

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и ПО

Реферат на тему:

«Брюшной тиф»

*Замечаний нет
доц. Т.Ю.*

Выполнила: ординатор 1 года
обучения Старикова Е.О.

Проверил: доц. Кузьмина Т.Ю.

Красноярск 2017г.

Содержание

1. Брюшной тиф
2. Возбудителем брюшного тифа
3. Источник инфекции, пути передачи
4. Эпидемиологические особенности тифопаратифозных заболеваний
5. Профилактика и мероприятия по ликвидации
 - 5.1 Инкубационный период
 - 5.2 Лечение
 - 5.3 Народные средства
6. Литература

1. Брюшной тиф

Брюшной тиф - острая инфекционная болезнь из группы кишечных инфекций, характеризуется бактериемией (наличием возбудителя в крови), поражением лимфатического аппарата кишечника и проявляется лихорадкой, интоксикацией и поражением ряда систем организма.

В старину тифами называли всевозможные острые заболевания, протекавшие с лихорадкой и затемнением сознания. В народе эти болезни обычно называют горячкой. Обычно они носили характер опустошительных эпидемий, сопровождая голод, войны и другие социальные бедствия. В настоящее время тифами называют инфекционные заболевания: брюшной тиф, возвратный тиф, паратифы и сыпной тиф.

2. Возбудителем брюшного тифа

Возбудителем брюшного тифа является тифозная палочка, впервые открытая Эбертом в 1880 г. Это граммотрицательная палочка с закругленными краями спор и капсул не образующая, подвижная, имеющая жгутики, выделяющая эндотоксин. Под действием антибиотиков изменяется и превращается в L- формы; располагается внутриклеточно, что приводит к рецидивам заболевания. Устойчива во внешней среде: на овощах и фруктах сохраняется до 10 дней, на мясных продуктах до 8 недель, а в выгребных ямах - до нескольких месяцев, сохраняется подо

льдом. Возбудитель быстро погибает под действием дезинфицирующих средств.

3. Источники инфекции, пути передачи

Брюшным тифом болеет только человек. **Источником инфекции** является больной человек и бактерионосители.

Бактерии выделяются с калом, мочой, реже слюной. У кормящих матерей могут выделяться с молоком. Заразным больной становится с первого дня заболевания и остается опасным для окружающих в течение всей болезни и до 14 дней нормальной температуры. При бактерионосительстве сохраняется длительное выделение во внешнюю среду возбудителя брюшного тифа. **Передача возбудителя** осуществляется: алиментарным путем - через инфицированные продукты; контактным путем - через окружающие предметы (судно, белье, посуда); водным путем - при использовании воды для питья, для мытья посуды, овощей, фруктов, а также при купании. При загрязнении водоисточников - рек, водопроводов, колодцев может возникнуть эпидемия брюшного тифа. В передаче инфекции большое значение имеют **мухи**, которые на своих лапках разносят возбудителя брюшного тифа, загрязняя продукты и тем самым рассеивая инфекцию. Подъем заболеваемости начинается с июля, достигая максимума в сентябре - октябре.

Входными воротами инфекции является - ротовая полость. Возбудитель брюшного тифа через рот попадает в кишечник, проникает через лимфатический аппарат кишечника в мезентериальные лимфатические узлы, где он накапливается, размножается. Затем происходит прорыв лимфатического барьера - и палочки с током лимфы через грудной лимфопроток проникают в кровь. Бактерии частично погибают; при этом выделяется эндотоксин. Палочка разносится по всем органам и тканям. Затем начинает выделяться с током желчи, мочой и калом. В кишечнике, на месте внедрения микроорганизмов развивается резкий аллергический воспалительный процесс с некрозом и образованием язв. В основном поражается нижний отрезок подвздошной кишки.

4. Эпидемиологические особенности тифопаратифозных заболеваний.

1. Заболеваемость по России колеблется в пределах 0.2 - 0.5 на 100 тыс. населения, для сравнения дизентерия - 25 на 100 тыс. населения. Т.е. заболеваемость не велика. Актуальность проблемы состоит в том, что

существуют хронические бактериовыделители брюшного тифа (кто предложит метод из радикального излечения получит нобелевскую премию).

1. Специфические осложнения, которые встречаются до сих пор и часто приводят к летальным исходам (кишечные кровотечения, перфорация язв двенадцатиперстной кишки).

1. Механизм передачи: фекально-оральный

1. Пути передачи:

Водный (сейчас стал встречаться гораздо реже)

Пищевой (особенно часто встречается в городах)

Контактно-бытовой существует благодаря тому что у бактериовыделителей в 1 Мл мочи содержится более 100 млн. Микробных тел, хотя для заражения Достаточно 10. Т.о. Поддерживаются неблагоприятные эпидемиологические Условия.

5. Источник инфекции: носители и больной.

6. Крупные вспышки для нас к счастью не характерны, но зато в таджикистане, Узбекистане это характерно. В настоящее время ситуация изменилась так, что Брюшного тифа стало встречаться немного меньше в удельном соотношении по Сравнению с паратифами.

7. Сезонность, как и при всех кишечных инфекциях летне-весенняя – потому Что легче реализуется фекально-оральный путь передачи: больше употребляется Жидкости что ведет к снижению кислотности желудочного сока в результате Более легкое проникновение микроба.

8. Восприимчивость примерно 50%.

Основная группа, наиболее поражаемая это молодой возраст и дети. Иммуитет Стойкий и продолжительный (но у тех, кто лечился антибиотиками возможно Повторное заболевание.

Механизм передачи - это путь движения патогенного начала от источника к Восприимчивому организму. В схематической цепочке т.о. Получается 3 звена:Источник инфекции, пути и факторы передачи и восприимчивый организм.

Поэтому с целью профилактики надо действовать на все три звена:

1. Источник инфекции (изоляция и обучение человека как себя вести)
2. Пути и факторы передачи (надлежащий санитарно-гигиенический режим в Квартире, отделении и т.д.)
3. Восприимчивый организм: (этим занимаются те, кто посылает контингент в Районы с повышенным риском заражения) прививка от брюшного тифа.

5.Профилактика и мероприятия по ликвидации

5.1Инкубационный период

Инкубационный период длится 14 дней. Заболевание начинается постепенно. Больной не может точно указать день начала болезни. Отмечаются слабость, недомогание, вялость, снижение аппетита, нарушение сна. Температура тела постепенно нарастает и достигает 39-40°C к концу первой недели. Температура может держаться 2-3 недели и при отсутствии специфической терапии снижается только к концу 4-5-й недели. Симптомы интоксикации постепенно нарастают. Больной заторможен, может быть бред по ночам, потеря сознания.

На кожных покровах на 8-10-й день болезни появляется сыпь в виде розеол, располагающихся на груди и животе. Розеолы представляют собой бледно-розовые пятнышки круглой формы, диаметром 2-4 мм. Угасая, сыпь не оставляет пигментации и шелушения. Ее наличие говорит о рецидиве заболевания и ухудшении состояния больного.

Со стороны органов кровообращения отмечается гипотония, приглушение тонов сердца, дикротия пульса - двойной пульсовой подъем, ощущаемый при пальпации.

При осмотре больного обнаруживается утолщенный, обложенный белым налетом язык, с отпечатками зубов по краям. Чем темнее налет на языке, тем хуже состояние больного, особенно показателей сухой, коричневый, с трещинами - фунигинозный язык. Живот вздут вследствие метеоризма. При пальпации правой подвздошной области отмечаются урчание и умеренная болезненность. К концу первой недели увеличиваются печень и селезенка. В первые дни болезни отмечаются запоры, со второй недели стул энтеритного характера 2-3 раза в сутки - обильный, со слизью. Частый жидкий стул при брюшном тифе - предвестник кишечного кровотечения.

Клиническая картина брюшного тифа отмечается большим разнообразием. Иногда на фоне начинающегося выздоровления состояние больного вновь резко ухудшается. Температура тела повышается до 38-40°C, все симптомы брюшного тифа, не успевшие угаснуть, вновь проявляются с еще большей силой. Эта клиническая картина характеризуется обострением брюшного тифа, что может затянуть выздоровление на 6-8 недель. Наряду с тяжелым течением брюшного тифа встречаются и легкие формы, которые часто отмечаются у привитых. Проявляются в виде незначительных недомоганий, слабости, повышении температуры до субфебрильных цифр. Такая клиническая картина затрудняет диагностику брюшного тифа - и решающее значение в таких случаях имеет посев крови. Посев крови - гемокультуру - необходимо сделать до начала лечения антибиотиками.

Самым тяжелым осложнением брюшного тифа является прободение язвы кишечника (перфорация). При этом осложнении может не быть резких болей в животе и напряжения брюшных мышц. Однако болезненные явления быстро нарастают, живот вначале втянут, затем вздут, не прослушивается перистальтика кишечника. Необходима срочная операция.

На 3-4-й неделе может развиваться кишечное кровотечение. Тогда в кале обнаруживается неизменная кровь или стул приобретает дегтеобразный характер (это зависит от степени кровотечения). К осложнениям брюшного тифа относятся также пневмония, холецистит, пиелит, менингит. Однако благодаря антибиотикотерапии количество осложнений резко снизилось.

5.2 Лечение

Все больные при подозрении на брюшной тиф должны обязательно госпитализироваться в инфекционный стационар.

Больному назначается строгий постельный режим. Ротовую полость надо полоскать после каждого приема пищи, зубы чистить два раза в день. Кожные покровы протирают чистой теплой водой с последующим вытиранием досуха. Больному разрешается сидеть только на 9-10-й день нормальной температуры, а вставать на 14-15-й день.

Пища больного должна быть легко усвояемой, богатой витаминами. Рекомендуют выпивать в день не менее 1,5-2 л жидкости (чай, соки, настои трав, шиповника). Из продуктов питания в рацион обязательно включают сливки, сливочное масло, всевозможные каши, картофельное пюре с протертым мясом, отварную рыбу, яйца всмятку, свежие протертые фрукты, фруктовые кисели.

В течение всего периода постельного режима больные получают стол N 1 по Певзнеру, хлеб заменяется сухарями. Допускается черствый белый хлеб при легком течении болезни. Питание больных должно быть достаточным. За 5-7 дней до выписки из стационара больных переводят на диету N 15.

В настоящее время для лечения брюшного тифа используют левомицетин. Его назначают по 0,5 г 6 раз в сутки за 20-30 минут до еды до третьего дня нормальной температуры. Затем дозу снижают до 0,5 г 4 раза в день 2 дня и еще 8-10 дней по 0,5 г 3 раза в сутки. При рвоте можно вводить левомицетина суукцинат натрия внутривенно или внутримышечно. Обычно вводят по 0,7 г 3 раза в сутки. Можно использовать левомицетин в свечах.

При отсутствии эффекта от лечения левомицетином, при различных противопоказаниях к его назначению, а также при непереносимости препарата назначают ампициллин внутрь по 1-1,5 г 4-6 раз в сутки до 10-12-го дня нормальной температуры. Можно использовать ампициллин внутримышечно (по 0,5 г через 6 ч.). Возбудители брюшного тифа чувствительны также к другим антибиотикам: стрептомицину, гентамицину, цефалоспорином, тетрациклинам.

Для устранения интоксикации применяют инфузионную терапию: внутривенно вводят глюкозу, солевые растворы. При тяжелых формах назначают кортикостероидные препараты (преднизолон, гидрокортизон) коротким курсом (5--7 дней). Во время лихорадочного периода назначают комплекс витаминов (аскорбиновая кислота, витамины B1, B2, никотиновая кислота).

Для профилактики рецидивов наиболее эффективным оказалось сочетание антибиотикотерапии с последующим применением вакцины. При использовании вакцины частота рецидивов уменьшается в 3-4 раза. Вакцину вводят различными способами (подкожно, внутрикожно, путем электрофореза) по определенным схемам. Во время вакцинотерапии рекомендуют проводить общее ультрафиолетовое облучение.

При кишечном кровотечении больному необходимы абсолютный покой, холод на живот, переливание крови в небольших дозах (75-100 мл), внутривенное введение 10%-го раствора хлорида кальция (10 мл) 1%-го раствора викасола (1 мл), 5%-го раствора аминокaproновой кислоты (200 мл). Больного не кормят 12 часов. Затем дают кисели, желе, яйцо всмятку в течение 4-5 дней.

При перфорации кишечника необходимо неотложное хирургическое вмешательство.

При инфекционном психозе рекомендуют вводить внутримышечно смесь: аминазина (1-2 мл 2,5%-го раствора), с 4 мл 0,5%-го раствора новокаина в сочетании с димедролом (1 мл 2%-го раствора) и сульфатом магния (10 мл 25%-го раствора).

При рецидивах заболевания проводят курс лечения левомецетином или ампициллином в течение 5-7 дней.

5.3 Народные средства

Несколько употребляемых в народе средств, позволяющих избежать заражения брюшным тифом.

1. Корневище аира обыкновенного считается в народной медицине сильным бактерицидным средством. Его использование при эпидемиях гриппа, холеры, брюшного тифа: корневище жевали в сыром виде как профилактическое средство от заражения.

2. В народной медицине рекомендуют носить при себе чеснок, чтобы предупредить заболевание брюшным тифом.

В старинных русских травниках, лечебниках имеются указания о предохранительном действии чеснока во время эпидемий холеры, гриппа, брюшного тифа.

3. Считается, что шампиньоны обладают активным действием против возбудителей тифа и паратифа.

4. Против тифа окуривают черным дегтем.

5. Положительно влияют на лечение болезни и используют для выздоровления при тифе: коровье молоко, творог, кефир, отвар шиповника, черной смородины, овощные соки, фрукты, кофе с лимоном или красным венгерским вином, дрожжи с пивом.

В комплексной терапии брюшного тифа можно использовать различные травы: отвары из корней кровохлебки (особенно осеннего сбора, убивающие тифозные и паратифозные группы микробов в течение 15 минут, оказывающие вяжущее, противовоспалительное, обеззараживающее и болеутоляющее действие). Отвар из корней кровохлебки готовят следующим образом: 1 ст. л. нарезанных корней на 1 стакан кипятка, кипятить 30 минут, остудить, процедить и принимать по 1 ст. л. 5-6 раз в день.

Препараты валерианы эффективны для лечения некоторых заболеваний желудка, они обладают желчегонным и антибактериальным действием. Целесообразно применение обычных доз настойки валерианы в комплексе для лечения тифо-паратифных заболеваний.

Смородину применяют, как средство тонизирующее сердечно-сосудистую систему, при инфекционных заболеваниях, в особенности с геморрагическими явлениями (склонностью к кровоизменениям). При гастритах, язве желудка, энтеритах принимают свежий сок из ягод по 2-3 рюмки 3 раза в день или употребляют отвар и кисель из смородины.

Как общеукрепляющее средство применяют следующий сбор:

- родиола розовая (корни) 4 части,
- заманиха высокая (корни) 4 части,
- шиповник коричневый (плоды) 4 части,
- боярышник кроваво-красный (плоды) 3 части,
- крапива двудомная (листья) 3 части,
- зверобой продырявленный (трава) 2 части.

Для приготовления отвара берут 2 столовые ложки смеси, заливают 200 мл воды, кипятят 15 минут, процеживают. Принимают по 1/3 и 1/2 стакана отвара 2-3 раза в день.

При воспалительных заболеваниях кишечника применяют настои:

1) ежевика сизая (лист) 2 части, календула лекарственная (цветы) 1 часть;

2) очанка лекарственная (трава) 1 часть, барбарис обыкновенный (трава) 2 части.

4 чайные ложки заливают 1 стаканом кипятка, по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

Сбор из трав: мелисса лекарственная (лист) 2 части, горец птичий (трава) 5 частей.

Применяют в виде настоя (1 ст. л. смеси заливают стаканом кипятка, настаивают в термосе 10 час.) по 2-3 стакана в течение дня при воспалении кишок.

Трава зверобоя издавна известна и очень широко употребляется в народной медицине. Ее называют травой от "девяноста девяти болезней". Она оказывает вяжущее, противовоспалительное,

кровоостанавливающее, антисептическое действие, способствующее быстрой регенерации поврежденных тканей. Принимают настой по половине стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Народная медицина рекомендует настой трав: золототысячника, шалфея и аптечной ромашки - для успешного лечения воспаления кишок. Необходимо заварить в стакане кипятка по 1 чайной ложке этих трав. Пить настой по одной столовой ложке каждые 2 часа примерно семь-восемь раз в день. Лекарство считается безвредным - и потому им можно лечиться долгое время.

Можно рекомендовать для устранения лихорадочного состояния полное обмывание тела. Вначале обмывают лицо и шею и сейчас же вслед за этим вытирают досуха. Полотенце погружают в таз с водой температурой 27,5°, отжимают настолько, чтобы с него не капала вода. Затем обмывают одну руку, а потом другую, переходя на грудь и живот. Обмывание лучше делать в комнате, имеющей температуру по меньшей мере 19-20°. Для лихорадящих больных бывает приятна даже более низкая температура.

На грудь и живот после вытирания прикладывают мягкое сухое полотенце, поворачивают больного на бок и обмывают спину. Снова меняют воду. Надевают на больного свежую рубашку, покрывают одеялом и приступают к обмыванию ног. Сначала одну ногу, обмоют и сейчас же вытрут досуха затем другую. Существует множество различных методик. Их применение зависит от состояния больного.

При низкой температуре и непродолжительном наружном применении вода служит в качестве раздражающего или возбуждающего средства; чем ниже температура воды, тем меньше должна быть продолжительность водолечебного приема. При более высокой температуре и продолжительном наружном ее применении вода служит в качестве отвлекающего средства.

При острых лихорадочных заболеваниях эффект от обмывания связан с понижением возбуждения, перераспределением крови от внутренних органов к коже и в особенности освобождением от переполнения кровью сердца, легких, мозга.

В настоящее время клиническая практика брюшного тифа существенно изменилась, что объясняется широким применением антибиотиков и профилактическими прививками против тифо-паратифозных заболеваний. В последние годы летальность от брюшного тифа снизилась и составляет 0,1-0,3%.

Литература

- 1.Энциклопедия традиционной и нетрадиционной медицины 2000г.В.С.Рохлов
- 2.Основы медицинских знаний: Учебное пособие. Р.В. Тонкова – Ямпольская, Т. Я. Черток, И. Н. Алферова. М. : Просвещение 1981. – 319с.
- 3.Основы первой медицинской помощи Трушкин А.Г., Гарликов Н.Н., Двуреченская В.М. и др. 2005 г.