**Висипний тиф**

Реферат студенток І курсу історичного факультету спеціальності “Історія (у/в)” Плеханової Ірини та Жмаки Марини

Міністерство освіти України

Донецький національний університет

Донецьк , 2000

Висипний тиф – гостре інфекційне захворювання, що передається від хворої людини здоровій разом із вошами і характеризується лихоманкою, своєрідним висипом на шкірі, а також ураженням нервової та серцево-судинної системи. Висипний тиф (історичний, або класичний) є одним з різновидів великої групи рикетсіозних захворювань людини, до яких, зокрема, належать ендемічний (щуриний) висипний тиф, кліщовий висипний тиф (північноазіатський іксодорикетсіоз) і лихоманка Ку, а також хвороба Брілла.

**Етіологія**

Збудник висипного тифу – рикетсії Провацека (Rickettsia prowazek), які постійно знаходять у клітинах ендотелію судин у хворих висипним тифом. Мають таку назву на честь вченого Провацека, який вивчав причину вошивого тифу й загинув від нього в 1915 р. Збудник висипного тифу може культивуватися в легеневій тканині білих мишей і на хоріон-алантоїсній оболонці курячих ембріонів, що розвиваються.

**Епідеміологія**

 Людина, що хворіє висипним тифом, є єдиним джерелом інфекції. Вона небезпечна наприкінці інкубаційного, весь лихоманковий період і ще на протязі 2 днів після нормалізації температури тіла. У деяких випадках хворий висипним тифом залишається заразним ще на протязі 10 днів.

Висипний тиф безпосередньо від хворої людини до здорової не передається. Передача рикетсій обумовлена наявністю переносників – вошей (головним чином платтяної воші). Воша, насмоктавшись крові висипнотифозного хворого, стає здатною передавати захворювання не раніше, ніж через 4-5 днів. За цей час відбувається розмноження рикетсій в епітеліальних клітинах її кишечнику, де їх знаходять у великій кількості. Ця обставина має велике епідеміологічне значення. Так, при госпіталізації хворого в перші 5 днів хвороби й одночасній обробці епідеміологічного осередку (знищення вошей) нових випадків захворювання в цьому осередку не буде. Максимальний строк життя зараженої воші 40 – 45 днів; отже, на протязі 35 – 40 днів вона здатна передавати інфекцію.

Клітини епітелію кишечнику зараженої воші через 5 днів переповнюються рикетсіями Провацека, внаслідок чого вони руйнуються і збудник висипного тифу разом з випорожненнями виходить назовні, забруднюючи шкіру й білизну людини. Цілісність шкірних покривів порушується укусом вошей і розчосами; при почісуванні запаленого місця відбувається втирання в шкіру рикетсій, які потім проникають в кров’яне русло.

**Клінічні ознаки**

 Рикетсії, проникнувши в кров, розносяться по всьому організму. Як внутрішньоклітинні паразити, вони вкорінюються в ендотелій артеріол і капілярів, викликаючи там специфічні зміни. Ендотеліальні клітини уражених судин різко набухають, що призводить до звуження або повної їх закупорки. Такі зміни судин (гранулеми) спостерігаються в усіх органах, в тому числі й у центральній нервовій системі, особливо в продовгуватому мозку. Ці ураження викликають тяжкі розлади з боку серцево-судинної та нервової систем (менінгоенцифаліт), що одночасно з токсичною дією збудника хвороби обумовлює клінічну картину цього захворювання.

Інкубаційний період висипного тифу становить в середньому 14-15 днів; іноді він скорочується до 7 або триває до 23 днів. Захворювання починається гостро. У ряді випадків на протязі 1-2 днів спостерігається загальне нездужання, поганий апетит. Потім піднімається температура тіла, що досягає в перші 2 дні 39-40° С. Часто підвищення температури супроводжується ознобом.

З першого дня хворий скаржиться на нестерпний зростаючий головний біль, неспокійний, переривчастий сон із сновидіннями. Ці явища швидко змушують хворого лягти у ліжко. Зовнішній вигляд його досить типовий. Обличчя гіпереміроване, набрякле, кон’юнктивіти різко гіпереміровані, судини склер розширені, ін’єцировані (“кролячі очі”). Шкіра гаряча.

На 5-й день хвороби (рідше на 4–6-й) з’являється висипка в області бокових поверхонь грудної клітини, на згинальній поверхні передпліч, ліктьових згинах і швидко поширюється по всьому тулубу й на нижні кінцівки. Висипка поліморфна (різна за величиною і формою); спочатку вона може бути розеолізною (зникає при натискуванні на неї або розтягуванні шкіри), швидко перетворюється на петехіальну, яка вже не зникає при натискуванні та розтягуванні шкіри. При важкому протіканні хвороби висипка може бути з самого початку петехіальною. Діаметр елементів висипки від 2 до 5 мм. Іноді до появи висипки на перехідній складці кон’юнктиви виникають дрібнокрапкові крововиливи (симптом Кіарі – Авцина); при огляді зіву можна знайти на слизовій оболонці м’якого піднебіння, а також біля кореня язичка одиничні крапкові крововиливи (енантема). До чітко вираженої висипки петехії можуть бути виявлені шляхом накладення на плече хворого резинового джгута; при цьому нижче місця перетяжки утворюються крапкові крововиливи.

Період висипань супроводжується погіршенням стану хворого. Зростають явища з боку нервової системи (тифозний статус). У тяжких випадках спостерігаються запаморочення, збудження, марення, галюцинації. У таких випадках з боку медичного персоналу вимагається особливо ретельний нагляд за тяжкохворими, так як вони можуть встати, втекти, навіть викинутися у вікно тощо. Захворювання протікає з явищами менінгоенцифаліту (запалення головного мозку та його оболонок).

У тяжкохворих стул і сечовипускання можуть бути несвідомими. Іноді відбувається затримка сечі або парадоксальне сечовипускання, коли при переповненому сечовому міхурі виділення сечі проходить малими порціями.

Розлад діяльності серцево-судинної системи характеризується глухістю тонів серця, прискоренням пульсу, прогресуючим падінням артеріального тиску, іноді до ступеня колапсу. У розпалі захворювання присутні явища бронхіту, а іноді й бронхопневмонії.

**Апетит у хворого поганий**

Язик сухий, обкладений білим або коричневим нальотом, часто при висовуванні тремтить. Іноді хворий не може висунути язик, він “спотикається” через нижні зуби (симптом Говорова – Годельє). Звичайно спостерігається схильність до затримки стула. З 4–5-го дня пальпірується селезінка і збільшується печінка.

При сприятливому протіканні захворювання температура тіла нормалізується на 12–15-й день (пізніше як виключення); вона падає літично (ступенеподібно) на протязі 2-3 днів, рідше критично, тобто одразу. Свідомість хворого прояснюється, висипка зникає, з’являється апетит. Поступово нормалізується артеріальний тиск, сон стає спокійним, сили відновлюються. При стані, що прогресивно поліпшується, на 7–8-й день нормальної температури тіла хворому дозволяють вставати з ліжка і на 13-й день він може бути виписаний.

**Невідкладна допомога**

Долікарська допомога: при підйомі температури кладуть холодний компрес на голову, дають 0,5 г ацетилсаліцилової кислоти або 0,25 г амідопірину. Медична допомога: при гіпертермії показаний холод на голову, жарознижуючі засоби; 0,5 г ацетилсаліцилової кислоти або 0,25 г амідопірину; серцево-судинні засоби (2 мл 20% розчину камфори або 1-2 мл кордіаміну підшкірно), при різкому збудженні – 1 мл 2,5% розчину аміназину внутрім’язово.

**Ускладнення**

Серед можливих ускладнень висипного тифу слід перш за все відмітити нервовотрофічні ураження тканин (некрози шкіри, пролежні) і тромбофлебіти (частіше уражаються вени нижніх кінцівок). У деяких хворих, особливо при наявності попереднього виснаження організму або поганому догляді за порожниною рота, можливий розвиток гнійного паротиту. Іноді розвивається обмежена двостороння осередкова пневмонія; у дітей можливі отити. Не є рідкістю токсичні неврити слухового нерву, хоча у цих хворих швидко (звичайно вже на момент виписування з стаціонару) гострота слуху повністю відновлюється. У деяких випадках спостерігається розвиток висипнотифозного менінгоенцифаліту.

Перенесене захворювання залишає стійкий імунітет. Повторне захворювання висипним тифом спостерігається не раніше, ніж через 1,5 років після первинного. Летальність не перевищує 0,1–0,2%.

**Профілактика**

Услід за госпіталізацією хворого висипним тифом про кожного такого хворого негайно оповіщають районні санітарні організації і санітарно-епідеміологічну станцію (СЕС). Квартиру або гуртожиток, де мешкав хворий, піддають дезинфекції і одночасно в осередку проводять епідеміологічне обстеження.

Усю білизну хворого кип’ятять і перуть з милом, а верхній одяг, ковдри і матраци обробляють у дезінфекційних камерах.

Усіх осіб, що мешкають в оточенні хворого, одразу ж після госпіталізації хворого миють у лазні-пропускнику, а їх білизну, одяг і постільні речі піддають такій самій дезінсекційній обробці, як і речі хворого.

Необхідно забезпечити комплексне одночасне проведення всіх перелічених заходів, повторюючи санітарну обробку в осередку через 8 днів.

На протязі 25 днів з моменту госпіталізації хворого медичні робітники повинні щодня вимірювати температуру всім, хто мешкає в даному осередку, а через кожні 3 дні, крім того, проводити загальний медичний огляд.

Клініко-епідеміологічний нагляд за особами, що знаходяться в осередку висипного тифу, проводиться на протязі 71 дня з моменту появи першого випадку захворювання.

У боротьбі з поширенням висипного тифу виключно важливу роль відіграє рання діагностика і госпіталізація хворого. Якщо хворого буде госпіталізовано до 5-го дня захворювання висипним тифом, а в осередку забезпечена одночасна повторна і кільцева дезінсекція і санітарна обробка всіх мешканців даної квартири або гуртожитку, слід вважати, що нових випадків захворювання висипним тифом в цьому осередку вже не виникне.

 Допоміжну роль у профілактиці висипного тифу відіграють щеплення вакциною. Імунітет розвивається через 3 тижні після щеплення і діє на протязі 8-10 місяців. Щеплення слід робити тим, хто за родом своєї роботи підлягає небезпеці зараження (персонал інфекційних лікарень, дезінфектори, носії на залізничному і водному транспорті, перукарі, робітники санпропускників тощо).

**Список литературы**

Бунин К.В. Инфекционные болезни. – М.: Медицина, 1977. – 492 с.

Покровский В.И., Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии. – М.: Медицина, 1985. – 240 с.

Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи/ Под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1975. – 672 с.