

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

Пищевые токсикоинфекции
(*Toxicoinfectiones alimentariae*) - группа острых
бактериальных кишечных инфекций и
интоксикаций.

Обусловленных употреблением
продуктов:

- инфицированных патогенными микроорганизмами
- инфицированных условно-патогенными микроорганизмами
- инфицированных токсинами микроорганизмов

Пищевые токсикоинфекции — болезни полиэтиологические.

Объединенные :

- общим алиментарным, механизмом заражения
- острым началом
- бурным течением

Основные клинические проявления:

- синдромы острого гастрита
- острого гастроэнтерита
- острого гастроэнтероколита.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителями ПТИ чаще являются условно-патогенные микроорганизмы способные продуцировать экзотоксины, а при разрушении выделять эндотоксины.

Возбудители:

- *Proteus vulgaris*,
- *Bacillus cereus*,
- *Enterobacter*,
- *Vibrio*,
- *Proteus mirabilis*,
- *Klebsiella*,
- *Aeromonas*,
- *Edwardsiella*,

Источниками возбудителей являются:

- люди

- животные.

Источниками заболеваний, вызванных стафилококками, являются люди, страдающие

- пиодермией,

- ангинами,

- хроническими тонзиллитами,

- заболеваниями дыхательных путей.

Зоонозные источники ПТИ:

- больные маститом коровы,
- КОЗЫ,
- ОВЦЫ
- другие животные.

Причиной заболеваний, обусловленных сальмонеллами:

- употребление мяса больных животных (вынужденный забой),
- инфицированных яиц или приготовленных из них кулинарных и кондитерских изделий.

На овощах и корнеплодах содержатся:

- *Cl. perfringens*,
- *Bac. cereus*,
- *Proteus*,

Механизм передачи возбудителя фекально-оральный.

Для развития заболевания необходимы:

- контаминация продуктов питания возбудителями,
- условия, способствующие их размножению и накоплению токсинов.

Под воздействием комплекса токсинов развиваются - местные (острый гастрит, гастроэнтерит),

общие (лихорадка, интоксикация, нарушения сердечно-сосудистой системы и др.) проявления болезни.

Синдром гастрита связан с раздражающим действием токсинов. При попадании их в кровь происходит возбуждение пусковой хеморецептивной зоны и рвотного центра, расположенных в нижней части дна четвертого желудочка.

Симптомы и течение

С учетом особенностей течения, патогенеза и этиологии ПТИ могут быть разделены по клиническим формам, по этиологии и осложнениям.

По клиническим формам:

- гастритическая;
- энтеритическая;
- гастроэнтерическая;
- гастроэнтероколитическая.

По степени тяжести:

- легкая;
- средней тяжести;
- тяжелая.

-По этиологии:

- бактериальная кишечная инфекция;
- бактериальное пищевое отравление
(стафилококковое и др.).

-По осложнениям:

- неосложненная;
- осложненная.

Инкубационный период исчисляется часами, редко достигает 1—2 сут. Заболевание, как правило, начинается остро, без предвестников.

Основные клинические проявления ограничиваются гастроинтестинальным синдромом, признаками общей инфекционной интоксикации.

Гастроинтестинальный синдром - острый гастритом, энтеритом или их сочетаниями.

Острый гастрит:

Тяжесть

Болями в эпигастральной области,
тошнотой.

рвота - ключевой признак гастрита у
больных ПТИ

Крови в рвотных массах не бывает, могут
быть ее прожилки, вследствие повреждения
мелких сосудов пищевода, глотки.

Язык обложен. При глубокой пальпации
отмечается болезненность в эпигастральной
области.

При остром энтерите: урчание, ощущение «переливания» в животе, периодические схваткообразные боли, заканчивающиеся императивными позывами на дефекацию.

Стул обильный, жидкий, вначале калового характера, светло-желтоватый, иногда желтовато-зеленый.

С увеличением количества дефекаций он приобретает вид полупрозрачной белесоватой жидкости с хлопьевидными или отрубевидными взвешенными частицами.

В случаях нарастания энтеритного синдрома развиваются признаки изотонической дегидратации — нарушение тургора кожи, тахикардия, падение артериального давления.

Синдром острого колита:

схваткообразными мучительными болями в нижних отделах живота, чаще в левой подвздошной области,

ложными позывами на дефекацию, ощущениями ее незавершенности, тенезмами.

Стул частый, вначале калового характера, с примесью слизи, а в тяжелых случаях и крови. В дальнейшем он становится скудным, некаловым, состоящим из комочков слизи с кровью и гноем.

При пальпации определяются уплотнение (инфильтрация), спазм и разной степени болезненность пораженных участков толстой кишки.

Колит не приводит к тяжелым расстройствам водно-электролитного баланса, носопровождается общей инфекционной интоксикацией.

Он проявляется:

- общей слабостью,
- головной болью,
- головокружениями.
- познабливания или ознобы с повышением температуры тела от субфебрильной до фебрильной.

Гепато-лиенальный синдром не характерен.

Сердечно-сосудистые расстройства (тахикардия, артериальная гипотензия) наблюдаются при обезвоживании. В периферической крови может быть лейкоцитоз, нейтрофилез, умеренное увеличение СОЭ.

Тяжесть ПТИ определяется по степени обезвоживания.

Клостридиоз чаще начинается с интенсивных колющих болей в животе. В испражнениях наблюдается примесь крови. Стул приобретает вид «мясных помоев». Болезнь может осложниться тяжелым анаэробным сепсисом.

Во время вспышки стафилококкового отравления у некоторых больных наблюдается тонзиллит в сочетании с углочелюстным лимфаденитом и более выраженными признаками интоксикации.

Инкубационный период короткий (иногда до 30—60 минут), начало бурное с преобладанием гастритического синдрома. Энтерит может отсутствовать.

Довольно характерны нарушения сосудистого тонуса — адинамия, головокружение, коллапс, цианоз, судороги, потеря сознания.

С целью выделения предполагаемого возбудителя проводят посевы:

- рвотных масс или промывных вод желудка;
- испражнений;
- крови;
- остатков пищевых продуктов.

Диагностически значимыми являются:

- выделение возбудителя из крови;
- обнаружение его в большом количестве в испражнениях, в рвотных массах или промывных водах желудка.

Лечение

Госпитализация больных ПТИ проводится, по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Эпидемиологическими показаниями являются:

- принадлежность больных к закрытым организованным коллективам;
- к декретированным группам населения (работникам пищевых предприятий и к ним приравненным);
- невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (неблагоприятные бытовые условия и т. п.).

Основу терапевтических мероприятий при ПТИ составляют:

- неспецифическая дезинтоксикация;
- коррекция нарушений водно-электролитного баланса;
- восстановление функции желудочно-кишечного тракта;
- поддержание органов и систем в режиме оптимального функционирования.

Первоочередным компонентом: удаление из желудочно-кишечного тракта возбудителей и их токсинов путем повторных промываний желудка.

Вначале кипяченой водой для отбора пробы с целью бактериологической диагностики, а затем 2% раствором натрия гидрокарбоната или 0,1% раствором марганцовокислого калия до чистых промывных вод.

Для связывания и выведения токсинов после промывания желудка назначают энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, полисорб МП, микрокристаллическая целлюлоза и др.).

Для коррекции нарушений водно-электролитного баланса применяют водно-электролитные растворы. При отсутствии рвоты назначают обильное питье.

Лучше применять готовые официальные солевые составы для оральной регидратации (оралит, регидрон, гастролит, цитроглюкосалан и др.).

При неукротимой рвоте, обезвоживании II—IV степени регидратация осуществляется только внутривенными введениями таких водно-электролитных растворов:

квартасоль,

трисоль,

хлосоль,

лактасол,

0,9% раствором натрия хлорида

В количествах, равных ориентировочным потерям жидкости до начала и определяемым потерям жидкости лечения.

Антибактериальные средства для лечения больных ПТИ не применяются.

Их можно использовать лишь в случаях продолжительной лихорадки (более 2 дней), при наличии гепатолиенального синдрома, колита.

При тяжелых клостридиозах показаны метронидазол, а в случаях формирования псевдомембранозного колита — ванкомицин.

Прогноз

Пищевые токсикоинфекции в подавляющем большинстве случаев протекают благоприятно.

Летальные исходы крайне редки. Они чаще обусловлены неблагоприятным преморбидным фоном, несвоевременными или неполными мероприятиями регидратационной терапии.

Профилактика

Профилактические мероприятия при ПТИ направлены на предупреждение контаминации пищевых полуфабрикатов (продуктов) или готовой пищи микробами, предотвращение их размножения и продуцирования ими токсинов.

К ним относятся: 1) внедрение современных методов обработки и хранения продуктов питания;

2) предупреждение заболеваний мясного и молочного скота;

3) санитарный контроль за соблюдением технологии переработки, хранения, транспортировки и реализации продуктов питания;

4) строгое соблюдение сроков хранения и реализации скоропортящихся продуктов (студень, зельц, заливные т.п.);

5) медицинский контроль за состоянием здоровья работников общественного питания.