

# ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

---

Выполнила: Баяхметова Б.  
706 ВОП

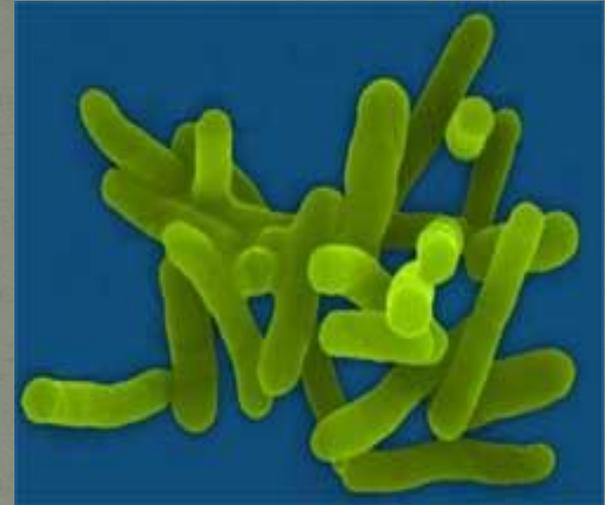
# Введение

- Пищевые токсикоинфекции (ПТИ) – обширная группа острых кишечных инфекций, развивающихся после употребления в пищу продуктов, инфицированных патогенными или условно-патогенными микроорганизмами. Клинически эти болезни характеризуются внезапным началом, сочетанием синдромов интоксикации, гастроэнтерита и частым развитием обезвоживания. Диагноз ПТИ является собирательным и объединяет ряд этиологически разных, но патогенетически и клинически сходных болезней.



# Возбудитель

- Пищевые токсикоинфекции могут вызываться сальмонеллами, шигеллами, условно-патогенными микроорганизмами (*Proteus vulgaris mirabilis*, энтерококки), энтеротоксическими штаммами стафилококка (*Staphylococcus aureus et albus*), стрептококка (В-гемолитические стрептококки группы А), споровыми анаэробами (*Clostridium perfringens*), споровыми аэробами (*Bac. cereus*), галофильными вибрионами (*Vibrio parahaemolyticus*) и др.



# Этиология.

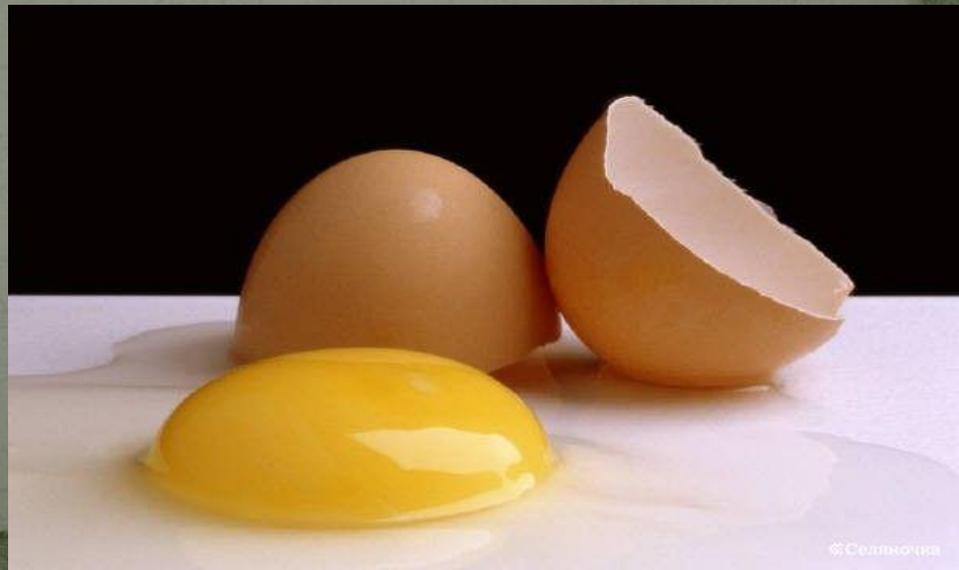
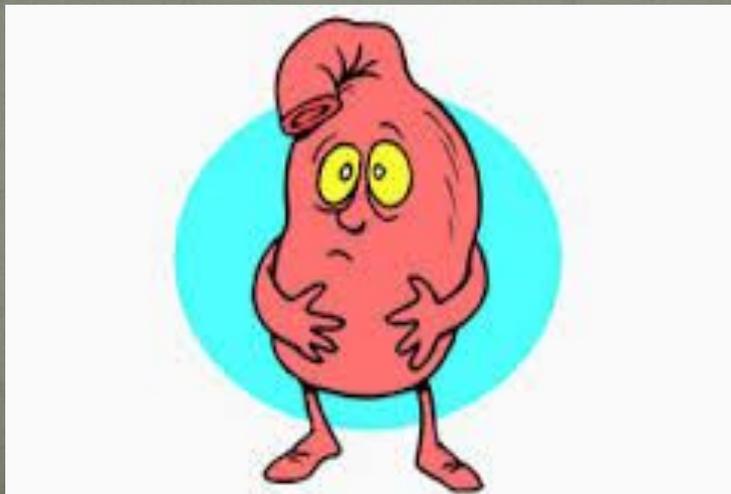
- пищевые токсикоинфекции – полиэтиологическое заболевание. Чаще всего они вызываются сальмонеллами, которые по разным причинам не удается выделить бактериологически, и условно-патогенными возбудителями .
- Выше перечисленные микроорганизмы продуцируют энтеротоксины, усиливающие секрецию жидкости и солей в просвет ЖКТ и цитотоксины, нарушающие белково-синтетические функции кишечника.

- Условно-патогенные бактерии довольно широко распространены в окружающей среде, и большинство из них обитает в кишечнике здоровых людей в виде сапрофитов. Для развития заболевания требуется ряд способствующих факторов как со стороны микроорганизма (достаточная доза, соответствующая вирулентность и токсигенность и т. п.), так и макроорганизма (сниженная сопротивляемость организма, наличие сопутствующих заболеваний и др.). Под действием различных внешних факторов условно-патогенные бактерии быстро меняют такие биологические свойства, как вирулентность, патогенность, чувствительность к антибактериальным препаратам и др., что необходимо учитывать при трактовке вопросов этиопатогенеза данных заболеваний.

# Эпидемиология.

- Источником ПТИ стафилококковой этиологии являются люди, страдающие гнойными инфекциями (панарициями, фурункулезом, пародонтозом, стафилококковыми ангинами, пневмониями и др.), и животные (коровы, овцы, лошади, ослицы), болеющие маститами.
- Возбудители других пищевых токсикоинфекции – *St. perfringens*\* *Bac. cerus*; *Pr. vulgaris mirabilis* и др. выделяются с испражнениями людей и животных, В большом количестве они содержатся в почве, воде открытых водоемов, на овощах и корнеплодах. Возможно эндогенное инфицирование пищевых продуктов при забое и обработке туш больных животных. Путь заражения – алиментарный, контактно-бытовой. Механизм передачи инфекции фекально-оральный.

- Попадая в пищевые продукты, указанные возбудители размножаются в них, одновременно накапливаются токсические продукты, что и служит причиной заболевания. Болезнь может протекать как в виде спорадических случаев, так и вспышек. Она регистрируется в течение всего года, во несколько чаще в теплое время, когда имеются благоприятные условия для размножения возбудителей в пищевых продуктах.



# Клиническая картина

- Клинические проявления пищевых токсикоинфекций очень сходны между собой. Инкуб.период составляет от двух часов до 1 суток, иногда он сокращается до 30 минут. Заболевание начинается остро с появления тошноты, многократной рвоты, схваткообразной боли в эпигастрии или по всему животу. Вскоре присоединяется жидкий, обильный зловонный стул. У части больных одновременно с диспептическими расстройствами появляется озноб, повышение тем.тела до 38-39 \*С, слабость, головокружение, в тяжелых случаях может быть судороги, потеря сознания.



- Быстро развившаяся пищевая токсикоинфекция, начавшаяся с появления интенсивных колющего характера болей в животе, сопровождающихся тошнотой, рвотой и жидким кровянистым стулом при нормальной температуре тела, заставляет думать о клостридиальной природе заболевания (*Cl. perfringens* тип С или F). Для ПТИ протейной этиологии болезни характерен резкий зловонный запах, каловых масс.
- . Существуют некоторые особенности клинической картины, зависящие от вида возбудителя. Так, при стафилококковой этиологии болезнь развивается наиболее остро после очень короткого инкубационного периода (30–60 мин) с появления тошноты, рвоты, которая у отдельных больных в течение нескольких часов принимает неукротимый характер, Наблюдается сильная режущая боль в животе, напоминающая желудочные колики; она локализуется чаще всего в эпигастрии, реже в области пупка. При гастритической форме стафилококковых ПТИ характер стула не меняется. Значительно чаще встречаются, а главное, более быстро развиваются такие симптомы, как адинамия, головокружение, коллапс, цианоз, судороги, потеря сознания.

## Осложнения

- **Осложнения** отмечаются чаще у детей При этом возможно развитие инфекционно-токсического шока, тромбоза сосудов, чаще брыжейки, эндокардита, пиелостазита и др.



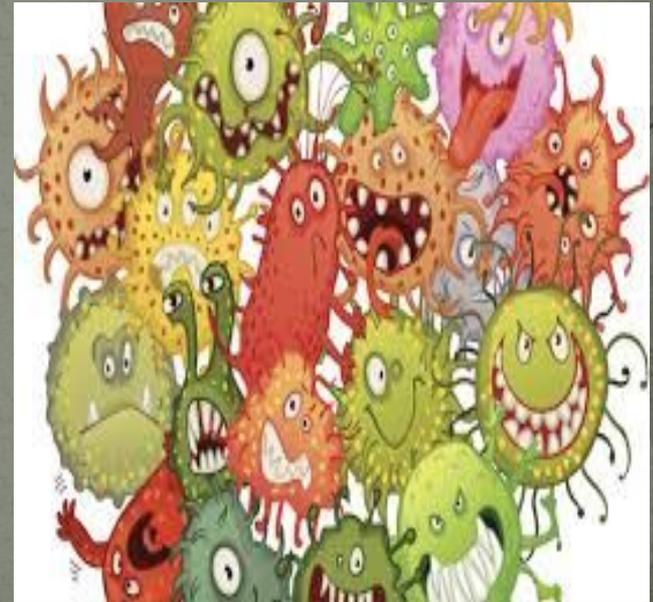
# Диагностика

- Основана на клинических и эпидемиологических данных (употребление подозрительных продуктов, групповой характер заболевания). Для лабораторного подтверждения — выделения возбудителя или его токсина — исследует рвотные массы, испражнения, промывные воды желудка, остатки пищи. Основным методом лабораторной диагностики является бактериологический. Из серологических реакций применяют реакцию агглютинации с аутоштаммами возбудителя с нарастанием титра антител в динамике.

Основа лабораторной диагностики пищевой токсикоинфекции - выделение возбудителя из рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений.

При высеве возбудителя необходимо изучение его токсигенных свойств.

В большинстве случаев выделяемость незначительна.



- Окончательное установление диагноза возможно только при сочетании характерной клинической картины и лабораторного подтверждения. Однако в абсолютном большинстве случаев диагноз остается этиологически не расшифрованным и болезнь расценивается как пищевая токсикоинфекция.

## Дифференциальный диагноз

- Дифференциальный диагноз следует проводить с холерой, ротавирусным гастроэнтеритом, отравлениями солями тяжелых металлов, фосфорорганическими соединениями, ядовитыми грибами, а также острым аппендицитом, инфарктом миокарда, холециститом, менингитами, субарахноидальными кровоизлияниями, гипертоническим кризом. Кроме того, дифференцировать следует ПТИ различной этиологии внутри этой группы.

# Лечение.

- С целью удаления инфицированных продуктов, возбудителей и их токсинов показано промывание желудка, дающее наибольший эффект в первые часы заболевания. Однако при наличии тошноты и рвоты эта процедура может проводиться и в более поздние сроки. Промывание проводится 2% раствором бикарбоната натрия или 0,1% раствором перманганата калия. В случае отсутствия этих растворов может быть использована вода. Промывание следует проводить до отхождения чистых промывных вод. Лучше для этой цели использовать желудочный зонд.

Количество воды, используемое при промывании желудка, в зависимости от возраста ребенка

Возраст	Количество воды	
	одномоментное введение, мл	полное промывание
Новорожденные	15–20	200 мл
1–2 мес	60–90	300 мл
3–4 мес	90–100	500 мл
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	2–3 л
4–5 лет	300–350	3–5 л
6–7 лет	350–400	6–7 л
8–11 лет	400–450	6–8 л
12–15 лет	450–500	6–8 л

- Затем назначается горячий сладкий чай, обильное питье солевых растворов, согревание конечностей (грелки к ногам). Для перорального приема наибольшее распространение получила жидкость следующего состава: натрия хлорида – 3,5 г, калия хлорида – 1,5г, бикарбоната натрия – 2,5 г, глюкозы – 20 г на 1 л питьевой воды. Раствор дают пить небольшими порциями или вводят через назо-гастральный зонд. Количество выпитой жидкости должно соответствовать ее потерям.



- Лечение должно быть комплексным и преимущественно немедленным.
- Неотложную помощь тяжелобольному ребенку оказывают на дому, и только после этого его госпитализируют. Необходимо как можно быстрее промыть желудок и кишечник с целью освобождения от микробов и токсинов.
- При пищевой токсикоинфекции промывают желудок с помощью желудочного зонда или беззондовым методом. Для промывания лучше использовать кипяченую воду или 2% раствор гидрокарбоната натрия. Промывать нужно до отхождения чистой воды. Предпочтение отдается промывке зондом, так как он лучше очищает желудок. С помощью сифонной клизмы очищают кишечник.
- При коллапсе немедленно вводят глюкокортикоиды и сосудистые препараты (кордиамин, мезатон).
- Для дальнейшего выведения токсинов, которые остались в пищеварительном канале, дают внутрь сорбенты: силлардом П по 2-3 г 3 раза в сутки, активированный микросферический уголь марки СКН дозой 45 г однократно или 10-15 г на воде 3 раза в сутки 2-3 дня подряд. Препаратом выбора может быть энтеросгель, смекта, полифепан. Раннее применение энтеросорбентов способствует быстрому улучшению самочувствия и снижению интоксикации, предотвращает осложнения.

- По клиническим показаниям при пищевой токсикоинфекции у ребенка проводят регидратационную и дезинтоксикационную терапию. Для этого применяют изотонический раствор натрия хлорида, трисоль, ацесоль. При выраженном обезвоживании солевые растворы целесообразно начать вводить еще на догоспитальном этапе. Если прекратилась рвота, лучше перейти на оральную регидратацию. Препаратами выбора для оральной регидратации являются глюкосол и регидрон. Растворы дают пить подогретыми до 36-38 ° С по 50-100 мл каждые 10-15 минут, всего 2-5 л в зависимости от степени обезвоживания. Можно применять также отвар сушеных яблок, изюма.
- Антимикробное и противовоспалительное действие имеют напары и отвары таких **лекарственных растений**, как петрушка огородная, ромашка аптечная, мяты перечной, зверобоя обыкновенного, укропа орогодного и другие.
- Для нормализации пищеварения в кишечнике при пищевой токсикоинфекции можно применять **ферментные препараты** (фестал, энзимтал, мезим-форте). Как правило, антибактериальная терапия при пищевых токсикоинфекциях не применяется, поскольку заболевание имеет склонность к самоизлечению, краткосрочное течение, чаще вызывается микробами, на которые антибиотики и сульфаниламидные препараты действуют слабо. Антимикробные препараты могут усилить развитие дисбактериоза. Только при тяжелых формах пищевых токсикоинфекций с развитием колита назначают фуразолидон или нифуроксазид. Антибиотики дают в случае возникновения сепсиса. После прекращения рвоты больному ребенку назначают диету № 4, а с нормализацией стула переводят на диету № 2. Перед выпиской из стационара детям назначают диету № 15.

# Прогноз

Прогноз благоприятный.

Смертельные исходы наблюдаются редко, главным образом при развитии септических осложнений.