Сыпной тиф.

|  |  |
| --- | --- |
| **Сыпной тиф** - антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое риккетсиями Провачека (Rickettsia Prowazekii), для которого характерно развитие генерализованного васкулита.         I. ***Этиология сыпного тифа (причины сыпного тифа)***         Возбудитель сыпного тифа — риккетсии Провачека (Rickettsia Prowazekii) — относится к группе риккетсии— микроорганизмов, занимающих промежуточное положение между бактериями и вирусами. Риккетсии Провачека мало устойчивы во внешней среде. Прямой солнечный свет, нагревание до 50° и дезинфицирующие растворы в обычно применяемых концентрациях вызывают их гибель в течение нескольких минут. Однако в фекалиях высохших вшей риккетсии могут сохраняться в течение нескольких недель. |  |

|  |
| --- |
| Сыпной тиф передается вшами. Из трех видов вшей, паразитирующих на человеке, основным переносчиком сыпного тифа является платяная вошь (Pediculus vestimenti). Значительно меньшее эпидемиологическое значение имеет головная вошь (Pediculus capitis), хотя возможность передачи ею сыпнотифозных риккетсии доказана. Лобковая вошь (Phthirius pubis) не является переносчиком сыпного тифа. Вошь заражается риккетсиями Провачека во время сосания крови больного сыпным тифом. Попавшие в ее кишечник риккетсии размножаются в эпителии кишечника, накапливаясь в большом количестве в клетках и вызывая их слущивание в просвет кишечника. Для этого требуется 4-5 дней, после чего вошь становится заразной.         Зараженная вошь живет в течение 3-4 недель и погибает, как правило, вследствие разрыва кишечника, поврежденного размножившимися в его эпителии риккетсиями. Во время акта сосания происходит дефекация, а так как при укусе вошь выделяет слюну, вызывающую зуд, то инфицированные риккетсии втираются при расчесах или заносятся на слизистые оболочки глаз, и таким образом происходит заражение сыпным тифом. Теоретически возможно также заражение через дыхательные пути, при попадании с пылью высохших фекалий вшей, зараженных риккетсиями.         II. ***Распространенность сыпного тифа***        В начале и середине 20-го века имела большая распространенность заболевания. Подъем заболеваемости отмечался на фоне социальных катастроф (войны, голод и т.д.). В настоящее время в Европе заболевание практически ликвидировано. Отмечаются единичные завозные случаи. Заболеваемость сохраняется в ряде стран Азии, Африки и Южной Америки. Заболеваемость среди мужчин и женщин не имеет статистически значимых различий.         III. ***Клинические проявления сыпного тифа (симптомы сыпного тифа)***         Заражение сыпным тифом происходит через кожные покровы, реже - через слизистые оболочки. Попадая в лимфу или кровоток, риккетсии размножаются в эпителии кровеносных капилляров и вызывают развитие мелкоочаговых инфильтратов, характерных для сыпного тифа инфекционных гранулем. Болезнь развивается после инкубационного периода продолжительностью 11—14 дней (максимум до 25 дней). Заболевание может иметь стёртую, легкую, средней степени тяжести, тяжелую форму. В течение заболевания выделяют следующие периоды: инкубационный, начальный, период разгара. В начальном периоде заболевания отмечаются гипертермия до 39-40 градусов Цельсия, общая интоксикация, головная боль, головокружение, слабость. Может наблюдаться некоторая эйфория больных. Отмечается увеличение печени и селезенки. Диурез снижен. На данном этапе болезни возможно развитие кожной симптоматики в виде энантемы у основания небного язычка, на конъюнктиве. Колебания температуры за сутки могут достигать 2-3 градусов.        Для периода разгара характерно развитие полноценной клинической симптоматики. Наблюдается риккетсиемия с лихорадкой, сыпь по типу розеолезно-петехиальных высыпаний. Сыпь диссеминирована по всему телу. Отмечается повышенная ломкость сосудов (симптом щипка). Температура устанавливается на уровне 39-40 градусов, могут быть падения температуры на 8-9 и на 12-13 день болезни. Развивается выраженная неврологическая симптоматика в связи с возникновением мелкоочаговых поражений сосудов мозга. Симптомы соответствуют менингоэнцефалиту: головная боль, тошнота, светобоязнь, бульбарные расстройства. Возможно развитие слуховых и зрительных галлюцинаций.         Лихорадочный период длится около 2 недель, после чего постепенно наступает выздоровление.         Больной является заразным в течение лихорадочного периода. С окончанием лихорадки риккетсии исчезают из крови, и развивается стойкий иммунитет, сохраняющийся в течение всей жизни.        IV. ***Диагностика сыпного тифа***        Диагноз ставится на основании характерной клинической картины и эпидемиологических данных.         Лабораторная диагностика сыпного тифа, помимо метода выделения риккетсий от больных (путем заражения мышей, куриных зародышей, вшей), основана преимущественно на применении серологических реакций. Наиболее точные результаты получаются при постановке реакции агглютинации риккетсий сыворотками больных, взятыми на второй неделе болезни и позже. Также используются реакции связывания комплемента, реакция непрямой гемагглютинации. Цель серологической диагностики – определение специфических иммуноглобулинов (IgM, IgG) к возбудителю. IgM появляются на ранних стадиях развития болезни, IgG с 14-20 дня болезни. Возможно проведение кожно-аллергической пробы.        V. ***Лечение сыпного тифа***        Лечение проводится в условиях стационара. Режим пастельный.         Назначаются антибактериальные препараты, действующие на возбудитель. Препараты выбора тетрациклин и левомицетин. Тетрациклин в дозе по 0,3-0,4 назначается 4 раза в день не менее 10 дней. Левомицетин назначают в суточной дозе 2 грамма, разделенной на 3 приема. Тяжелое состояние пациента требует парентерального назначения антибиотиков.        Обязательно проводится инфузионная терапия (коллоидные и кристаллоидные растворы), назначаются антипиретики (парацетамол, ибупрофен), диуретики (фуросемид), сердечные гликозиды (дигоксин, строфантин).         Тяжелые формы заболевания требуют проведения реанимационных мероприятий с обязательным включением в схему лечения кортикостероидных препаратов.Профилактика тромбозов проводится при помощи антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин, фенилин). Гепарин назначается на ранних этапах заболевания. При прогрессирующей неврологической симптоматике, развитии бреда, назначают седуксен, галоперидол, барбитураты.        Обязателен уход за кожей и слизистыми в связи с высоким риском трофических расстройств.         VI. ***Профилактика сыпного тифа***        Профилактика сыпного тифа основывается на проведении общесанитарных мер, направленных на борьбу с педикулезом, противоэпидемических мер в очагах сыпного тифа, а также на применении профилактических прививок.        Поскольку вши являются переносчиками сыпного тифа, то в системе мер по борьбе с этим заболеванием важное место занимает ликвидация педикулеза.        Больной сыпным тифом подлежит изоляции в инфекционную больницу с предварительной камерной дезинсекцией одежды и белья. В очаге, где обнаружен больной, одежда и постельное белье также подвергаются камерной дезинсекции, а помещение и находящиеся в нем предметы — влажной дезинсекции.         Лица, находившиеся в общении с заболевшим, подлежат медицинскому наблюдению в течение 45 дней со времени изоляции больного или соответственно 60 дней со времени заболевания. При этом необходимо провести тщательное эпидемиологическое обследование для определения границ очага, так как общение с заболевшим могли иметь не только проживающие в данной квартире или общежитии, но и другие лица, проживающие в других местах. Все они также должны пройти санитарную обработку        VII. ***Прогноз при сыпном тифе***        Прогноз для жизни, как правило, благоприятный. При несоблюдении протоколов лечения смертность до 15%. |

**Памятка по профилактике педикулёза**

**Педикулез (вшивость) -**  это паразитарное заболевание кожи возбудителем которого является человеческая вошь – мелкое насекомое, паразитирующее на коже и одежде.  Проявляется педикулез, в основном, зудом в месте укусов вшей (зуд кожи головы, зуд в области половых органов).

**Причины возникновения педикулеза.**

Как правило, педикулез развивается при неблагоприятных условиях внешней среды (большие коллективы людей, отсутствие элементарных гигиенических условий, низкий культурный и экономический уровень общества). Иногда вшивость возникает и у чистоплотных  людей при контакте с зараженным вшами человеком.

**Головной педикулез.**

Причиной головного педикулеза является головная вошь (Pediculus humanus capitis).  Головные вши живут до 40 дней. В течение 35 дней вошь откладывает до 10-12 яиц (гнид) в день. Обычно гниды крепятся на волосах и выглядят как прозрачные округлые мешочки, наполненные жидкостью.

После выхода из яйца (гниды) молодая вошь начинает питаться кровью человека и расти. По бокам головных вшей заметна яркая пигментация.  Наличие головных вшей свидетельствует о плохой гигиенической обстановке в коллективе, а также о нечистоплотности людей.

Головные вши живут на волосистой части головы, чаще всего встречаются у девочек и у женщин, так как лучше выживают в длинных волосах. Как правило, заражение вшами происходит через расчески, головные уборы, щетки для волос. Также возможен и переход паразита с одного человека на другого.

 Головные вши чрезвычайно проворны и способны высоко прыгать.

**Основные симптомы и признаки педикулеза.**

От момента заражения вшами (педикулезом) до первых признаков болезни может пройти несколько недель.

Основными симптомами и признаками педикулеза являются:

* Кожный зуд в месте укуса вши. При головном педикулезе наиболее часто больных беспокоит зуд кожи головы (за ушными раковинами, в области висков и затылка). При головном педикулезе зуд у больных слабой интенсивности, иногда пациенты жалуются лишь на небольшой дискомфорт в области укуса вшей.
* Сыпь как симптом вшей. Как правило, сыпь при педикулезе проявляется спустя несколько дней после укусов вшей. Для головного педикулеза характерны пятна красного цвета по периферии волосистой части головы.
* Расчёсы (экскориации). При длительном течении педикулеза из-за зуда больной расчесывает участки  кожи покусанные вшами. Как правило, на месте расчесов при вшивости появляются гнойные корочки.
* Наличие гнид в волосах. Наличие гнид на волосах это один из неопровержимых признаков вшей. Гниды выглядят как маленькие (2-3 мм) серебристые пузырьки прикрепленные к волосам. Гниды могут быть живыми и мертвыми. Мертвые гниды обычно имеют тусклую окраску.

**Осложнения при педикулезе.**

* Вторичная бактериальная инфекция (пиодермия) на коже головы, заушных областей, лица,  импетиго (импетиго это заболевание, для которого характерно наличие поверхностных пузырьково-гнойничковых высыпаний на коже);
* Блефарит, конъюнктивит;
* Лимфаденит;
* Сыпной тиф – вши являются переносчиками сыпного тифа;
* Сепсис.

**Профилактика педикулеза.**

Профилактика педикулеза заключается в соблюдении гигиенических мер.

Соблюдение личной гигиены. Необходимо регулярно менять белье и одежду (не реже 2-х раз в неделю).  Также важно постоянно стирать постельное белье при высокой температуре (следует избегать чужих постельных принадлежностей).  Следует тщательно проглаживать одежду (особенно в области швов).  Профилактические мероприятия в некоторых коллективах (детских садах, школах, студенческих общежитиях) должно осуществляться воспитателями и врачами прикрепленными к детскому учреждению.

При обнаружении головных вшей их вычесывают частым гребнем, соблюдая осторожность, чтобы не рассеять паразитов. Для уничтожения вшей у взрослого населения и детей с 5 лет рекомендуются следующие средства: лосьоны - "Ниттифор", "Нитилон", "Лонцид"; шампуни - "Биосим", "Веда - 2", "Лаури", "Салюцид", "Паразидоз". Норма расхода препаратов зависит от густоты и длины волос, степени зараженности вшами.

При платяном педикулезе проводят санитарную обработку (моют тело горячей водой с мылом) и одновременно дезинсекцию белья, верхней одежды, постельных принадлежностей и жилых помещений.

Индивидуальная профилактика сводится к регулярному мытью тела со сменой нательного и постельного белья, периодическому осмотру детей дома, а также в детских коллективах, контрольному осмотру белья на педикулез при неудовлетворительных санитарно-бытовых условиях (длительное пребывание в пути); предупреждение контакта с завшивленными людьми.

**Если Вы узнали о случае педикулеза в  школе, попросите вашего ребенка:**

* не меняться одеждой со своими друзьями, особенно шарфами и шапками;
* пользоваться только своей расческой для волос и заколками;
* в бассейне прятать волосы под шапочку;
* не пользоваться чужим полотенцем.

Если все–таки Ваш ребенок заразился вшами, примите меры личной профилактики:

* проверьте всех членов семьи в тот же день, как обнаружили педикулез у Вашего ребенка;
* прокипятите и прогладьте утюгом белье, которое носит и на котором спит ребенок;
* пропылесосьте дом и машину.

***Будьте внимательны к себе и окружающим!   Будьте здоровы!***