**Лекция № 7**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с сальмонеллёзом».**

 **Сальмонеллез** (С) – острая инфекционная болезнь, антропозооноз, вызываемая многочисленными бактериями из рода сальмонелл, характеризующаяся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и протекающая чаще всего в виде гастроинтестинальных, реже генерализованных форм.

 **Этиология.** Возбудители – сальмонеллы, подвижны, спор и капсул не образуют, ГР(-). Способны продуцировать экзотоксины, которые вызывают воспаление слизистой ЖКТ. При разрушении выделяется эндотоксин, который обуславливает интоксикацию. Описано около 2000 серологических вариантов сальмонелл, из них патогенны для человека приблизительно 700.
 Сальмонеллы относительно устойчивы во внешней среде, некоторые из них не погибают при замораживании до температуры 48-82 градусов и хорошо переносят высушивание. На различных предметах при комнатной температуре они сохраняются 45-90 дней, в воде 40-60 дней, в молочных и готовых мясных продуктам не только сохраняются до 4месяцев, но и размножаются, не изменяя органолептических свойств и внешнего вида продуктов.
 Сальмонеллы устойчивы к солению, копчению и действию кислот.
 Для разрушения бактерий требуется качественно проводимая термическая обработка. Так, для полной инактивации сальмонелл, находящиеся в куске мяса массой 400 г., необходимо варить его не менее 2,5 часов.

 **Эпидемиология.** *Основной источник* – животные, могут быть больные люди и бактерионосители.
 Животные, будучи внешне здоровыми, могут выделять возбудителя с мочой, калом, молоком, носовой слизью, слюной. Сальмонеллы обнаруживают не только в мясе и внутренних органах птиц, но и в яйцах. Яйца внешне не изменены, по вкусу и запаху – не отличаются от нормальных.
  *Основной путь передачи* – пищевой. *Факторами передачи* являются пищевые продукты: мясо животных или птиц, яйца.
 Возможен контактно-бытовой путь при несоблюдении санитарно-гигиенических норм, этот путь встречается, например, при внутрибольничных вспышках С.

Наиболее *восприимчивы* к С. дети до 1 года или лица с различными видами иммунодефицита. С. встречается в течение всего года, но чаще в летние месяцы.

**Клиника.** Инкубационный период от 3-5 до 20-24 часов, иногда до 1,5 суток, чаще 6-8 часов.
 Выделяют следующие формы и варианты течения инфекции:
 1) Гастроинтестинальная форма (локализованная):
 - гастритический вариант;
 - гастроэнтеритический вариант;
 - гастроэнтероколитический вариант;
 2) Генерализованная форма:
 - тифоподобный вариант;
 - септический вариант;
 3) Бактериовыделение:
 - острое;
 - хроническое;
 - транзиторное;
 Наиболее часто встречается гастроэнтеритический вариант. Начинается остро, с рвоты, озноба, повышения температуры до 39-40, слабости, недомогания, болей в животе. Затем через 1-2 часа присоединяется понос (стул жидкий, зеленый, зловонный, водянистый, пенистый, напоминает «болотную тину»).
 Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, урчит. Выражены явления общей интоксикации, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, приглушенность тонов, снижение АД). Уменьшается количество выделяемой мочи.
 К 2-3 дню отмечаются признаки нарушения водно-солевого обмена из-за потери жидкости и солей, что приводит к сгущению крови, увеличению ее вязкости, к явлениям кислородного голодания тканей. Это же ведет к нарушению функции надпочечников.
 При тяжелом течении уже в первые часы может развиваться коллапс (беспокойство, бледность, акроцианоз, холодный пот, снижение АД, снижение температуры тела).
 Гастроэнтероколический вариант может начинаться как гастроэнтерит, но затем все более отчетливо в клинике выступают признаки колита: стул жидкий со слизью, прожилками крови, болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. В этом случаи С. по своему течению напоминает дизентерию.

**Гастритический вариант.** Наблюдают значительно реже. Характерны острое начало, повторная рвота и боли в эпигастральной области. Как правило, синдром интоксикации выражен слабо, а диарея вообще отсутствует. Течение болезни кратковременное, благоприятное.
 По течению гастроинтестинальная форма может быть легкой, средней тяжести и тяжелой.
 Тифоподобный вариант С. Обычно начинается с поражения ЖКТ, но может с самого начала протекать и без дисфункции кишечника.
 Клинически она весьма напоминает брюшной тиф, особенно паратифы.
 Резко выражена интоксикация, высокая температура тела, которая длится от 6-10 дней до 3-4 недель, могут быть розеолы на коже живота и туловища, увеличиваются печень и селезенка.
 Септикопиемический вариант – с самого начала развивается как сальмонеллезный сепсис. Клиническая картина зависит от локализации метастатических гнойных очагов, которые могут возникать во всех органах.
 Протекает очень тяжело, длительно, возможен летальный исход.
 Бактериовыделение – острое бактериовыделение, при котором возбудитель продолжает выделяться до 3 месяцев после клинического выздоровления, встречается значительно чаще.
 Хроническое бактериовыделение – более 3 месяцев.
 Транзиторное бактериовыделение диагностируется в тех случаях, когда имеет место лишь одно-, двукратное выделение сальмонелл с последующими многократными отрицательными результатами бак. исследования кала и мочи.

**Осложнения.** Коллапс, гиповолемический шок, острая сердечная и почечная недостаточность, септические осложнения.
**Диагноз** ставится на основании данных эпиданамнеза, клинической картины и лабораторных исследований: посев кала, рвотных масс, промывных вод желудка, исследуют подозреваемый продукт.
 Со 2-4 дня ставится РНГА в динамике, диагностический титр 1:400.
**Дифференцировать** приходится с дизентерией, холерой, ПТИ, отравлениями грибами или другими ядовитыми веществами (см. лекцию № 6).

 **Лечение.**
 1) Госпитализацию больных осуществляют только при тяжёлом или осложнённом течении, а также по эпидемиологическим показаниям.

 2)Всем больным с гастроинтестинальной формой в первые часы болезни показано промывание желудка, при отсутствии стула – очистительная клизма, назначение энтеросорбентов (активированный уголь и др.)
 3) Постельный режим назначают при выраженных проявлениях токсикоза и дегидратации.

4)Больные с легким течением болезни не нуждаются в широком комплексе терапевтических мероприятий, ограничиваются диетой в остром периоде стол № 4 и обильным питьем, затем, после прекращения диареи, - стол №13.

5)Регидратационная терапия.

При дегидратации I-II степени показано назначение глюкозо-солевых растворов типа «Цитроглюкосолан», «Глюкосолан», «Регидрон», «Оралит» внутрь с учётом дефицита воды и солей у больного до начала терапии, восполняемых дробным частым питьём (до 1- 1,5 л/час) в течение 2-3 ч, и дальнейших потерь жидкости в процессе лечения (следует контролировать каждые 2-4 ч).

При дегидратации III-IV степени изотонические полиионные кристаллоидные растворы вводят внутривенно струйно до момента ликвидации признаков дегидратационного шока, а затем капельно - растворы «Трисоль», «Ацесоль», «Лактасоль», «Хлосоль» и др..

При необходимости проводят дополнительную коррекцию содержания ионов К+ - внутрь в виде растворов калия хлорида или калия цитрата по 1 г 3-4 раза в день (следует контролировать содержание электролитов в крови).

6)Дезинтоксикационная терапия.

При лёгких формах – сорбенты. При тяжёлых - внутривенное введение макромолекулярных коллоидных препаратов (реополиглюкин, гемодез и др.) для дезинтоксикации можно проводить лишь после коррекции водно-электролитных потерь. При выраженном метаболическом ацидозе может потребоваться дополнительное внутривенное введение 4% раствора бикарбоната натрия под контролем показателей кислотно-щелочного состояния.

Кроме того, для купирования признаков интоксикации при гастроинтестинальной форме сальмонеллёза может назначать индометацин. Препарат назначают в ранние сроки заболевания по 50 мг 3-кратно в течение 12 ч.

7)Этиотропная терапия.При гастроинтестинальной форме применение антибиотиков и других этиотропных препаратов в большинстве случаев не показано. Их необходимо применять при генерализованной форме сальмонеллёза (фторхинолоны по 0,5 г 2 раза в сутки, левомицетин по 0,5 г 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г/сут и др.).

8) Целесообразно назначение комплексных ферментных препаратов (энзистал, фестал, мексаза и др.).

 **Условия выписки.** Выписку из стационара осуществляют после клинического выздоровления и однократного бактериологического исследования кала, проведённого через 2 дня после окончания лечения. Работников пищевой промышленности и лиц, к ним приравненных, подвергают при выписке после отрицательных результатов 2-кратного бактериологического обследования.

**Диспансерному наблюдению** за переболевшими подвергаются только работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные.Лиц, не выделяющих возбудитель, допускают к работе. При установлении бактерионосительства в течение 3 мес эти лица как хронические носители сальмонелл отстраняются от работы по специальности на срок не менее одного года. Дети - хронические носители сальмонелл не допускаются в детские ясли (дома ребёнка). Такие дети, посещающие детские сады и общеобразовательные школы, в том числе школы-интернаты, допускаются в коллективы, но им запрещается дежурство на пищеблоках.

 **Профилактика.**

***Профилактические мероприятия.***

-Основу профилактики сальмонеллёза среди людей составляют ветеринарно-санитарные мероприятия, направленные на обеспечение надлежащих условий в процессе убоя скота и птицы, соблюдение режима убоя животных, технологии обработки туш, приготовления и хранения мясных и рыбных блюд. Большое значение имеют регулярный выборочный контроль кормов и кормовых ингредиентов, плановое осуществление дезинфекционных и дератизационных мероприятий на мясоперерабатывающих предприятиях, пищевых и сырьевых складах, холодильниках, вакцинация сельскохозяйственных животных.

-В общественном питании и личной домашней практике следует строго соблюдать санитарно-гигиенические правила приготовления пищи, раздельной обработки сырого мяса и варёных продуктов, условия и сроки хранения готовой пищи.

-Для профилактики внутрибольничного инфицирования следует соблюдать все требования санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях.

-Лица, впервые поступающие на работу в детские дошкольные учреждения и лечебно-профилактические учреждения, на предприятия пищевой промышленности и приравненные к ним учреждения подлежат обязательному бактериологическому обследованию.

- Средства специфической профилактики отсутствуют.

***Мероприятия в эпидемическом очаге.***

В отношении лиц, общавшихся с больным сальмонеллёзом, в случае оставления больного на дому разобщение не применяют. Работников пищевых и приравненных к ним предприятий, детей, посещающих детские учреждения, а также детей из детских домов и школ-интернатов подвергают однократному бактериологическому обследованию. В случае возникновения внутрибольничного заражения сальмонеллёзом больных, а в случае заболевания детей - и матерей, ухаживающих за ними, переводят в инфекционную больницу; при групповых заболеваниях возможна временная организация специального отделения на месте с привлечением для обслуживания больных инфекциониста. Приём новых больных в это отделение до купирования вспышки прекращается. Единственным средством экстренной профилактики в очаге инфекции в случае возникновения длительных внутрибольничных вспышек сальмонеллёзов является лечебный бактериофаг сальмонеллёзный групп ABCDE.

***Дезинфекционные мероприятия***в отделениях осуществляются как и при других острых кишечных инфекциях, обращая особое внимание на обеззараживание выделений больных, постельных принадлежностей и посуды. Проводится систематическая обработка предметов ухода за больными, ванн, уборочного инвентаря и т.д. В детских отделениях дезинфекции подлежат пеленальные столы после каждого пользования.