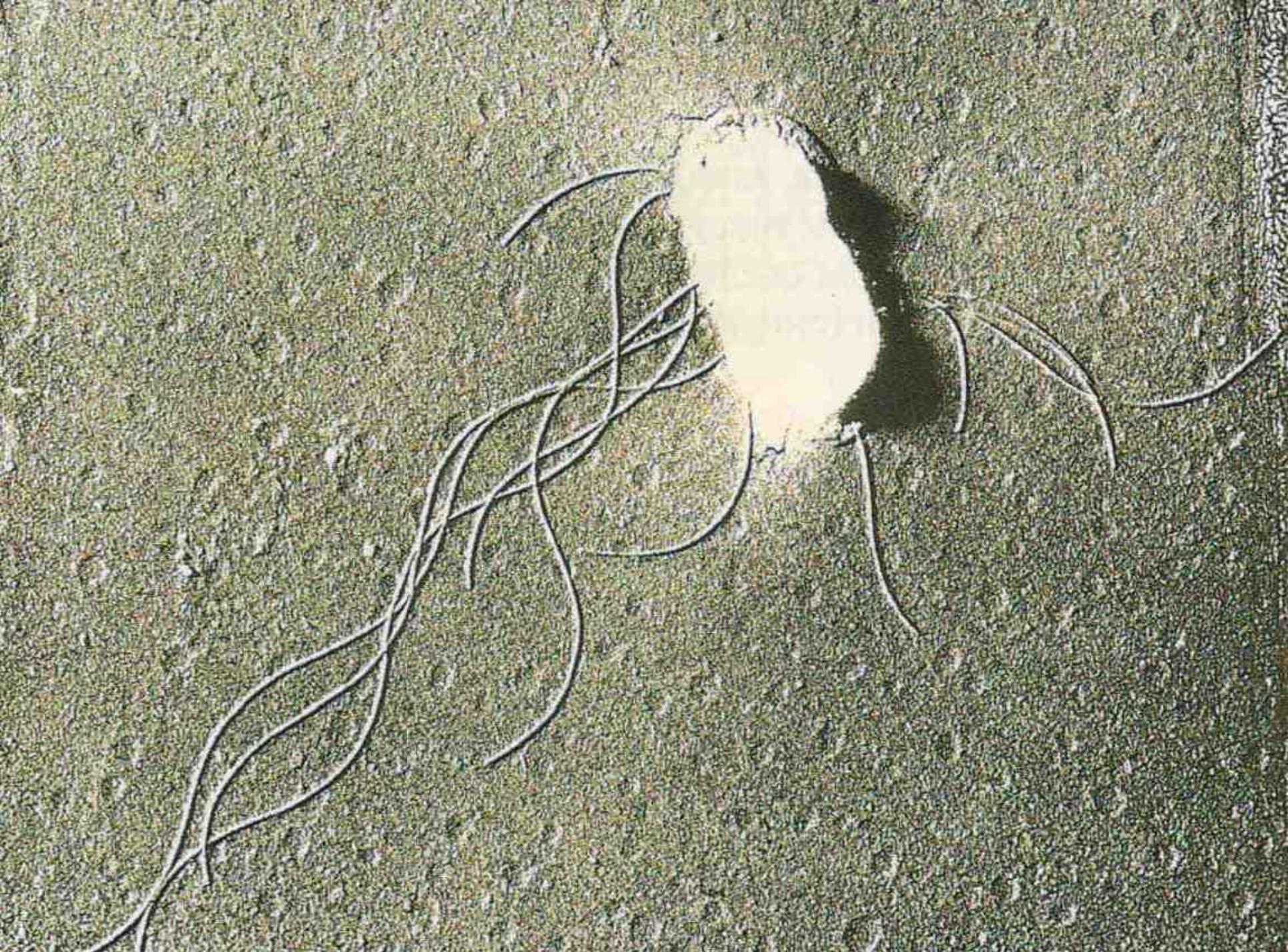


ТИФО-ПАРАТИФОЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология

- ***Брюшной тиф***
- Возбудитель - *Salm.typhi* гр.Д:
- Соматический **O** антиген.
- Жгутиковый антиген (**H**)
- **Vi** -антиген вирулентности, капсульный
- ***Паратифы А и В***
- Паратиф А - *Salm. paratyphi A*
- Паратиф В - *Salm. paratyphi B*



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Антропоноз**
- **Источники инфекции:**
 - **- больной**
 - **- бактерионоситель (транзиторный, реконвалесцентный, (3-5% переболевших),**
 - **- хронический (выделение возбудителя более 3 мес.)**

Механизм передачи-фекально-оральный

- Пути распространения
 1. водный (эпидемия, массовая заболева – емость)
 2. пищевой (семьи, коллективы, постепенно)
 3. контактно-бытовой (санитарное состояние населения и благоустройство местности)
- Естественная восприимчивость людей высокая, иммунитет стойкий.
- Повторные заболевания редки.

Схема патогенеза брюшного тифа

- * Поступление возбудителя в организм через рот
- Внедрение микробов в слизистую оболочку тонкой кишки и накопление их в солитарных и групповых лимфатических фолликулах.
- Поступление возбудителей в мезентериальные лимфатические узлы.

Начальный период (1-я неделя болезни)

- **Период «мозговидного набухания»
лимфоидных образований тонкой
кишки
(пейровых бляшек).**
- **Поступление возбудителей и
токсинов в кровь:**
 - бактериемия
 - эндотоксинемия
 - интоксикация (возможен ИТШ)

Разгар болезни (2-3-я неделя болезни)

- **Паренхиматозная диссеминация возбудителей**
- **Поражение внутренних органов:**
 - печень
 - костный мозг
 - повторно в лимфатические узлы
 - селезёнку
 - возникновение экзантемы как результат заноса возбудителей в сосуды кожи
 - токсическое поражение ЦНС, белого ростка костного мозга

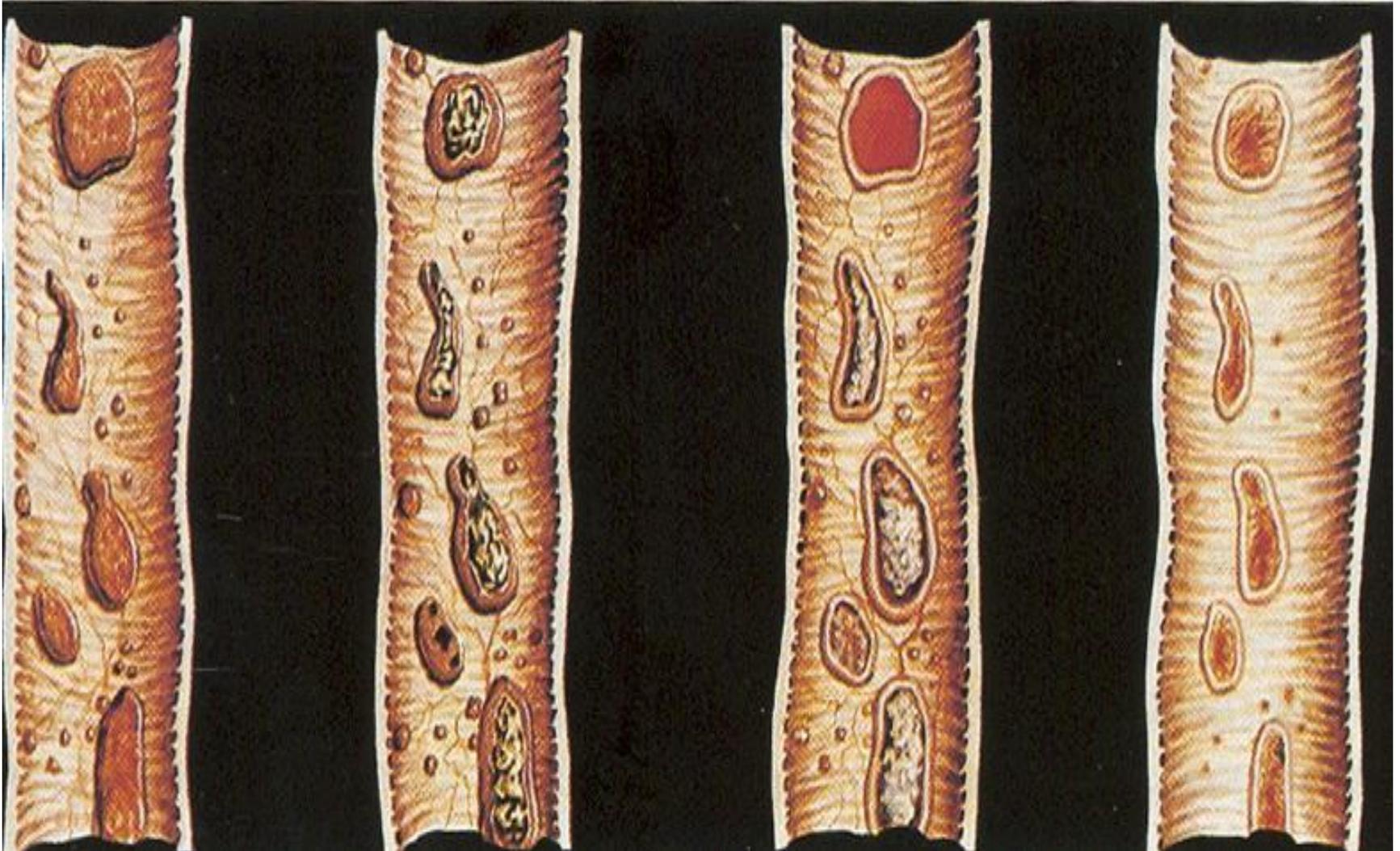
- **Массивная выделение возбудителей через почки, желчевыводящие пути,**
- **Некрозы групповых и солитарных фолликулов – 2-я неделя**
- **Максимальное напряжение иммунных процессов.**
- ***Образование язв - 3-я неделя -***
вследствие отторжения некротических масс в центре групповых лимфатических и солитарных фолликулов.

1. Стадия мозговидного набухания П.Б. (1-я неделя)

2. Стадия некроза (2-я неделя)

3. Стадия образования язв (3-я неделя)

4. Стадия чистых язв, заживления



- **Изъязвление пейровых
бляшек**



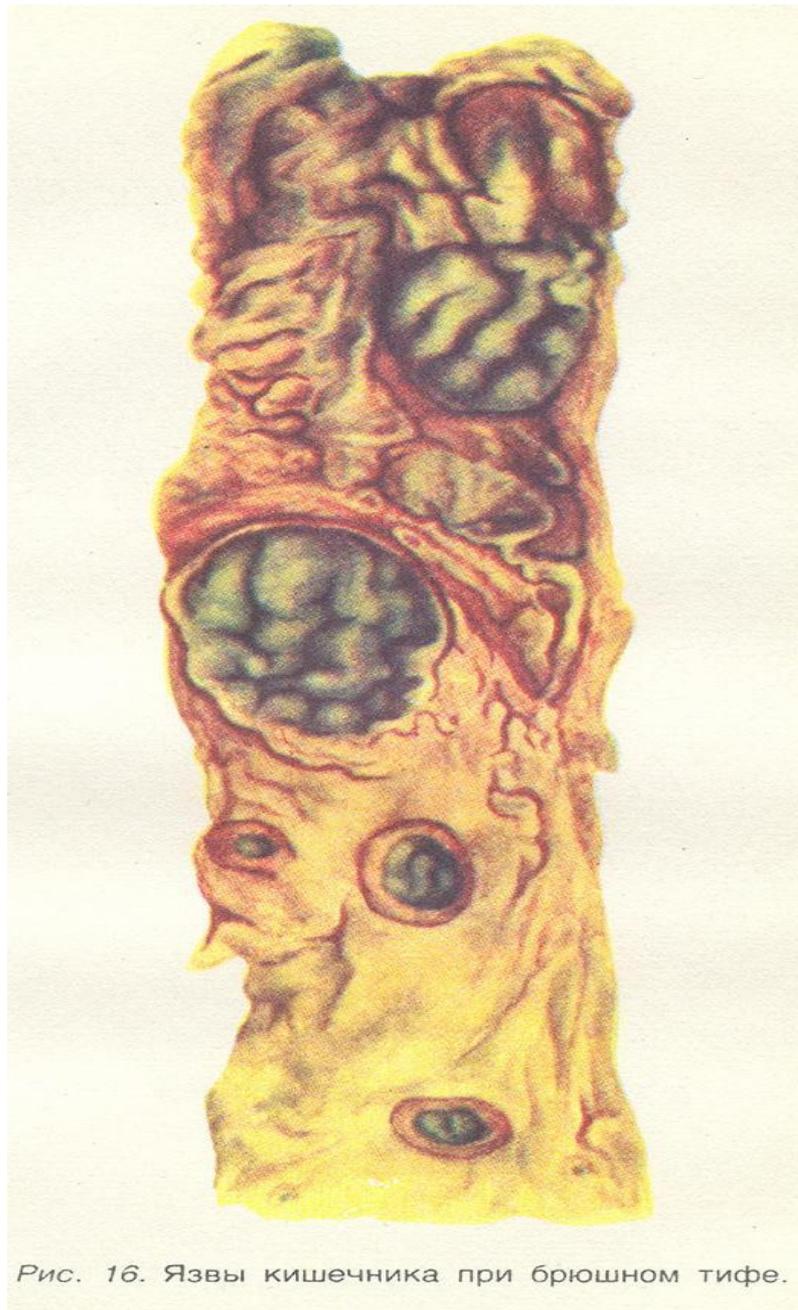


Рис. 16. Язвы кишечника при брюшном тифе.

Период разрешения болезни (4-я неделя болезни)

- **Формирование иммунитета**
- **Наращение продукции антител , фагоцитарной активности макрофагов**
- **Очищение язв от некротических масс**
- период чистых язв.

2, 3, 4 –я недели – возможны осложнения:

- **кишечное кровотечение**
- **перфорация язв - перитонит**

Период выздоровления (5-6-я неделя болезни)

- **Формирование иммунитета**
- **Восстановление нарушенных функций внутренних органов.**
- **Период заживления язв.**

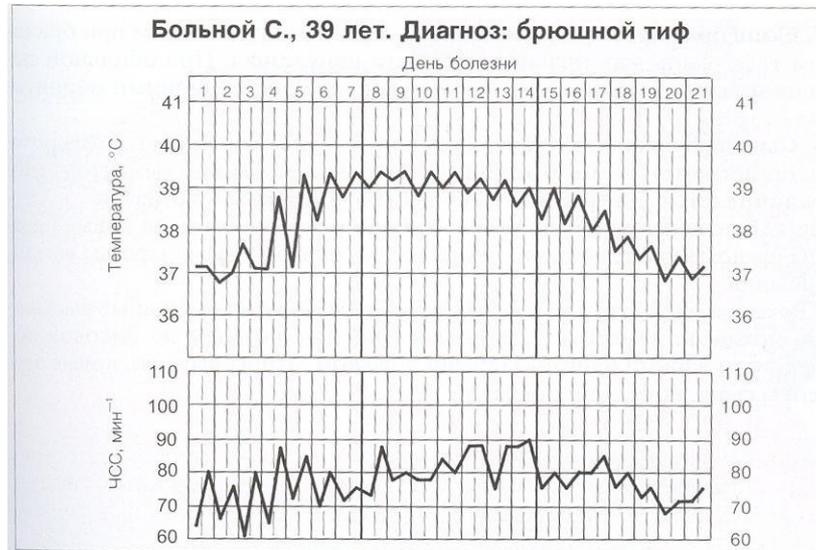
КЛИНИКА

- ***Инкубационный период*** -7 -21, средний 10-14 дней
- ***Начальный период*** болезни (первая неделя)
 - лихорадка,
 - головная боль,
 - ухудшение сна,
 - снижение аппетита,
 - адинамия, заторможенность
 - бледность кожных покровов,
 - относительная брадикардия , гипотония,

- **«тифозный» язык, метеоризм,**
- урчание при пальпации в правой подвздошной области,
- **положительный симптом Падалки,**
(укорочение звука при перкуссии в правой подвздошной области)
- увеличение печени и селезенки,
- тромбоцитопения, лейкопения,
относительный лимфоцитоз,
палочкоядерный сдвиг влево,
эозинопения, ускоренная соэ.

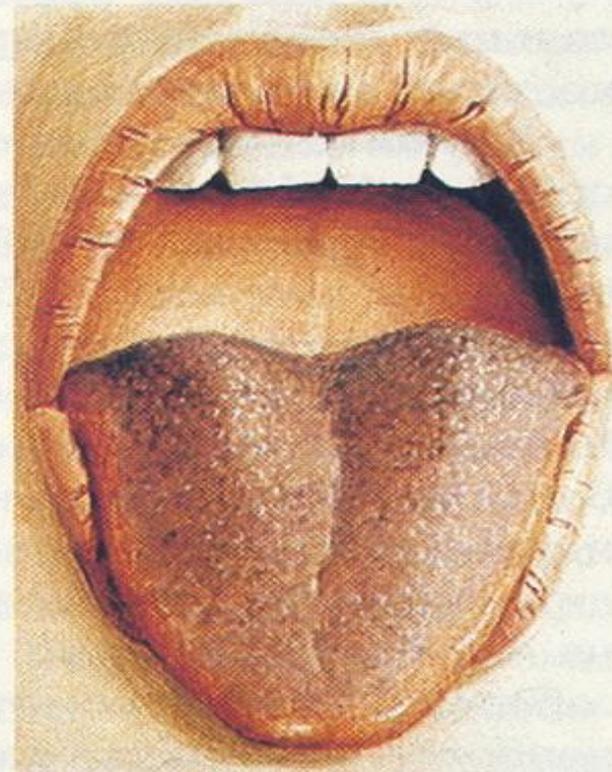
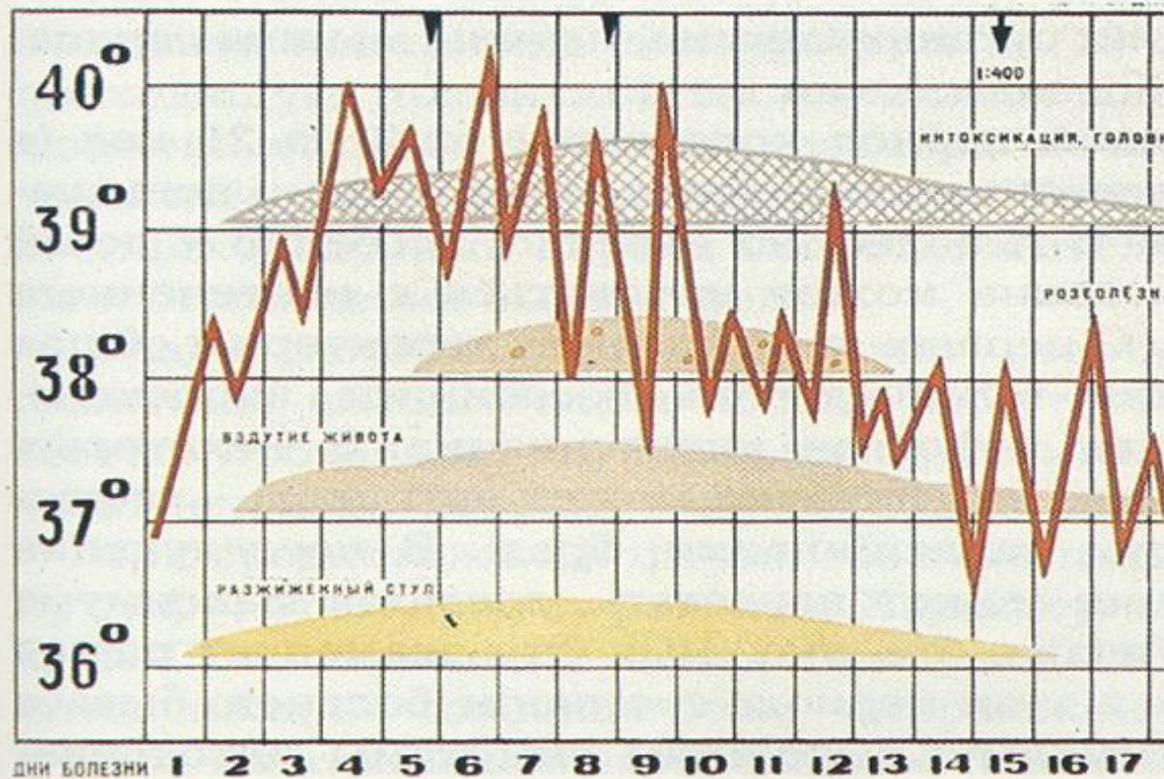
*** *Период разгара (2-я – 3-я недели)***

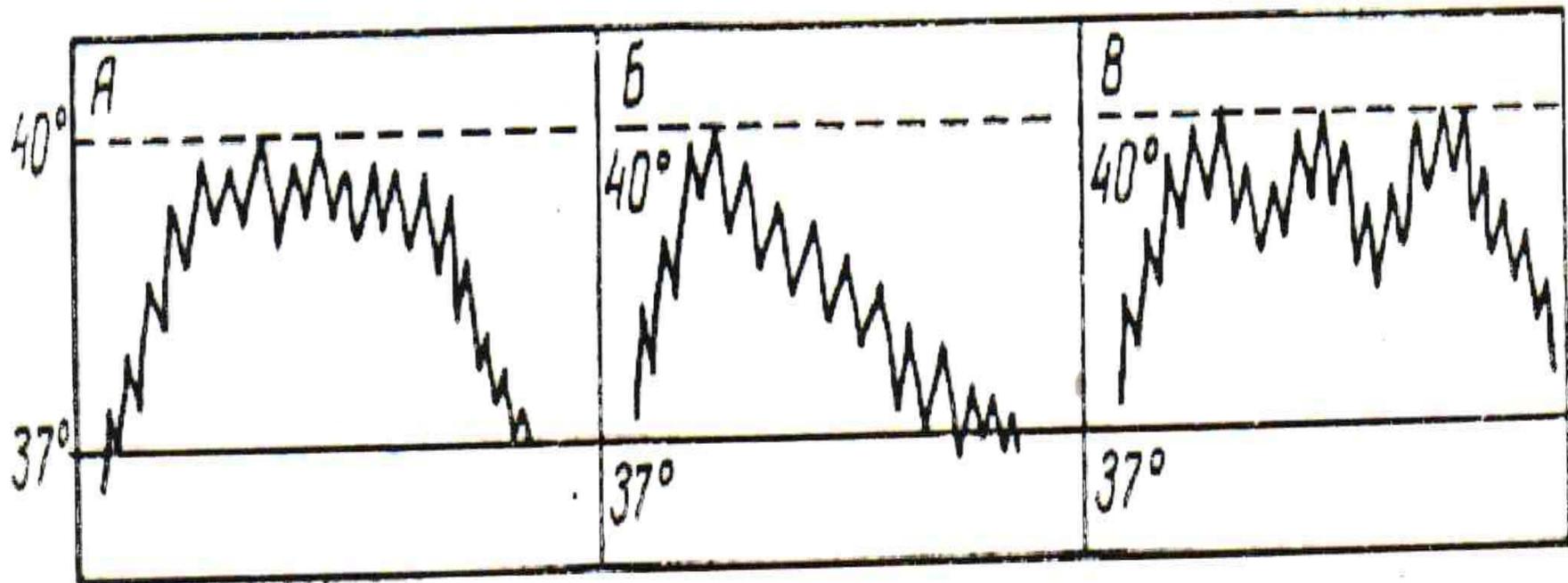
- - розеолезная сыпь на 8-9 день б - ни, сохраняется весь лихорадочн. период ,
- - тифозное состояние
- - сохраняются симптомы начального периода
- ***Период реконвалесценции*** проявляется падением температуры тела и исчезновением признаков интоксикации



85







Брюшной тиф; основные проявления (схема).

Температурные кривые типа: А – Вундерлиха; Б – Кильдюшевского;
В – Боткина.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ
ТЕСТЫ:**

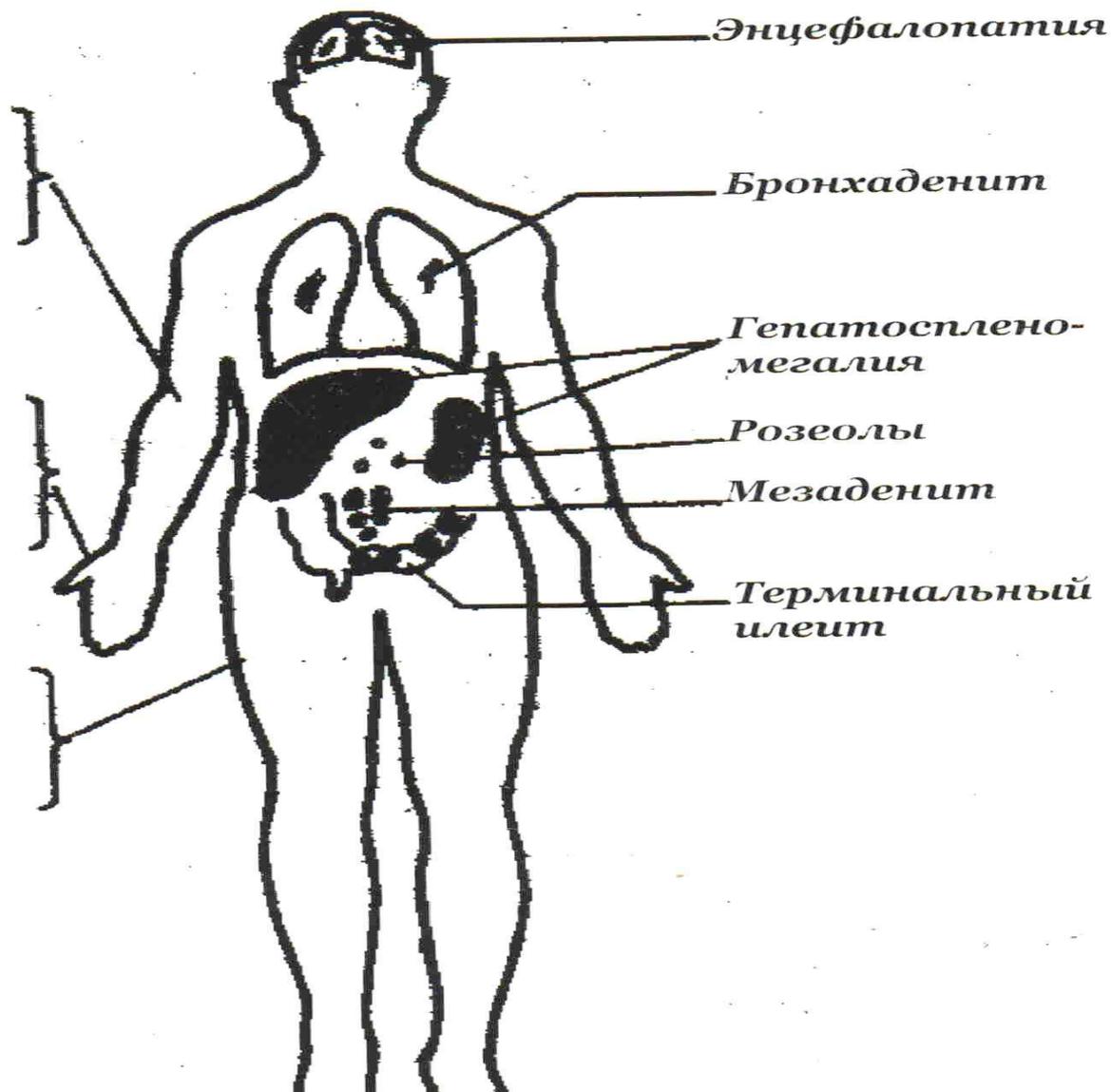


Гемокультура
S. typhi
РНГА $\geq 1:200$

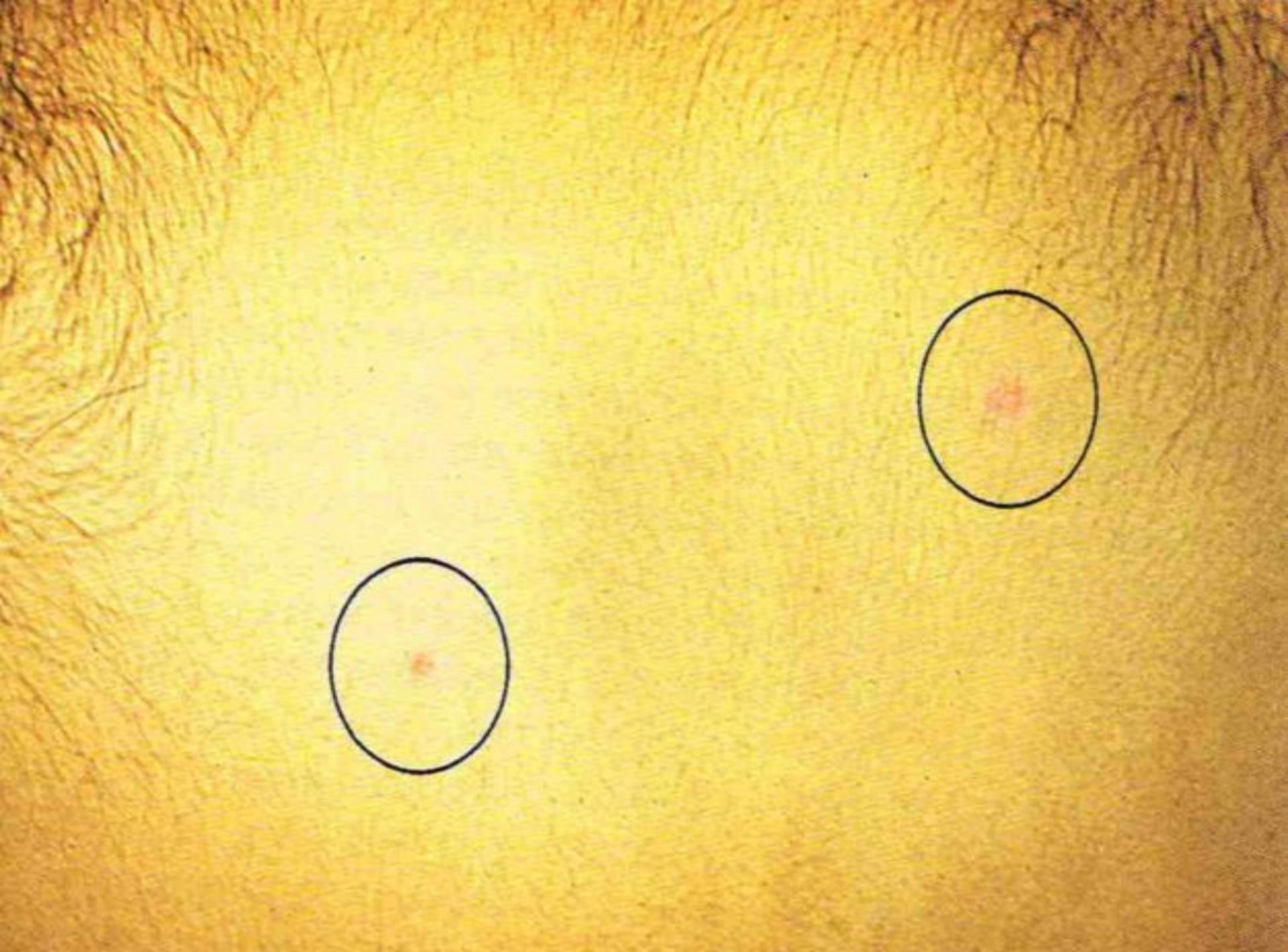
Гемограмма:
лейкопения
нейтропения
увеличение СОЭ

Копрокультура
Уринокультура
S. typhi

СИМПТОМЫ:



**БРЮШНОТИФОЗНЫЕ
РОЗЕОЛЫ
НА КОЖЕ ЖИВОТА
(9^й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ.)**



- **Розеола крупным планом**
- **Вздутый живот (метеоризм)**



89



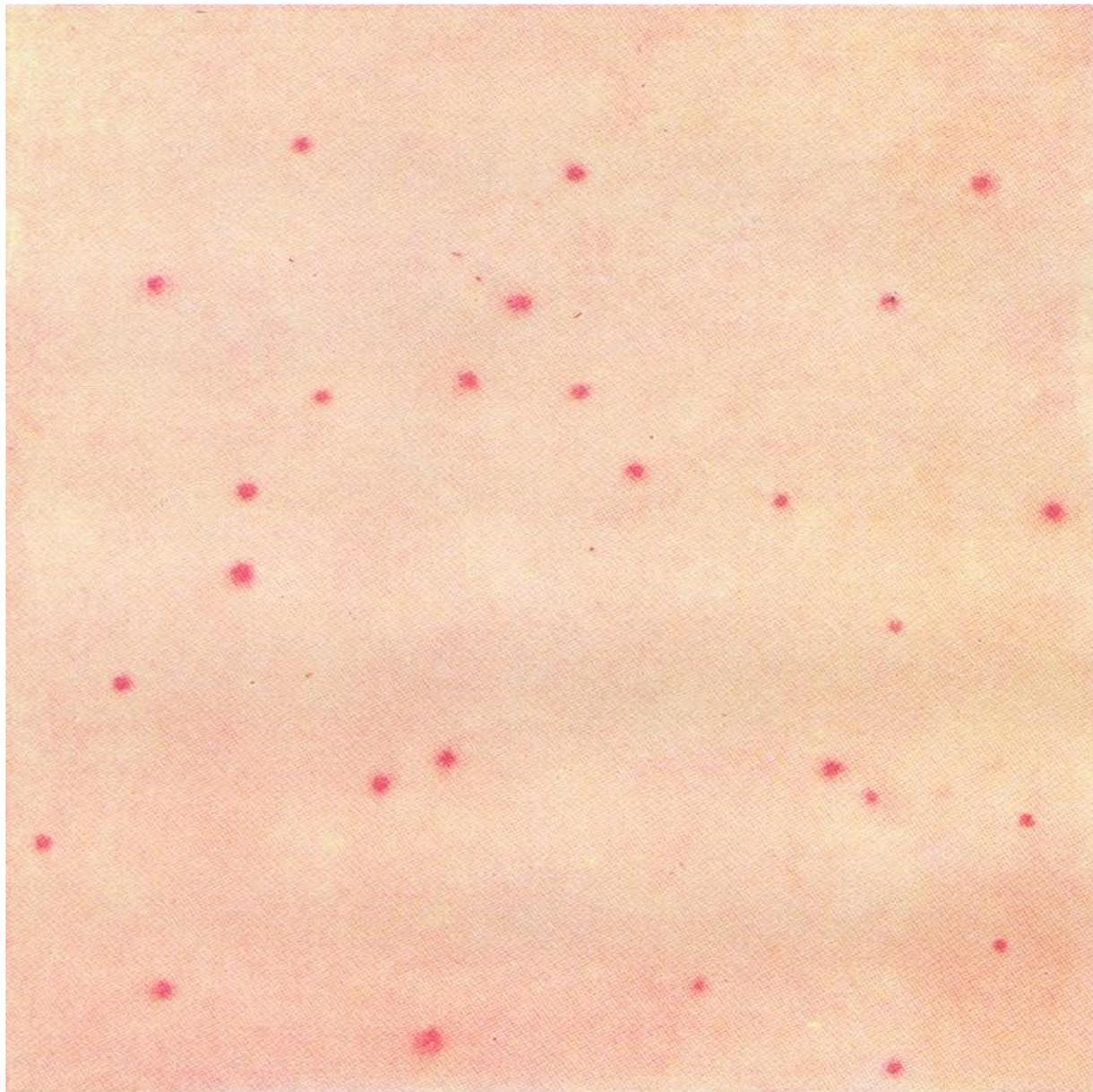


Рис. 18. Розеолезная сыпь при брюшном тифе.

**УТОЛЩЕНИЕ ЯЗЫКА,
ОТПЕЧАТКИ ЗУБОВ ПО
КРАЯМ**

(7^й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ)





Язык при брюшном тифе

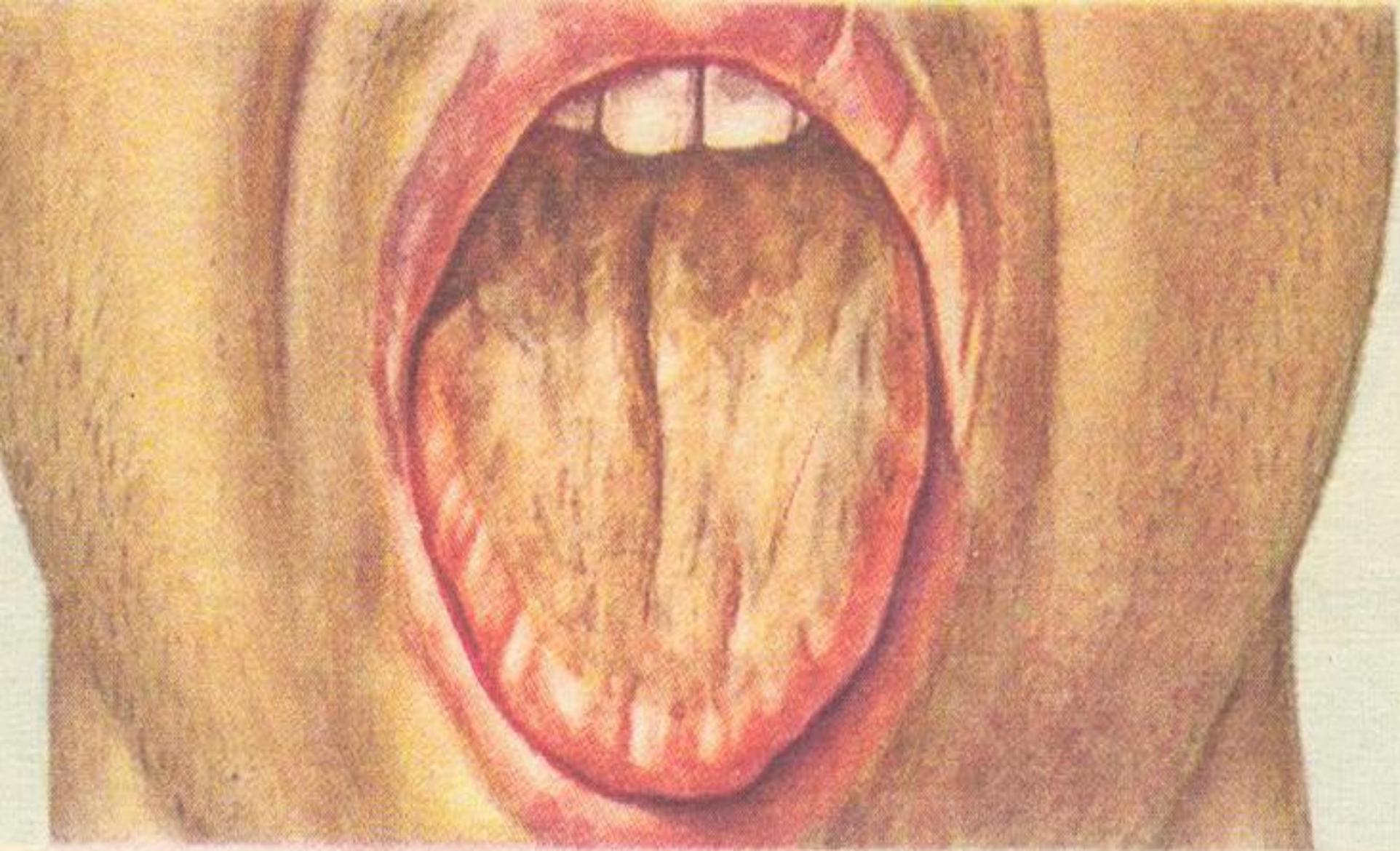


Рис. 9. Язык больного брюшным тифом (5-й день болезни).

Варианты течения:

атипичные формы (амбулаторный тиф)

абортивная форма,

стертая форма

- пневмотиф

- менинготиф

- нефротиф

Обострения и рецидивы

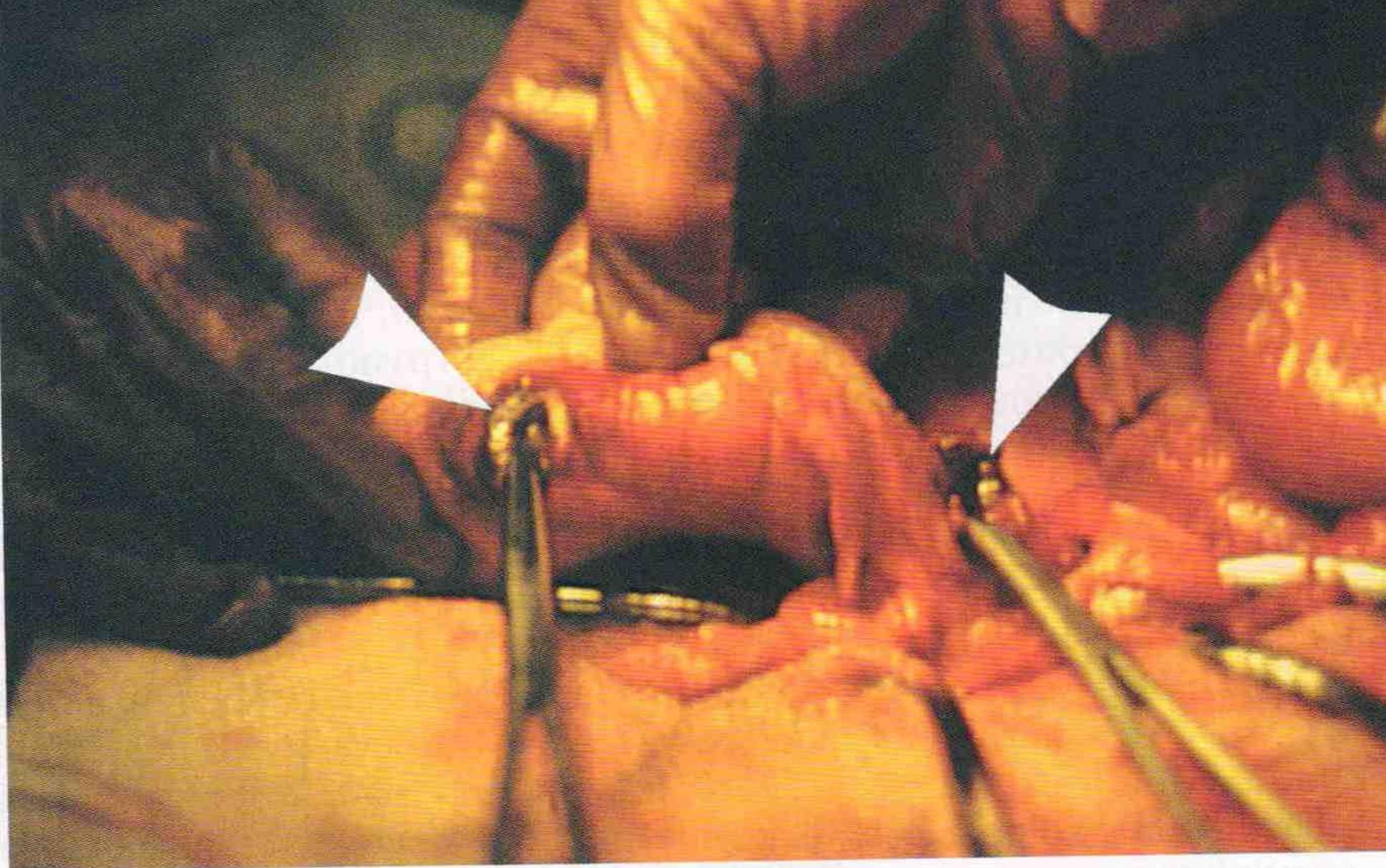
- **Обострения - на фоне уменьшения симптомов интоксикации и снижения температуры усиление всех симптомов заболевания.**
- **Рецидивы - на фоне нормализовавшейся температуры и удовлетворительного самочувствия вновь клинические проявления - лихорадка, интоксикация ,органные поражения.**
- **Экзантема может быть в первые сутки рецидива.**

ОСЛОЖНЕНИЯ

- **1. ИТШ**
- **2. Перфорация тонкой кишки - клиника перитонита – при любой форме болезни**
- **Косвенные симптомы:**
 - падение Т тела,
 - смена брадикардии на тахикардию,
 - отсутствие шумов перистальтики кишечника.
- * **3. Кишечное кровотечение**

3. Кишечное кровотечение

- внезапное падение Т тела,
- жажда,
- падение АД,
- учащение пульса,
- Рвота
- **может быть клинически бессимптомным :**
 - кровь в каловых массах
- уменьшение содержания Нв.



4. Перфорация тонкой кишки (17-й день болезни).

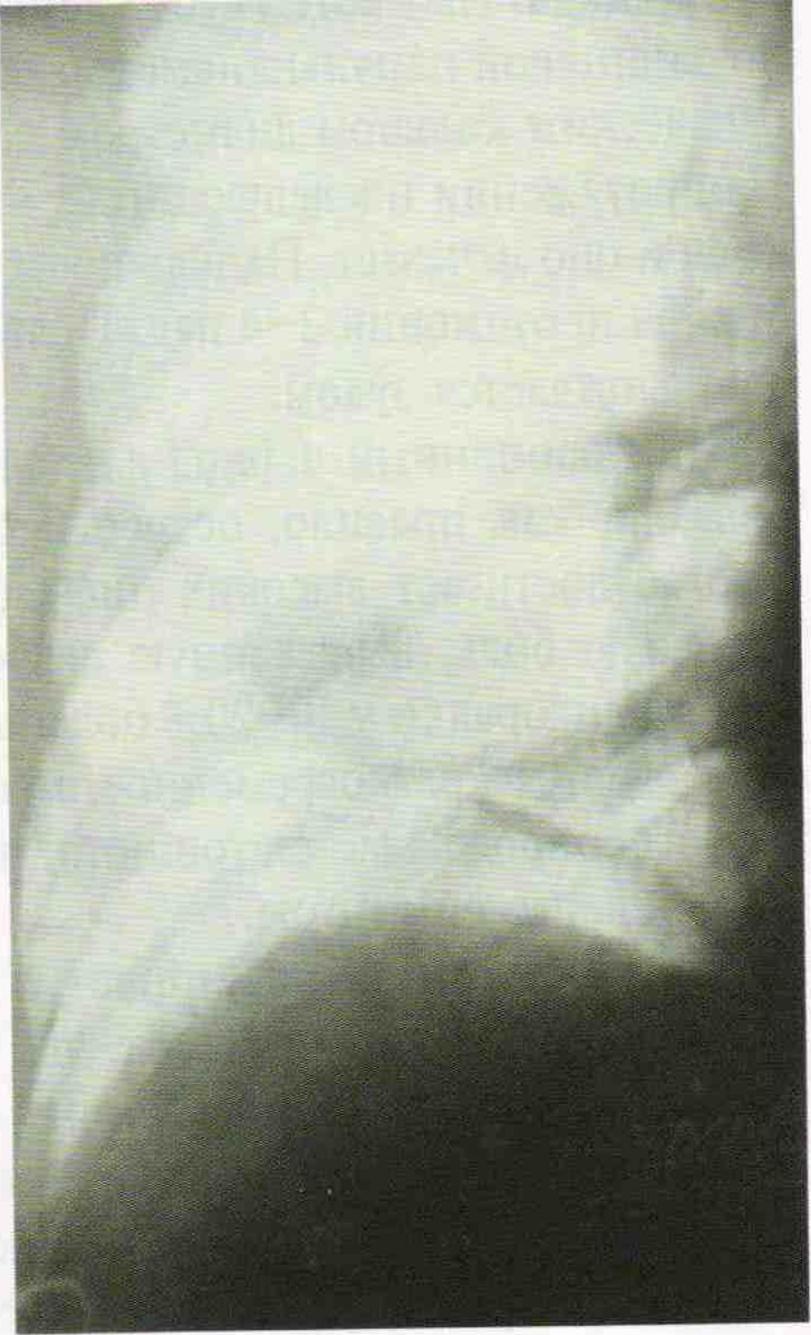


Рис. 4. Перфорация тонкой кишки. Полоска газа в поддиафрагмальном пространстве над печенью (21-й день болезни).

Диагностика

- Эпид. анамнез
- Характерные клинические симптомы
- Основной метод –
бактериологический:
 - в лихорадочный период – забор крови из
вены - гемокультура
- * **Гемограмма**
- На 2-3-й неделе :
 - забор кала – копрокультура
 - мочи – уринокультура
 - в период реконвалесценции – забор



Забор крови на бактериологический посев

- **Серологический - обнаружение антител к возбудителю (к O, H, Vi – антигенам)**
- **- реакция Видаля**
- **- РНГА**

Доказательным является нарастание титра антител в динамике с интервалом – 7 – 10 дней в 4 раза (1:200 - 1:800 и более)

Сестринский процесс

- Независимые вмешательства:
- Измерение T тела, АД, пульса, осмотр стула
- Обеспечение строгого постельного режима
- До 7-8 дня после нормализации t , затем сидеть, с 11-12 дня ходить
- Соблюдение диеты – 4 (механически щадящая, бульоны, сухарики, исключение продуктов, вызывающих метеоризм), питьевого режима (суточная потребность – 500 мл на

- **Оказывать помощь при кормлении**
- **Для профилактики стоматита обрабатывать полость рта р-ром фурациллина**
- **Поддерживать гигиену, смена нательного и постельного белья**
- **Поворачивать в постели максимально осторожно**
- **После дефекации подмывать больного, осушать салфеткой, кожу вокруг ануса смазывать вазелином**
- **При запоре нельзя давать слабительные ср-ва**
- **Очистительная клизма по назначению врача, под небольшим давлением**

- - контроль обеззараживания испражнений, судна, горшка, посуды, остатков пищи,, предметов обстановки, белья
- - дезинфицируют предметы ухода (термометр, шпатель и др.)
- Для личной безопасности медсестра должна тщательно мыть руки после каждой манипуляции с пациентом.
- Использовать гигиенический уровень обработки рук:

- Завернуть рукава халата на 2/3 предплечья
- Открыть кран
- В течение 10 сек. мыть руки с мылом до 2/3 предплечий, особенно тщательно фаланги и межфаланговые пространства
- Ополоснуть водой
- Повторно мытьё каждой руки до 5-6 раз
- Осушить салфеткой
- Если нет условий для гигиенической обработки-обработать антисептиком в течение 2-х минут

Зависимые вмешательства

- Лечение:
- Дезинтоксикационные ср-ва (реамберин) , коррекция водно-солевого обмена (изотонические р-ры), альбумин и др.методы
- Антибиотики –фторхинолоновые препараты (ципрофлоксацин и др.)
- цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон) ,
- нитрофурановые препараты до 9-10 дня нормальной Т)
- Симптоматические ср-ва
- Забор анализов

- **Выписка не ранее 21-го дня с момента нормализации T**
- **При наличии отрицательных результатов 3-х кратного исследования кала через 1-2 дня после отмены антибиотиков**
- **Переболевшие бр. тифом – подлежат диспансерному наблюдению в течение 2-х лет**
- **Декретированные лица – на протяжении всей трудовой деятельности**
- **Вакцинация по эпид. показаниям на территориях с повышенной заболеваемостью начиная с 3-х лет, ревакцинация через 3 года**

Противоэпидемические мероприятия в очаге

- Обязательно КЭИ**
- Обязательная госпитализация пациента**
- После госпитализации – текущая дезинфекция**
- Контактных наблюдают 25 дней**
- Обязательно однократное исследование кала**
- Декретированных до получения анализа отстраняют от работы**

Паратиф А

- Эпидемиология как при бр. тифе
- Клинические особенности:
- в начальном периоде гиперемия лица, инъекции сосудов склер,
- респираторный синдром,
- герпес на губах
- сыпь на 4-7 день, обильная розеолезно-папулезная, могут быть петехии
- Возможны рецидивы

Паратиф В

- Встречается чаще, чем паратиф А
- Источником могут быть животные (свиньи, крупный рогатый скот)
- В передаче инфекции имеет большое значение пищевой фактор
- В клинике:
- Легче, чем бр. тиф
- Начало острое с явлений гастроэнтероколита
- В последующем присоединяются признаки, как при бр. тифе
- Сыпь более обильна

- 1. Сыпь при паратифах**
- 2. Сыпь при бр. тифе**



87

