

Семей мемлекеттік медицина университеті



СӨЖ

Тақырыбы: Тағамдық токсикоинфекция.

Орындаған: Саменова Нурсулу

Мизекенова Балжан

526 топ.

Тексерген: Аукенова М.Қ



- Тағамдық токсикоинфекциялар — экзотоксин бөлетін шартты патогенді бактериялармен шақырылатын, асқорыту жолдарының жоғарғы бөліктерінің зақымдалуымен және су-тұзды алмасудың бұзылуымен өтетін жедел, қысқа уақыттағы аурулар тобы. Аурудың ағымы қоздырғыштардың және экзотоксиннің мөлшеріне байланысты өтеді

ЭТИОЛОГИЯ



- Тағамдық токсикоинфекцияның қоздырғыштарына адам ағзасынан тыс, тағамда экзотоксиндер өндіре алатын қасиеттері бар, көптеген шартты патогенді бактериялар жатады. Экзотоксиндерге энтеротоксиндер (термолабильді, термостабильді) және цитотоксиндер жатады. Энтеротоксин өндіруші қасиеті бар, аурудың жиі кездесетін қоздырғыштарына *Clostridium perfringens*, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis*, *Bacillus cereus*, *Klebsilla*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Pseudomonas*, *Vidrio* жатады. Цитотоксин өндіруші қасиеті бар қоздырғыштарға *Klebsilla pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Clostridium perfringens*, *St aureus*, *Aeromonas hidrophila*, *Vibrio parahaemoleicus* және т.б. жатады.

Эпидемиология



- Тағамдық токсикоинфекциялардың қоздырғыштары табиғатта кең тараған: адаммен жануарлардың нәжісінде, топырақта, суда, ауада, заттардың үстінде. Бұл кезде аурудың көзін анықтау мүмкін емес. Бірақ, кей жағдайларда аурудың көзі болып тағам өндірісінде істейтін және әр түрлі терілік іріңді үрдістерімен, баспамен, ларинготрахеобронхитпен ауыратын адамдар. Осымен қатар, аурудың көзі болып маститпен ауратын ірі қара мал болуы мүмкін. Тағамдық токсикоинфекциялардың берілу механизмі – фекальды- оральды, берілу жолы – алиментарлы. Аурудың берілу факторларына жиі ет, балық тағамдары, шұжық, жұмыртқа, балық консервалары, сүт, шырындар, лимонад, сыра және т.б. жатады. Олар аурудың қоздырғыштарына қолайлы қоректі орта болып табылады. Қабылдаушылық — жоғары деңгейде, залалданған тағамды қабылдаған адамдардың 90-100% ауруы мүмкін. Сол себептен ауырғандардың топтылығы және аурудың эксплозивті (кенеттен ауырады) сипаты, аз уақытта көп адамның ауырып қалуы тағамдық токсикоинфекцияларға аса тән эпидемиологиялық көрсеткіш. Ауру жыл бойы, көбінесе жаз айларында кездеседі.

Патогенезі



- Тағамдық токсикоинфекциялар кезінде асқазанға түскен уақытта тағам құрамында бактериялармен қатар токсиндер түседі. Осының нәтижесінде инкубациялық кезең өте қысқа болады. Тағамдық токсикоинфекцияның патогенезі мен клиникалық көрінісі экзотоксиннің түрі мен мөлшеріне және басқа токсиндік заттардың болуына байланысты. Энтеротоксиндер асқазан мен ішектің эпителиальды клеткаларымен байланысып, эпителиоциттердің ферменттік жүйелеріне әсер етеді. Аденилциклаза мен гуанилциклаза шырышты қабат клеткаларының биологиялық активті заттардың (циклдік АМФ, циклдік ГМФ) түзілуін жоғарылатады. Токсиндер әсерінен простагландиндердің, гистаминнің, ішек гормондарының түзілу жылдамдығы жоғарылайды. Бұның нәтижесінде асқазан мен ішек қуысына сұйықтық пен тұздар жиналады, диарея пайда болады.



- Цитотоксин эпителиоциттер мембраналарын зақымдап, олардың белок — синтездік процестерін бұзады. Бұның нәтижесінде ішек қабырғасының токсиндерге өткізгіштігі жоғарылап, интоксикация дамиды, микроциркуляция бұзылады немесе шырышты қабаттың қабыну өзгерістері пайда болады.+ Токсиндердің әсері эпителиалды клеткалардың десквамациясынан кейін тоқтайды. ТТИ-да патогномониялық морфологиялық өзгерістер болмайды (аутопсияда – айқын гастроэнтериттің көрінісі)

Клиникалық көрінісі



- Тағамдық токсикоинфекциялар — циклді ағымды аурулар. Инкубациялық кезең 30 минуттан -24 сағатқа дейін (көбінесе 2-6 сағат). Ауру интоксикация симптомдары мен асқазан-ішектің бұзылыстармен білініп басталады. Интоксикацияның алғашқы белгілерімен қатар (әлсіздік, қалтырау, дене қызуының көтерілуі, бас ауыруы, бұлшықеттерде, әсіресе, балтыр бұлшықеттерінде, буындарда ауырсыну т.б.) аурудың басталуынан және бүкіл барысында асқазан мен ішектің зақымдалу симптомдары кездеседі. Олар көбіне гастрит немесе гастроэнтерит, гастроэнтероколит түрінде көрінеді. Әдетте барлық асқазан-ішек жолы зақымдалады. Бірақ асқазан-ішек жолының белгілі бір бөлімінің зақымдалуы болуы мүмкін. Бұл көрініс қоздырғыштың түріне, жұқпаның мөлшеріне, ауру алды кезеңдегі асқорыту мүшелерінің функциональды жағдайына байланысты. Аурудың толық клиникалық көрінісі 1-2 тәулік ішінде көрінеді.





- **Гастриттік синдром** 4-5%-да кездеседі. Ауруда интоксикация белгілерімен қатар, жедел гастриттің көріністері байқалады: жүрек айну, қайталама құсу, эпигастрий аймағындағы ауырсыну мен ауыру сезімі. Құсықта алғашында тағам қалдықтары болса, кейін өт аралас болуы мүмкін. Тағамдық токсикоинфекция жиірек гастроэнтериттік синдроммен сипатталады. Жалпы улану белгілерімен қатар жедел гастриттен соң энтерит басталады, яғни іш өту болады. Алғашқыда нәжіс ботқа тәрізді болса, соңынан сулы консистенция түріне ауысады. Қан аралас болмайды. Нәжістің бөлінуі көп мөлшерде, сары немесе сары-жасыл түсті, қышқыл иісті, кейде көпіршікті. Жиілігі тәулігіне 3-5-тен 15-20 ретке дейін, жеңілдік әкеледі.



- **Гастроэнтериттік синдромда** тоқ ішекте патологиялық үрдіске екіншілік түрде дамиды, яғни аш ішекте сіңбеген және қорытылмаған тағамдардың тез уақытта тоқ ішекке өтуі. Бұл кезде оң жақты колиттің көріністері байқалады. + **Энтероколиттік синдром** кезінде тоқ ішек бірінші болып зақымдалады, энтерит белгілері қосылып жүреді. Ішінің ауыруы көбіне төменгі немесе сол жақ мықын аймағында болады



- Пальпация кезінде сигма тәрізді ішектің жиырлуы және ауырсыну сезімі байқалады. Қозғалғыштығы сақталған. Дәреті тәулігіне 15-20 рет болуы мүмкін. Аз мөлшердегі нәжісінде шырышы көбірек және қан қосындылары кезігеді. Копроскопиялық зерттегенде шырыштан басқа лейкоциттер (15-20 көру аймағында) және эритроциттер анықталады.+ Тағамдық токсикоинфекция кезінде сирек түрде колиттік синдром дамуы мүмкін: көбінесе тоқ ішектің дистальді аймағының зақымдалуы болады.



Диагностика



- Қанды зерттегенде нейтрофилді лейкоцитоз, таяқша ядролығымен, ЭТЖ-ң орташа жоғарылауы байқалады. Науқастың тері жабындылары бозғылт, кейде цианоз, аяқ-қолының мұздауы байқалады. Тілі ақшыл-сұр жабындымен жабылған. Іші жұмсақ, эпигастрий аймағында, кейде кіндік айналасында ауыру сезім анықталады.+ Жүрек-қан тамырлар жүйесі де зақымдалады: брадикардия (гипертермия кезінде – тахикардия); қан қысымының төмендеуі, систолалық шуыл, тондардың бәсеңдеуі. Кейбір жағдайларда коллапс пайда болады, құсу және іш өту жиі болса, -дегидратация, деминерализация, ацидоз белгілері дамиды. Шеткі қан анализінде лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭТЖ - жоғарылауы. Ауру көбінесе 1-3 күн өтеді.



- **Дұрыс диагноз қою үшін келесі негізгі белгілерге сүйену қажет:**
- ауруға себеп болған тағам өнімін анықтау;
- тағамның органолептикалық қасиеттерінің өзгеруі (дәмі ашыған, иісі шыққан) тағам қабылдаған адамдардың топтасып ауыруы;
- жедел гастриттің, энтериттің, колиттің клиникалық белгілерімен сусыздану және улану белгілерінің қосарлануы;
- қысқа инкубациялық кезеңнің болуы; ауру жедел дамып, қысқа уақытқа созылуы;



- **Бактериологиялық зерттеуге алынатын материал:** құсық массалары, ас қазанның щайынды суы, нәжіс, желінбеген тағам қалдықтары. Аурудың бөлінділерінен және қалған заладанған тағамнан алынған қоздырғыштың биоварын салыстыру қажет. Серологиялық әдістердің маңызы үлкен емес. Диагностикалық мағынада тек қана науқас қанында табылған аутоштаммға қарсы түзілген антиденелер титрінің 2 есе жоғарылауының маңызы бар.

Емдеуі



- Тағамдық токсикоинфекциялармен науқастанғандарды жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызу қажет. Бірінші рет науқасты қарап және диагноз қойған соң асқазанын шайып, жуындысы бактериологиялық әдіспен зерттеледі. Егер жоғалтқан сұйықтықтың мөлшері 1,5-2 литрден аспаса, ауыз арқылы жоғалтқан сұйықтықтың мөлшеріне тең сұйықтық ішкізеді.

- Асқазанды шаюдан бастайды. Асқазанды шаю үшін 1% натрий гидрокарбонаты ерітіндісі немесе 0,1% калий перманганаты ерітіндісі қолданылады. Жасына байланысты сұйықтық пайдаланылады 6-9 ай 600-900мл, 9-12 ай 900-1000мл, 1 жас асқан 1000мл жасына байланысты 10 л аспау қажет. Орташа -3 литрдей сұйықтық пайдаланылады. Асқазанды шаю үшін зонд арқылы жүргізген жөн. Енгізілетін сұйықтықтың мөлшерін құсқан кезде және диарея кезінде жоғалтқан сұйықтық арқылы анықтайды..



Возраст	Количество воды	
	Одномоментное введение (мл)	Полное промывание
Новорожденные	15–20	200
1–2 мес	60–90	300
3–4 мес	90–100	500
5–6 мес	100–110	<1 л
7–8 мес	110–120	<1 л
9–12 мес	120–150	<1 л
2–3 года	200–250	1,0–2,0 л
4–5 лет	300–350	2,0–3,0 л
6–7 лет	350–400	3,0–4,0 л
8–11 лет	400–450	4,0–5,0 л
12–15 лет	450–500	4,0–5,0 л



- Ауыр жағдайда, кейде орта дәрежедегі ТТИ кезінде регидратациялық терапияны көктамырға полиионды кристаллоидты ерітінді енгізу арқылы жүргізіледі (дисоль, трисоль, хлосоль, ацесоль ерітінділерін көк тамыр арқылы). Тұзды ерітінділермен қатар дезинтоксикация үшін синтетикалық коллоидты ерітінділерді — энтеродез, энтерол және реополиглюкин, полиглюкин, реомакродекс, реоглюман қолданылады. Коллоидты ерітінділермен инфузия сусыздану жоқ кезде жүргізу қажет. Себебі, көк тамыр арқылы жіберген кезде сұйықтық интерстициялық кеңістіктен тамыр арнасына өтеді. Бұл кезде АҚҚ жоғарылап, сауығудың алдамшы белгісі болады, бірақ су-электролиттік алмасу бұзылып, нашарлайды. Коллоидты ерітінділерді енгізген кезде метаболиттік ацидоз күшейеді.