**Введение**

Пищевые токсикоинфекции - это заболевание, причиной которого, являются заражение не собственно бактериями, а токсинами, которые образуются в результате жизнедеятельности бактерий вне организма человека - в основном продуктах питания. Существует множество бактерий вырабатывающих токсины.

Признаком токсикоинфекций являются вспышки заболеваемости, когда за короткий промежуток времени заболевает большое количество людей. Это связанно с совместным употреблением инфицированного продукта.

Пищевые токсикоинфекции представляют обширную группу острых инфекционных заболеваний человека, вызываемых различными микробами и их токсическими веществами при употреблении инфицированных пищевых продуктов. Болезнь сопровождается общей интоксикацией, повышенной температурой, расстройствами сердечно - сосудистых функций (вплоть до развития коллапса) и симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта.

Возбудители пищевых токсикоинфекций составляют обширную группу бактерий (до 530 различных представителей), важнейшими из них является группа бактерий Salmonella, также часто встречаются бактерии Бреслау, палочки Гертнера и т. д. Токсикоинфекции могут быть вызваны стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой.

Развитие токсикоинфекции определяется массовым инфицированием, снижением защитных свойств организма, расстройством желудка и кишечника. В инфицированных продуктах возбудители этого заболевания могут сохраняться в течение нескольких дней. Наиболее частой причиной токсикоинфекций служит употребление мяса и рыбы, зараженных бактериями группы сальмонелла. Мясо животных может быть заражено еще прижизненно. Кроме того разделывание и транспортировка туш в антисанитарных условиях могут способствовать инфицированию мяса. Также пренебрежение требованиям пищевой гигиены при засоле рыбы нередко приводит к ее заражению бактериями Гертнера, а так же приготовленных из нее продуктов. Следует подчеркнуть, что на кухнях при неправильном хранении и обработке мясных и рыбных продуктов возникает возможность их заражения вследствие чего среди лиц, употреблявших эти продукты возможны как единичные случаи, так и вспышки пищевых токсикоинфекций. Помимо мяса и рыбы могут быть инфицированы другие пищевые продукты в процессе приготовления или хранения (гусиные яйца, молоко). Пищевые токсикоинфекции могут быть вызваны патогенными стафилококками, в тех случаях, когда приготовлением пищи занимались люди с гнойничковыми заболеваниями кожи рук.

Теплое время года способствует размножению патогенных микробов в пищевых продуктах, вследствие чего в этот период учащаются случаи пищевых токсикоинфекций. Пищевые токсикоинфекци встречаются главным образом в виде единичных случаев заболевания, но возможны и массовые вспышки, если несколько людей употребляли один и тот же продукт. Для вспышек пищевых токсикоинфекций характерна короткая инкубация и массовость, приблизительно одновременное начало заболеваний.

К развитию патологического процесса при пищевых токсикоинфекциях ведет интоксикация организма и непосредственное влияние на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта возбудителей болезни. При некоторых пищевых токсикоинфекциях имеется бактериемия и возбудитель размножается в тканях, это бывает при заболеваниях вызванных палочками Бреслау. Нарушения сердечно-сосудистой и нервной системы, связанные с наличием специфической интоксикации, явление гастроэнтерита определяют клиническую картину пищевой токсикоинфекции. При вскрытии трупов людей погибших от этого заболевания, обнаруживают отечность и гиперемию слизистой оболочки тонкого кишечника, многочисленные геморрагии в стенке кишок, селезенка и печень увеличены.

Инкубационный период чаще всего равен 8-14 часам, но может колебаться от 2 до 24 часов и дольше.

**Пищевые токсикоинфекции**

**Сальмонелезный гастроэнтерит**

Заболевание начинается остро, с общего недомогания, тошноты, повторной рвоты, болей в животе, вслед за этим появляется частый жидкий стул. Интоксикация проявляется бледностью кожных покровов, пониженным напряжением и наполнением пульса, артериальной и венозной гипотонией (артериальное давление бывает сниженным), глухостью тонов сердца, тахиокардией, сильной жаждой, язык обложен, сухой, живот вздут, болезнен в подложечной области. Часто температура высокая, но лихорадочность непродолжительна (от 2 до 5 дней). В некоторых случаях - в испражнениях отмечается небольшое количество слизи с прожилками крови, что создает сходство с дизентерией.

При сильной интоксикации болезнь протекает тяжело. У больных наблюдается сгущение крови, обезвоживание организма, возможна острая сосудистая недостаточность, мышечные судороги.

При благоприятном течении болезни и раннем лечении все болезненные явления проходят в течении 4-6 дней.

**Ботулизм**

Ботулизм - это общее острое инфекционное заболевание из группы пищевых токсикоинфекций, вызываемое аноеробной боциллой, тяжелым токсическим поражением центральной нервной системы очагового характера. Вместе с зараженными пищевыми продуктами в желудочно-кишечный тракт попадают бактерии ботулизма, они вырабатывают экзотоксин. Этот токсин повреждает клетки ядер черепно-мозговых нервов, вызывает диффузное изменение ганглиознных клеток центральной нервной системы. Он не разрушается под воздействием желудочного и кишечного сока. Последствиями интоксикации служат парезы и параличи мышц глотки, глазодвигательной мускулатуры, парез блуждающего нерва и повреждение нервных узлов сердца.

Инкубационный период составляет несколько часов, но может продолжаться 2 суток. Болезнь начинается остро, с головной боли, общего недомогания, слабости, иногда повторной рвоты. Стул частью задержан, живот вздут. Температура незначительная и повышается на короткое время. Через 1-2 дня от начала болезни появляется головокружение, расстраивается светоощущение, начинается ярко выраженное косоглазие, опущение верхнего века, отсутствует аккомодация зрачков на свет. Речь становится невнятной, затрудненное глотание пищи, больного мучает жажда, ухудшается деятельность сердца. В тяжело протекающих случаях при отсутствии и несвоевременности лечения возможна смерть больного. Продолжительность болезни от 3 до 14 дней. Лечение проводят только в стационарах.

Профилактика. Употреблять в пищу только свежие, доброкачественные продукты. Избегать употребление свежепросоленной рыбы. Кипячение и прожарка кусков мяса и рыбы предохраняет от возможного заражения ботулизмом.

**Острый энтерит, энтероколит**

Энтерит - воспаление слизистой оболочки тонкого кишечника. Это заболевание может протекать самостоятельно, но нередко энтерит сочетается с гастритом. В других случаях наряду с тонким кишечником поражается и слизистая оболочка толстого кишечника. Тогда заболевание называется энтероколитом. Когда одновременно поражаются слизистые оболочки желудка, тонкого и толстого кишечника, говорят о гастроэнтероколите.

Воспаление может возникнуть в результате неправильной диеты, интоксикации и токсикоинфекции.

Энтероколиты вызываются кишечной и паратифозной палочкой. При приеме недоброкачественной пищи, содержащей ядовитые продукты гниения, развивается токсический энтероколит.

Признаки. Стул учащается от 4 до 10 раз в сутки, высокая температура, слабость, тошнота, рвота, сниженный аппетит, язык обложен, при тяжелых состояниях могут быть судороги. Испражнения частыми, содержат большое количество слизи.

Профилактика.

Следить за питанием, покупать качественные, свежие продукты.

**Острый гастрит**

Острый гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка.

Этиология. Пищевая токсикоинфекция, недоброкачаственные продукты, переедание жирной и острой пищи, систематическое употребление грубой непроваренной пищи и т.д.

Патогенез. Этиологический фактор, воздействуя на стенку желудка, нарушает ее трофику, секреторную функцию желез желудка, вызывая воспаление слизистой оболочки, происходит ее фильтрация лейкоцитами, возникают гиперемия и дистрофические изменения желудочного эпителия.

**Алементарный острый гастрит**

Общее недомогание, потеря аппетита, тошнота, чувство переполненности желудка. Нередки озноб, повышение температуры тела до 37,6-37,8 градусов. Позже появляется многократная рвота, боли в эпигастрии, отрыжка воздухом, а затем кислая (при повышенной кислотности) или тухлыми яйцами (при пониженной). В рвотных массах - остатки съеденной накануне пищи. Язык с бело-желтым налетом, кожа бледная, метеоризм, болезненность в эпигастрии. Может появиться понос. Заболевание длиться от 2 до 5 дней.

**Иерсиниоз**

Острая инфекционная болезнь с поражением желудочно-кишечного тракта, суставов, кожи. Имеет волнообразное течение и обострения. Основной путь заражения через пищу, можно заразиться при контакте с больными животными. Возбудитель (иерсиниа) по своим свойствам сходен с возбудителями чумы и псевдотуберкулеза. Внедрение возбудителя происходит в нижних отделах тонкого кишечника, вызывая гастроэнтероколит. Через лимфу возбудитель достигает лимфатических узлов, в результате возникает лимфаденит.

Инкубационный период от 15 до 4 суток (чаще 1-2 дня). Основные клинические формы: гастроэнтероколитическая, аппендикулярная, септическая, субклиническая. Заболевание начинается остро. Температура тела повышается до 38-40 градусов. Лихорадка длится до 5 дней, при септических формах - дольше. Наблюдаются симптомы общей интоксикации (озноб, головная боль, боль в суставах, в мышцах), на 3-7 день появляется сыпь на коже. При гастроэнтероколической форме на этом фоне появляется схваткообразная боль в животе, чаще в нижних отделах справа или в пупочной области, тошнота и рвота, стул жидкий, зловонный, до 10-15 раз в сутки, иногда с примесью слизи, крови обычно не бывает. В отличии от дизентерии ложных позывов не бывает. При аппендикулярной форме кроме того появляются симптомы аппендицита (иногда гнойного). Септическая форма развивается у ослабленных лиц, протекает с лихорадкой неправильного типа, отмечаются повторные ознобы, профузный пот, увилечение лимфатических узлов, печени и селезенки, нарастает анемия, появляется желтуха.

Лечение. Назначают левомицетин, тетрациклин или другие антибиотики в течении 5-7 дней. Используют зезинтоксиционные средства (полиглюкин, гемодез и др.), противоаллергические препараты, при осложнениях противовоспалительные средства (индометацин и др.).

**Кампилобактериоз**

Острая инфекционная болезнь с поражением желудочно-кишечного тракта. Возбудитель (микроорганизмы кампилобактеры, устойчивые в окружающейсреде, при нагревании погибают) попадает в организм преимущественно через желудочно-кишечный тракт при пищевом заражении, возможно проникновение через поврежденную кожу. Источником инфекции являются сельскохозяйственные животные, выделяющие бактерии с кишечным содержимым, домашние птицы, щенки и котята. Характеризуется острым началом, лихорадкой, преимущественно поражением желудочно-кишечного тракта, общей интоксикацией. У новорожденных нередко протекает в виде септического заболевания. У беременных женщин отмечается трансплацентарная передача инфекции, что приводит к абортам и внутриутробному заражению детей. У ослабленных людей заболевание принимает септическое течение с формированием вторичных очагов.

Инкубационный период продолжается от 1 до 6 дней (чаще 1-2 дня). По клиническому течению выделяют следующие формы: гастроинтестинальную, генерализованную (септическую), хроническую, субклиническую (бактерионосительство). Чаще наблюдается гастроинтестинальная форма. Кампилобактериозом обусловлено до 31% всех диарейных заболеваний у детей, чаще одного года жизни. Заболевание начинается остро. Появляется лихорадка, высокая температура тела, общая интоксикация и явление гастроэнтерита. Отмечаются тошнота, боли в эпигастрии, рвота. Стул обильный, жидкий, пенистый, со зловонным запахом, примеси слизи и крови у взрослых обычно не бывает. У детей интоксикация более выражена, в стуле могут быть примеси слизи и крови, нередко обезвоживание организма (сухость кожи и слизистых облочек). Генерализированная форма чаще наблюдается у детей первых месяцев жизни, реже у ослабленных взрослых. Заболевание характеризуется нетипичной лихорадкой, истощением, анемией. На этом фоне развиваются пневмония, перитонит, реактивный артрит, абсцессы печени, головного мозга и др. При субклинической форме отмечается выделение возбудителей из испражнений.

Хронические формы с самого начала принимают хроническое течение (без острой фазы). Отмечается длительное повышение температуры, слабость, снижение массы тела, поражение глаз. У женщин развивается вагинит, вульвовагинит, бесплодие.

Лечение. Промывание желудка (прием жидкости дробными порциями). Эффективны эритромицин, левомицетин, гентамицин, фуразолидон. При хронических формах проводят повторные курсы лечения.

Для профилактики необходимо соблюдать санитарно-гигиенические нормы забоя животных, соблюдать правила личной гигиены и защиты продуктов от загрязнения.

**Бруцеллез**

Инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся общей интоксикацией, поражением опорно-двигательного аппарата, нервной и половой систем. Возбудитель устойчив во внешней среде и в пищевых продуктах. Возбудитель через кровь распространяется по всему организму, приводит к формированию очагов инфекции в различных органах и системах.

Инкубационный период продолжается от 6до30 дней, характеризуется множественностью клинических проявлений. У некоторых инфицированных возникает первичная форма без клинических симптомов, которая проявляется лишь иммунологическими реакциями. У других заболевание протекает в острой (остросептической) или хронической (первично-хроническая метастатическая и вторично-хроническая метастатическая) формах. После исчезновения клинических симптомов (при сохранении бруцелл в организме) заболевание переходит во вторичную форму, которая при ослаблении организма может вновь обостриться и снова перейти в одну из хронических форм.

Остросептическая форма характеризуется высокой лихорадкой (до 40 градусов), при которой самочувствие больных остается хорошим. Отмечаются умеренная головная боль, повторные познабливания, повышенная потливость. Умеренно увеличены все группы периферическим лимфатических узлов, печень и селезенка. При хронических формах на фоне небольшой температуры и увеличении печени и селезенки появляются различные изменения органов. Часто поражаются крупные суставы (периартриты, артриты, бурситы), мышцы (миозиты), периферическая нервная система (полиневриты, радикулиты), половая система. Течение хронических форм бруцеллеза длительное, обострения сменяются улучшениями. У некоторых больных и после санации организма от бруцелл могут быть стойкие остаточные явления.

Лечение. Назначают антибиотики тетрациклиновой группы. При хронических формах проводят комплекс общеукрепляющих терапевтических мероприятий в сочетании с вакцинотерапией. Прогноз для жизни благоприятный, однако, болезнь часто приводит к частичной потере трудоспособности.

**Дизентерия**

Инфекционная болезнь, вызывается бактериями рода шигелл. Заражение происходит при загрязнении пищевых продуктов, воды, непосредственно руками, мухами. Протекает с преимущественным поражением слизистой оболочки толстой кишки. Возбудители болезни могут длительно сохраняться во внешней среде (до 1,5 месяцев). На некоторых пищевых продуктах они не только сохраняются, но и размножаются (молочные продукты и др.). Отмечается возрастание приспособления шигелл к различным антибиотикам и сульфаниламидам. Заболевание возникает при проникновении в кровь токсинов бактерий. Дизентерийные токсины действуют на стенку сосудов, центральную нервную систему, печень, органы кровообращения.

Инкубационный период от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня). Формы дизентерии:

) Острая дизентерия - типичная (разной тяжести), атипичная (гастроэнтероколитическая), субклиническая;

) Хроническая дизентерия - рицидивирующая, непрерывная (затяжная); токсикоинфекция бактерия продукт гигиена

) Постдизентерийные дисфункции кишечника (постдизентерийный колит).

Типичные формы дизентерии начинаются остро и проявляются симптомами общей интоксикации (лихорадка, ухудшение аппетита, головная боль, адинамия, понижение артериального давления) и признаками поражения желудочно-кишечного тракта. При легких формах (до 80% всех заболеваний) самочувствие больных удовлетворительное, температура тела практически нормальная, боль в животе незначительная. Стул 3-5 раз в сутки, часто без слизи и крови. Субклинические формы дизентерии выявляются при бактериологическом исследовании. При атипичных формах отмечаются боль в области желудка, тошнота, рвота. Тяжелая форма дизентерии встречается у 3-5% заболевших. Протекает либо с высокой температурой тела, либо с резко пониженной, отмечаются резкая слабость, отсутствие аппетита, заторможенность, бледность, частый пульс. Стул до 50 раз в сутки, слизисто-кровянистый. Хроническая дизентерия протекает в виде обострений, переходя в затяжную форму.

Лечение. Больных можно лечить амбулаторно и в стационаре. Назначают антибиотики, сульфаниламиды, комплекс витаминов, ферментные препараты, спазмолитики и вяжущие. Рекомендуется обильное питье и диета. Для предупреждения обострений дизентерии необходимо выявление и лечение сопутствующих заболеваний.

**Лептоспироз**

Кишечная водная инфекция, вызываемая различными типами лептоспир. Характеризуется общей интоксикацией, лихорадкой, поражением почек, печени, нервной системы, мышц. При тяжелых формах наблюдается острая почечная недостаточность, желтуха и геморрагический синдром.

Инфицирование происходит через зараженные водоемы, пищевые продукты, при контакте с инфицированным животным. Лептоспиры в водоемах сохраняются до 25 дней, быстро погибают при нагревании, высушивании, при добавлении соли и сахара. На пищевых продуктах сохраняются до 1-2 суток. Тяжесть болезни зависит от реактивности микроорганизмов. В течении первой недели лептоспиры обнаруживаются в крови.

Инкубационный период длится от 4 до 14 дней (чаще 7-9 дней). Заболевание начинается остро. Появляется сильный озноб, температура тела в первые сутки достигает 39-40 градусов. Больные жалуются на сильную головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита, мышечную боль, особенно в икроножных мышцах ( боль настолько острая, что больные с трудом могут ходить). Кожа лица и шеи красная, сосуды склер инъецированы. Лихорадка держится 5-10 дней, у некоторых больных (без антибиотикотерапии) наблюдается вторая волна лихорадки. При тяжелых формах болезни с 3-5 дня появляется желтушность склер и кожных покровов. У 20-50% больных отмечается кореподобная, краснухоподобная, реже скарлотиноподобная сыпь. Тяжелые формы характеризуются петехиальной сыпью, кровоизлиянием в склеру, кровоподтеком в местах инъекций, носовыми кровотечениями и др. Встречаются тяжелые формы с летальным исходом от уремии. Легкие формы могут протекать с 2-3 дневной лихорадкой, с умеренно выраженными симптомами общей интоксикации.

Осложнения: менингит, энцефалит, острая почечная недостаточность (основная причина смерти больных), пневмония, отит и др. После выздоровления формируется длительный иммунитет.

Лечение. Применяют антибиотики в течении 8-10 дней. При выраженной интоксикации и геморрагическом синдроме назначают преднизолон, противолептоспирозный гаммаглобулин. Рекомендуется молочно-растительная диета и обильное питье.

Профилактика - запрещение употребления воды с открытых водоемов и купания в водоемах, расположенных в эндемичной местности. Использование спецодежды при уходе за больными животными. Вакцинация.

**Лихорадка Ку**

Острое риккетсиозное заболевание, характеризующиеся общей интоксикацией, лихорадкой и нередко атипичной пневмонией.

Источник инфекции - крупный и мелкий рогатый скот, а так же клещи. Заражение возможно контактным, через пищу, и воздушно-пылевым путем. Возбудителем является риккетсия Бернета. Устойчива во внешней среде, сохраняется в молочных продуктах после пастеризации. Воротами инфекции чаще является слизистая оболочка дыхательных путей или пищеварительного тракта. При воздушно-пылевом инфицировании возникает поражение бронхов и нередко воспаление легочной ткани. Через кровь поражаются и другие органы.

Инкубационный период длится 14-19 дней. Заболевание начинается остро. Температура тела повышается до 38-39 градусов, лихорадка длится 1-2 недели, хотя в отдельных случаях может затягиваться до месяца. Характерны большие суточные колебания температуры, сопровождающиеся ознобом и потом, боль в мышцах, головная боль, болезненность глазных яблок. Кожа лица и шеи красная, склеры инъецированы. Симптомы поражения органов дыхания появляются обычно с 3-4-го дня болезни: сухой болезненный кашель, саднение за грудиной, сухие, а затем мелкопузырчатые влажные хрипы. В дальнейшем появляются типичные признаки пневмонии. К концу недели увеличивается печень и селезенка. Полное восстановление трудоспособности наступает через 2-4 недели. Могут быть рецидивы болезни. При диагностики учитывается пребывание в эндемичной местности.

Лечение. Тетрациклин или левомицетин. Курс лечения 8-10 суток. Во время лихорадочного периода вводят растворы глюкозы или хлорида натрия. Назначают комплекс витамин, противовоспалительные и антигистаминные средства. Прогноз благоприятен.

Профилактика - борьба с лихорадкой Ку сельскохозяйственных животных. Молоко от больных животных необходимо кипятить. По показаниям в очагах лихорадки проводят специфическую профилактику. Больной для окружающих не опасен.

**Орнитоз**

Острое инфекционное заболевание, вызванное хламидиями. Характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, поражением легких, нервной системы, увеличением печени и селезенки. Резервуаром инфекции и источником заражения комнатные, домашние и дикие птицы. Заболевание чаще встречается в холодное время года. Установлено, что в основе 10-20% всех острых пневмонических лежит орнитоз.

Возбудитель - хламидия, которая устойчива к сульфаниламидам и чувствительна к некоторым антибиотикам (тетрациклин, левомецитин). Хламидии во внешней среде сохраняются 2-3 недели. Воротами инфекции являются преимущественно слизистая оболочка респираторного тракта: инфицирование происходит воздушно-пылевым путем, редко через пищу. Чаще возбудитель внедряется в мелкие бронхи и бронхиолы, вызывая бронхиальное воспаление. Очень быстро возбудитель проникает в кровь, обуславливая симптомы общей интоксикации и поражение различных органов. В некоторых случаях возбудители проникают в центральную нервную систему, приводят к развитию серозного менингита.

Инкубационный период продолжается от 6 до 17 дней (чаще 8-15 дней). Пневмонические формы орнитоза начинаются остро: с лихорадки и симптомов общей интоксикации, к которым позднее присоединяются признаки поражения органов дыхания. У большинства больных температура выше 39 градусов, озноб, сильная головная боль, боль в мышцах спины и конечностей, слабость могут быть рвота, носовые кровотечения. На 2-4 день болезни присоединяются признаки поражения легких. Рентгенологически выявляются очаговые и сегментарные пневмонии. Длительность и выраженность симптомов зависит от тяжести заболевания. Иногда заболевание переходит в хроническую форму.

Атипичное течение острого орнитоза проявляется менингеальным синдромом, который может возникнуть на фоне орнитозной пневмонии, или серозным менингитом с длительным течением. Диагноз уточняется с помощью лабораторных исследований.

Лечение - назначают антибиотики. Прогноз благоприятный.

Профилактика - борьба с орнитозом птиц, регулирование численности голубей, ограничение контакта с ними; соблюдение правил обработки птицы. Больной практически не опасен для окружающих.

**Заключение**

Для профилактики пищевых токсикоинфекций необходимо соблюдать правила гигиены. Необходимо следить за сроками годности продуктов, и тщательно готовить пищу, не употреблять в пищу продукты с истекшим сроком годности, даже если они хранились в холодильнике, многие токсины способны сохраняться при низких температурах. Тщательно мыть овощи и фрукты, соблюдать правила обработки и приготовления пищи. Особенно осторожными нужно быть в путешествиях в развивающиеся страны, где сильно распространенны эти заболевания. В таких поездках не употребляйте спиртных напитков со льдом, избегайте есть сырые овощи, фрукты, салаты. Старайтесь есть горячие свежеприготовленные горячие блюда. Пейте только кипяченную или обеззараженную воду.

**Список используемой литературы**

1. Белопольский Ю.А., Оленич В.Б. Педиатрия: новейший справочник. - 2007, 592с.

. МазневН.И. «Здоровье ребенка» 2007,544с.

. «Домашний доктор» составители Круглова Л.И., Либман Н.Б. 2004,912с.

. www.med-titorial.ru