивость к УФИ. В некоторых продуктах (молоко, мясные продукты, торты) сальмонеллы способны не только сохраняться, но и размножаться, не изменяя внешнего вида и вкуса продуктов. Факторы патогенности сальмонелл : 1. эндотоксин (липополисахарид) 2.энтеротоксин(экзотоксин). 3.

# Эпидемиология



- \* **Сальмонеллез** встречается во всех регионах мира. В настоящее время – это один из наиболее распространенных зоонозов в развитых странах. Заболеваемость сальмонеллезами повсеместно имеет тенденцию к росту, особенно это касается крупных городов с централизованной системой продовольственного снабжения. **Источниками инфекции** являются в основном домашние животные и птица. При обследовании крупного рогатого скота и мяса этих животных сальмонеллы обнаруживаются у 1—5%, при обследовании свиней – у 3—20%, овец — у 2—5%, кур, уток, гусей более 50%. **Носительство сальмонелл** наблюдается у кошек и собак (до 10%), среди грызунов (до 40%). **Источником инфекции могут быть и люди** — больные и бактерионосители. **Наибольшую опасность** человек как источник инфекции представляет для детей первых лет жизни, которые высокочувствительны ко всем кишечным инфекциям.

\*

## \* Эпидемиология

\* Основной путь заражения при сальмонеллезе — алиментарный, обусловленный употреблением в пищу продуктов (мясной фарш, изделия из него, студень, мясные салаты, вареные колбасы ит. д.), в которых содержится большое количество сальмонелл. Это наблюдается при неправильной кулинарной обработке мясных продуктов.

**В последние годы** отмечается значительный рост заболеваемости сальмонеллезом, связанной с распространением *S. enteritidis* через мясо птицы и яйца. Во многих странах этот путь заражения сейчас является ведущим.





## \* Патогенез

\* Сальмонеллы, попадая через рот и минуя «желудочный» барьер, попадают в тонкий кишечник. В кишечнике происходит: 1). **адгезия** возбудителя на поверхности энтероцитов с последующей-2). **колонизацией**. В результате размножения сальмонеллы 3). продуцируют **энтеротоксин**, под действием которого происходит 4) **активация** аденилатциклазы и развитие секреторной диареи. 5) Затем происходит **инвазия** возбудителя в подслизистый слой кишечника. 6). **Активация лимфомакрофагального и нейтрофильного звеньев иммунитета (завершенный/незавершенный фагоцитоз)** на уровне lamina propria и солитарных фолликулов приводит к гибели возбудителя с 7) **освобождением эндотоксина.**

\* **Токсин активирует выработку иммунокомпетентными клетками провоспалительных цитокинов(ИЛ ), развивается местная воспалительная реакция, экссудативная диарея.**

\* **Поступление эндотоксина в сосудистое русло обуславливает развитие интоксикационного синдрома (системный иммунный ответ на токсины возбудителя и продукты распада тканей).**

**Возможна колонизация возбудителем нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта с развитием клиники колита и усилением интоксикации.**

**При незавершенном фагоцитозе происходит занос возбудителя в регионарные (мезентериальные) лимфатические узлы.**

**Несостоятельность иммунного ответа на уровне регионарных лимфатических узлов обуславливает гематогенную и лимфогенную диссеминацию возбудителя с развитием генерализованных форм.**

\*

\*

\*

# Патогенез

Слизистая оболочка тонкой кишки  
энтеротоксин -секреторная фаза -

Интенсивное разрушение бактерий

Высвобождением эндотоксина

Индукция лихорадки

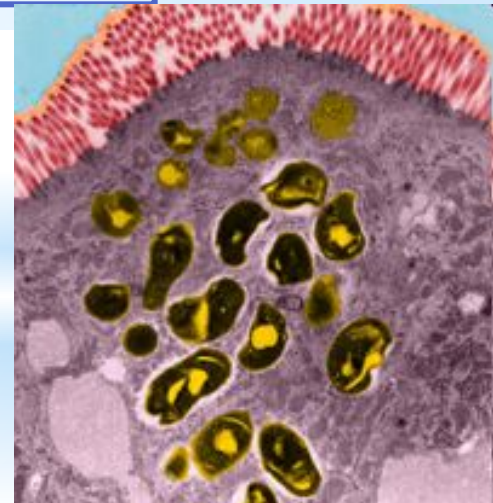
Нарушение  
микроциркуляции во  
внутренних органах

ИТШ, ДВС

## \* Патогенез

\* Обычно (95-99% случаев) сальмонеллы не распространяются дальше подслизистого слоя кишечника, обуславливая развитие **гастроинтестинальной формы заболевания**. В некоторых случаях возможно проникновение возбудителей в кровь, при этом наблюдают генерализованную форму сальмонеллёза с тифоподобным или септическим течением. **Генерализации инфекции способствует недостаточность клеточных и гуморальных иммунных реакций.**

При микроскопическом исследовании стенки кишки обнаруживают изменения в сосудах в виде кровоизлияний в слизистый и подслизистый слою кишечной стенки. В подслизистом слое помимо микроциркуляторных нарушений развиваются лейкоцитарная реакция и отёк.



## \* Патоморфология.

- \* При гастроинтестинальной форме наблюдается гиперемия, отек, точечные кровоизлияния в слизистой оболочке тонкой и частично толстой кишки, гиперплазия единичных лимфатических фолликулов.

При тяжелых формах болезни воспалительные изменения охватывают подслизистый слой и сопровождаются значительными сосудистыми расстройствами, клеточной инфильтрацией, образованием эрозий и язв, наличием пленчатых и отрубевидных наложений.

При генерализованных форм сальмонеллеза наблюдаются явления дистрофии и очаги некроза в паренхиматозных органах. В печени, селезенке, почках, надпочечниках, лимфатических узлах выявляются множественные метастатические абсцессы. В тканях и оболочках головного мозга отмечаются: полнокровие сосудов, кровоизлияния, стазы. Возможны гнойный менингит, эндокардит, очаговая пневмония, остеомиелит, холангит, пиелонефрит.

# Классификация сальмонеллеза

- \* В соответствии с (МКБ-10 )  
A02 Другие сальмонеллезные инфекции
- \* A02.0 Сальмонеллезный энтерит
- \* A02.1 Сальмонеллезная септицемия
- \* A02.2 Локализованная сальмонеллезная инфекция
- \* A02.8 Другая уточненная сальмонеллезная инфекция
- \* A02.9 Сальмонеллезная инфекция неуточненная

## Клиническая 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

# \* Клинические симптомы

- \* **Гастритический вариант:** острое начало, тошнота, повторная рвота и боли в эпигастральной области. Синдром интоксикации выражен слабо, а диарея вообще отсутствует. Течение болезни кратковременное, благоприятное. Диагноз чаще выставляется «Пищевая токсикоинфекция» и только при выделении из рвотных масс, промывных вод, кала сальмонелл -сальмонеллез.
- \* **Гастроэнтеритический вариант (90% сл.)** - острое начало, проявляющееся : **повышением температуры тела, ознобом, головной болью, ломотой в теле.** Затем появляются боли в животе (чаще спастического характера), локализующиеся в эпигастральной и пупочной областях, тошнота, многократная рвота. Быстро присоединяется диарея. **Выделение мочи уменьшается.** Испражнения носят вначале каловый характер, но быстро становятся водянистыми, пенистыми, зловонными, иногда с **зеленоватым оттенком.** Физикальные данные: бледность кожных покровов, в более тяжёлых случаях развивается **цианоз.** Язык сухой, обложен налётом. **Живот вздут, при его пальпации - разлитая болезненность и урчание кишечника.** Тоны сердца приглушены, тахикардия, гипотония, пульс мягкого наполнения.. В более тяжёлых случаях - развитие клонических судорог, чаще в мышцах нижних конечностей (признаки гипокалиемии).

*\*Гастроэнтероколитический вариант  
(5%).*

Начало

заболевания напоминает гастроэнтеритический вариант, но уже на **2-3-й** день болезни уменьшается объём испражнений. В них появляются слизь, иногда кровь. При пальпации живота отмечают спазм и болезненность толстой кишки. Акт дефекации может сопровождаться тенезмами, напоминает дизентерию.





## Степени дегидратации:

\* I степень: дегидратация составляет 1-3% массы тела (легкое течение)

\* II степень: дегидратация 4-6% массы тела (средней степени тяжесть)

\* III степень: дегидратация 7-9% массы тела (тяжелая), ГШ (компенсированный)

IV степень: дегидратация: 10% и более (ГШ декомпенсированный).

II степень : испражнения водянистые , обильные, частота 10-20 раз в сутки, присоединяется многократная рвота. Отмечается сухость кожи, языка, слизистых оболочек, цианоз губ и акрацианоз, сиплый или хриплый голос. Тургор кожи снижается, кожная складка расправляется медленно. Нарастает мышечная слабость, появляются кратковременные клонические судороги икроножных мышц, ступней, кистей, передней брюшной стенки. Пульс учащается,



**\*Тифоподобный вариант.**

**Может**

начинаться с проявлений гастроэнтерита. В дальнейшем на фоне стихания или исчезновения тошноты, рвоты и диареи сохраняется повышенная температурная реакция, приобретающей постоянный или волнообразный характер. Больные жалуются на головную боль, бессонницу, резкую слабость. При осмотре отмечают бледность кожных покровов, в некоторых случаях на коже живота и нижней части груди появляются отдельные розеолезные элементы. К 3-5-м суткам болезни развивается гепатолиенальный синдром. АД снижено, выражена относительная брадикардия.

**\*Септический вариант.** В начальном периоде -

проявления гастроэнтерита, в дальнейшем сменяемые длительной ремитирующей лихорадкой с ознобами и выраженным потоотделением при её снижении, тахикардией, миалгиями. Как правило развивается гепатоспленомегалия. Течение болезни длительное, торпидное, отличается склонностью к формированию вторичных гнойных очагов (септикопиемия).

**Осложнения:**

Инфекционно-токсический шок, Отёк и набухание головного мозга

Острая почечная недостаточность, Острая сердечно-сосудистая

# \* Лабораторная диагностика

- \* 1. Бактериологическое исследование.  
Выделение возбудителя посевами рвотных и каловых масс, промывных вод желудка и кишечника, а при генерализованной форме крови, мочи.  
При септикопиемическом варианте заболевания возможны посевы гноя или экссудата из воспалительных очагов.
- \* 2. Серологическая диагностика : РНГА с комплексными и групповыми сальмонеллезными эритроцитарными диагностикумами при постановке реакции в парных сыворотках с интервалом 5-7 дней. Минимальный диагностический титр антител в РНГА -1:200.
- \* Для установления степени дегидратации и оценки тяжести состояния больного, а также для коррекции проводимой регидратационной терапии определяют гематокрит, вязкость крови, показатели кислотно-щелочного состояния и электролитного состава.



# \* Диф. диагностика

- \* Сальмонеллёзы следует отличать от многих заболеваний, сопровождающихся развитием диарейного синдрома:
- \* шигеллёзов,
- \* эшерихиозов,
- \* холеры,
- \* вирусных диарейных инфекций.
- \* отравлений грибами,
- \* солями тяжёлых металлов,
- \* фосфор-органическими соединениями и др.
- \* В некоторых случаях возникает необходимость в срочной дифференциальной диагностике сальмонеллёза от
- \* инфаркта миокарда,
- \* острого аппендицита,
- \* приступа желчнокаменной болезни,
- \* тромбоза мезентериальных сосудов. Парентеральная регидратация проводится полиионными кристаллоидными

## **Принципы лечение больных сальмонеллезом: --**

охранительный режим ;

- лечебное питание;

- регидратация , дезинтоксикация и восстановления гомеостаза;

- воздействие на возбудителя;

- ликвидация структурно-функциональных изменений желудочно-кишечного тракта.

### **Методы медикаментозного лечения:**

- патогенетическая терапия;

- этиотропная терапия; - симптоматическая терапия;

- методы интенсивной терапии и реанимации

(катетеризация мочевого пузыря для контроля баланса жидкости, желудочно-кишечный зонд для энтерального питания, ИВЛ при необходимости, оксигенотерапия.

**\* Программа лечения:** 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. Регидратационная терапия: А.

Пероральная регидратация стандартными орально-регидратационными растворами (ОРР) и глюкозо-солевыми растворами - «Регидрон», «ORS», хлосоль, глюкосолан, цитроглюкосолан. Проводится при легком течении заболевания и обезвоживании I - II степени. Б. При обезвоживании II-III ст.- внутривенное введение солевых электролитных растворов (трисоль, лактасоль, ацесоль, Рингера — Локка) и изотонических растворов глюкозы (соотношение 1:1).

Условно выделяют два этапа: первичная регидратация - восстановление потерь воды на протяжении 1-2 часа. Второй этап - коррекция продолжающихся потерь воды и электролитов может длиться до 3 суток (следует контролировать каждые 2-4 ч). Объем вводимой жидкости 30-70мл/кг, скорость 0,5-1.5 л/ч, температура 37-40 градусов. После нормализации АД переходят на энтеральное введение ОРР. Взрослым со среднетяжёлым течением обычно достаточно 2—4 литров, с тяжёлым течением — 5—8 л. При лечении больных осложнённым ИТШ, необходимо добиваться нормализации гемодинамики, восстановления микроциркуляции и гемостаза.

## 5. Этиотропная терапия:

Абсолютным показанием для назначения антибактериальной терапия являются генерализованные и осложненные формы сальмонеллеза (ИТШ), при наличии выраженного колитического синдрома и особенно его затяжном течении, а также у лиц с ослабленным иммунитетом и тяжелой сопутствующей соматической патологией. По клиническому протоколу РФ генерализованные формы : Фторхинолоны:

- 1) Ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день; или норфлоксацин 0,4 г 2 р/с; или офлоксацин 0,2 г 2р/с;
- 2) Цефалоспорины III поколения (Цефтриаксон по 1-2 г/сутки в/м или в/в) 7-14 дней.
- 3) Ко-тримоксазол по **0,96 г 2** раза в /с- **5-7** дней.



## 6. 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.

7. Антидиарейные препараты: глюконат кальция по 1-3 г 2-3 раза в день.

## 8. 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 до 1 месяца.

## 9. Ферментотерапия:

Панкреатин по 1 порошку 3 раза в день 2-3 месяца; мезим форте по 1 таблетке 3 раза в день 1 месяц.

## 10. Спазмолитики:

Но-шпа по 0,04 г 3 раза в день, папаверин по 0,04 г 3 раза в день.

## 11. Жаропонижающие, неспецифические

противовоспалительный препараты индометацин 50мг 3 р/д 3 дня или нимесулид по 100 мг 2 раза в день.

12. Терапия возможных осложнений –по показаниям.

## **Правила выписки.**

### **Критерии выписки:**

- клиническое выздоровление, нормализация температуры тела, стула, исчезновение признаков интоксикации и обезвоживания, болей в животе, спазма и болезненности кишечника,**
- при получении отрицательного бактериологического исследования на патогенные бактерии кишечной группы, которое производится не ранее 2 дней после окончания этиотропной терапии,**
- нормализация клинического и биохимического анализов крови.**

**Работники пищевых предприятий и лица, приравненные к ним, перенесшие сальмонеллез, без бактериологического подтверждения, выписываются из стационара при соблюдении перечисленных условий и после однократного отрицательного бактериологического исследования испражнений**

**Пищевые токсикоинфекции и интоксикации являются следствием массивного обсеменения пищевого продукта живыми бактериями и/или вырабатываемыми ими токсинами  
Единственный фактор передачи – пищевой  
Инкубационный период, как правило, короткий  
Могут быть вызваны представителями пяти семейств бактерий:**

**Enterobacteriaceae (роды – Proteus, Serratia, Hafnia, Enterobacter, Citrobacter др.)**

**Vibrionaceae (V.parahaemoliticus)**

**Pseudomonadaceae Streptococcaceae  
(протеолитические варианты стрептококков серогруппы D)**

**Bacillaceae (роды Bacillus – B.cereus;  
Clostridium – C.perfringens)**



- \* Эпиданамнез (связь с приемом пищевых продуктов)
- \* Нередко короткая инкубация (от 30 минут)
- \* Массовый характер заболевания
- \* Бурное кратковременное доброкачественное течение
- \* Преобладание симптомов гастрита, гастроэнтерита  
Посев кала, промывных вод желудка, рвотных масс на шигеллы, сальмонеллы, другие энтеробактерии
- \* Копрограмма

## \* Постановка диагноза бактериальных пищевых отравлений

- \* Исключены шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз
- \* При выделении возбудителя учитывается количественная характеристика выделенного возбудителя и ставится диагноз, например, «**Стафилококковое пищевое отравление**»
- \* При отсутствии выделения возбудителя - бактериальное пищевое отравление неуточненное

## Библиография.

- \* 1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Под редакцией: Н.Д Ющука, Ю.Я. Венгерова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010-1056с.
- \* 2. Гордеев В.И. Практикум по регидратационной инфузионной терапии в педиатрической инфекционно-соматической реанимации. - "ЭЛБИ-СПб", 2011:112 с.
- \* 3. Иванов А.С. Антибиотикорезистентность и антибактериальная терапия сальмонеллезов // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2009; Т.11, № 4:307-326.
- \* 4. Клиническая лабораторная диагностика: нац. рук. В 2 т. / гл. ред. В. В. Долгов, В. В. Меньшиков; АСМОК. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012:928 с.
- \* 5. Лобзин Ю.В., Захаренко С.М. Этиотропная терапия кишечных инфекций. // Ин-фекционные болезни. - 2009; Т. 7, №3:62-67.

6. Пак С.Г. Инфекционные болезни. - "Медицинское информационное агентство (МИА)". 2008:368 с.
7. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни. 2-е изд., перераб. и доп. - "ГЭОТАР-Медиа". 2013:704 с.
8. Ющук Н.Д. Острые кишечные инфекции. 2-е изд., перераб. и доп., "ГЭОТАР-МЕД". 2012:400 с.
9. Сальмонелла (небрюшнотифозная) - Информационный бюллетень ВОЗ N°139, август 2013 г.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs139/r>  
u/ (дата обращения – 20.11.2014 г.)

***СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!***



с.

М.

«  
З,