

АТЛАС ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Под редакцией
проф. В.И. Лучшева,
проф. С.Н. Жарова,
проф. В.В. Никифорова

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2014

Глава 1

Брюшной тиф

Брюшной тиф — острое инфекционное кишечное заболевание, являющееся антропонозом, вызываемое *Salmonella typhi* и протекающее с бактериемией. Механизм передачи — фекально-оральный, клинически заболевание характеризуется волнообразной лихорадкой, общей высокой интоксикацией, преимущественным поражением лимфатического аппарата тонкой кишки, увеличением печени и селезенки, розеолезной сыпью.

Классификация

Брюшной тиф (МКБ-10)

- A01.0. Брюшной тиф
- A01.1. Паратиф А
- A01.2. Паратиф В
- A01.3. Паратиф
- A01.4. Паратиф неуточненный

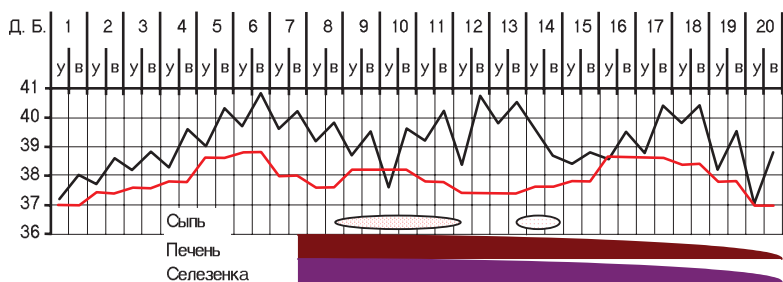
Для начала заболевания характерно усиление интоксикации в среднем в течение 4 дней. Лихорадка волнообразная (рис. 1, А–В). В период реконвалесценции температура снижается литически (см. рис. 1, Б, В). Характерны изменения кожных покровов — симптом Филипповича (рис. 2, А, Б); на 8–10-й день болезни появляется розеолезная сыпь (рис. 2, В); язык обложен (рис. 3, А, Б). На 2–3-й неделе заболевания развивается некроз лимфатических узлов кишечника (рис. 4, А–В) с возможными осложнениями — кишечным кровотечением, перитонитом. Интоксикация в течение заболевания обуславливает развитие специфического миокардита.

Диагностика

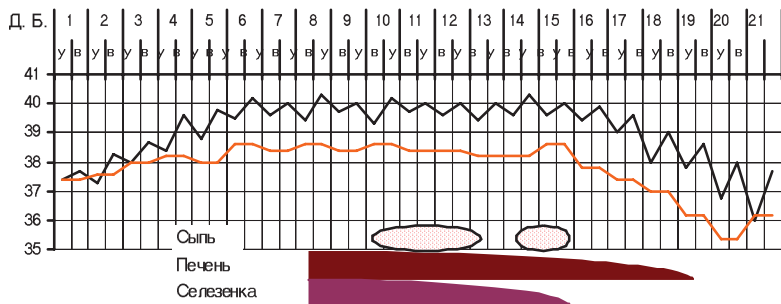
Лабораторные методы, подтверждающие диагноз:

- общий клинический анализ крови: до 5–7-го дня заболевания характерны лейкопения, тромбоцитопения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия, умеренное увеличение СОЭ;

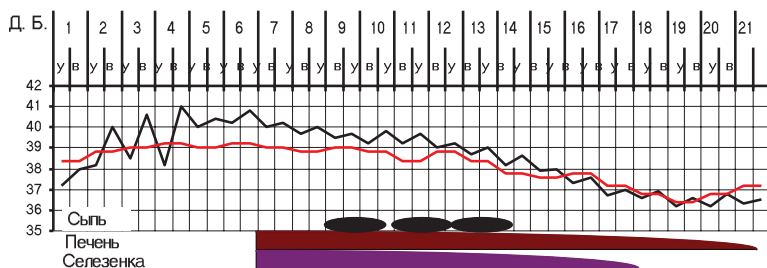
А. Боткинский тип температурной кривой



Б. Лихорадка постоянного типа (Вундерлиха)



В. Температурная кривая типа Кильдешевского

**Рис. 1.** Брюшной тиф. Типы температурных кривых:

А — боткинский тип температурной кривой; Б — лихорадка постоянного типа (Вундерлиха); В — температурная кривая типа Кильдешевского;
у — утро; в — вечер

- с первых дней заболевания применяют бактериологический метод выявления возбудителя. Посев 10 мл крови на 100 мл; среды, содержащей 10–20% желчный бульон, среда Раппопорта;
- выделение гемокультуры; посев испражнений на копрокультуру, мочи — на уринокультуру, желчи — на биликультуру;
- с первых дней заболевания — серологический метод выделения антигена: реакция агрегатгемагглютинации (РАГА), реакция коагглютинации (РКА);
- со 2-й недели заболевания: реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) (достоверный титр антител 1:200); с брюшнотифозным Vi-диагностиком (титр антител 1:40);
- реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА) на специфические антитела.



А

Рис. 2. Изменения кожных покровов:

А — симптом Филипповича (желтушное окрашивание ладоней и стоп);

**Б****В**

Рис. 2. Изменения кожных покровов (окончание):

Б — симптом Филипповича (желтушное окрашивание ладоней и стоп);

В — розеолезная сыпь



А



Б

Рис. 3. Тифозный язык:

А — язык утолщен, густо обложен налетом, края и конец языка гиперемизованы, свободны от налета; Б — на боковых поверхностях языка отпечатки зубов

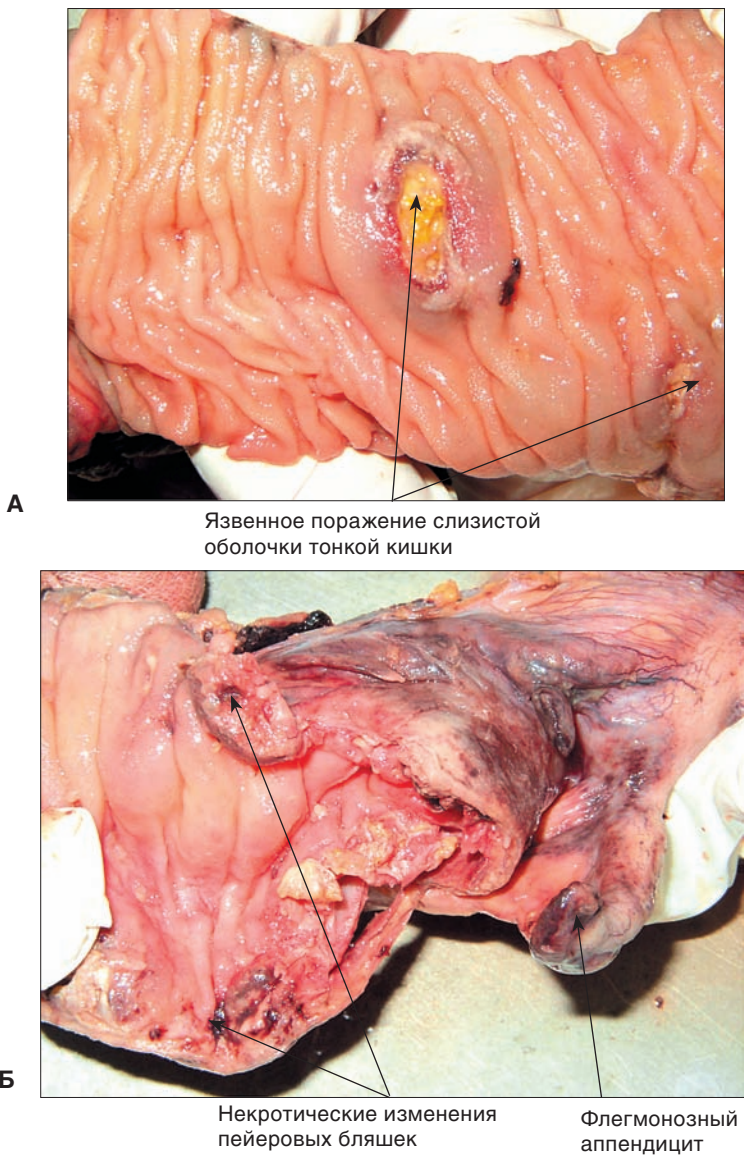


Рис. 4. Патологическая анатомия