

ПРИКАЗ №220 от 30 июня 2000 г.

О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в республике.

Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской республики «О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в республике» издан взамен приказа Министерства здравоохранения СССР от 2 марта 1989г. №139 «О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране».

В подготовке приказа принимали участие Абдикаримов С.Т., Усенбаев Н.Т., Чернова И.Г., (ДГСЭН), Тойгомбаева В.С. (КГМА), Сагомоян Э.А.(КНИИП и МЭ), Саркина А.К., Глазунова М.Г.(РКИБ).

Приказ предназначен для руководства в работе врачей ГСВ, специалистов амбулаторных учреждений, врачей инфекционистов, фельдшеров ФАПов, специалистов учреждений санэпидслужбы и других специалистов, работающих в области инфекционной патологии.

ПРИКАЗ № 220

От 30 июня 2000г.

О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в республике.

Брюшной тиф и паратифы продолжают оставаться серьёзной проблемой здравоохранения республики. Ретроспективный анализ заболеваемости этими инфекциями свидетельствует о регулярных периодах подъёмов и спадов. При этом до 70-х годов интервалы между периодами подъёма составляли 4-5 лет, а уровень заболеваемости варьировал от 18,2 до 76,0 на 100 тысяч населения. В последующей заболеваемость снизилась в 2 раза и максимальный уровень составлял 34,9. Однако подъёмы стали наблюдаться через каждые 1-2 года.

В настоящее время идет повышение удельного веса вспышечной заболеваемости. В 1998 году зарегистрирована небывалая ранее по интенсивности эпидемическая вспышка брюшного тифа водного характера в Ошской области с числом пострадавших более 1200 человек, подняв показатель заболеваемости в республике до 28,9 против 2,5-7,9 в предыдущие три года, а в Ошской области этот показатель составил 84,3.

Вспышки меньшей интенсивности на протяжении 1997 - 1999 г.г. постоянно регистрируются на территории Ошской, Жалал-Абадской, Иссык-Кульской и других областей.

В эпидемическом процессе участвуют все известные факторы распространения инфекции. Однако, в районах с повышенным уровнем заболеваемости преобладает водный путь передачи инфекции. Активизации указанного пути способствует недостаточное удовлетворение потребностей в водопроводной воде, что вынуждает часть населения использовать для хозяйственно-бытовых нужд воду открытых водоёмов.

Участились эпидемические вспышки брюшного тифа, связанные с употреблением воды, загрязнённой в результате неудовлетворительного санитарно-технического состояния водопроводных и канализационных сетей, нарушений правил эксплуатации водопроводных сооружений (г. Майлуу-Суу), а также загрязнения стоками открытых водоёмов используемых населением для питьевых целей (г. Ош, Карасуйский, Араванс-кий, Сузакский районы).

Продолжают регистрироваться групповые заболевания людей, связанные с употреблением инфицированных продуктов питания во время обрядовых мероприятий (Ляйлякский, Түпский районы).

В комплексе мероприятий по профилактике брюшного тифа особенно важное значение имеет раннее выявление и изоляция больных. В то же время на административных территориях с высоким уровнем заболеваемости всё ещё отмечается значительный удельный вес больных, госпитализированных после 6 дня заболевания.

Повсеместно органами и учреждениями здравоохранения недостаточно и не на должном уровне проводится анализ заболеваемости брюшным тифом и паратифами и планирование мероприятий по её снижению. Не везде ведётся целенаправленная санитарно-просветительная работа среди населения по предупреждению заболеваний этими инфекциями.

В целях снижения заболеваемости брюшным тифом и паратифами и совершенствования системы профилактических мероприятий

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить прилагаемые:

1.1 .Инструкцию по эпиднадзору за брюшным тифом и паратифами. 1.2. Методические указания: Клиника, диагностика, лечение брюшного тифа и паратифов.

2. Генеральному директору Департамента госсанэпиднадзора (Абдикаримов С.Т.), главному врачу РКИБ (Муратова Н.Б.), главным врачам областных объединённых больниц и областных санэпидстанций, начальнику Департамента здравоохранения г. Бишкек и городской санэпидстанций г. Бишкек довести настоящий приказ до сведения работников

подведомственных учреждений.

3. Главным врачам областных объединённых больниц и начальнику Департамента здравоохранения г. Бишкек обеспечить ежегодную подготовку и аттестацию врачей ГСВ и фельдшеров ФАП по вопросам ранней диагностики брюшного тифа и организации противоэпидемических мероприятий.

4. Генеральному директору Департамента госсанэпиднадзора (Абдикаримов С.Т.), главным врачам областных, городских, районных санэпидстанций обеспечить:

4.1. Наличие запаса диагностических препаратов, дезинфекционных средств, брюшнотифозного бактериофага с учётом возможных эпидемических осложнений.

4.2. Контроль за выявлением больных брюшным тифом и паратифами с разбором случаев поздней диагностики.

4.3. Мониторинг качества водопроводной воды, своевременное выявление аварийных ситуаций на водопроводах и системах канализации и информирование населения о принятии мер личной профилактики.

4.4. Контроль за подготовкой по санитарному минимуму работников объектов питания и лиц к ним приравненных и санитарным состоянием объектов важных в эпидемиологическом отношении.

5. Республиканскому Центру здоровья (Мамбеталиева Э.Г.), главным врачам областных центров здоровья предусматривать ежегодно на период подъёма заболеваемости кишечными инфекциями организацию информационно-проретительной компании по их профилактике.

6. Отменить действие приказа Министерства здравоохранения СССР от 02 марта 1989г. № 139 "О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране".

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на ГЛПУ (Мадыбаев М.Ж), ДГСЭН (Абдикаримов С.Т.).

**Министр
здравоохранения
Кыргызской
Республики**

Т.С.
МЕЙМАНАЛИЕВ

ПРИКАЗ ПОДГОТОВЛЕН:

С.Т. АБДИКАРИМОВ

ДГСЭН



СОГЛАСОВАН:

ПЕРВЫЙ ЗАМ. МИНИСТРА ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА И.О.

А.С.

ИБРАИМОВА

М.Ж. МАДЫБАЕВ

С.К.

ПОДОФЕДОВА

Р.К.СОЛТОНБАЕ

ВА

НАЧАЛЬНИКА ГЛПУ И.О. НАЧАЛЬНИКА УД

СЗ7\ -ЮРИСТ

/^^/

-*rf^"

В.М.

1200 | 30 .\ -
SD-
[Signature]

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЭПИДНАДЗОРУ ЗА БРЮШНЫМ ТИФОМ И ПАРАТИФАМИ.

Брюшной тиф и паратифы относятся к числу кишечных инфекционных болезней, распространённых во всех странах мира и всё ещё представляющих серьёзную проблему здравоохранения.

Источником инфекции при брюшном тифе и паратифе является только человек (больной, бактерионоситель), при паратифе В, кроме человека, источником могут быть животные и птицы (молодняк крупного рогатого скота, цыплята).

Заражение брюшным тифом и паратифами происходит всегда фекально - оральным путём, т.е. возбудитель проникает в желудочно-кишечный тракт. Распространение возбудителя может осуществляться через самые разнообразные объекты внешней среды, однако ведущим фактором передачи возбудителей брюшного тифа и паратифов является водный во всём многообразии его проявлений. Действие этого фактора может приводить к возникновению локальных очагов, крупных вспышек или обуславливать длительное неблагополучие на отдельных территориях.

Планирование и проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости брюшным тифом и паратифами, прежде всего, должно базироваться на данных тщательного эпидемиологического анализа заболеваемости этими инфекциями с учетом сведений о санитарно-гигиенической характеристике конкретной территории и особо значимых объектов.

При планировании всего комплекса мероприятий необходимо, в первую очередь, сосредоточить внимание на территориях, неблагополучных по заболеваемости.

В борьбе за снижение заболеваемости брюшным тифом и паратифами определённая роль принадлежит мероприятиям в отношении источников инфекции - больных и бактерионосителей.

1. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ИСТОЧНИКОВ ИНФЕКЦИИ.

Источником инфекции могут быть больные в остром периоде, с рецидивом заболевания, хронические бактерионосители. Ответственность за раннее выявление больных и диспансеризацию переболевших несут врачи ГСВ и фельдшера ФАПов.

Для раннего выявления источников инфекции необходимо проведение бактериологического обследования:

- всех больных с лихорадочным состоянием невыясненного происхождения продолжавшимся более трёх дней (кровь по гемокультуре);
- всех лиц общавшихся с больным или носителем по месту жительства и в коллективе (кал);
- выписавшихся из больницы брюшнотифозных и паратифозных реконвалесцентов в соответствии с п. 2 настоящей инструкции;
- поступающих на работу в предприятия и учреждения определённые приказом Минздрава Кыргызской Республики № 70 от 20 марта 2000г.;
- по эпидпоказаниям работников пищевых предприятий и лиц к ним приравненных.

Объекты и методы бактериологических исследований.

Больные обследуются методом гемокультуры, который можно использовать с первых дней заболевания и до конца лихорадочного периода, желательно до начала лечения.

Для установления носительства достоверным методом является выделение возбудителя из организма с помощью бактериологических исследований. Материалом для исследований являются: испражнения, моча и желчь (дуоденальное содержимое).

Из серологических методов используют РА (Видаля) и РПГА с цистеином. Реакция Видаля ставится с 7-9 дня заболевания и повторяется на 3-4 неделе, для определения нарастания титра антител (от 1;200 до

1:400, 1:800, 1:1600). РПГА считается положительным при титре 1:40 и выше.

2. МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ.

Все выявленные больные брюшным тифом и паратифами подлежат обязательной госпитализации. Госпитализацию больных осуществляют в первые сутки после установления диагноза или подозрения на эти заболевания, преимущественно медицинским транспортом, с последующей его дезинфекцией.

Изоляция больного прекращается после исчезновения клинических симптомов и трёхкратного исследования кала и мочи. Первое исследование проводят спустя пять дней после установления нормальной температуры, последующие с пятидневным интервалом. Реконвалесцентов, получивших антибиотики выписывают из стационара не ранее 21 дня нормальной температуры, а лица не получившие антибиотики могут быть выписаны не ранее, чем на 14 день после установления нормальной температуры.

Обнаружение у больного при контрольно-выписном обследовании возбудителей брюшного тифа и паратифов не является противопоказанием к выписке из стационара.

Диспансеризация.

Все переболевшие брюшным тифом и паратифами после выписки из больницы подлежат наблюдению в течение **трёх месяцев**.

В указанный период переболевшему рекомендуется следить за температурой тела. **Активный осмотр переболевшего проводится врачом ГСВ или фельдшером ФАП 1 раз в месяц**. В случае обращения по поводу повышения температуры или ухудшения общего состояния или активного выявления указанной симптоматики проводится обследование крови, кала и мочи больного. При установлении рецидива больной вновь госпитализируется.

Лица, не относящиеся к декретированному контингенту.

При благоприятном течении периода реконвалесценции по истечении 3-х месяцев проводится однократное бактериологическое исследование проб кала и мочи. Не зависимо от результатов анализов лица, не относящиеся к декретированному контингенту не подлежат в последующем дополнительному обследованию (за исключением обследования по эпидпоказаниям).

Списки лиц, переболевших брюшным тифом и паратифами, сохраняются в санэпидстанциях постоянно все годы. Эта информация используется для эпиданализа.

Лица из числа декретированного контингента.

Реконвалесценты брюшного тифа и паратифов из числа работников пищевых предприятий и к ним приравненных не допускаются к работе по своей специальности в течение 1 месяца после выписки из стационара, **их** трудоустраивают на такую работу, где они не будут представлять эпидемической опасности. К концу указанного срока у них исследуется кал и моча пятикратно. При отрицательном результате обследования эти лица допускаются к работе, но на протяжении 2-х месяцев они **обследуются ежемесячно (кал, моча)**, к концу третьего месяца дополнительно однократно. **исследуется желчь**. В случае отсутствия высевок, эти лица обследуются в течение 2-х лет ежеквартально (кал и моча однократно). В последующие годы обследуются по эпидпоказаниям.

СХЕМА обследования лиц переболевших брюшным тифом.

	К концу 1-месяца после выписки			К концу 2-го месяца после выписки			К концу 3-го месяца после выписки			Последующие 2 года		
	Кал	Моча	Желчь	Кал	Моча	Желчь	Кал	Моча	Желчь	Кал	Моча	Желчь
Декретированный контингент	5кр	5кр	-	1кр	1кр	-	1кр	1кр	1кр	ежекв 1кр	ежекв 1кр	-
Лица не относящиеся к декретированно	-	-	-	-	-	-	1кр	1кр	-	-	-	-

Примечание: Обследование лиц декретированного контингента, выделивших возбудителя тифо-паратифозной инфекции через месяц после выписки из стационара приведено в нижеследующем разделе.

3. МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЕЙ.

Бактерионосительство является следствием бактериемии, которая сопровождает каждый случай заболевания брюшным тифом или паратифом. При бактериемии микробы проникают во все органы и ткани. В процессе выздоровления происходит постепенное освобождение организма от возбудителя. Однако, в некоторых случаях бактерии могут сохраняться в печени, желчном пузыре, почках, пейеровых бляшках, лимфатических узлах, селезенке, костном мозгу, ткани кишечника и других органов в течение более или менее длительного срока после клинического выздоровления, а иногда и пожизненно. Бактерионосители постоянно или периодически выделяют возбудителя во внешнюю среду с испражнениями или мочой. Надежные методы санации хронических бактерионосителей не разработаны.

Мероприятия в отношении выявленных носителей сводятся, главным образом, к недопущению их к работе в объектах, где они могут угрожать здоровью отдельных групп населения, проведению санитарно-просветительной и другой профилактической работы по месту жительства. Условно носители делятся на следующие категории:

Острые бактерионосители. К ним относятся лица, выделяющие бактерии до 3-х месяцев после перенесенного заболевания. Острыми носителями становится большое число переболевших (до 20% и более).

Хронические бактерионосители. Лица, выделяющие бактерии более 3-х месяцев после перенесенного заболевания и нередко до конца своей жизни. Они составляют не менее 3-5 % переболевших. При паратифе В бактерионосительство формируется чаще, чем при брюшном тифе.

Транзиторные бактерионосители. Такая форма носительства может возникнуть либо при попадании бактерий брюшного тифа или паратифа в кишечник человека, невосприимчивого к инфекции (вследствие перенесенного заболевания, прививок и др.), либо при малой заражающей дозе. Микробы при этом не проникают в кровь и внутренние органы и выделяются из кишечника в течение нескольких дней. Обычно у транзиторных носителей возбудителя удаётся выделить однократно. Наличие бактерий в желчи или моче исключает транзиторный характер носительства.

В отличие от хронических носителей эпидемиологическая роль транзиторных носителей не велика.

Установление характера и дифференцирование хронического носительства от транзиторного, как правило, возможно лишь в условиях стационара.

3.1. Контингенты, подлежащие обследованию на носительство.

Обследования для выявления носителей тифозных и паратифозных бактерий производят с профилактической целью и по эпидемическим показаниям.

Профилактическим обследованиям подвергаются:

Лица впервые поступающие на работу в пищевые предприятия и к ним приравненные согласно приказа Минздрава Кыргызской Республики № 70 от 20.03.2000 г., в дальнейшем эта категория лиц будет обозначаться

как «работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные». По эпидемическим показаниям обследованию подвергаются:

а) лица, общавшиеся с больными в очагах брюшного тифа или паратифов с целью выявления источников инфекции;

б) работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные по решению санитарно-эпидемиологической службы.

в) лица перенесшие брюшной тиф в прошлом.

3.2. Методы выявления бактерионосителей.

Бактериологический метод.

Единственным достоверным методом установления носительства является выделение культуры соответствующих бактерий из организма человека, с помощью бактериологического исследования..

Бактериологические исследования проводят в лабораториях санитарно-эпидемиологических станций (или больниц).

Материалом для бактериологического исследования с целью выявления бактерионосителей являются: испражнения, моча и желчь (дуоденальное содержимое).

Взятие испражнений и мочи для бактериологического исследования производят в лабораториях санитарно-эпидемиологических станций, в кабинетах инфекционных болезней, в медпунктах или на месте работы обследуемых, а также в больницах (стационарное обследование) или очагах тифопаратифозных заболеваний. Использование ректальных трубок запрещается.

Сбор желчи производят в условиях стационара или в процедурных кабинетах поликлиник с предварительной консультацией врача ГСВ.

Иммунологический (вспомогательный) метод.

Серологическое исследование сыворотки крови с помощью реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с определением цистеиноустойчивых антител является сигнальным методом. Для постановки серологических реакций берут кровь из палат

3.3. Мероприятия в отношении выявленных бактерионосителей.

Выявление ба-ктерионосителей среди лиц, поступающих на работу или уже работающих в пищевых и приравненных к ним предприятиях.

Проводится однократное бактериологическое исследование кала, при необходимости мочи. При положительном результате однократного бактериологического исследования выявляется характер носительства для чего проводится пятикратное обследование кала и мочи, однократное желчи и серологическое исследование сыворотки крови с помощью реакции пассивной гемагглютинации с определением цистеиноустойчивых антител в условиях стационара.

Лица, у которых получены отрицательные результаты бактериологического и серологического исследований допускаются к работе. При положительном результате серологического обследования такие лица рассматриваются как хронические носители, берутся на учет и не допускаются к работе в учреждения и предприятия, где они могут представлять эпидемиологическую опасность.

Выявление бактерионосителей среди лиц, общавшихся с больным в очагах брюшного тифа и паратифа, с целью установления источников инфекции.

В очагах брюшного тифа или паратифов у всех общавшихся с больными проводят однократное бактериологическое исследование кала. Если возбудитель был выделен однократно из кала, необходимо провести повторное исследование желчи, мочи и кала для выяснения характера бактерионосительства.

Всех выявленных хронических носителей бактерий брюшного тифа и паратифов берут на постоянный учет (ф. 364/у) в санитарно-

эпидемиологических станциях независимо от профессии.

Бактерионосители, обнаруженные среди лиц, поступающих впервые на работу в пищевые и приравненные к ним предприятия, на работу не принимаются.

Реконвалесценты, относящиеся к работникам пищевых и приравненных к ним предприятий в случае, если через 1 месяц после выписки из стационара продолжают выделять бактерии брюшного тифа или паратифа, переводятся на работу, не связанную с пищевыми продуктами, питьевой водой и непосредственным обслуживанием людей. По истечении 3-х месяцев после выписки из стационара таких лиц подвергают тщательному бактериологическому обследованию.

У них пятикратно исследуют кал и мочу с интервалом в 1-2 дня однократно желчь. При отрицательном результате обследования эти лица допускаются к работе, но на протяжении двух лет они подлежат ежеквартальному бактериологическому обследованию (кал и моча однократно) в последующем они обследуются по эпидпоказаниям.

В случае выявления носительства бактерий брюшного тифа или паратифов у детей общеобразовательных школ и школ-интернатов таким детям разрешается посещение школ, но их не допускают к участию в работе, связанной с приготовлением, транспортировкой и раздачей пищевых продуктов и воды.

При выявлении бактерионосительства у детей дошкольного возраста они не допускаются в детские сады и ясли и направляются в стационар для обследования и лечения, т.к. у детей младших возрастов бактерионосительство в подавляющем большинстве случаев бывает кратковременным. Если бактерионосительство продолжается, то решение о допуске ребенка в детское учреждение принимается эпидемиологом в зависимости от конкретных условий.

Если хроническое бактерионосительство обнаружено у одного из членов семьи работников пищевых предприятий или лиц, к ним приравненных, последние не отстраняются от основной работы и не подлежат специальному обследованию.

Все мероприятия в отношении этих лиц проводятся на общих основаниях.

При переезде носителя в другой населённый пункт или район города данные о нем сообщаются в санэпидстанцию по новому месту жительства. [пересылается копия карты наблюдения за носителем - форма 364/у).

У каждого хронического носителя бактерий определяется фаготип выделяемых им бактерий и заносится в учетную карточку (форма 364/у) для облегчения эпидемиологического анализа в случае возникновения тифо-паратифозных заболеваний, при которых данный носитель может быть заподозрен как источник инфекции.

3.4. Мероприятия, проводимые по месту жительства состоящих на учете бактерионосителей.

Санитарно-просветительная работа.

Каждому переболевшему брюшным тифом и паратифами вручается специальная памятка. Переболевшему и лицам, повседневно общающимся с ним, разъясняют опасность заражения, необходимость строго соблюдения правил личной гигиены и порядок проведения текущей дезинфекции, соблюдая при этом необходимую этику и такт.

Текущая дезинфекция.

Это мероприятие по месту жительства хронического бактерионосителя проводит сам носитель или члены его семьи. Работники санэпидстанции инструктируют носителя по вопросам приготовления дезинфицирующих растворов и порядка проведения дезинфекции.

Работники санитарно-эпидемиологической станции посещают бактерионосителя по месту его жительства не реже одного раза в год для контроля за проведением противоэпидемических мероприятий.

4. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ВСПЫШЕК И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Одним из проявлений эпидемического процесса брюшного тифа является возникновение эпидемических вспышек, возникающих на фоне спорадической

заболеваемости. Такие вспышки могут носить водный или пищевой характер. Каждому типу вспышки свойственны определенные признаки, на основании которых проводится их расшифровка.

Основные признаки водных вспышек:

1. Возникновение, как правило, на неблагоприятных для брюшного тифа территориях, т.е. там, где есть достаточное число источников инфекции – больных и бактерионосителей.

2. Территориальная привязанность случаев брюшного тифа к определенному водоему. На территориях, получающих воду из других источников водоснабжения, заболевания отсутствуют или регистрируются на уровне характерном для данной местности.

3. Более или менее острый подъем заболеваемости. Однако даже при одномоментном заражении, что встречается довольно редко, период подъема составляет приблизительно две недели, что связано с вариабельностью инкубационного периода.

4. Непосредственно перед вспышкой отмечается подъем заболеваемости дизентерией и другими ОКЗ, т.к. кроме возбудителей брюшного тифа в воду с фекалиями попадает и громадное количество разнообразной кишечной микрофлоры. В силу более короткого инкубационного периода, подъем заболеваемости дизентерией и гастроэнтеритами предшествует вспышке брюшного тифа.

5. Относительно легкое течение болезни у большинства заболевших.

6. Низкая заболеваемость детей в возрасте до 2-х лет.

7. Полифаготипаж ~ выделенные от больных возбудители принадлежат к разным фаготипам.

8. Оперативный эпидемиологический анализ нередко позволяет выявить связь вспышек с авариями на водопроводной и канализационной сетях. Лабораторное исследование воды может обнаружить признаки фекального загрязнения, либо присутствие возбудителя.

9. Устранение причины, вызвавшей вспышку, приводит к быстрому снижению заболеваемости, которая однако, не сразу достигает уровня предшествовавшего вспышке. Такая повышенная заболеваемость (эпидемический хвост) связана с контактно-бытовыми факторами передачи. Источником инфекции в этом случае служат своевременно не выявленные больные с легким течением заболевания.

Наличие и выраженность указанных признаков определяется характером водоема, массивностью и длительностью загрязнения воды, условиями водопользования и численностью населения, использовавшего инфицированную воду. Наиболее ярко признаки выражены при водопроводных вспышках. В то же время, для колодезных вспышек характерен монофаготипаж – выделение одного фаготипа у заболевших. При купальных вспышках заболевания регистрируются среди мальчиков – подростков. И наоборот, для вспышек, связанных с употреблением воды технического водопровода, характерна заболеваемость лишь для взрослых, при чем состав заболевших определяется особенностями полового состава рабочих.

Основными условиями возникновения пищевых вспышек являются:

1. Наличие на пищевом предприятии источника инфекции – не выявленного больного или бактерионосителя.

2. Санитарно-технические неполадки – отсутствие или неправильная работа водопровода и канализации.

3. Нарушение санитарно-гигиенического режима работы пищевого предприятия – наличие мух, плохое мытьё посуды и др. Нарушение технологического процесса приготовления пищи – неправильная термическая обработка, нарушение правил реализации готовой продукции.

Возникновению указанных вспышек способствуют специфические особенности пищевых продуктов, являющихся факторами передачи инфекции. Многие пищевые продукты особенно молоко и молочные продукты являются питательной средой. Их инфицирование может произойти даже при незначительном фекальном загрязнении, приводящем к быстрому накоплению огромного числа возбудителей.

Пищевым вспышкам свойственны следующие отличительные признаки:

1. Вспышки могут возникать на фоне полного благополучия по брюшному

тифу.

2. Отсутствие предшествующего вспышке брюшного тифа подъёма заболеваемости дизентерией и другими **ОКЗ**

3. Быстрый подъём и резкий спад заболеваемости (продолжительность вспышки укладывается в период близкий к максимальной инкубации), что свидетельствует об одномоментном заражении всех заболевших. Однако при несвоевременном выявлении источника инфекции и инфицировании новых порций пищи продолжительность вспышки увеличивается.

4. Чаще отмечается тяжёлое клиническое течение заболевания.

5. Диффузное распределение случаев брюшного тифа по территориям, так как заболевания регистрируются по месту жительства, а заражение может быть связано с питанием или покупкой продуктов в других районах населенного пункта.

6. Монофаготипаж.

7. Возраст заболевших зависит от возрастной структуры группы лиц, употреблявших инфицированные продукты, при молочных вспышках чаще всего поражаются дети дошкольного возраста.

8. Отсутствие или слабая выраженность эпидемического хвоста, поскольку большинство больных выявляются и изолируются.

9. Общность источника питания (молокозавод, магазин, объект питания и т.д.) у заболевших, выявляемая при тщательном эпидемиологическом обследовании.

10. Отсутствие заболеваний в контрольной группе населения не связанной с предполагаемым местом заражения.

Выраженность и наличие отдельных характерных признаков пищевых эпидемий зависит от целого ряда факторов – вида инфицированного продукта, способа его инфицирования (руки, мухи, вода), условий хранения, характера использования и т.д.

Мероприятия по локализации и ликвидации эпидемических вспышек.

Сроки локализации и интенсивность эпидемических вспышек

брюшного тифа и паратифов в значительной степени зависят от своевременности установления диагноза эпидемической, вспышки и определения границ очага.

Мероприятия по локализации эпидемической вспышки брюшного тифа или паратифа включают:

- Организацию временного оперативного штаба при -головном учреждении здравоохранения в пределах границ очага.
- Подготовку решения ЧПК, предусматривающего привлечение всех ответственных служб и вопросы материального обеспечения мероприятий.
- Оповещение населения об эпидситуации и рекомендации по индивидуальной защите от заражения.
- Определение необходимых мощностей для госпитализации больных с подозрением на брюшной тиф, провизорной госпитализации и приведение этих мощностей в готовность.
- Проведение подворных обходов для выявления температурающих больных, фагирование, информирование населения об эпидситуации и мерах профилактики.
- Обследование переболевших ранее брюшным тифом в пределах границ очага.
- Установление усиленного санитарного надзора с бактериологическим контролем за объектами водоснабжения, питания, школьными, дошкольными учреждениями, другими важными в эпидемиологическом отношении объектами.
- Организация и проведение дезинфекционных мероприятий силами населения, персонала больниц, дезинфекционных бригад.

5. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Активная иммунизация против брюшного тифа должна расцениваться как дополнительное средство в системе комплекса профилактических и противозаразительных мероприятий.

Прививки, будучи средством индивидуальной защиты, в современных условиях относительно низкой заболеваемости на многих территориях

республики не могут оказывать существенного влияния на ход эпидемиологического процесса. Последние могут применяться лишь в отдельных населённых пунктах стационарно неблагополучных по брюшному тифу и только по эпидемическим показаниям. Иммунизацию осуществляют ГСВ и ФАПы в соответствии с планами противозидемической защиты.

Для иммунизации против брюшного тифа в настоящее время рекомендовано применение двух вакцинных препаратов;

1. Вакцина брюшнотифозная Ви-полисахаридная (ВИАВК), производства Российской Федерации. Предназначена для иммунизации детей и взрослых. Введение вакцины приводит к быстрому интенсивному нарастанию в крови вакцинированных специфических антител, обеспечивающих через 1-2 недели невосприимчивость к инфекции, которая сохраняется в течение 2-х лет.

Прививки проводят однократно. Вакцина вводится подкожно, в наружную поверхность верхней трети плеча в дозе 0,5 мл.

Ревакцинация проводится через каждые 2 года

2. Брюшнотифозная полисахаридная вакцина Тифим Ви фирмы Пастер Мерье Коннот, Франция.

Вакцина производится из очищенного корпускулярного Ви - полисахарида брюшнотифозной палочки. Иммулитет развивается в период от 15 до 21 дня после вакцинации и сохраняется в течении 3-х лет.

Препарат показан для профилактики брюшного тифа взрослых и детей старше 5 лет по эпидемическим показаниям.

Эффективность вакцинации детей до 5 лет неизвестна. В связи с низкой вероятностью возникновения брюшного тифа у детей до 2-хлетнего возраста проведение у них вакцинации не рекомендуется.

Однократная инъекция в дозе 0,5 мл, обеспечивает развитие достаточно напряженного иммунитета.

Ревакцинация проводится через 3 года. Все привитые регистрируются в учетных формах № 063/У и 064/У с обязательным указанием даты вакцинации, даты и серии вакцины.

6. ФАГОПРОФИЛАКТИКА.

Наряду с вакцинацией, для профилактики брюшного тифа и паратифов могут быть использованы бактериофаги: брюшнотифозный или поливалентный сальмонеллезный (для профилактики паратифов). Противопоказаний к применению бактериофагов нет. Фагопрофилактику осуществляют ГСВ и ФАПы в соответствии с комплексом мероприятий по борьбе с брюшным тифом. При массовом фагировании в помощь ГСВ и ФАП придаются дополнительные силы медицинских работников.

Бактериофаг применяется для предохранения от заболевания брюшным тифом и паратифами лиц, общавшихся с больным и реконвалесцентами в очаге, которые получают бактериофаг трехкратно с интервалом в 3-4 дня, при этом первое назначение фага должно быть после забора у фагируемых материалов для бактериологического обследования. В случае возникновения вспышки, наряду со всем комплексом противозидемических мероприятий проводят широкое фагирование населения, подвергающегося риску заражения на данной территории, населенном пункте, микрорайоне. Продолжительность применения бактериофага определяется врачом-эпидемиологом, но не менее трех недель с момента, госпитализации последнего больного. Схема применения бактериофага та же, что и при применении его в очаге.

При угрозе возникновения вспышки брюшного тифа и паратифов лицам, не подлежащим вакцинации (дети в возрасте до 5 лет, лица, имеющие противопоказания) с профилактической целью назначается бактериофаг.

На территориях с устойчиво высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом на протяжении синхронного подъема целесообразно проводить фагирование хронических бактерионосителей с целью уменьшения их эпидемической опасности.

При неблагоприятной эпидемической ситуации в отдельном учреждении (психиатрическая больница, интернат для престарелых и др.) или в коллективе людей, находящихся в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях для предупреждения возникновения повторных заболеваний показано проведение сплошного фагирования

Организационно-методическое руководство фагопрофилактикой и обеспечение бактериофагом возлагается на санитарно-эпидемиологическую службу, непосредственное проведение фагирования осуществляет участковый медицинский персонал или санитарные активисты. В отдельных случаях фагирование может быть доверено самому населению.

7. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ, ПАРАТИФАХ И ДРУГИХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.

Таблица!.

№	Объекты подлежащие дезинфекции	Методы и средства обеззараживания.
1	Выделения (фекалии, моча, рвотные массы)	Засыпают сухой хлорной известью, сухой известью белильной термостойкой из расчета
2	Посуда из под выделений (ночные горшки, подкладные судна, мочеприемники и др.), квачи.	Погружают в один из дезинфицирующих растворов: 1% хлорамин на 60 мин, 1% осветленная хлорная известь на 60 мин. или
3	Посуда больного (чайная, столовая, освобожденная от остатков пищи), ветошь для мытья посуды	Кипятят в 2% растворе пищевой соды в течение 15 мин. от момента закипания или погружают в один из дезинфицирующих растворов на 60 мин.: 1% хлорамин, 1% осветленная хлорная известь.
4	Помещения, предметы обстановки, предметы ухода за больными, не допускающие кипячения (пузыри для льда, грелки, подкладные круги и пр.) подкладные клеенки, клеенчатые чехлы матрасов	Орошают из гидропюльта одним из дезинфицирующих растворов из расчета 300 мл на 1м ² , протирают ветошью смоченной в одном из дезрастворов (0,5% хлорамин, 0,5% осветленная хлорная известь).
5	Белье	Кипятят в 2% растворе соды или в растворе любого моющего средства 15 мин. от момента
6	Игрушки (пластмассовые, резиновые, металлические)	Кипятят (кроме пластмассовых) в 2% содовом растворе или растворе любого моющего средства 15 мин. от момента закипания, или
7	Постельные принадлежности, верхняя одежда, платье, нижнее белье, в котором больной прибыл в стационар	Помещают в мешки, которые затем орошают одним из дезинфицирующих растворов (п.5) и отправляют для дезинфекции в камеры по режимам, приведенным в табл. 2 При
8	Тапочки больных	Обеззараживают в дезинфекционных камерах или протирают тампоном, обильно смоченным
9	Санитарно-техническое оборудование (ванны, раковины, унитазы и др.)	Двукратно протирают ветошью, обильно смоченной в одном из дезрастворов
10	Надворные туалеты, помойные ямы, мусорные ящики	Орошают одним из дезрастворов: 10% хлорной известью или белильной термостойкой, 5% ДТС ГК или НТК, 15% метаксилитом натрия при норме расхода 500 мг/м ²

Примечание: При наличии дезинфицирующих средств, не указанных в настоящем приложении, необходимо использовать имеющиеся, согласно инструкций по их применению

РЕЖИМ ПАРОВОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ

Наименование инфекции	Объект дезинфекции	Норма загрузки		Температура дезинфекции °С	Давление пара в камере, кг/см ²	Время дезинфекционной выдержки
		Комплекты на площади тележки	Кг на 1м ² камеры			
Брюшной тиф, паратифы	Одежда	10-12	60-72	100	0	10
	Постельные принадлежности		30	100	0	60

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА ГОССАНЭПИДНАДЗОРА
С.Т.АБДИКАРИМОВ

УТВЕРЖДЕНЫ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ от "30" ИЮНЯ 2000 Г. № 220

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА И ПАРАТИФОВ

Брюшной тиф и паратифы А и В - острые кишечные инфекционные болезни, вызываемые *salmonella typhi* и *paratyphi A* и В, характеризующиеся бактериемией, интоксикацией, лихорадкой, язвенным поражением лимфатического аппарата преимущественно тонкой кишки.

Эпидемиология. Источником заражения являются больные, реконвалесценты, острые и хронические носители. Механизм передачи инфекции фекально-оральный при водном, контактно-бытовом и алиментарном факторах передачи. Большое значение в распространении инфекции придается мухам. К брюшному тифу восприимчивы люди всех возрастов, однако, после перенесенного заболевания вырабатывается напряженный иммунитет.

При паратифе В - дополнительными источниками заражения могут быть больные животные и птицы.

Больной брюшным тифом и паратифами А и В заразен для окружающих в течение всей болезни - с последних дней инкубационного периода и особенно с конца второй недели, когда возбудитель интенсивно выделяется из организма с фекалиями и мочой.

С началом периода выздоровления выделение брюшнотифозных и паратифозных сальмонелл прекращается **не** всегда, у части переболевших оно может затянуться на длительный срок. У 3-10% реконвалесцентов брюшного тифа формируется хроническое бактерионосительство.

Патогенез. Возбудитель брюшного тифа попадает в организм человека только через рот. Инфицирующая доза - в среднем 10^5 клеток. В патогенезе развития брюшного тифа имеет значение микробный, токсический и аллергический факторы. Возбудители проходят через желудок, 12-перстную кишку и достигают нижнего отдела тонкой кишки с наиболее благоприятными условиями для существования и размножения (фаза инфицирования). Там они внедряются в одиночные и групповые лимфати-

ческие фолликулы, которые отвечают реакцией пролиферативного характера, образованием крупных "тифозных" клеток. Затем возбудители по лимфатическим путям проникают в мезентериальные и забрюшинные лимфоузлы (фаза бактериемии и интоксикации) и, размножившись в них, в грудной лимфатический проток, в кровь, вызывая бактериемию, сохраняющуюся весь лихорадочный период. Часть микробов в крови в силу ее бактерицидности погибают, освобождая эндотоксин, что обуславливает интоксикацию (фаза бактериемии и интоксикации). Поток крови возбудители заносятся в печень, селезенку, костный мозг, почки и другие органы и ткани, образуя тканевые очаги инфекции и брюшнотифозные гранулемы. Из этих очагов возбудители повторно поступают в ток крови, усиливая и поддерживая бактериемию (фаза паренхиматозной диссеминации), что является основным поддерживающим звеном инфекционного процесса. Из печени через желчные пути возбудитель поступает в желчный пузырь, где имеются благоприятные условия приживания и размножения. Вместе с желчью бактерии вновь поступают в просвет тонкой кишки и повторно внедряются в лимфатические образования кишечника, которые ранее уже были ими сенсibilизированы. Развивается гиперергическое воспаление с некрозами и изъязвлениями по типу феномена Ар-туса (выделительно - аллергическая фаза).

Тифозная интоксикация проявляется угнетением и заторможенностью ЦНС, депрессией, адинамией. Парез двигательной иннервации кишечника и угнетение выработки пищеварительных ферментов вызывают метеоризм, запоры,

Длительное и неравномерное поступление возбудителей в кровь из очагов паренхиматозной диффузии обуславливает волнообразный характер температурной кривой. Токсическое воздействие на костный мозг эндотоксина, возникновение миллиарных очагов некроза в костном мозге ведет к угнетению лейкопоза, что проявляется лейкопенией, нейтропенией, анэозинофилией, относительным лимфоцитозом, палочко-ядерным сдвигом лейкоцитов влево.

Патогенез возникновения рецидивов, острого и хронического бактерионосительства еще до конца не выяснен и, по-видимому, связан с индивидуальным несовершенством иммунитета. Химио и антибиотико-терапия также не предупреждают рецидивов и формирования бактерионосительства при брюшном тифе, которые происходят в процессе болезни в связи с извращенным иммунитетом (генетическая неполноценность) и способностью брюшнотифозных бактерий к L - трансформации.

Патологическая анатомия. При брюшном тифе на 1-ой неделе болезни возникают очаговые воспалительные процессы чаще продуктивно-го характера (особенно в лимфоретикулярных образованиях подвздошной кишки и ее брыжейки) в виде стадии "мозгового набухания". На 2-ой неделе болезни гранулемы некротизируются, на 3-ей - некротические участки отторгаются, образуя язвы, достигающие до мышечного слоя, а иногда и до серозной оболочки; на 4-ой неделе язвы очищаются, наступает период чистых язв. В последующие недели отмечается заживление язв, не приводящее к образованию рубцов или стеноза. В период образования язв могут присоединиться тяжелые специфические кишечные осложнения такие, как перфорация брюшнотифозной язвы кишечника с перитонитом; и кишечное кровотечение.

Необходимо подчеркнуть, что параллелизм между тяжестью брюшного тифа и морфологическими проявлениями болезни отсутствует: специфические осложнения могут быть и при легких, амбулаторных формах брюшного тифа. Даже на фоне лечения антибиотиками последовательность развертывания и чередования циклов воспаления в кишечнике не наблюдается.

У детей раннего возраста при брюшном тифе патоморфологические изменения в лимфатическом аппарате тонкого кишечника ограничиваются

стадией мозговидного набухания, что клинически подтверждается отсутствием кишечных осложнений у данной возрастной группы.

Клиника. Необходимо придерживаться следующей классификации клинических форм:

1. Типичный брюшной тиф, который протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах.

2. Атипичный - в виде пневмотифа, менинготифа, нефротифа, колотифа, геморрагической и гастроэнтероколитической форм.

3. По осложнениям: осложненная и неосложненная формы.

4. По сочетанности с другими заболеваниями: брюшной тиф-микст.

5. Бактерионосительство: острое (до 3 месяцев) и хроническое (свыше 3 месяцев).

Типичный брюшной тиф характеризуется циклическостью течения с наличием следующих периодов заболевания: инкубационного (от 7-25 дней, в среднем 10-14 дней), начального (до 5-7-го дня болезни), разгара (2-3-я недели болезни), угасания (в течение недели), выздоровления (с момента нормализации температуры). В среднем, брюшной тиф длится 2-4 недели, что зависит от тяжести патологического процесса.

Течение заболевания расценивается как легкое в том случае, если длительность лихорадки не превышает 2-х недель, общее состояние нарушается мало, максимальный подъем температуры - в пределах 38-39 °С, клинические симптомы выражены умеренно, отсутствуют некоторые характерные проявления болезни.

Среднетяжелая форма брюшного тифа: длительность температурной реакции до 2-4 недель, выраженная интоксикация, максимальный подъем температуры тела - 39-40 °С. Клиническая симптоматика хорошо выражена, заболевание носит циклический характер, протекает без осложнений.

Для тяжелой формы свойственны стойкая лихорадка свыше 4-х недель, выраженная интоксикация, в виде "тифозного статуса", развернутый и характерный симптомокомплекс. Возможно возникновение таких осложнений, как кишечное кровотечение, перфорация брюнотифозной язвы кишечника, рецидив болезни и др.

Семиотика начального периода брюшного тифа характеризуется постепенным началом болезни и подъемом температуры без озноба и пота (возможно познабливание), нарастающей головной болью и слабостью, умеренным угнетением центральной нервной системы, нарушением сна и аппетита вплоть до бессонницы и анорексии, бледностью и сухостью кожного покрова, относительной брадикардией, склонностью к гипотонии к концу начального периода, гепатолиенальным синдромом (с 4-5-го дня болезни), сухостью языка (с красной каймой, в центре обложенный), умеренным вздутием и болезненностью живота в правой подвздошной области, запорами. Со стоуны крови в первые 3 дня болезни наблюдаются умеренный лейкоцитоз, с 4-5-го дня нормоцитоз либо лейкопения, снижение или отсутствие эозинофилов, лимфоцитоз, ускорение СОЭ.

Семиотика периода разгара брюшного тифа (2-3-я недели болезни): постоянная лихорадка с некоторой волнообразностью, значительная интоксикация с "тифозным статусом", упорная, сильная, разлитая головная боль, бессонница адинамия, заторможенность центральной нервной системы с ночным бредом. Налицо абдоминальный симптомокомплекс: сухие потрескавшиеся губы, покрытые подсыхшими корочками, "тифозно-фулигинозный" язык, катарально-язвенная ангина Дюге, вздутие живота, урчание и болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Падалка, чередование жидкого стула типа "горохового супа" 1-3 раза в сутки с запорами, положительный гепатолиенальный синдром, симптомы разлитого токсического бронхита.

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются относительная брадикардия, гипотония, дикротия пульса и явления токсического миокардита. С 8-10-го дня болезни на фоне бледности и сухости кожного покрова появляется единичная, монотипная, мелкая розеолезная или розеолезно-папулезная сыпь с локализацией на коже живота, нижней части груди и спины. Характерен феномен "подсыпания" сыпи. Часто регистрируются симптомы инфекционно-токсической почки в виде уменьшения

количества мочи, наличия белка и форменных элементов крови с цилиндрурией. В крови: лейкопения или нормоцитоз, нейтропения с палочкоядерным сдвигом влево, гипо или анэозинопения, относительный лимфоцитоз, ускоренная СОЭ.

Период ослабления клинических явлений длится от 3 до 5-7 дней и характеризуется постепенным снижением температуры с утренними ремиссиями, но еще высокими вечерними подъемами и размахами до 2,5-3°C (амфиболитические колебания температуры). Чаще температура снижается литически либо укороченным лизисом. Все симптомы заболевания постепенно исчезают, нормализуются сон, аппетит, повышается диурез и выявляется быстрое исхудание больного.

Со стойкой нормализацией температуры тела наступает период реконвалесценции. Нарушенные функции организма постепенно восстанавливаются, но сохраняется длительно постинфекционная астенизация. Необходимо подчеркнуть, что клиническое выздоровление в этом периоде всегда опережает репаративные процессы в кишечнике, и при нарушении режима и диеты могут присоединиться грозные специфические осложнения даже при легких формах заболевания.

У детей раннего возраста брюшной тиф имеет определенные особенности. Чаще всего они сводятся к острому началу, неправильной лихорадке, преобладающим симптомам нейротоксикоза (явления менингизма, серозного менингита, менингоэнцефалита), наличию рвоты, метеоризма, иногда энтероколитическому синдрому без заметного обезвоживания в разгар болезни. Отсутствуют брадикардия, дикротия пульса, высыпания на коже, лейкопения. Раньше и более заметно увеличиваются печень, селезенка (особенно при тяжелых и среднетяжелых формах). Как правило, отсутствуют перфорации брюшнотифозных язв и кишечные кровотечения. Часты пневмонии, что нередко определяет исход болезни. Обычны низкие титры серологической р.Видаля и позднее ее появление.

Брюшной тиф у детей дошкольного и школьного возрастов протекает типично с наличием характерных для него патогномичных симптомов, но ему свойственны более легкое и укороченное течение и редкость осложнений.

Клиника брюшного тифа на современном этапе. Характерны острое начало заболевания с неправильной волнообразной лихорадкой, укорочение длительности всех трех фаз болезни (в среднем 2-3 недели) с сохранением основных клинических проявлений со склонностью к облегченному течению, отсутствие замаскированных форм, снижением тяжелых форм (7%) и летальности (до 0,4 - 0,8 %).

Однако частота кишечных перфораций и кровотечений не уменьшилась, что еще раз свидетельствует об отсутствии параллелизма между тяжестью клинических проявлений и глубиной анатомических изменений. Лечение антибиотиками не влияет на специфические анатомические изменения в кишечнике больных брюшным тифом.

Брюшной тиф у пожилых. Характерен более продолжительной лихорадочный период неправильного характера, меньшая выраженность симптомов, слабая интоксикация, что затрудняет клиническую диагностику. Часто развивается инфекционно - аллергический миокардит и бронхопневмонии. Последние протекают атипично, сопровождаясь невысокой температурой, малой выраженностью физикальных изменений, отсутствием лейкоцитоза. Обычны вздутие и урчание кишечника. Реконвалесценция замедленная с длительным субфебрилитетом. Большой процент сопутствующих заболеваний и присоединение осложнений определяют прогноз и удлиняют сроки пребывания больных в стационаре. Характерен большой процент реконвалесцентного выделения возбудителя (85%). На фоне применения антибиотиков гнойные осложнения у лиц пожилого возраста практически не встречаются, зато участились лекарственные и кишечные осложнения, которые присоединяются позднее обычного (4-6-ая недели болезни).

Особенности течения паратифа А. Характерно острое начало с катаральных явлений верхних дыхательных путей, гиперемии лица, инъекции сосудов склер. Лихорадка неправильная с ознобами и потами. Сыпь появляется на 4-7-й день болезни, нередко обильная, розеолезно-папулезная, иногда кореподобная или петехиальная. Могут быть явления гастроэнтерита. Тифозный статус отсутствует или слабо выражен. Заболевание

чаще протекает в виде среднетяжелых форм. Возможны и тяжелые формы с длительной лихорадкой, осложнениями и рецидивами. В целом паратиф А напоминает средне тяжелую форму брюшного тифа и клинически отличить его от последнего невозможно.

Клинико-эпидемиологические особенности паратифа В. Паратиф В является антропоозооозом с выраженной летне-осенней сезонностью. Наряду с основным пищевым фактором в распространении паратифа В имеет значение и водный путь передачи. Отмечена зависимость между длительностью инкубационного периода и тяжестью патологического процесса: чем короче инкубационный период, тем тяжелее протекает заболевание. Для паратифа В характерно острое начало болезни, редкость тяжелых форм, преобладание стертых и легких форм с укороченной неправильно-волнообразной лихорадкой, полиморфизмом клинических проявлений (гриппоподобная, тифоподобная, гастроэнтеритическая, энтероколитическая формы). Быстрое развитие картины болезни сопровождается подъемом температуры тела до 38-3.9° С и выше, иногда с выраженным ознобом. Головные боли и боли в животе, чаще в правой подвздошной области, появляются с первых дней болезни. Нередки явления гастроэнтерита (тошнота, повторная рвота, жидкий стул) или катаральные явления. Клиника паратифа В у детей раннего возраста отличается наличием частых диспептических и катаральных явлений, ранним (до 7-го дня болезни) и частым появлением розеолезной сыпи. В отличие от брюшного тифа характерна большая значимость метода копрокультуры (50,0 %) и серологической реакции Вндаля в ранне периоды болезни

Осложнения. Различают специфические, неспецифические и медикаментозные осложнения. При их развитии нарушается цикличность течения брюшного тифа. Некоторые осложнения, особенно специфические кишечные, могут быть причиной летальных исходов.

К специфическим осложнениям относятся перфорация брюшнотифозных язв кишечника с развитием перитонита, кишечное кровотечение, инфекционный токсический шок, инфекционно - аллергический миокардит и рецидивы болезни. Неспецифическими осложнениями являются пневмонии, отиты, паротиты и другие вторичные осложнения. Наконец, к медикаментозным осложнениям относят дисбактериозы, кавдвдозы, лекарственную болезнь и т.д

Перфорация брюшнотифозных язв кишечника и кишечные кровотечения обычно возникают на 2-3-й неделе болезни или на любой день рецидива, чаще при тяжелой форме и позднем поступлении больных в стационар. Кишечные кровотечения могут быть незначительными или массивными. При небольших кровотечениях состояние больных не изменяется и диагноз устанавливается на основании появления дегтеобразного стула и положительной реакции Грегерсена. Поэтому у больных брюшным тифом необходим постоянный контроль за характером стула. Кровотечению способствуют выраженный метеоризм, тромбоцитопения, нарушения гемокоагуляции, свертывающей и антисвертывающей системы, резкая порозность капилляров.

Для массивного кишечного кровотечения характерны внезапное снижение температуры (так называемый "температурный срез"), смена относительной брадикардии тахикардией, усиление бледности кожных покровов, слабость головокружение, появляется холодный пот, похолодание конечностей, цианоз. Снижается АД вплоть до явлений коллапса. Появ-

ляется жидкий дегтеобразный стул; затем алая кровь в испражнениях. В периферической крови отмечается снижение количества гемоглобина и тромбоцитов. Характерно парадоксальное уменьшение интоксикации вследствие выведения токсинов вместе с теряемой кровью, уменьшение теплопродукции и снижение обменных процессов. При массивных кровотечениях возникают необратимые изменения со стороны центральной нервной системы и внутренних органов. Даже остановка кровотечения не спасает больных, так как они погибают от геморрагического шока. С возрастом опасность этого шока возрастает, чем старше больной, тем тяжелее он переносит кровопотерю.

Перфорация брюшнотифозных язв кишечника с развитием перитонита встречается в 0,3 - 1,2 % случаев. Своевременное распознавание данного осложнения основывается на тщательном динамическом наблюдении за больным. Необходимо подчеркнуть, что для брюшнотифозной перфорации характерно отсутствие "кинжальных" болей в животе и вялое развитие перитонита. Ранними симптомами перфорации брюшнотифозной язвы кишечника являются усиление или появление нерезкой боли в животе и болезненности при пальпации, локальное напряжение мышц в правой половине живота, появление неотчетливого симптома Щспсина-Блумберга. Характерны смена относительной брадикардии тахикардией, падение наполнения пульса, гипотония, усиление интоксикации, смена лейкопении лейкоцитозом с нейтрофилезом. Все это является прямым показанием для немедленного перевода больного в хирургический стационар для проведения экстренной операции. Исход заболевания зависит от своевременности диагностики и лечения.

При диагностике данного осложнения в первые 10 часов с момента возникновения, исход, как правило, благоприятен. Позже, при развитии перфоративного перитонита ("доскообразный" живот, выраженный симптом Щегкина, наличие свободного газа в брюшной полости, исчезновение печеночной тупости, парезы кишечника, повторная рвота, икоты, скопление жидкости в отлогах частях живота, гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево) даже оперативная вмешательство и интенсивная комплексная терапия часто не дают желаемого результата.

Наиболее частыми из всех специфических осложнений являются рецидивы брюшного тифа и паратифов (6 - 21,8%). Возникновение рецидивов объясняется недостаточной напряженностью формирующегося иммунитета, ранним назначением и ранней отменой антибиотиков и применения гормональной терапии.

Различают ранний (предрецидивная апирекция не превышает 10 дней) и поздний рецидивы брюшного тифа и паратифов (апиректический период более 2 недель, иногда до 53-90 дней). Рецидивы обычно протекают легче, чем основная волна, но бывают тяжелые формы. При рецидивах могут быть, те же осложнения и чаще формируется бактерионосительство.

Рецидивы, в отличие от основного заболевания, характеризуются внезапным или острым началом, укороченной лихорадкой (2-7 дней) с быстрым подъемом или спадом температуры, менее выраженными симптомами общей интоксикации, более легким течением, относительно редким, но ранним появлением сыпи, меньшим процентом осложнений. При диагностике рецидив обязательно должен подтверждаться положительной гемокультурой.

Инфекционно - токсический шок (эндотоксиновый шок) чаще развивается при тяжелой форме брюшного тифа и паратифов с высокой лихорадкой постоянного типа, выраженной тифозной интоксикацией, при присоединении перфоративного или кишечного кровотечения.

При шоке 1 ст. (компенсированный) температура остается высокой, сознание сохранено, больные возбуждены, зрачки сужены, максимальное АД до 90 мм рт.ст., частота пульса до 120 в 1 мин. При шоке 2 ст. (субкомпенсированный) температура падает, возбуждение сменяется за-

торможенностью, появляется цианоз, снижается диурез, максимальное АД 60-70 мм рт.ст., частота пульса 120-140 в 1 мин., деапедезные кровотечения (носовые, желудочные, маточные). При шоке 3 ст. (декомпенсиро-ванный) обычно бессознательное состояние больного, зрачки расширены, резкая одышка, тотальный цианоз кожи, максимальное АД- 50 мм рт.ст.ниже, частота пульса- 140и более в 1 мин., анурия. Смерть наступает при явлениях глубокого нарушения гемодинамики, отеке легких и мозга, надпочечниковой недостаточности.

В настоящее время участились такие осложнения, как токсико-аллергические миокардиты и пневмонии. Последние чаще имеют вторичный характер и связаны с условно- патогенной микрофлорой (стафилококки, энтерококки, грибки и др.). специфические брюшнотифозные пневмонии, ранее описываемые как замаскированные, атипичныс формы болезни под названием "пневмотиф", встречаются редко.

Относительно редки такие осложнения, как отит, паротиты, циститы, панкреатиты, остеомиелиты, тромбозы, невриты, менингиты, менингоэнцефалиты, психозы и инфаркт селезенки. Активация и генерализация вторичной инфекции вызывает изменения в течении брюшного тифа, появление таких симптомов, как ознобы, потливость, септический характер лихорадки, нейтрофильный лейкоцитоз, высокая СОЭ.

Диагностика. Брюшной тиф и паратифы А и В диагностируются на основании вышеперечисленных характерных клинических признаков болезни, эпидемиологических данных и учета результатов лабораторных исследований, наиболее важным из которых являются бактериологический и серологический методы.

Бактериологический метод. Проводят посев 5-10 мл крови на 50-100 мл 10-20% желчного бульона или среды Раппорорта (в соотношении 1:10) в течение всего лихорадочного периода. Необходимо пользоваться методом встречной гемокультуры. Посевы кала и мочи можно проводить на протяжении болезни, а в период реконвалесценции (на 10-12-й день нормальной температуры) показано дуоденальное зондирование с бактериологическим исследованием желчи.

Серологический метод. Используются реакции Видала и непрямои гематтлютинации (РНГА). Для выявления нарастания титров специфических антител серологические реакции необходимо повторять в динамике через каждые 3-5 дней. Диагностический титр р.Видала равен 1:200 и выше при нарастании титра антител. Диагностический титр РНГА -1:160 и выше.

Для выявления бактериносительства применяется реакции Ви- гематтлютинации, которая ставится с Ви-эритроцитарным диагностику-мом (диагностический титр -1:80,1:160).

Дифференциальный диагноз. Разнообразие клинических проявлений брюшного тифа и паратифов требует своевременного и тщательного проведения дифференциального диагноза.

На первой неделе болезни врачи могут встретиться с наибольшими трудностями, т.к. в этот период приходится исключать многие заболевания, которые сопровождаются лихорадкой и явлениями интоксикации. Чаще всего это грипп, пневмония, сыпной тиф, Ку-лихорадка, орнитоз, лептоспироз и др.

Так, в первые дни болезни, особенно до выявления гепатолиенального синдрома и высыпаний, при остром начале, брюшной тиф и особенно паратиф А, может напоминать клиническую картину гриппа: лихорадка, выраженная головная боль, катаральные явления, гиперемия лица, герпес на губах. Однако, динамическое наблюдение за больным, нарастание интоксикации, сопровождающееся адинамией, нарушением сна, аппетита, длительная лихорадка (более 4-5 дней) с относительной бради-кардией, вздутие живота, урчание или крепитация в правой подвздошной области, дисфункция кишечника, гепатолиенальный синдром помогают правильно

поставить диагноз. В этом случае особенно важно уже в раннем обращении больного к врачу провести бактериологическое исследование крови на гемокультуру. а начиная с 4-5 дня - серологические реакции.

Брюшной тиф и паратифы необходимо дифференцировать с сыпным тифом, учитывая, что может быть быстрое развитие болезни при брюшном и более медленное - при сыпном. К общим симптомам относятся лихорадка, чаще постоянного типа и сопровождающаяся упорной головной болью, бессонницей, потерей аппетита, увлечением печени и селезенки, появлением сыпи. Однако при сыпном тифе селезенка определяется увеличенной с 3 дня болезни, при брюшном - с 5-7 дня. Характерен внешний вид больного: одутловатое, гиперемированное лицо с инъекцией сосудов склер, пятнами Киари - Авцына. Экзантема в отличие от брюшного тифа появляется раньше, на 4-5 день. Высыпная обычно обильные, локализируются на туловище и конечностях, захватывая даже ладони. Сыпь полиморфная, розеолезно - петехиального характера, подсыпания не характерны. Обращает на себя внимание быстрое развитие процесса у сыпнотифозных больных. Так, температура достигает максимум к 2-4 дню, сопровождается тахикардией. Тяжелое состояние развивается к концу 1 недели, характеризуется эйфорией, бессонницей, с тревожными сновидениями, зрительными галлюцинациями, симптомом Говорова - Годелье. Кроме того, при сыпном тифе не бывает характерного для брюшного тифа "тифозного языка", метеоризма, признаков илеита, симптома Падалки. И тем не менее нередко окончательно исключить сыпной тиф позволяют только лабораторные исследования.

В некоторых случаях в Первые дни болезни очаговая пневмония может иметь сходство с клинической картиной брюшного тифа: острое начало, длительная высокая лихорадка с выраженной интоксикацией, отсутствие физикальных данных со стороны легких, язык обложенный по типу "тифозного", бледность кожных покровов. Но в отличие от брюшного тифа пневмония сопровождается одышкой, тахикардией, болями в грудной клетке при дыхании: селезенка не увеличивается в размерах, отсутствует тифозный статус, в анализе крови -лейкоцитоз с нейтрофи-лезом.

В более поздние сроки дифференциальный диагноз брюшного тифа и паратифов следует проводить с теми болезнями, которые сопровождаются длительной лихорадкой и выраженной интоксикацией. При этом надо иметь в виду генерализованные формы сальмонеллеза, инфекционный мононуклеоз, туберкулез, бруцеллез, малярию, сепсис и ряд других.

Генерализованная форма сальмонеллеза напоминает клиническую картину брюшного тифа или паратифов А и В, длительная лихорадка, головная боль, слабость, обложенный язык, бледность кожных покровов, относительная брадикардия, вздутие живота, дисфункция кишечника (жидкий стул чаще в начале болезни), увеличение печени и селезенки, сыпь, которая появляется иногда на коже живота и груди, трахеит, бронхит, в общем анализе крови - в первые дни лейкоцитоз, затем лейкопения с относительным лимфоцитозом. Надежных отличительных клинических критериев нет. Правильно поставить диагноз помогает выделение сальмонелл брюшного тифа и паратифов, при бактериологическом исследовании, положительная реакция Видаля, РИГА с брюшнотифозными антигенами.

Инфекционный мононуклеоз сопровождается длительной лихорадкой, часто постоянного типа, головной болью, болями в горле при глотании, гиперемией зева, наличием сыпи, увеличением печени и селезенки, иногда дисфункцией кишечника. Особенно напоминают клиническую картину брюшного тифа те случаи, которые протекают без увеличения периферических лимфоузлов. Однако, при инфекционном мононуклеозе, как правило, **не** наблюдается выраженного прогрессирования интоксикации вплоть до развития "тифозного состояния". упорная бессонница,

отсутствие аппетита, слабость, адинамия, бледность кожных покровов, относительная брадикардия, "тифозный" язык. В общем анализе крови – лейкоцитоз либо нормоцитоз, но с абсолютным лимфоцитозом, в периферической крови определяются мононуклеары. Подтверждает диагноз также положительная реакция Томчика, Пауль-Буннея.

Наибольшую трудность представляет дифференциальный диагноз брюшного тифа **и туберкулеза**. В частности, **туберкулезный менингит** характеризуется постепенным началом, бессонницей, головной болью, появлением менингеальных симптомов. Окончательный диагноз ставят по результатам спинно-мозговой пункции, в которой при туберкулезном менингите отмечается повышенное содержание белка, умеренной плеоцитоз, фибриновая пленка, положительные глобулиновые реакции, снижение сахара, хлоридов, а также бактериологических, серологических исследований на тифо-паратифозные заболевания.

Милиарный туберкулез сопровождается выраженной интоксикацией по типу "тифозного статуса", увеличением селезенки, длительной лихорадкой, иногда розеолезной сыпью, отсутствием физикальных и рентгенологических изменений со стороны легких и даже таких симптомов, как одышка и цианоз в начале заболевания. При постановке окончательного диагноза учитывается характер гемограммы: при милиарном туберкулезе на фоне лейкопении сохраняется относительный нейтрофилез, эозинофилия, отсутствует тромбоцитопения. Необходимо проводить рентгенографию легких в динамике, исследование глазного дна, повторные бактериологические и серологические исследования на брюшной тиф.

Острая форма бруцеллеза по своему течению может напоминать брюшной тиф волнообразной лихорадкой, увеличением печени и селезенки, склонностью к рецидивам, явлениями бронхита и наличием в анализе крови – лейкопении с относительным лимфоцитозом. Исключить брюшной тиф помогают характерные для бруцеллеза поражения опорно-двигательного аппарата, обычно удовлетворительное состояние при высокой температуре, проливной пот, данные эпиданамнеза. Важным дифференциально-диагностическим признаком является отсутствие "тифозного состояния" у бруцеллезных больных. Помогают в распознавании лабораторные методы.

Реже приходится иметь в виду другие болезни, которые также могут иметь сходные клинические симптомы с брюшным тифом. Это коллагенозы, лимфопролиферативные болезни, ревматизм, эндокардиты, сепсис.

Лечение госпитализация больных брюшным тифом и паратифами обязательна. Важными условиями успешного лечения является соблюдение щадящего режима и диеты. Больные должны соблюдать строгий постельный режим весь период лихорадки и в первые 6-7 дней нормальной температуры. С 6-7 дня нормальной температуры разрешается сидеть, а с 10-12 дня – ходить.

На фоне постельного режима назначается стол №4. Пища готовится на пару, полужидкая, протертая вплоть до каши, должна содержать достаточное количество витаминов, белков и соответствовать 2000-3000 ккал. (слизистые супы, полужидкие каши, яйца всмятку, омлет, печеные яблоки, мясные суфле). Рекомендован прием жидкости до 1,5-2,5 литров в сутки в виде чая, компота и др. С 11-го дня нормальной температуры больных переводят на стол № 2, который рекомендуют соблюдать и после выписки в течение 1-2 месяцев.

Необходимо ежедневно проводить туалет рта, протирание кожи камфорным спиртом, следить за своевременностью опорожнения кишечника.

Из этиотропных средств обычно применяется левомицетин, эффективность которого обусловлена его бактериостатическим действием. Лечение левомицетином снижает частоту вторичных гнойных осложнений, но не предупреждает развития рецидивов и формирования бактерионосительства. Левомицетин хорошо всасывается в кишечнике, назначают

его обычно внутрь. Левомецетин применяют непрерывно курсом по схеме, в максимальной суточной дозе 2,0 г, левомецетин пролонгированного действия - 1,95 г в сутки (см. таблицу 1). В случаях тяжелого течения болезни, сопровождающегося упорной рвотой, затрудняется прием таблеток, в связи с чем необходимо парентеральное введение левомецетина. С этой целью используется водный раствор левомецетина сукцинат натрия.

Кафедра инфекционных болезней КГМА рекомендует лечение больных брюшным тифом и паратифами по 3-циклового методу (по П.А.А-лексееву, 1979).

Преимущества 3-циклового метода лечения левомецетином, по сравнению с одноцикловым пролонгированным методом, заключается в следующем:

1. В первые 24-36 часов лечения левомецетином назначается в половинной разовой дозе 4 раза в сутки, а со 2-го дня лечения дается полная доза, что сокращает число эндотоксиновых реакций.

2. Левомецетин применяется в сочетании с фунгицидными препаратами (нистатин или леворин), что способствует нормализации микрофлоры в кишечнике и снижает процент формирования острого бактерионосительства в 2 раза.

3. В 4 раза уменьшается число рецидивов.

4. В 2 раза сокращается высеваемость возбудителей из кала в период реконвалесценции.

Схема лечения левомецетином больных брюшным тифом и паратифами

А и В

Таблица 1

Препарат применения	Лихорадочный период		4-8 день нормально		9-10 день нормально	
	Доза	Кратность	Доза	Кратность	Доза	Кратность
Левомецетин	2,0	0,5x	1,5	0,5x	1,0	0,5x2
Левомецетин (пролонгированного действия)	1,95	0,65	1,3	0,65	0,6	0,65
Левомецетин натрия, 20% внутримышечно внутривенно	2,0	1,0x	1,5	0,5x	1,0	0,5x2

Схема лечения больных брюшным тифом и паратифами левомецетином по 3-циклового методу (по П.А. Алексееву, 1979)

Циклы	Длительность цикла	Доза и кратность приема левомецетина в сутки			
		Взрослые	Дети по 4	Дети по 5-6	Дети по 7-
1-й цикл	Весь лихорадочный период + 2 дня	0,5x4 раза	0,01-0,02 на	0,2-0,25 x4раза	0,3-0,4 x4раза
Перерыв 3 дня		(4-6-й дни нормальной)			
2-й цикл	4дня (7-10-й дни нормальной)	0,5x4 раза	0,01-0,02 на	0,2-0,25 x4раза	0,3-0,4 x4раза
Перерыв 4 дня		(11-14-й дни нормальной)			

3-й цикл	3 дня (15-17-й дни нормальной)	0,5х4 раза	0,01-0,02	0,2-0,25	0,3-0,4
----------	--------------------------------	------------	-----------	----------	---------

При устойчивости возбудителя к левомецитину рекомендуется ампициллин, бисептол, сеприн, производственные нитрофурана, гентами-цин, препараты хинолинового ряда (ципрофлоксалин).

С целью дезинтоксикации применяются раствор Рингера-Локка, 0,9%-ный раствор хлорида натрия, 5%-ный раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин. Коллоиды усиливают почечный кровоток и образуют комплексы с токсинами, ликвидируют стаз эритроцитов в капиллярах и быстро выводятся почками.

Для повышения иммунной реактивности организма показана вакцинация в комплексе с антибиотиками для уменьшения частоты рецидивов и бактерионосительства. Вакцину назначают одновременно или раньше антибактериальных средств. Тифо-паратифозная дивакцина или брюшнотифозная моновакцина вводится дробными дозами по схеме. Ви-антиген вводится по 400 мкг трехкратно с 5-7 -дневными интервалами или по 800 мкг двукратно внутримышечно с интервалом в 10 дней.

Кроме того, по показаниям применяются препараты неспецифической защиты (пентоксил, метилурацил), сердечно сосудистые средства, ферменты и симптоматическая терапия.

Лечение осложнений. При кишечном кровотечении назначается:

1. Абсолютный покой, который подкрепляется назначением индивидуального поста.

2. Холод на живот (пузыри со льдом на 10-15 минут) с перерывами по 30 минут.

3. Первые 10-14 часов голод (больных не кормить, а давать жидкости глотками в прохладном виде, не более 500,0-800,0 мл в сутки). На вторые сутки: 5''/о-ная манная каша на воде, кисель, желе. На 3-4-е сутки добавляют сливочное масло, яйцо всмятку, печеные фрукты. На 5-е сутки при отсутствии повторного кровотечения больного переводят на диету, рекомендуемую при брюшном тифе.

4. Из медикаментозных средств применяют викасол, аминокapro-новую кислоту, фибриноген, медицинский желатин, хлоридкальция, аскорбиновую кислоту, по жизненным показаниям проводят переливание крови.

При развитии эндотоксического шока применяются большие дозы кортикостероидов (преднизолон по 15-30 мг/кг в первые 3-6 часов в/в) на фоне комплексной терапии, включающей дезинтоксикацию, восстановление центральной гемодинамики, микроциркуляции, метаболических процессов и гемостаза. Для этого назначается реополиглюкин, поляризующая смесь. Сердечные гликозиды, гемодез, альбумин и др. По истечении 5-6 часов дозу преднизолона уменьшают до 1-5 мг/кг в сутки и отменяют через 1 -2 суток без уменьшения дозы. Электролитные нарушения и ацидоз корректируются с помощью полиионных растворов (трисоль, ацесоль). Проводится форсированный диурез, назначаются ингибиторы протеаз (трасилол, контрикал) и ингаляции кислорода.

При перфорации брюшнотифозной язвы кишечника необходимо немедленное хирургическое вмешательство на фоне комбинированного лечения левомецитином-сукцинатом натрия и препаратами, воздействующими на вторичную микрофлору.

Лечение рецидивов проводится по тем же принципам, что и в острый период. Этиотропная терапия левомецитином назначается весь рецидивный лихорадочный период плюс еще 5 дней нормальной температуры.

При неспецифических вторичных осложнениях (отиты, пневмонии, пиелоститы и др.) проводится комбинированное лечение с использованием других антибиотиков.

Лечение детей с брюшным тифом и паратифами проводится по тем же принципам, что и взрослых, а дозы препаратов назначаются с учетом возраста и веса ребенка.


Условия выписки. Больные, леченные антибиотиками, выписываются после полного клинического выздоровления, но не ранее 21 -го дня нормальной температуры после трехкратного отрицательного посева кала и мочи на группу сальмонелл, взятых на 5-10-15 дни нормальной температуры и однократного отрицательного посева желчи (порции В и С), взятой не ранее 10-го дня нормальной температуры. За два дня до взятия материалов для посева назначаются легкие желчегонные средства (отвар кукурузных рылец, оксафенамид и др.). Реконвалесценты, леченные только симптоматическими средствами, выписываются при тех же условиях, не ранее 14-15-го дня апирекции.

Реконвалесцентам последние три дня пребывания в стационаре назначается брюшнотифозный бактериофаг: детям до трех лет 1 таблетку, от 3 до 10 лет - 2 таблетки, старше 10 лет и взрослым - 3 таблетки 1 раз в день, утром натощак (запивается 2%-ным раствором соды при отсутствии кислотоустойчивой оболочки).

Реконвалесцентам дается больничный лист на весь период пребывания в стационаре и еще на 10 дней. Учащимся после выписки дается освобождение от занятий на один месяц-

Начальник Главного
лечебно-профилактического
управления

у" ^ . у



^ . 3 ^ ^ & y М. Ж. Мадьбаев