

Брюшной тиф

Выполнила: студентка
41 группы 1 бригады
Зайкина Анастасия

Брюшной тиф - острое инфекционное заболевание, характеризуется лихорадкой, интоксикацией, бактериемией, увеличением печени и селезенки, поражением лимфатического аппарата кишечника (преимущественно тонкой кишки).

Историческая справка

- Под названием «тиф» в глубокой древности объединялись различные болезни, сопровождающиеся лихорадкой и помрачением сознания. Впервые из этой группы брюшного тифа под названием медленно протекающей «нервной лихорадки» выделил Хаксхем в 1739 г. В 1820 г. Бретонно, описывая брюшной тиф как самостоятельное заболевание, обратил внимание на связь длительной лихорадки и помрачения сознания с изменениями в лимфе и в аппарате кишечника.

Историческая справка

- В 1829 г. Люи описал клиническую картину брюшного тифа и анатомические изменения в кишечнике. В последующем учение о брюшном тифе получило развитие в трудах С. П. Боткина, Мерчисона, Куршмана, Лебермейстера и других исследователей.

Историческая справка

- Открытие Эбортом в 1880 г. и выделение Гаффки в 1884 г. возбудителя в чистой культуре завершило выделение брюшного тифа в отдельную нозологическую единицу и открыло возможность для всестороннего изучения заболевания. Брюшной тиф был широко распространен в глубокой древности. По мнению Г. Ф. Вогралика, «морская язва» была эпидемией дизентерии, брюшного тифа и натуральной оспы. Особенно крупные эпидемии брюшного тифа возникали во время войн, голода и других социальных бедствий.

Историческая справка

- С появлением массовых армий брюшного тифа во второй половине 19 в. получил большое распространение и в войсках. Заметные успехи в борьбе с ним в войсках были достигнуты во время первой империалистической войны и особенно во время второй мировой войны.



Статистика распространения

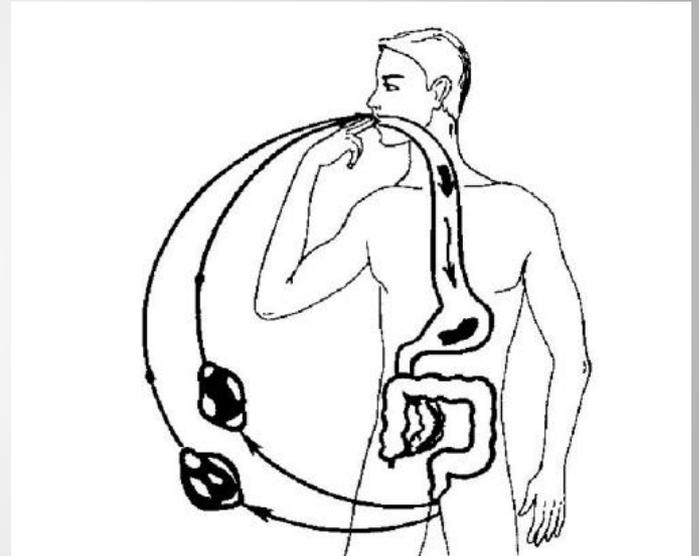
- Брюшной тиф встречается в странах с различными природными и климатическими условиями. Заболеваемость им в результате более совершенной системы профилактических и противоэпидемических мероприятий, возросшего уровня санитарно-коммунального благоустройства и других факторов по сравнению с началом 20 в. во всех странах значительно снизилась.
- Смертность от брюшного тифа и общей тенденции к снижению различна в разных странах мира. Более высокой она остается в странах, бывших ранее колониальными, на более низком уровне удерживается в развитых в промышленном отношении государствах.

Этиология

- Возбудитель - *Salmonella typhi*, относится к сальмонеллам группы D - грамотрицательная подвижная палочка, спор и капсул не образует. Бактерии могут существовать в фильтрующихся и L-формах, имеют сложную антигенную структуру (соматический O-антиген и Vi-антиген, жгутиковый H-антиген). Возбудители устойчивы во внешней среде - в воде и почве могут сохраняться от нескольких дней до нескольких месяцев. Бактерии хорошо переносят низкие температуры, а при нагревании быстро погибают (при 100 °C - мгновенно). Дезинфицирующие средства в обычных концентрациях убивают возбудителя в течение нескольких минут.

Эпидемиология

- Брюшной тиф - кишечный антропоноз. Источником инфекции является только зараженный человек - больной или бактерионоситель. Как источник инфекции больной наиболее опасен с 7-го дня заболевания, когда с испражнениями, мочой и слюной начинает выделять возбудителей. Бактериовыделение обычно продолжается не более 3 месяцев (острое), но иногда и всю жизнь (хроническое). Основное значение в распространении инфекции имеют хронические бактериовыделители.



Эпидемиология

- Механизм заражения - фекально-оральный, пути передачи инфекции - водный, пищевой, контактно-бытовой.
- Водные вспышки и эпидемии возникают при загрязнении источников водоснабжения сточными водами, эпидемические вспышки, связанные с употреблением пищевых продуктов, в которых возбудители способны длительно сохраняться и размножаться (молоко, холодные мясные закуски). Контактно-бытовой путь заражения наблюдается редко, преимущественно у детей.

Эпидемиология



Эпидемиология

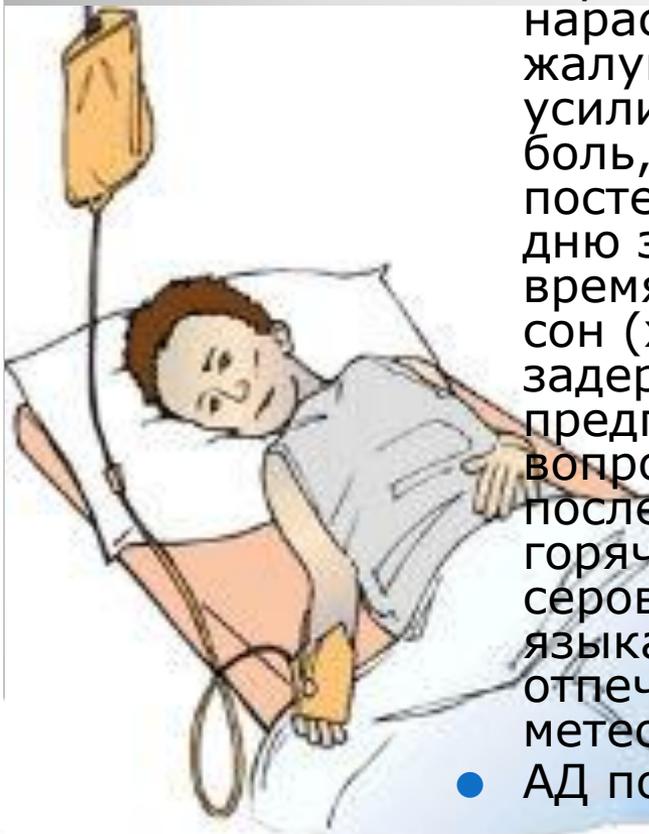
- Восприимчивость людей к брюшному тифу различна. Заболевание встречается повсеместно, но в большей степени распространено в странах и регионах с жарким климатом и низким уровнем жизни. Сезонное повышение заболеваемости наблюдается в летне-осеннее время. После перенесенной инфекции сохраняется стойкий иммунитет. Однако описаны случаи повторного заболевания.

Патогенез

- Возбудитель попадает в организм через рот. Из просвета тонкой кишки через лимфоидные образования ее слизистой оболочки бактерии проникают в регионарные лимфатические узлы, где интенсивно размножаются и вызывают воспалительный процесс, что соответствует инкубационному периоду.
- Значительное накопление бактерий в лимфоидной ткани приводит к их прорыву в кровь. Развитие бактериемии совпадает с началом лихорадочного периода заболевания. При разрушении бактерий выделяется эндотоксин, который определяет развитие выраженного синдрома интоксикации, поражение ЦНС, вегетативной нервной системы. Часть бактерий поглощается макрофагами и рассеивается в различные органы и ткани, что соответствует фазе диссеминации.

Клиническая картина

- Продолжительность **инкубационного периода** колеблется от 7 до 25 дней, чаще составляет 9-14 дней. Типичное течение заболевания имеет отчетливую цикличность.
- **Начальный период** заболевания характеризуется постепенным развитием и нарастанием синдрома интоксикации. Больные жалуются на повышенную утомляемость, усиливающуюся общую слабость и головную боль, снижение аппетита. Температура тела постепенно и неуклонно повышается, к 5-7-му дню заболевания достигает 39-40 °С. В это время усиливается головная боль, нарушается сон (характерна бессонница). Стул обычно задержан. Больные заторможены, адинамичны, предпочитают лежать с закрытыми глазами, на вопросы отвечают односложно, медленно, после паузы. Лицо бледное, кожа сухая, горячая. Язык обычно суховат, обложен сероватым налетом, утолщен. Кончик и края языка розовые, свободны от налета, с отпечатками зубов. Живот умеренно вздут из-за метеоризма.
- АД понижается.



Клиническая картина

- При перкуссии отмечается укорочение звука в правой подвздошной области, что связано с увеличением воспаленных лимфатических узлов брыжейки (мезаденитом). При пальпации здесь обнаруживается грубое урчание слепой кишки и болезненность. К концу первой недели определяется увеличение печени и селезенки.
- К 7-8-му дню болезни наступает **период разгара** заболевания, во время которого все симптомы достигают максимального развития. Он продолжается обычно 1-2 недели. Температура тела, повысившись до 39-40 °С, может иметь постоянный характер или быть волнообразной. Упорными и мучительными становятся головная боль и бессонница.



Клиническая картина

- Значительное усиление интоксикации приводит к развитию инфекционно-токсической энцефалопатии - тифозному статусу. Отмечается резкая заторможенность, адинамия, апатия, безучастность, нарушение сознания от оглушенности до сопора или комы. Возможно развитие инфекционного делирия.



Клиническая картина

- В этот период на коже появляется характерная сыпь. Чаще локализуется на коже живота и нижней части груди. Это мелкие розовые пятнышки (розеолы) диаметром 3-3,5 мм, имеющие правильную округлую форму. При надавливании на кожу или при ее растяжении розеолы исчезают, после чего появляются вновь. Каждый элемент существует 1-5 дней. Розеолы образуются в результате воспалительной реакции мелких кровеносных сосудов кожи на внедрение брюшнотифозных бактерий. Могут образовываться новые розеолы (феномен «подсыпания»), что связано с продолжающейся бактериемией.



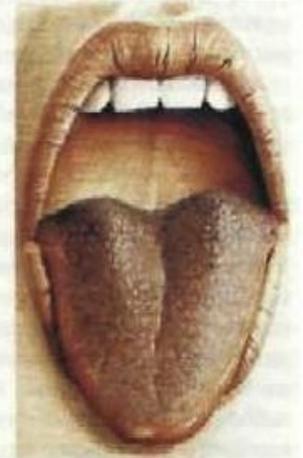
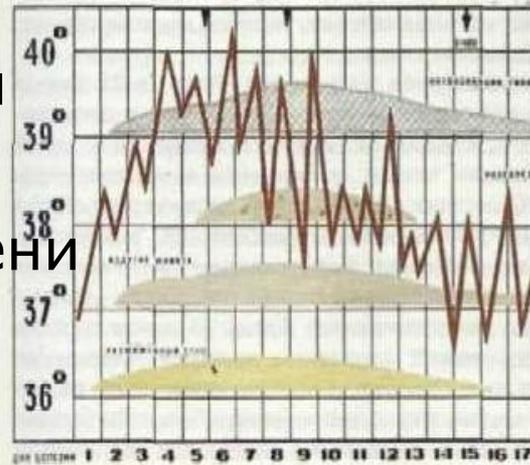
Клиническая картина

- . В разгар болезни частота пульса обычно отстает от уровня температуры . АД еще больше снижается. Тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. В некоторых случаях возникают симптомы очаговой пневмонии, обусловленной либо возбудителем брюшного тифа, либо вторичной инфекцией.
- Губы больных сухие, покрыты корочками. Язык утолщен, в тяжелых случаях сухой, покрыт грязно-бурым налетом, с трещинами. Живот значительно вздут, стул чаще задержан, но может быть жидкий стул в виде «горохового супа». Сохраняется положительный симптом Падалки, увеличение печени и селезенки.

Клиническая картина

- В **период угасания** клинических проявлений заболевания температура тела постепенно (литически) снижается, исчезают явления интоксикации, появляется аппетит, очищается язык, нормализуются размеры печени и селезенки.

- Период выздоровления начинается после нормализации температуры тела и продолжается 2-3 недели. Восстанавливаются нарушенные функции организма и происходит освобождение его от возбудителей инфекции.



Клиническая картина

- При брюшном тифе возможно **развитие рецидивов** болезни. Клинически они сходны с первой волной заболевания и отличаются лишь более быстрым подъемом температуры, меньшей длительностью лихорадки и более легким течением.
- 3-5 % перенесших брюшной тиф пациентов становятся хроническими брюшнотифозными бактериовыделителями. Бактериовыделение продолжается многие годы, иногда - всю жизнь.

Осложнения

Специфические:

- Кишечное кровотечение
- Перфорация кишечника
- Инфекционно-токсический шок

Неспецифические:

Пневмония, тромбофлебиты, менингиты, пиелиты, паротиты, стоматиты, пролежни и др

Осложнения

Специфические:

- *Кишечное кровотечение* - обусловлено эрозией сосуда в дне брюшнотифозной язвы. На фоне интоксикации кровотечение приводит к кратковременному резкому снижению температуры тела, появлению тахикардии. Больной бледнеет, появляется холодный пот, падает АД, при массивном кровотечении может возникнуть коллапс. В испражнениях обнаруживают примесь крови, при массивном кровотечении стул становится дегтеобразным (мелена). Небольшое кровотечение при своевременном лечении заканчивается благополучно.



Осложнения

- *Перфорация кишечника* - наиболее часто проявляется болями в животе, напряжением мышц брюшной стенки и учащением дыхания. Тяжелая интоксикация маскирует симптомы перфорации. Свободный газ из кишечника проникает в брюшную полость. Требуется экстренное хирургическое вмешательство.

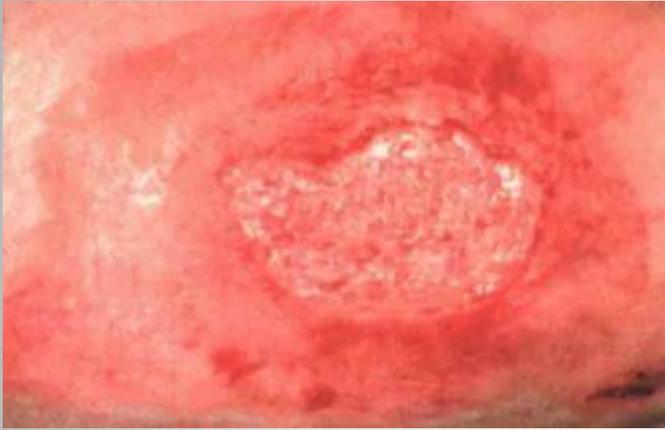
Осложнения

- *Инфекционно-токсический шок* - связан с массивным поступлением в кровь брюшнотифозных бактерий и их токсинов. При ИТШ состояние больного быстро ухудшается, температура тела резко снижается, кожа становится еще бледнее, появляются акроцианоз, одышка. Пульс частый, нитевидный, падает АД, снижается диурез вплоть до анурии.

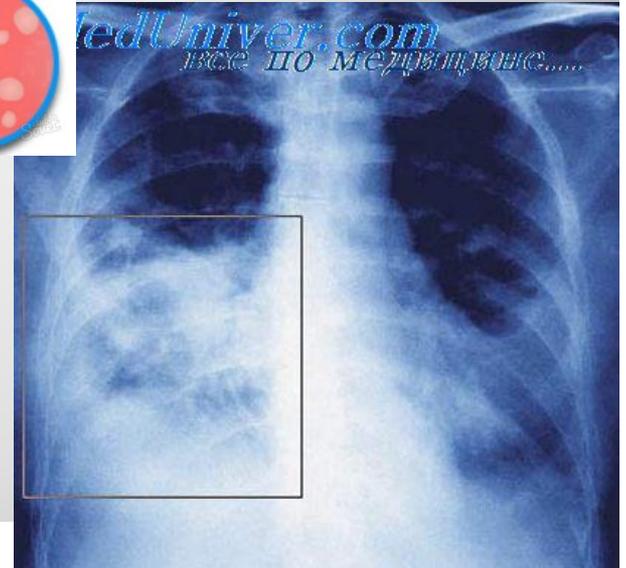
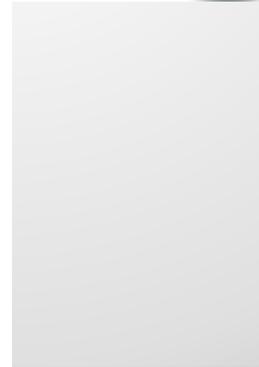
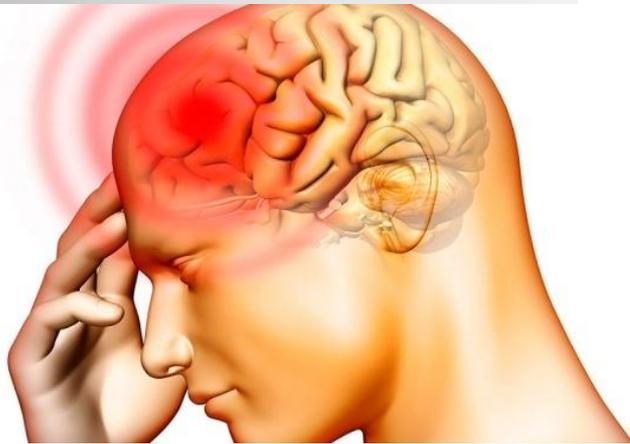


Осложнения

- **Неспецифические:**



medUniver.com
ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



Госпитализация

- Больных брюшным тифом обязательно госпитализируют в инфекционный стационар. Транспортировку осуществляют на носилках.



Особенности ухода

- Основа лечения - правильный уход за больным: покой, удобная постель, хорошие гигиенические условия.
- Строгий постельный режим весь период лихорадки и еще 7-8 дней с момента нормализации температуры тела. После этого им разрешается садиться в кровати, а еще через 4-5 дней - ходить по палате. Расширение режима проводится очень осторожно, постепенно, под тщательным контролем общего состояния больного и малейших жалоб на дискомфорт со стороны органов брюшной полости. Больного необходимо предупредить, чтобы он не делал резких движений, не поднимал тяжести, не натуживался во время дефекации.

Особенности ухода

- Необходимо следить за гигиеной полости рта. Сухие губы и язык после очистки следует смазывать глицерином пополам с каким-либо соком, например, лимонным, что предупреждает развитие болезненных трещин и предохраняет от присоединения вторичной инфекции.
- Для предупреждения пролежней следует периодически менять положение в постели. Используют резиновый круг. Кожу систематически протирают водой с уксусом или камфорным спиртом.
- Необходимо следить за регулярностью стула и при запорах применять очистительные клизмы с теплым физиологическим раствором или водой, но только строго по назначению врача.

Особенности ухода

- Очень важно уделять внимание питанию больных. Диета должна быть полноценной, калорийной, содержать витамины. Пищу следует давать не менее 4 раз в сутки, тяжелым больным - 6-7 раз в сутки, малыми порциями. В период лихорадки больному дают пищу в протертом виде, приготовленную на пару. Особо щадящая диета требуется после 10-12-го дня от начала заболевания, так как в это время могут развиваться такие осложнения, как прободение кишечника и кишечное кровотечение. Должны быть исключены механические и химические раздражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, а также продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике. Большое значение имеет обильное употребление жидкости - до 1,5-2,5 л в сутки (вода, чай, морсы, фруктовые соки).
- При вздутии кишечника ограничивают употребление углеводов, при поносах - белков.

Особенности ухода



Принципы лечения

Этиотропная терапия:

Антибиотики в течении лихорадочного периода и в течении 10 дней после нормализации температуры тела - фторхинолоны (ципрофлоксацин) и цефалоспорины 3-го поколения (Цефтриаксон).
При рецидивах повторно.

Дезинтоксикационная терапия:
внутривенно коллоидные и кристаллоидные растворы.



Принципы лечения

- При кишечных кровотечениях необходим строгий постельный режим в положении на спине в течение 12-14 часов. При этом больной не должен получать пищи (голодание) и утолять жажду лишь холодным чаем в малых дозах (ложками, до 600 мл в сутки) или сосанием кусочков льда. Показан холод на живот (пузырь со льдом). В дальнейшем назначают желе, кисель, яйцо всмятку, сливочное масло, постепенно расширяют диету. Для остановки кровотечения применяют раствор хлорида кальция, викасол, этамзилат, желатиноль, плазму, переливание небольших доз крови.
- При перфорации стенки кишки показано срочное оперативное вмешательство.
- При развитии ИТШ проводят противошоковую терапию.

Принципы лечения

- Реконвалесценты выписываются на фоне полного клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей, после трехкратных отрицательных результатов посевов кала, мочи и однократного - желчи, но не ранее 21-го дня нормальной температуры тела.
- После выписки из стационара переболевшие подлежат диспансерному наблюдению. Через 3 месяца проводят бактериологическое исследование кала, мочи и желчи. При отрицательных результатах наблюдение прекращают. Реконвалесценты из числа работников пищевых и приравненных к ним предприятий находятся под наблюдением на протяжении всей трудовой деятельности.

Профилактика

- Санитарный надзор за водоснабжением, пищевыми предприятиями, общественным питанием, а также контроль за канализацией и обезвреживанием нечистот - важные санитарно-гигиенические меры профилактики брюшного тифа.
- Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают изоляцию больных, наблюдение за реконвалесцентами. Хронические бактерионосители не допускаются к работе на пищевых и приравненных к ним предприятиях.



Профилактика

- В очаге брюшного тифа проводят заключительную дезинфекцию. За лицами, контактировавшими с больными, устанавливают медицинское наблюдение с ежедневной термометрией в течение 21 дня, выполняют однократное бактериологическое исследование кала и мочи. Специфическая профилактика в очаге включает назначение бактериофага контактным лицам.

- Проводят вакцинацию по эпидемическим показаниям и некоторым профессиональным группам, среди них работникам инфекционных больниц и отделений, бактериологических лабораторий.

