

СЫПНОЙ ТИФ

Сыпной тиф (эпидемический сыпной тиф)

Острый антропонозный риккетсиоз, передающийся вшами и характеризующийся генерализованным поражением кровеносных сосудов в виде пантромбоваскулита , лихорадкой, развитием выраженной интоксикации, экзантемой, поражением сердечно-сосудистой и нервной систем.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель: *Rickettsia prowazeki*

Мелкая, неподвижная, Гр- бактерия

*Спор и капсул не образует

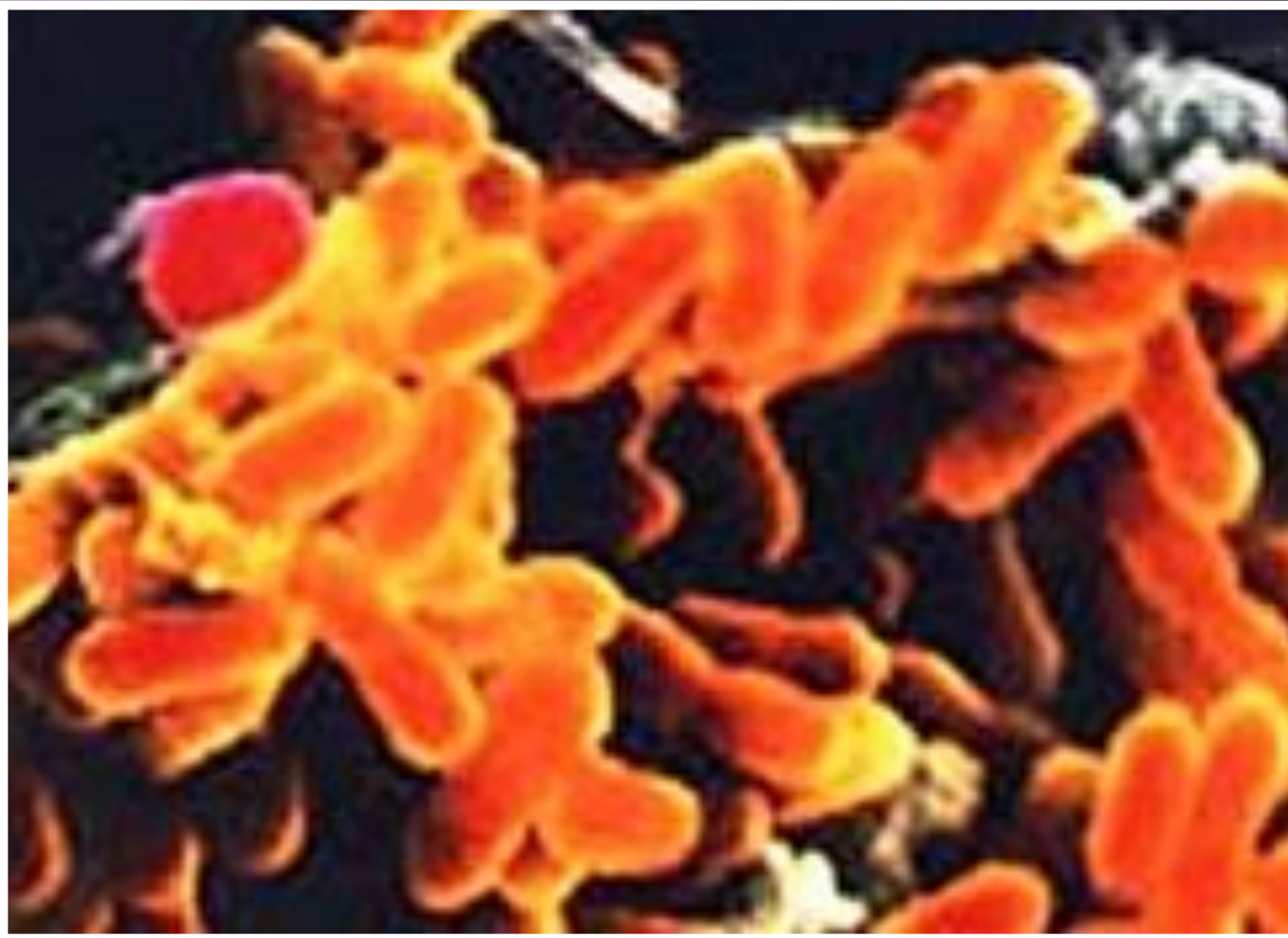
*Морфологически полиморфна(может иметь вид кокков, палочек)

*Все формы сохраняют патогенность

*Размножаются только в цитоплазме и никогда в ядрах инфицированных клеток

*Содержит гемолизины и эндотоксины

*В организме человека размножаются в эндотелии сосудов





Этиология

*В испражнениях вшей, попавших на одежду сохраняет жизнеспособность и патогенность в течении 3-х месяцев

*При 56° С погибает в течении 10 мин., при 100° С гибнет за 30 сек.

*Быстро инактивируется под действием хлорамина, формалина, лизола, кислот, щелочей, в обычных концентрациях

*Относится к второй группе патогенности

Эпидемиология

* Антропонозное заболевание

* **Резервуар и источник инфекции: больной человек** (представляет опасность в течении 10-21 дня, в последние 2 дня инкубации, весь лихорадочный период и 2-8 дней нормальной температуры тела)

* Механизм передачи: **трансмиссивный** (возбудитель передается через вшей, главным образом платяных реже головных)

* Естественная восприимчивость высокая

* Постинфекционный иммунитет напряженный, но возможны рецидивы

Основные эпидемиологические признаки

*В отличие от других риккетсиозов не имеет истинных эндемичных очагов

*На распространенность сыпного тифа прямо влияют социальные факторы: (педикулез у людей, живущих в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях, отсутствие бань, прачечных, централизованного водоснабжения и т.д.)

*Эпидемический характер заболевания приобретает во время войн, голода, стихийных бедствий

*Характерна зимне-весенняя сезонность

*Отмечено формирование ВБИ вспышек

*Вошь заражается при кровососании больного человека и становится заразной на 5-7 сутки (за этот срок происходит размножение риккетсий в эпителии ее кишечника, где они обнаруживаются в огромном количестве)

*Максимальный срок жизни зараженной вши составляет 40-45 дней. Заражение человека так же возможно воздушно-пылевым путем (при вдыхании высохших фекалий вшей и при их попадании на конъюнктиву)

Инфицирование человека происходит при втирании риккетсий с фекалиями в кожные покровы через микротравмы, получаемые при расчесывании

Патогенез

*Возбудитель проникает в организм **через поврежденные кожные покровы**

*Попадает в кровоток, где небольшое их число гибнет под воздействием бактерицидных свойств крови

*Основная масса возбудителя по лимфатическим путям попадает в **регионарные лимфатические узлы**, происходит их первичное **размножение и накопление** в течении инкубационного периода заболевания

*Происходит одномоментный массивный выброс возбудителя в кровяное русло (первичная риккетсимия), сопровождающаяся частичной гибелью возбудителя и высвобождению эндотоксина (ЛПС-комплекс). Это соответствует началу заболевания с первичными клиническими общетоксическими проявлениями и функциональными сосудистыми нарушениями во всех органах и системах в виде вазодилатации, замедления тока крови, тканевой гипоксии

Патогенез

- *Риккетсии имеют тропность к эндотелиальным клеткам кровеносных сосудов где они размножаются и вызывают развиваются деструктивные и некротические процессы приводящие к гибели эндотелия сосудов
- *Усиливается токсинемия (за счет нарастания концентрации токсинов возбудителя). В участках погибших клеток эндотелия сосудов формируются пристеночные конусовидные тромбы развивается деструктивный тромбоваскулит
- *Стенка сосуда истончается, повышается ее ломкость. При нарушении целостности стенок вокруг них развиваются очаговые пролиферативные изменения
- *В головном мозге возникает менингоэнцефалит с образованием специфических гранулем Попова-Давыдовского

Клинические проявления

Инкубационный период, в среднем, 14 дней, максимально 25 дней

В клинической картине выделяют 3 периода:

- * Начальный период (длительность 4-5 дней)
- *Период разгара (длительность 9-14 дней)
- *Период реконвалесценции (до 1 месяца и более)

Начальный период заболевания

- *Острое начало (продромальные явления общего типа отмечаются у отдельных пациентов)
- *Подъем температуры до высоких цифр в течении первых суток , сопровождающийся сильной головной болью, ломотой в теле
- *Головная боль носит интенсивный постоянный характер (не уменьшается после приема жаропонижающих и анальгетиков)
- *Бессонница и как ее результат- раздражительность пациентов
- *На 4-5 сутки температура кратковременно снижается без улучшения состояния («розенберговский врез»)

*Кожные покровы сухие и горячие на ощупь

*Гиперемия верхних отделов туловища, лица и шеи

*Лицо одутловатое, амимичное

*На 2-3 день появляются эндотелиальные симптомы: симптом

щипка, жгута *Больные эйфоричны, возбуждены, раздражительны

*Склеры инъецированы (кроличьи глаза)

*На 3-4 день появляется симптом Киари-Авцина: появление мелких

кровоизлияний на переходных складках конъюнктив

*Появление аналогичных точечных кровоизлияний на мягком небе, языке и слизистой задней стенки глотки

*Тоны сердца приглушены

*Тахикардия

*Тенденция к артериальной гипотензии

* Язык сухой .обложен белым налетом

*Увеличение печени, селезенки, болезненность при пальпации

*Возможна олигурия

Период разгара заболевания

(от момента появления сыпи до нормализации температуры)

Начинается с одномоментного обильного появления экзантемы на 4-6 сутки болезни

Экзантема :

розеолезно-петихеальная сыпь геморрагического характера на коже

туловища и конечностей с преимущественной локализацией на

боковых поверхностях туловища и внутренних поверхностях

конечностей, держится 7-8 дней



*Сохраняется высокая температура постоянного или ремиттирующего характера

*Основные жалобы больных сохраняются или усиливаются

*Головная боль становится мучительной и приобретает пульсирующий характер

*Язык сухой часто с коричневатым налетом

*Отчетливый гепатолиенальный синдром

*Часто возникают метеоризм и запоры

*Появляются боли в пояснице и положительный симптом

Пастернацкого *Олигурия с появлением белка и цилиндров в моче

*Появление бульбарной неврологической симптоматики

неврологическая симптоматика

*Тремор языка (дрожание), девиация (отклонение)

*Дизартрия

*Амимия, сглаженность носогубных складок

*Симптом Говорова - Годелье является признаком поражения

головного мозга (язык высовывается толчкообразно, задевая кончиком зубы)

*Могут отмечаться нарушения глотания, нистагм, анизокория, вялость зрачковых реакций, признаки менингизма

*Дезориентация во времени и пространстве, развитие status typhosus

*Нарушение сознания, бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение

Период реконвалесценции

(с момента нормализации температуры)

- *Температура тела падает и нормализуется на 8-12 день
- *Симптомы интоксикации заметно уменьшаются
- *Сыпь угасает Размеры печени и селезенки нормализуются
- *Признаки поражения головного мозга медленно и долго регрессируют
- *До 1 месяца сохраняется сильная астения, апатия, функциональная лабильность с\с системы, снижение памяти, бледность кожных покровов, возможна ретроградная амнезия

Осложнения

*ИТШ: 4-5 или 10-12 сутки (с проявлениями острой С\С недостаточностью и недостаточностью надпочечников)

*Миокардиты

*Тромбозы, тромбоэмболии

*Осложнения, связанные с присоединением вторичной бактериальной инфекции:

-Пневмонии

-Пиелиты

-Отиты

-Паротиты

-Стоматиты

Методы лабораторной диагностики

*Наиболее широко используют методы серологической диагностики с целью обнаружения в крови специфических антител - **РНГА, РСК, ИФА.**

*Наиболее быстрый ответ в первые дни болезни дает РНГА, ее титры к концу первой недели 1:200. Диагностическим считается титр **1:1000 и**

выше РСК может быть использована для ретроспективной диагностики, диагностический титр **1:160**

*При исследовании крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, появляются плазматические клетки Тюрка

Принципы лечения

- * Независимо от тяжести заболевания все больные с подозрением на сыпной тиф подлежат госпитализации
- * Строгий постельный режим не менее чем до 5-6 дня нормальной температуры тела
- * Вставать с постели на 7-8 день апирексии, ходить на 9-12 день)
- * Диета № 13 (легкоусвояемая , калорийная, богатая витаминами)
- * **Этиотропное лечение:** препараты тетрациклинового ряда (тетрациклин в суточной дозе 1, 2-1, 6 г, доксициклин по 100 мг 2 раза \ сут., при непереносимости данной группы антибиотиков - левомицетин по 2, 5 гр \ сут.) * Активная дезинтоксикационная терапия
- * Для профилактики тромбозов в первые дни заболевания применяют антикоагулянты (гепарин, фенилин, пелентан и др.)
- * Симптоматическая терапия (анальгетики, седативные , снотворные препараты)

Особенности ухода

*Обследование на педикулез

*В случае обнаружения вшей или гнид произвести противопедикулезную обработку.

*Обеспечить строгий постельный режим до 5-6 дня нормальной температуры с последующим постепенным его расширением

*Постоянное наблюдение за больным в периоды психомоторного возбуждения с целью предупреждения травматизма

*Уход за кожными покровами -профилактика пролежней

*Изменение положения тела (каждые 2-3 часа) в кровати в течении дня у лежачих пациентов

*Вести учет суточного диуреза

*При задержке выведения мочи и отсутствия эффекта от согревающих процедур проводить катетеризацию мочевого пузыря

*Гуалет полости рта - профилактика стоматитов, паротитов

*Очистительная клизма при задержке стула

*Планировать все парентеральные процедуры, ввиду возможного развития тромбофлебита

*Проведение текущей дезинфекции

Профилактика

*Борьба с педикулезом

*Раннее выявление и изоляции больных

*Наблюдение за контактными лицами на протяжении 25 дней со дня госпитализации больного с ежедневной термометрией

*В эндемичных очагах, все лихорадящие свыше 5 дней больные подлежат провизорной госпитализации с 2-х кратным серологическим контролем крови

*В очаге проводится дезинфекция (камерная дезнсекция-обработка одежды)

*Возможно проведение **экстренной профилактики** в течении 10 дней доксициклином , тетрациклином, рифампицином