Реферат на тему:

**«Лечение и профилактика брюшного тифа»**

Лечение

Специфическими этиотропными средствами являются левомицетин (хлормицетин) и синтомицин. Применение указанных антибиотиков резко изменяет течение брюшного тифа (улучшается общее состояние и самочувствие, появляется аппетит, падает температура через 4—5 дней от начала заболевания) независимо от возраста больных, тяжести и длительности болезни. При этом успех зависит от продолжительности лечения и дозировки препарата. Наиболее стойкий терапевтический эффект имеет место при непрерывном лечении, когда препараты даются по крайней мере до 10—11 дня нормальной температуры. Левомицетин применяется для взрослых по 3 г в течение суток (по 0,75 г 4 раза) до 3—4-го дня нормальной температуры; с 4—5-го и по 7—8-й день нормальной температуры — 2 г в течение суток (по 0,5 г 4 раза) и с 8—9-го по 10—11-й день нормальной температуры по 1—1,5 г в течение суток (по 0,5 г 2— 3 раза). Для детей длительность лечения та же, что и для взрослых, при следующих дозировках препарата: для детей до 4 лет— 0,01—0,02 г на 1 «г веса тела ребенка на прием 4—6 раз в сутки; для детей 5—6 лет —0,2 г на прием 4—6 раз в сутки; для детей 7 лет — 0,3 г на прием 4—6 раз в сутки; для детей 8—14 лет — 0,3—0,4 г на прием 4—6 раз в сутки.

Синтомицин при лечении дается взрослым до 4—4,5 г в течение суток от начала лечения и до 3—4 дня нормальной температуры (обычно по 1—4 раза в сутки и в крайне тяжелых случаях — по 0,75 *г* 6 раз в сутки); с 4—5-го и по 7-й день нормальной температуры препарат дается по 3 г в течение суток (обычно по 0,75 г 4 раза в сутки); с 8 дня нормальной температуры и в последующие дни — 2 г в течение суток (по 0,5 г 4 раза в сутки). Всего на курс лечения для взрослых применяется 45—55 г синтомицина. Для детей длительность лечения та же, что и для взрослых. Детям дозы препарата следует назначать из расчета 0,02 г на 1 кг веса тела на один прием при 4—6-разовом приеме в сутки для детей до 4 лет; для детей 5—6 лет препарат назначается по 0,2 г 4—6 раз в сутки (суточная доза до 1,2 г); для детей 7 лет по 0,3 г 4—6 раз в сутки; для детей 8—14 лет по 0,4—0,5 г 4—6 раз в сутки. Длительность лечения до 10—11-го дня, а иногда и до 15-го дня нормальной темлературыоправдываетсятем, что при этом сводится до минимума количество рецидивов; значительно увеличивается при более ранней отмене препаратов или при прерывистом (цикловом) методе, доходя до 40—50%, хотя некоторые авторы (Г. П. Руднев, И. Л. Богданов и др.) придерживаются циклового метода лечения. Применение антибиотиков не освобождает лечащих врачей от всех других видов лечения больных брюшным тифом. Одного длительного применения антибиотиков недостаточно для предупреждения рецидивов. Как и до лечения антибиотиками, необходимо помнить, что ранняя отмена постельного режима и смена диеты могут спровоцировать рецидивы болезни. В связи с этим с момента лечения антибиотиками и до окончания его рекомендуется давать больным механически щадящую диету при высокой калорийности. С 7—8-го дня нормальной температуры больных можно переводить на менее щадящую пищу (молочно-растительный стол) и содержать их на такой диете до выписки (больным, не леченным антибиотиками, молочно-растительный стол назначается с 6 дня нормальной температуры). С 7—8-го дня нормальной температуры больным можно разрешить сидеть в постели, а с отменой антибиотиков, т. е. с 10—11-го дня нормальной температуры,— ходить. Ранее этого срока разрешать ходить, несмотря на хорошее самочувствие, не рекомендуется. Выписка больных, леченных антибиотиками, рекомендуется на 18—21-й день нормальной температуры (больных, не леченных антибиотиками, допускается выписка на 12— 14 день нормальной температуры). Такое удлинение сроков постельного режима больных, леченных антибиотиками, и выписки их позднее больных, не получавших антибиотики, связано с тем, что у первых могут быть более поздние рецидивы, чем у не леченных антибиотиками.

У небольшого числа больных отмечается неполный терапевтический эффект от лечения синтомицином и левомицетином при хорошей переносимости их. В этих случаях длительное время остается высокая температура без тенденции к снижению, но все же отмечается уменьшение интоксикации, улучшение общего самочувствия, аппетита и т. д. Курс лечения у таких больных следует продолжать не менее 8—10 дней при общей дозе синтомицина в пределах 40 г или левомицетина 30 г. В этих случаях в целях усиления реактивности организма показаны неоднократные переливания плазмы, а также эритроцитной массы и цельной крови.

Наряду с этим, успешным оказывается комбинированное применение левомицетина или синтомицина с биомицином. Последний действует бактериостатически на возбудителей брюшного тифа и паратифов. И хотя клинически это подтвердить не удалось (при пероральном применении биомицина), все же в комбинации с указанными антибиотиками он заметно эффективен. Это особенно отмечается у тех больных, у которых левомицетин и синтомицин не оказывают нужного эффекта. Это обстоятельство следует связывать, по-видимому, с наличием выраженного синергизма у антибиотиков группы хлормицетина (левомпцетин и синтомицин) и группы ауреомицина (биомицин), в результате которого намного усиливается действие каждого из них и особенно левомицетина и синтомицина. Поэтому и дозировка препаратов может быть несколько снижопа: левомицетпн дается в сутки в количестве 2 г (0,5 г 4 раза в сутки), а синтомицин 3 г (0,75 г 4 раза в сутки); суточная доза биомицина обычно равняется 0.8— 1 г (800 000—1 000 000 ЕД), по 0,2—0,25 г (200 000—250 000 ЕД) 4 раза в сутки. Лечение при такой комбинации также должно быть длительным — до 10 дня нормальной температуры. С 4—5 дня нормальной температуры суточная доза левомицетина может быть снижена до 1,5 г (0,5 г 3 раза в сутки), а синтомицина — до 2 г (по 0,5 г 4 раза в сутки); биомицин с этого срока не рекомендуется давать более 0,6 *г* (600 000 ЕД) в сутки. Для детей суточные дозы левомицетина и синтомицина в такой комбинации должны быть снижены на 1/3 соответственно возрасту; биомицин дается из расчета 0,025 *г* (25 000 ЕД) на 1 кг веса в сутки. Рецидивы В. т. при проведении полного курса лечения указанными антибиотиками и соблюдении соответствующего режима встречаются не часто. При появлении их лечение следует проводить антибиотиками повторно, причем суточная доза для синтомицина равняется 3 г (по 0,75 г 4 раза в сутки), а для левомицетина — 2 г (0,5 г 4раза в сутки) с длительностью применения их до 4—5 дней нормальной температуры. Смена диеты и вставание больных с постели в этих случаях допускаются с 7—8 дня нормальной температуры, а выписка — на 14—15-й день ее. Лечение антибиотиками больных В. т. при раннем их применении предупреждает и осложнения, особенно гнойные (паротиты, остеомиелиты, перихондриты, пиелоциститы, тромбофлебиты, воспаление легких и др.). При наличии указанных осложнений к лечению синтомицином добавляют пенициллин внутримышечно до 400 000—500 000 ЕД в сутки. Такое комбинированное лечение ведет к ликвидации гнойных очагов. При лечении паротитов пенициллин необходимо применять не только внутримышечно в указанной дозировке, но и вводить ежедневно в околоушную железу по 30 000—50 000 ЕД в сутки до исчезновения воспалительных явлений (обычно 3—4 дня).

Левомицетин и синтомицин, так же как и другие средства, не оказывают какого-либо эффекта при лечении бактерионосительства. Некоторый успех при длительном бактерионосительстве можно получить лишь при упорном лечении сопутствующих воспалительных процессов со стороны желчных или мочевыводящих путей, при одновременном применении средств, повышающих реактивность организма (трансфузия крови, рациональная полноценная диета, богатая витаминами). Из воздействий на отдельные звенья патогенетической цепи применяются: при бессоннице бехтеревская микстура, иногда снотворные (бромурал, веронал, люминал), при головных болях — пирамидон. При расстройствах сердечно-сосудистой системы наиболее часто принято употреблять камфару, кофеин, стрихнин, эфедрин. Если наступил коллапс, необходимо принять самые энергичные терапевтические меры: инъекции адреналина или эфедрина с одновременным впрыскиванием 20% 01. Срочная помощь нужна также при кишечном кровотечении; таким больным в первую очередь нужно создать абсолютный покой. Самым эффективным кровоостанавливающим средством является переливание гемостатических доз (75—100 *мл)* крови, полезен также витамин К3 (викасол) по 0,03 *г* три раза в день. В упорных случаях, помимо указанных мероприятий, производят внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция по 10 *мл* или 10% раствора хлористого натрия. При перфорации кишок должно быть оказано немедленно хирургическое вмешательство.

К числу методов лечения, применяющихся для повышения реактивности организма при брюшном тифе, относится также вакцинотерапия. Попытки внедрить ее в практику начались в 1892 г. В Японии вакцинотерапия разрабатывалась Исикава, в СССР А.В. Лавриновичем, Э. Гранстремом, П.А. Алисовым и др. Однако вакцинотерапия не вошла в широкую практику из-за сильной реакции организма на введение вакцины. Хотя разрабатывающийся П. А. Алисовым внутрикожный способ введения вакцины не сопровождается тяжелой реакцией организма, но эффективность его настолько нечетко выражена, что давать окончательную оценку этому виду терапии не представляется возможным. Внутрикожная вакцинотерапия по Алисову точно так же, как и другие виды апликации вакцины с лечебной целью, заслуживает дальнейшего тщательного изучения. Для внутрикожной вакцинотерапии используют, как предлагает П.А. Алисов, тривакцину, обычно применяемую с целью профилактических прививок. Перед употреблением ее разводят физиологическим раствором 1: 100 и вводят внутрпкожно ежедневно в минимальных, постепенно повышающихся количествах. Инъекции делают поочередно в кожу предплечья обеих рук. Схема введения: в 1 и 2-й дни вакцина вводится в 4 места по 0,05 *мл,* в 3 и 4-й дни — в 6 мест, в 5 и 6-й дни в 8 мест и в 7, 8, 9, 10-й дни лечения в 10 мест по 0,05 *мл.*

Правильная организация ухода со всеми его деталями составляет непосредственную задачу лечащего врача. Большое значение имеет уход за полостью рта (чистка зубов, полоскание рта, смазывание сухих губ маслом). Не менее важен уход за кожей (гигиенические ванны, протирание кожи водой со спиртом, поворачивание тяжело больных). При задержке стула ставят клизмы. Очень важно обеспечить больного удобной постелью и полным покоем. В тяжелых случаях для предупреждения образования пролежней необходимо уложить больного на резиновый круг.

Диетотерапия. Хотя спор о том, как нужно кормить больных брюшным тифом (держать ли их на жидкой пище или давать им полноценную, высококалорийную, разнообразную пищу) уже давно решен в пользу последней диеты, практически врачи все еще часто недооценивают роль полноценного питания. Между тем следует уделять больше внимания вопросу не столько о том, что давать есть такому больному, сколько о том, как заставить больного принять назначенную пищу. При отсутствии у больных аппетита требуется большая настойчивость и заботливость со стороны ухаживающего персонала и умение из соответствующих блюд подобрать наиболее приятные и приемлемые для больного. Особенно большое внимание следует уделять введению больным брюшным тифом достаточного количества жидкости: воды, чая, морса, фруктовых соков и т. п. Количество выпиваемой жидкости не должно быть меньше 1,5—2,5 *л.* Больным необходимо также вводить достаточное количество витаминов С, В, А. Пища больных должна содержать 2000—3000 *кал* в сутки. Больному, находящемуся в лихорадочном периоде, пища, приготовленная на пару, должна подаваться в протертом виде. В этот период количество белков должно составлять 60—70 г, жиров 40—80 г, углеводов 300—350 *г.* Разрешаются кофе, какао, каши, сметана, омлет, бульон с фрикадельками, мясные суфле, картофельное пюре и т. п., в дальнейшем — паровые котлеты, куриное мясо, свежая отварная рыба, овощные супы.

Диета при кишечных кровотечениях. При появлении кишечного кровотечения после назначения соответствующих мероприятий больной должен голодать всего лишь несколько часов (10—15 часов). В это время он получает только жидкость и соки (600 г). После этого срока ему можно разрешить желе, сливочное масло, кисель, яйцо всмятку. На 2-й день количество разрешаемой жидкости увеличивается. На 3—4-й день прибавляется 100 *г* мяса или 200 *г* рыбы и овощи в протертом виде, на 5-й день переходят к обычной диете при брюшном тифе.

Лечение прободений при брюшном тифе

При брюшном тифе наблюдаются частые и разнообразные осложнения: перитониты, требующие нередко хирургического вмешательства, гнойные паротиты, фурункулы, абсцессы печени, почек, легких, инфаркты селезенки, остеомиелиты, периоститы, артриты, гангрена конечностей, легких ж т. д.

Осложнения наблюдаются также ж после того, как прошли острые явления: аппендицит, холецистит, непроходимость кишечника на почве последствий перитонита и т. д. Частота и характер хирургических осложнений брюшного тифа и полиморфизм «го течения подвержены значительным колебаниям не только в зависимости от функционального состояния органов и систем организма, но и от характера эпидемии. Самым грозным осложнением брюшного тифа являются перитониты, возникающие при прободениях брюшнотифозных язв, когда в брюшную полость попадает кишечное содержимое с его разнообразной бактериальной флорой и действующими раздражающе химическими веществами. Наибольшее количество перитонитов при брюшном тифе происходит в результате прободения подвздошной кишки, затем толстой, червеобразного отростка и сигмовидной кишки. Далее идут перитониты в результате поражения в желчном пузыре, нагноившегося инфаркта селезенки, воспаления придатков матки и т. д. Перфорация тифозно-язвенной кишечной стенки возникает вследствие определенных условий, т. к. не все язвы перфорируют. Согласно данным ряда авторов и наших наблюдений, в различные эпидемии коэффициент кишечного прободения различен. Так, по данным Эльсберга, процент прободений равняется 1,2, в то время как у Морис в,8, по Мир-Касимову в среднем 1,84 прободений в 1931—1932 гг., 3,5% — в 1941 г., по А.А. Крылову 8%, по Ослеру, на большом сборном материале — 3,1%. Это осложнение брюшного тифа все еще требует усиленного внимания клиницистов и исследователей, т. к. многое в нем не ясно и спорно; необходимо дальнейшее накопление и изучение фактов. В этом отношении клинике и лаборатории принадлежит первенствующее значение. Эксперимент же в смысле выяснения генеза брюшнотифозных осложнений особого значения не имеет; животные, как правило, брюшным тифом не заражаются, хотя, по сообщению Г.Я. Синая, некоторым авторам удавалось изредка экспериментально воспроизвести картину брюшнотифозной инфекции у животных с изменениями в кишечнике, похожими на брюшнотифозные язвы у человека, причем животные погибли от интоксикации или сепсиса.

Брюшнотифозные перитониты возникают в конце 3-й или в начале 4-й недели. Чаще наблюдается одна перфорация, но встречаются и множественные. Напр., по сборным данным Кина, на 167 случаев отмечалось следующее количество перфораций: 141 раз — 1 перфорация; 19 раз—2; 1 раз—4; 3 раза — 5; 2 раза — 25; 1 раз—30.

Причиной смерти больных после предпринятого оперативного вмешательства иногда является то, что хирург, ограничиваясь зашиванием одной только замеченной язвы, забывает о возможности второй перфорации и не производит осмотра кишечника.

Из всех видов гнойных перитонитов брюшнотифозные перитониты занимают обособленное место и характеризуются очень высокой смертностью, что зависит не только от распространенности гнойной инфекции по брюшине, но и в большей степени от интоксикации организма к моменту перфорации. За последнее время процент выздоровления заметно растет ввиду улучшившейся диагностики прободений и более своевременной и квалифицированной хирургической помощи. Судьба больного с прободением брюшнотифозной язвы зависит от того, попадает ли больной в руки врача-хирурга с начальными признаками перитонита, или у больного уже развились поздние симптомы заболевания.

Наблюдения Мир-Касимова, основанные на большем числе случаев, также вполне согласуются с приведенными в таблице данными.

Однако не всегда можно точно установить сроки, прошедшие от момента перфорации или возникновения перитонита до оперативного вмешательства; поэтому фактор времени все-таки играет относительную роль. Перед операцией должны быть предприняты меры для поднятия тонуса сердечнососудистой системы больного: внутреннее капельное вливание различных растворов, переливание крови. Операция должна производиться самым щадящим образом под местным новокаиновым обезболиванием, применение которого оправдалось на практике. В виде исключения может быть применен наркоз, если нельзя закончить операцию под местной анестезией. Разрез обычно следует производить косой в правой подвздошной области, в неясных случаях — срединный; разрез должен быть достаточным для необходимого нетравматичного осмотра брюшной полости. Прп наличии спаек, обычно нежных, последние осторожно разделяются; осматривается дистальный отрезок подвздошной кишки (на котором чаще всего и обнаруживается перфорация), при необходимости — и другие отделы кишечника.

Обнаруженное перфоративное отверстие зашивается в поперечном направлении, захватывая в шов неизмененные участки кишечной стенки. Швы могут быть прикрыты сальником. Нельзя ограничиваться зашиванием одного обнаруженного отверстия без осмотра других подозрительных участков кишечника. В крайне тяжелых случаях можно наложить кишечный свищ, используя перфорационное отверстие. Предложенное в 1903 г. Эшером наложение свища как метод себя не оправдало, и во всех случаях накладывать его не следует. Не следует также прибегать к промыванию брюшной полости (предложено Микуличем в 1887 г.). В брюшную полость целесообразно вводить антибиотики; зашивается она обычно наглухо. Отмечается, что введение тампонов и дренажей дает худшие результаты. Чрезвычайно важен и послеоперационный период, который должен быть организован надлежащим образом.

Необходимо помнить, что больной после оперативного вмешательства остается тифозным и нуждается в соответствующем лечении и уходе и что в послеоперационном периоде у больного могут быть и другие осложнения: повторное прободение другой язвы, плевропневмония, кишечные кровотечения, непроходимость кишок, гнойники мезентериальных желез и т. д.

В профилактике брюшнотифозных перитонитов важное значение имеет борьба с метеоризмом кишечника, энтерогеморрагиями, запорами и т. д., а также иммунизация, влияющая благотворно на снижение заболеваемости и тяжесть клинического проявления болезни.

Профилактика

В комплексе профилактических мероприятий ведущая роль принадлежит санитарно-гигиеничексим мероприятиям и особенно в области водоснабжения, очистки населенных мест, питания, жилищ, личной и общественной гигиены.

Благоустройство источников водоснабжения и обеспечение населения безупречной в санитарном отношении водой, как показал более чем полувековой опыт, позволяют резко снизить заболеваемость брюшным тифом. При централизованном водоснабжении большое значение имеют меры, предупреждающие заражение воды (выбор места забора, соблюдение режима в охранной зоне, правильная эксплуатация очистных сооружений, поддержание водопроводной сети в исправном состоянии, лабораторный контроль за качеством воды, поступающей в сеть, и др.). В условиях децентрализованного водоснабжения на первое место выступает контроль за содержанием в надлежащем санитарно-техническом состоянии колодцев и каптажей (исправность сруба, наличие крышки, навеса, насоса или общественного ведра и т. д.). Наряду с этим, запрещается устройство вблизи их приемников для нечистот, стирки белья, водопоя для скота и т. д. При снабжении водой из реки определяется и оборудуется место забора воды вблизи его и особенно выше по течению реки не допускается стирка белья, купание людей и животных, мытье автомашин и т. д. Вода из прудов и озер, если они используются для купания людей и скота, полоскания белья и т. д., а также вода и» технического водопровода не допускается для питья без предварительного обеззараживания. Места общего пользования (вокзалы, школы, клубы, общежития и др.) обеспечиваются кипяченой водой. Устанавливается контроль за спуском сточных вод в открытые водоемы.

Наличие канализации позволяет наиболее полно удалять за пределы населенного пункта нечистоты и устранять опасность загрязнения фекальными сточными водами водоемов, используемых для питьевых и хозяйственных целей. При отсутствии канализации необходим тщательный контроль за устройством и содержанием помойных ям, уборных, ящиков и баков для мусора, обеззараживанием сточных вод больниц и других мелких стоков, ликвидацией неорганизованных свалок и хранением навоза в отведенных местах.

Санитарно-пищевой надзор за предприятиями пищевой промышленности, системой общественного питания, торговой сетью и рынками позволяет предупредить инфицирование пищевых продуктов. Он сводится к устранению от работы бациллоносителей, соблюдению санитарно-гигиенических правил при хранении, транспортировке, кулинарной обработке и отпуске пищевых продуктов и готовой пищи населению, содержанием помещений и территорий в чистоте и т. д. В системе индивидуального питания имеет значение мытье рук перед приготовлением и приемом пищи, мытье ягод, фруктов и овощей перед употреблением, защита от доступа мух пищевых продуктов и готовой пищи и т. д. Существенным дополнением к указанным мерам является соблюдение правил личной и общественной гигиены и особенно мытья рук после уборной и перед приемом пищи, пользование клозетной бумагой, очистка обуви перед входом в помещение и др.

Общегигиенические меры позволяют ограничить также численность мух; при необходимости эти меры дополняются защитой помещений от доступа мух (засетчивание), проводится истребление окрыленных мух и предъимагинальных стадий в местах их развития.

Борьба с источниками инфекции сводится к обезвреживанию больного и бациллоносителя. Больной в возможно ранние сроки подлежит госпитализации. При подозрении на брюшной тиф, наряду с клиническим обследованием, исследуется кровь на гемокультуру. ставится реакция Видаля. При невозможности произвести посев крови лихорадящий больной госпитализируется, и диагноз устанавливается в стационаре.

После выявления больного сразу же проводится текущая, а после госпитализации заключительная дезинфекция. Обеззараживанию подвергаются выделения (кал, моча, мокрота) и предметы, которые могли быть инфицированы. Выделения заливаются двойным количеством 10% раствора хлорной извести, 3% раствором хлорамина, 5% раствором лизола, перемешиваются и оставляются на 2 часа. Выделения могут обеззараживаться и кипячением в посуде или в специальной установке. Грязное белье складывается в мешки, увлажненные дезинфицирующим раствором, и подвергается кипячению. Матрацы, одеяла и подушки обеззараживаются в камере, посуда кипятится. Мебель, предметы обстановки и помещение орошаются или протираются щеткой, смоченной дезинфицирующим раствором. В ванну после купания больного вливают 10 *л* 10% осветленного раствора хлорной извести, и через 30 мин. после этого вода сливается. Руки и окружность заднего прохода больного после дефекации обтираются 0,5% раствором хлорамина, 3% лизолом или другим нераздражающим дезинфицирующим средством.

Реконвалесцентов из стационара выписывают после клинического выздоровления и двухкратного отрицательного бактериологического исследования кала и мочи. Повторные исследования проводятся с пятидневными промежутками. В случае отрицательного результата исследования кала и мочи рекомендуется однократное исследование дуоденального содержимого спустя 10 дней после исчезновения клинических симптомов. Реконвалесценты **с** затянувшимся бациллоносительством после выписки из стационара берутся на учет и подвергаются наблюдению. При отсутствии лаборатории реконвалесцент выписывается не ранее 12 дней после исчезновения клинических симптомов и установления нормальной температуры. Здоровые лица, общавшиеся с больным, берутся на учет и остаются под наблюдением в течение 30 дней (термометрия, исследование кала и мочи). Для выявления бациллоносителей проводится обследование в плановом порядке и по эпидемическим показаниям. Порядок исследования определяется инструкцией Министерства здравоохранения.

В плановом порядке обследуются;

1) реконвалесценты, выписанные из лечебных учреждений;

2) вновь поступающие на предприятия центрального водоснабжения, пищевой и молочной промышленности, общественного питания и торговли пищевыми продуктами, а также на работу, связанную с непосредственным обслуживанием детей и больных;

3) работающие на головных водопроводных сооружениях, буфетчики и повара, лица, занятые сбором, переработкой и продажей молочных продуктов, приготовлением и продажей кулинарных изделий, употребляемых без предварительной термической обработки;

4) работники объектов водоснабжения и питания, указанные в п. 2, имеющие в анамнезе заболевания брюшным тифом или паратифами, или воспалительные заболевания печени и желчных путей;

5) если имеется подозрение на связь заболеваний **с** предприятием или учреждением, где они работают,или при появлении заболеваний в их семьях;

6) лица, перенесшие ранее брюшной тиф или паратифы, при появлении заболевания среди общавшихся с ними;

7) лица, после прибытия которых в благополучном до этого в эпидемическом отношении населенном пункте или коллективе появились заболевания;

8) лица, которые подозреваются как возможные источники инфекции.

У реконвалесцентов после выписки в течение месяца не менее трех раз исследуются кал, моча и однократно дуоденальное содержимое. При отрицательном результате реконвалесценты допускаются к работе, перечисленной в п. 2. При положительном результате обследование производится в течение второго месяца. Если на протяжении и второго месяца обнаруживается бациллоносительство, обследование продолжается еще в течение полутора месяцев. В положительных случаях реконвалесцент относится к категории хронических бациллоносителей и не допускается на работу в предприятия и учреждения, перечисленные в п. 2. У реконвалесцентов, допущенных на работу в предприятия и учреждения, перечисленные в п. 2, два раза в месяц в течение года исследуются кал и моча, а в последующем они обследуются раз в квартал. Реконвалесценты из числа других категорий населения обследуются через 3—4 месяца после-выписки, и выявленные бациллоносители берутся под наблюдение.

Лица, поступающие в предприятия и учреждения, перечисленные в п. 2, допускаются на работу при наличии заключения врача об отсутствии в прошлом заболевания брюшным тифом или паратифами и отрицательного бактериологического исследования кала и мочи. При отсутствии справки от врача и в случае, если данное лицо наблюдалось в поликлинике менее 3 лет, кал, моча и дуоденальное содержимое исследуют три раза. При наличии в анамнезе указаний на заболевание в прошлом брюшным тифом, паратифами и воспалительные заболевания печени и желчных путей исследуются дуоденальное содержимое и 3 раза кал и моча. При заболеваниях почек и мочевыводяших путей 3 раза исследуются кал и моча. Работники, указанные в п. 3, в течение года подвергаются двухкратному исследованию кала и мочи.

У работников пищевых объектов, категорий работников, занятых в предприятиях, имеющих в анамнезе заболевания брюшного тифа и паратифами или страдающих воспалительными заболеваниями печени и желчных путей, исследуется дуоденальное содержимое и 3 раза кал и моча, а при заболеваниях почек и мочевыводящих путей также 3 раза исследуются кал и моча. В последующем они остаются под наблюдением и обследуются один раз в год.