



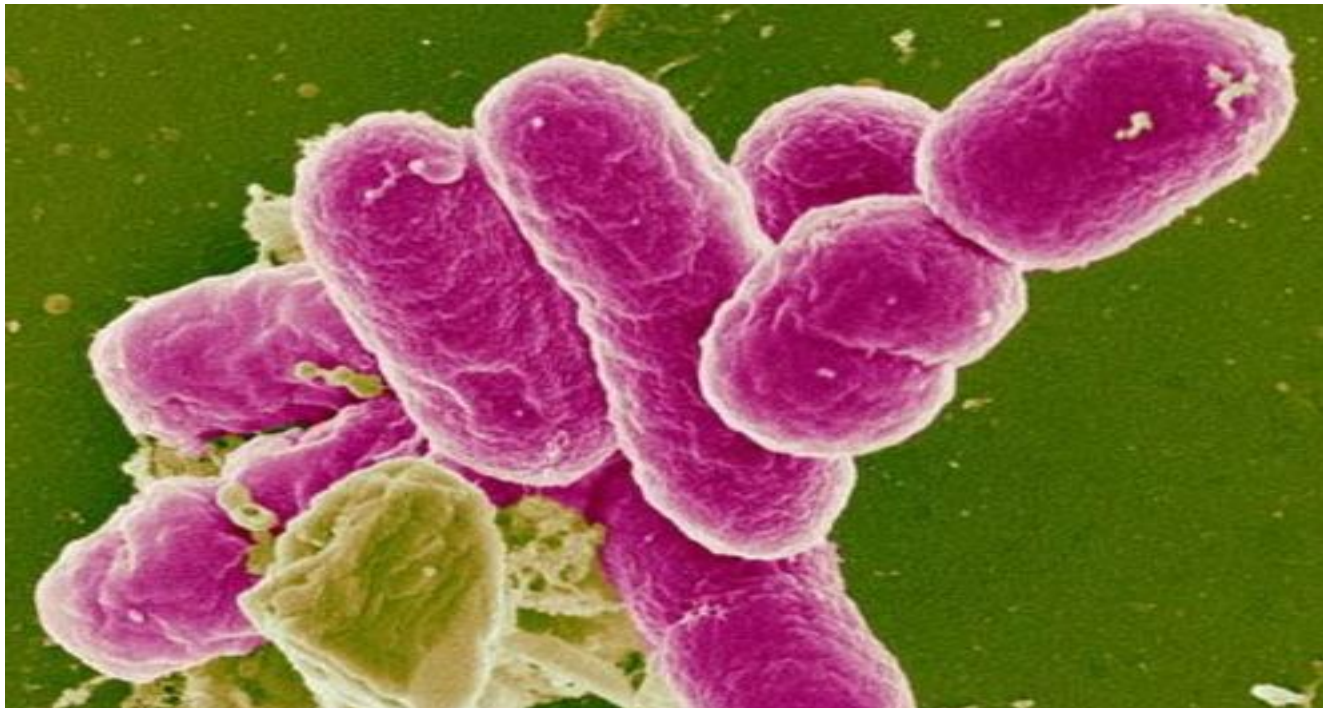
**Запорізький державний медичний  
університет**

**“ЧЕРЕВНИЙ ТИФ”**

# План лекції

1. Загальна характеристика ГКІ
2. Етіологія черевного тифу
3. Епідеміологія черевного тифу
4. Клініка черевного тифу
5. Ускладнення черевного тифу
6. Діагностика черевного тифу
7. Лікування черевного тифу

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) — загальна назва групи заразних захворювань різноманітної етіології, що характеризуються, в першу чергу, ураженням кишківника і дегідратацією (зневодненням) організму хворого.



# Клінічні симптоми ГКІ

- Загальнотоксичний синдром (лихоманка та ін.)
- Нудота
- Блювання
- Біль у животі
- Діарея



## За локалізацією запального процесу:

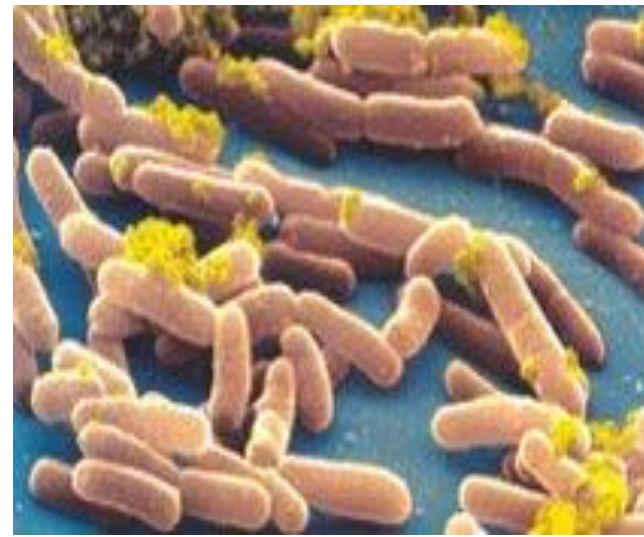
- Гастрит (нудота, блювання)
- Ентерит (розлитий ниючий біль в животі, урчання, калові маси рідкі, рясні, смердючі, пінисті);
- Коліт (біль в животі нападopodobний, локалізується в здухвинній області, калові маси бідні, зі слизом, кров'ю);
- Ентероколіт.



**Черевний тиф** – гостра кишкова інфекція, що характеризується ураженням лімфоїдного апарату тонкої кишки розвитком бактеріємії, інтоксикації, лихоманки, розеольозним висипом, збільшенням печінки та селезінки.

# Етіологія

- Збудник— **Salmonella typhi**, належить до роду **Salmonella**, серологічної групи **D**, родини **Enterobacteriaceae**;
- грамнегативна паличка із закругленими кінцями;
- спор та капсул не утворює;
- рухома;
- росте на поживних середовищах, що містять жовч;
- при її руйнуванні відбувається вивільнення ендотоксину;
- антигенна структура представлена O-, H- и Vi-антигенами;
- добре зберігаються за низьких температур;
- чутлива до нагрівання: при 56 °C гине протягом 45–60 хв, при 60 °C — через 30 хв, при кип'ятінні — за кулька секунд (при 100 °C майже миттєво).

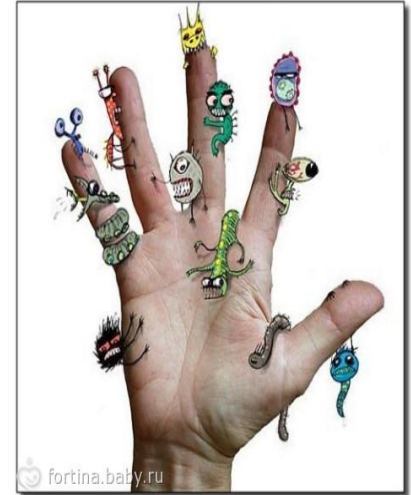


# ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ



**Джерело інфекції** – хвора людина і бактеріоносій.

**Механізм передачі** - фекально-оральний.



**Шляхи передачі:** - харчовий (через контаміновані продукти харчування), водний (через контаміновану воду), контактнo-побутовий (через контаміновані руки, посуд, білизну, дверні ручки).

**Сприйнятливість** до захворювання загальна.

**Сезонність** – літньо-осіння.





# Класифікація

## ❖ За характером перебігу:

- ✓ типічний;
- ✓ атипічний (стертий, абортивний, амбулаторний; форми, що зустрічаються рідко: пневмонії, менингітів, нефротиф, колотиф, тифозний гастроентерит).

## ❖ За тривалістю:

- ✓ гострий;
- ✓ із загостреннями і рецидивами;

## ❖ За тяжкістю перебігу:

- ✓ легкий;
- ✓ середньої тяжкості;
- ✓ тяжкий.

## ❖ За наявністю ускладнень:

- ✓ неускладнений;
- ✓ ускладнений:
  - специфічні ускладнення (кишкова кровотеча, перфорація кишківника, ІТШ),
  - неспецифічні (пневмонія, епідемічний паротит, холецистит, тромбофлебіт, отити та ін.)

# Клініка

Інкубаційний період 5-25 днів.

## Початковий період

- поступовий або гострий розвиток інтоксикаційного синдрому;
- температура тіла ступенеподібно підвищується і до 5–7-ї доби захворювання досягає 39–40 °С;
- **ЦНС:** загальмованість, адинамія, байдужість до довкілля, хворі на питання відповідають однозначно, не відразу;
- обличчя бліде або злегка гіперемоване, зів злегка гіперемований, іноді спостерігають збільшення і гіперемію мигдалин;
- **серцево-судинна система:** відносна брадикардія, артеріальна гіпотензія;
- **дихальна система** – картина бронхіту;



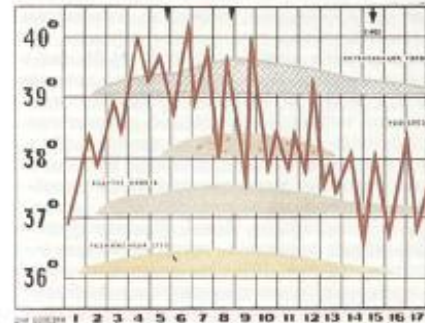
- **травна система:**

- ▣ язик - потовщений, з відбитками зубів на бічних поверхнях, спинка покрита потужним сірувато-білим нальотом, краї та кінчик вільні від нальоту, мають насичено-рожевий або червоний колір;
- ▣ живіт помірно роздутий;
- ▣ пальпаторно в правій здухвинній області визначають грубе, крупнокаліберне бурчання у сліпій кишці і дрібнокаліберне бурчання та болючість по ходу термінального відділу здухвинної кишки;
- ▣ симптом Падалки - вкорочення перкуторного звуку в ілеоцекальній області;
- ▣ калові маси зі схильністю до запору;
- ▣ гепатоспленомегалія наприкінці першого тижня;

- **сечовидільна система:** олігурія, протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія;
- **гемограма:** перші 2–3 дні характеризуються помірним лейкоцитозом, а з 4–5-го дня захворювання визначають лейкопенію зі зсувом вліво, анеозинофілія, відносний лімфоцитоз і тромбоцитопенія, ШОЕ помірно збільшена.

## Період розпалу

- всі симптоми захворювання досягають максимального розвитку;
- наростає інтоксикація;
- температура тіла 39–40 °С постійний або вилеподібний характер;
- **ЦНС:** стан ступору, *тифозний статус* – дезорієнтованість, інверсія сну, марення;
- на 8–10-й день на шкірі живота, нижній частині грудей, кінцівках – монотипний, поодинокий, розеольозний висип, що височіє над рівнем шкіри;
- **Серцево-судинна система:** відносна брадикардія, ще більше знижується артеріальний і венозний тиск, аускультативно - глухість тонів серця, на верхівці і основі серця вислуховують негрубий систолічний шум;
- **дихальна система:** картина бронхіту, пневмонії;



- **травна система:**

- язик - потовщений, густо обкладений сіро-коричневим нальотом, края та кінчик його яскраво-червоного кольору з відбитками зубів;
- живіт роздутий;
- затримка випорожнень, проте можуть бути рідкі, зеленуватого кольору, іноді у вигляді «горохового супу»;
- бурчання і болючість при пальпації ілеоцекального відділу кішківника;
- позитивний симптом Падалки;
- печінки і селезінка збільшені.

- **сечовидільна система:** зменшується кількість сечі, протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія, бактеріурія.

## Період розрешення:

- зниження і нормалізація температури;
- зникає головний біль;
- нормалізується сон;
- поліпшується апетит;
- очищується і зволожується язик;
- збільшується діурез;
- тривало зберігається астено-вегетативний синдром.

## Ускладнення черевного тифу

- Кишкова кровотеча;
- перфорація кишківника;
- інфекційно-токсичний ШОК.



# Діагностика

## БАКТЕРІОЛОГІЧНИЙ МЕТОДИ

### Гемокультура збудника

- кров для дослідження забирають протягом усього лихоманкового періоду;
- посів крові слід проводити протягом 2-3 днів щодня, до призначення антимікробних препаратів;
- кров беруть в кількості 10-20 мл і засівають відповідно на 100-200 мл середовища Раппопорта або жовчного бульйону;
- лише виділення гемокультури достовірно підтверджує діагноз.

### 2. Копро-, урино-, біліокультура

- копро, уринокультуру з 2 тижня захворювання;
- біліокультуру – на 10 день нормальної температури;
- вісмутсульфатний агар, середовища Плоскирева, агари Ендо і Левіна.



# СЕРОЛОГІЧНІ МЕТОДИ

## 1.РА (реакція Відаля)

## 2.РНГА з Н-, О- и Vi-антигеном:

- з О – антигеном 1:200 – гостре захворювання;
- з Н – антигеном – перенесене захворювання раніше або вакцинація;
- з Vi-антигеном – хронічне брюшнотифозне носійство.



# Лечение брюшного тифа

- суворий постільний режим

- дієта № 2

## ПРИ ЗАРАЖЕННІ В УКРАЇНІ

- левоміцетин 0,75-1,0 г 4 рази на добу протягом всього лихоманкового періоду та до 10 дня нормальної температури тіла;

- препарат вибору фторхінолони (ципрофлоксацин 0,4г 2 рази на добу 10-14 днів)

# Лікування черевного тифу

**Зараження на території країн Східної Європи  
(ВООЗ):**

**1-ша лінія - фторхінолони,**

**2-га лінія - АЗИТРОМІЦИН**

**(1 день 0,5 г 1 раз, 2-5 день 0,25 г 1 раз 14 днів,)**

**або АМОКСИЦИЛІН 0,75-1,0 г 3 рази, 7-10 днів.**

**За ускладень - ЦЕФТРИАКСОН 1,0 - 2,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово.**

# Лікування черевного тифу

**Зараження на території країн Південної та Східної Азії (ВООЗ):**

**1-ша лінія - ЦЕФИКСИМ 0,2 г 2 рази 14 днів у комбінації**

**з ЦИПРОФЛОКСАЦИНОМ (0,5 2 рази) або ОФЛОКСАЦИНОМ 0,4 г 2 рази, 10-14 днів,**

**2-га лінія - АЗИТРОМІЦИН 0,5 г 1раз на день - 10 днів.**

# Лікування черевного тифу

Патогенетичне лікування черевного тифу:  
інфузійно-дезінтоксикаційна терапія,  
пробіотики,  
протигрибкові препарати,  
вітаміни,  
імуностимулятори та ін.

При кишковій кровотечі призначають голод на 10–12 годин, холод, гемостатичну терапію (глюконат кальцію, дицинон, амінокапронову кислоту, гемотрансфузію);

При перфорації кишківника – хірургічне лікування.

# Критерії виписки

- після настання клінічного одужання, але не раніше 14-го дня після встановлення нормальної температури тіла (при лікуванні антибіотиками - не раніше 21-го дня);
- триразового негативного бактеріологічного дослідження калу і сечі на бактеріовиділення, проведеного з інтервалом в 5 днів;
- одноразового бактеріологічного дослідження жовчі.

*Після виписки всі реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню. Особи, які працюють на харчових підприємствах, перебувають на обліку протягом усієї трудової діяльності.*

**ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!**

