

Черевний тиф

Лекція з дисципліни “Інфекційні хвороби”
для спеціальності Лікувальна справа

Викладач : Любча Н.О.

План

1. Етіологія та епідеміологія черевного тифу
2. Патогенез
3. Клінічний перебіг та характерні ускладнення
4. Діагностика
5. Лікування, догляд, профілактика
6. Особливості епідеміології та клінічного перебігу паратифів А і В

Черевний тиф - гостра кишкова антропонозна хвороба з фекально-оральним механізмом передавання, чіткою циклічністю течії, ураженням лімфатичного апарату тонкої кишки, бактеріємією, інтоксикацією, лихоманкою, розеольозно-папульозними висипами.

Захворюваність - 0,5-0,6 випадків на 100 тис. населення в економічно розвинених країнах, 30-70 випадків – у відсталих.

Етіологія- збудник - *S. typhi* сімейства кишкових. Аероб, не утворює спор, рухома грам негативна паличка. Морфологічно не відрізняється від других сальмонел. Відрізняється по біохімічним властивостям та антигенній структурі:

- соматичний термостабільний - O - антиген
- термолабільний - VI - антиген
- джгутиковий - H - антиген

Багато фаготипів утворює ендотоксин. Добре росте на штучних живильних середовищах, що містять жовч. Досить стійка в довкіллі. Розмножується на харчових продуктах. Швидко гине при нагріванні та під дією деззасобів.

Епідеміологія джерело - тільки людина (хворий або носій), збудники виділяються з фекаліями, сечею, іноді з молоком та слиною з кінця інкубаційного періоду протягом всієї хвороби.

Головне джерело- формується бактеріоносійство до 3 місяців - гостре, більше - хронічне іноді протягом всього життя.

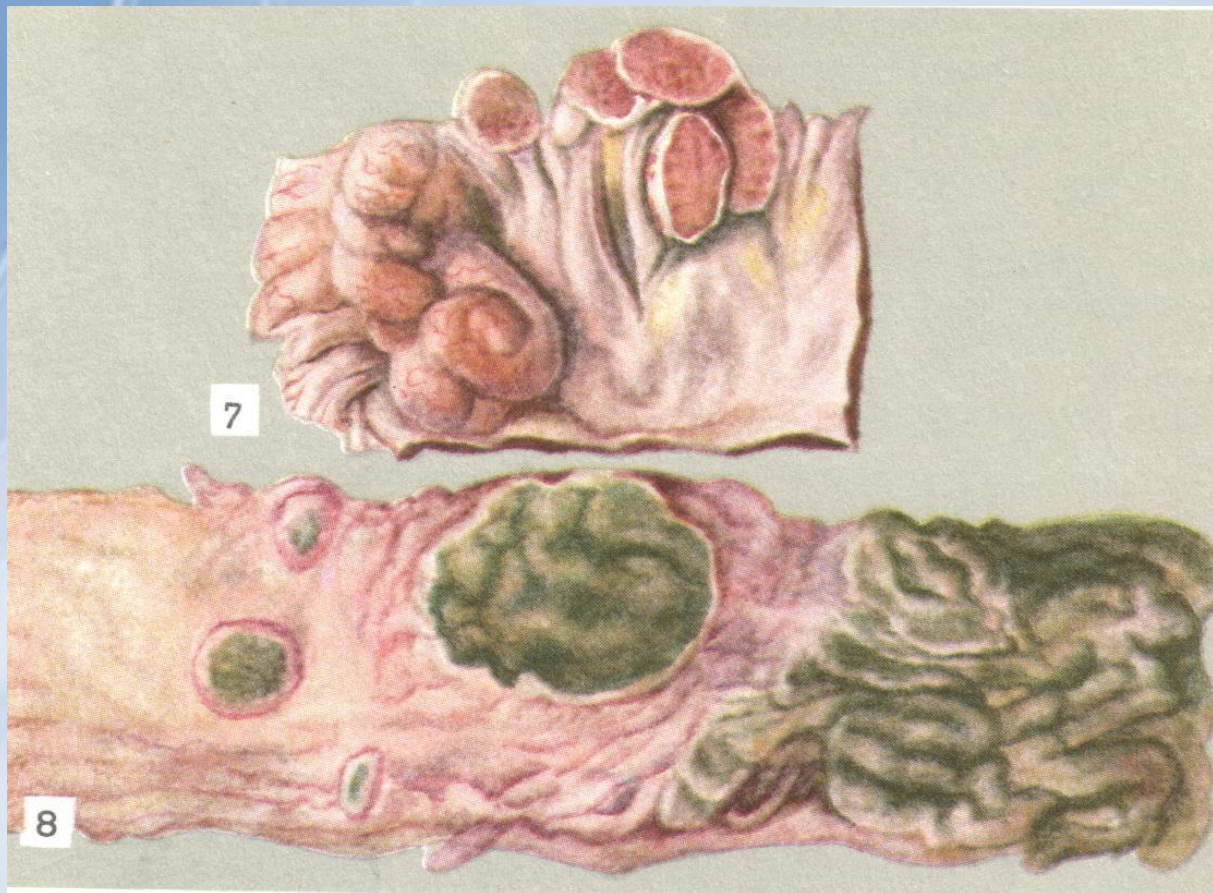
Механізм зараження - фекально-оральний.

Фактори передачі - вода, харчові продукти, побутовий контакт.

Сезон: липень – листопад, (максимально - вересень – жовтень), сприйнятливість висока.

Патогенез (інкуб. 7-23 доби) - вхідні ворота - солітарні фолікули та Пейєрові бляшки тонкої кишки → мезентеріальні лімфовузли (розмноження, запалення, формування черевнотифозних гранульом) → бактеріємія (вихід ендотоксину, розповсюдження мікробів по всім органам, особливо печінка, селезінка, розмноження бактерій, формування вторинних гранульом, запалення органів) → повторний вихід в кишку (алергійна реакція проходить в 4 – 5 стадіях):

Брижові та заочеревні лімфатичні вузли



Кожна стадія триває тиждень:

- Мозковидне набухання
- Некроз
- Утворення виразок
- Чистих виразок
- Рубцювання

Некроз



Дія токсину на нервові клітини в

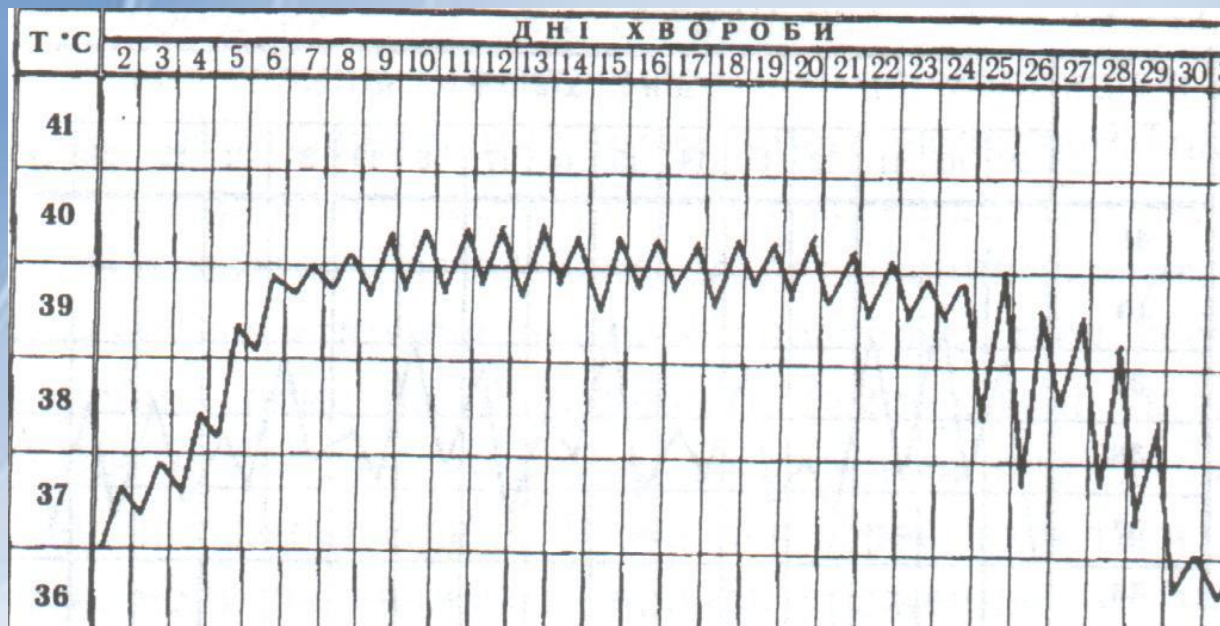
- ❖ *судинах: падіння АТ, перерозподіл крові, зменшення об'єму циркулюючої крові;*
- ❖ *токсична дія на м'язи серця – міокардит*
токсична дія на ЦНС;
- ❖ *ураження печінки: порушення всіх видів обміну.*

Клініка : інкубація 7-23 доби

Періоди:

- Початковий
- Розпалу
- Рання реконвалесценція
- Кінець хвороби

1. Початок - І тиждень : підвищення температури поступове до встановлення постійного типу, мерзлякуватість, слабкість, безсоння, погіршення апетиту.



Паралельно підвищенню температури наростають симптоми інтоксикації та ураження внутрішніх органів: блідість, головний біль, брадикардія, анорексія, білий язик, здуття (метеоризм), запори або проноси.

2. Розпал : температура - постійна, 9-10 днів (тифозний статус) на 8-10 день на животі та низу грудей з'являються 4 – 8 розеол, порушується діяльність ЦНС, серцево-судинної системи, кишечника, дихальної системи.

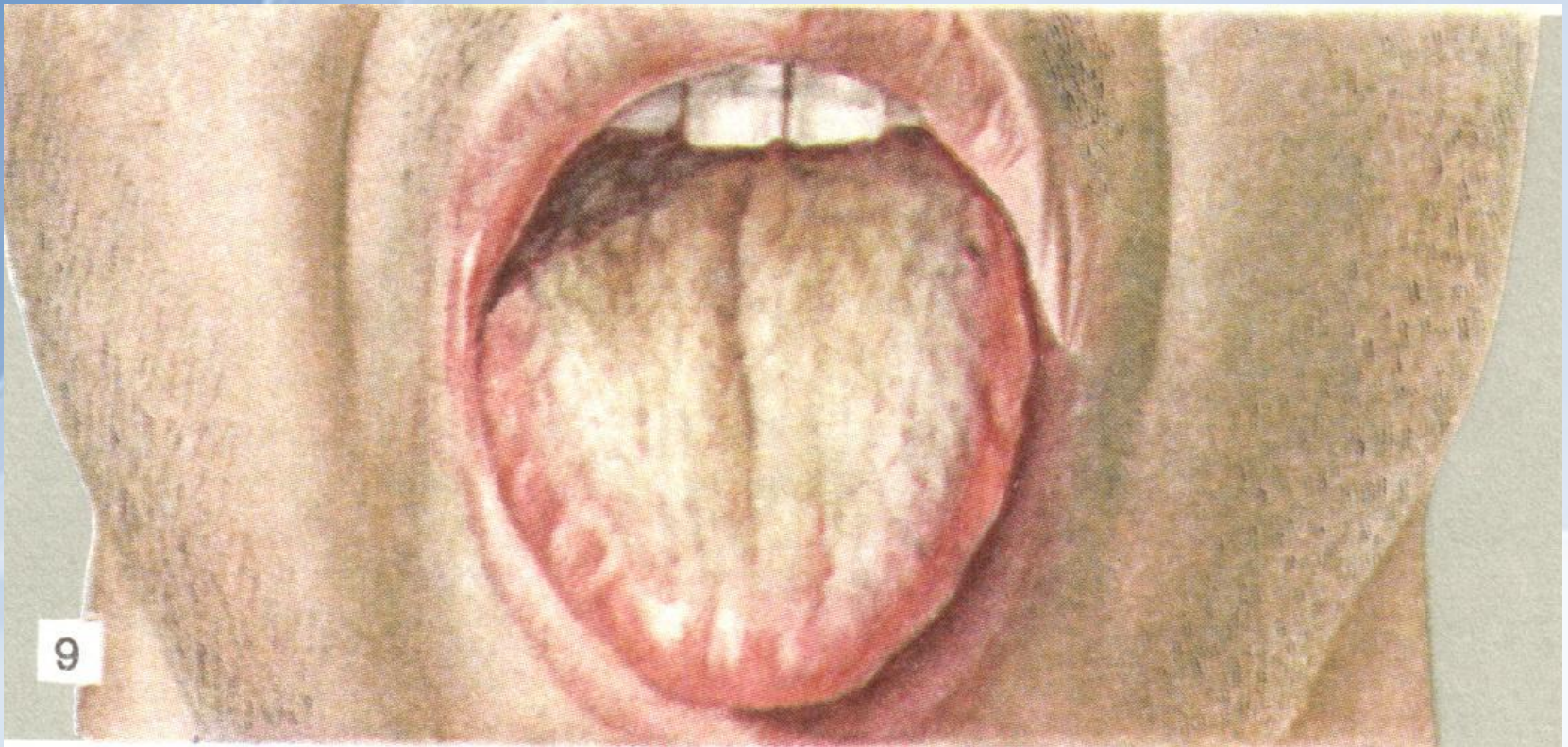


Розеольозна висипка

ЦНС - тифозний статус, апатія, сильний головний біль, марення, безсоння.

- *Серцево – судинна система* - брадикардія відносна, зниження тиску, приглушення тонів серця, розширення границь серця.
- *ШКТ* - збільшення печінки, селезінки, язик збільшений, обкладений коричневим нальотом, відбитки зубів, край чистий, живіт здутий, метеоризм.
- *Дихальна система* - бронхіти, пневмонії.
- *Видільна система* – нефрит, в сечі білок

Язык хворого на черевний тиф



3. Реконвалесценція - поступове зникнення симптомів.

4. Кінець хвороби – видужання. У 3-10% рецидиви.

Форми: типові і нетипові.

● Легкі, середньотяжкі, тяжкі.

Ускладнення:

1. Перфорація виразки кишки

2. Кишкова кровотеча

3. Колапс

4. Міокардит

5. Пневмонія та ін.

Лабораторний діагноз.

1. Бактеріоскопія: мазок та товста крапля крові
2. Бактеріологія: висів крові, калу, сечі на середовища з додаванням жовчі (жовчний бульйон, серед. Рапопорта) та вісмут – сульфітний агар.
3. Серологічні реакції: РА Відаля діагн. титр 1:200

Лікування

1. Постільний режим, догляд
2. Дієта № 2, 4.
3. Етіотропне лікування: антибіотики.
4. Дезінтоксикація в/в: глюкоза 5% , альбумін, неогемодез, розчин Рінгера-Локка та інш.
5. Вітаміни: аскорбінова кислота, рутин, віт. групи В
6. Десенсибілізація – антигістамінні препарати, у тяжких випадках преднізолон 5-7 дн. 20-15мг. на добу зі зниженням протягом 2-3 днів по 10-5 мг.
7. Протигрибкові: ністатин по 500000 x 3-4 р., 6-7 днів
8. Вакциноterapia - при затяжній течії двократно з інтервалом 7-10 днів дорослим 400-800 мкг, Уі- антигену
9. Серцево-судинні препарати по показанням кордіамін, ефедрін, норадреналін, мезатон, строфантин
10. Симтоматичні - при безсонні.
11. Лікування ускладнень

Виписка - Після 3-х разового бак дослідження калу, що проводять на 13,15,17 день нормальній температури, та І разового - жовчі. Диспансерний нагляд проводять два роки

Профілактика

1. Загальносанітарні заходи поза вогнищем:

забезпечення населення доброякісною водою та харчовими продуктами, очищення від забруднення та каналізація населених пунктів.

- Диспансеризація працівників харчових підприємств.
- Санітарна просвіта населення
- Вакцинація по епідпоказникам

2. У вогнищі:

- Госпіталізація хворого, його лікування, виявлення носіїв, нагляд за вогнищем 21 день.
- Заключна дезінфекція.

Паратифи А і Б

Паратиф А, як і черевний тиф, є антропонозом, викликається сальмонелою паратифу А.

Паратиф В – антропозооноз. Джерелом інфекції може бути і людина, і тварина.

Клінічно черевний тиф і паратифи схожі, для них характерно ушкодження лімфатичних утворень кишок, загальна інтоксикація з гарячкою, висипкою, збільшенням селезінки.

Черевний тиф зустрічається частіше ніж паратифи А і В, паратиф А – найрідше. Захворювання тифопаратифозної групи зараз спостерігається рідко, але при них можуть виникнути такі грізні ускладнення як кишкова кровотеча та перфорація кишок внаслідок утворення глибоких виразок в стінках клубової кишки, інфекційно – токсичний шок. До неспецифічних ускладнень належать пневмонія, тромбофлебіт, інфекційно – алергічний міокардит, цистит, артрит, неврит тощо.

Особливості клініки паратифу А і В.

Клінічні прояви паратифу і черевного тифу схожі, тому часто немає достатньо підстав для розмежування їх за клінічною картиною.

Загальними відмінними ознаками паратифу А і В є коротший інкубаційний період, частіший гострий початок хвороби, поява в більш ранні строки густішого типового (при паратифі А), або більшого за розміром елементів (при паратифі В) розеольозного висипу.

У хворих на паратиф А, крім того, температура тіла часто набуває ремітуючого характеру, часом з ознобом і пітливістю. Іноді на початку хвороби спостерігається нежить, вологий кашель, гіперемія лиця, ін'єкція судин склер, герпес на губах. Перебіг паратифу А нерідко триваліший ніж черевного тифу, рецидиви спостерігаються частіше. При дослідженні крові часто виявляється лейкоцитоз, а реакція Віддаля зі специфічним антигеном може бути негативною.

При паратифі В, на відміну від черевного тифу, більша кількість можливих джерел інфекції свійські тварини – рогата худоба, свині, птахи. Частіше відбувається передача інфекції через продукти харчування. Тому в клінічній картині паратифу В, крім наведених частіше, спостерігаються ознаки гастроентериту (блювання, пронос). Раніше, ніж при черевному тифі, збільшуються печінка і селезінка, а відносна брадикардія відзначається рідше. Перебіг хвороби легший і коротший ніж у хворих на черевний тиф і паратиф А, з більшою різноманітністю клінічних форм.

Ускладнення:

небезпечними ускладненнями

є кишкова кровотеча і

перфорація кишок з розвитком

перитоніту.

Домашнє завдання

Вивчити тему “Черевний тиф. Паратифи А і В”

Підручники:

Тітов М.Б. с. 55-76, 122-128

Андрейчин М.А. с. 158-167

Черновіл А.В. с. 440-456