

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК  
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.

Подготовила: Науханова А  
Группа: ОМ 011-01 курс4

# ПЛАН

- 1. Сальмонеллез профилактика и лечение
- 2. Иерсиниоз профилактика и лечение
- 3. Листерииоз профилактика и лечение
- 4.Список используемой литературы



# САЛЬМОНЕЛЛЁЗ

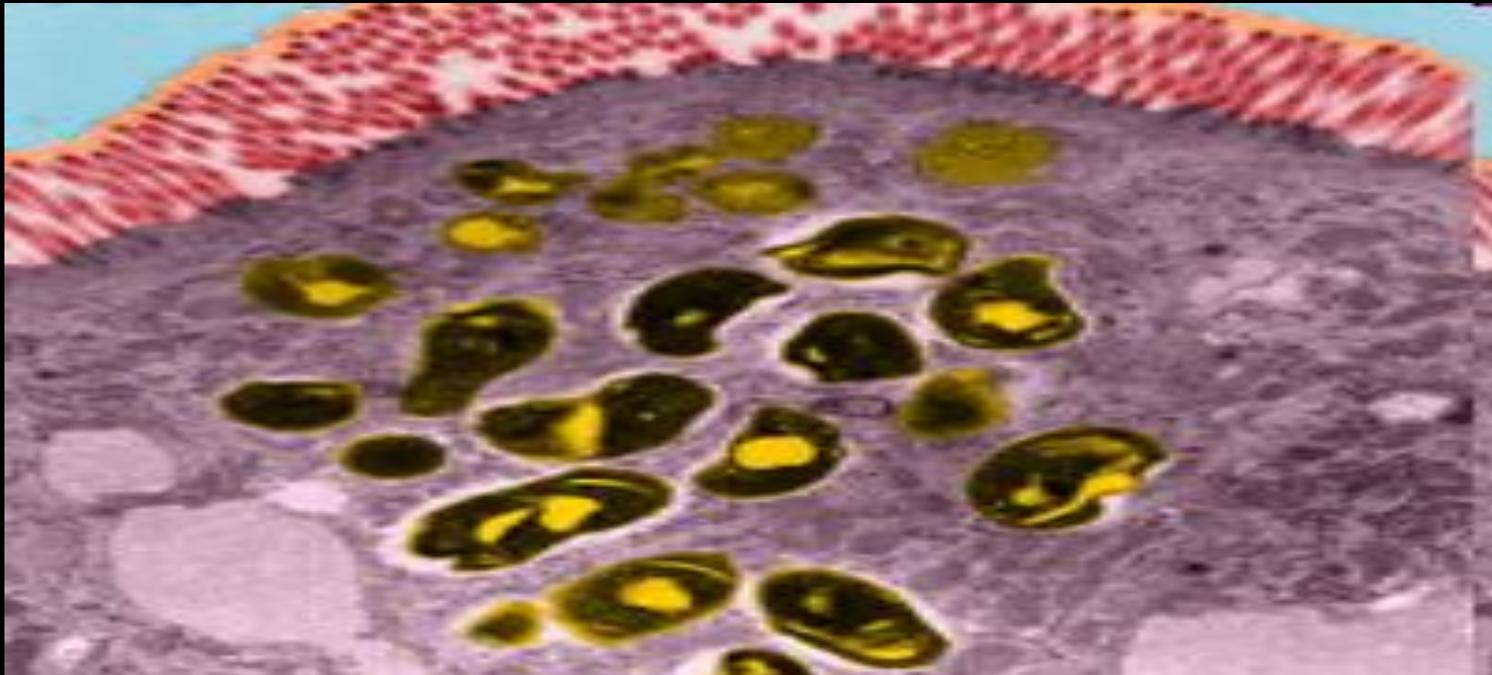
- **Сальмонеллёз** - острая зоонозная, бактериальная кишечная инфекция, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующаяся поражением органов пищеварения с развитием синдрома интоксикации и водно-электролитных нарушений, реже - тифоподобным или септикопиемическим течением.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Механизм передачи** - фекально-оральный, **основной путь передачи** - пищевой, водный, контактно-бытовой путь передачи. Доказана возможность воздушно-пылевого пути распространения сальмонелл в городских условиях при участии диких птиц, загрязняющих своим помётом места обитания и кормления. Сезонность-летне-осенний период.



- Обычно (95-99% случаев) сальмонеллы не распространяются дальше подслизистого слоя кишечника, обуславливая развитие гастроинтестинальной формы заболевания. Лишь в некоторых случаях возможно проникновение возбудителей в кровь, при этом наблюдают генерализованную форму сальмонеллёза с тифоподобным или септическим течением. Генерализации инфекции способствует недостаточность клеточных и гуморальных иммунных реакций.



# КЛИНИКА

- Выделяют следующие формы и варианты течения:
- Гастроинтестинальная (локализованная) форма:
  - гастритический вариант,
  - гастроэнтеритический вариант,
  - гастроэнтероколитический вариант.
- Генерализованная форма:
  - тифоподобный вариант,
  - септический вариант.
- Бактериовыделение:
  - острое,
  - хроническое,
  - транзиторное.
- При всех формах и вариантах заболевания инкубационный период составляет от нескольких часов до 2 дней.



- **Тифоподобный вариант.** Может начинаться с проявлений гастроэнтерита. В дальнейшем на фоне стихания или исчезновения тошноты, рвоты и диареи наблюдают повышение температурной реакции, приобретающей постоянный или волнообразный характер. Больные жалуются на головную боль, бессонницу, резкую слабость. При осмотре отмечают бледность кожных покровов больного, в некоторых случаях на коже живота и нижней части груди появляются отдельные розеолезные элементы. К 3-5-м суткам болезни развивается гепатолиенальный синдром. АД снижено, выражена относительная брадикардия.
- **Септический вариант.** В начальном периоде заболевания проявления гастроэнтерита, в дальнейшем сменяемые длительной ремиттирующей лихорадкой с ознобами и выраженным потоотделением при её снижении, тахикардией, миалгиями. Как правило развивается гепатоспленомегалия. Течение болезни длительное, торпидное, отличается склонностью к формированию вторичных гнойных очагов.



# ОСЛОЖНЕНИЯ

- **Инфекционно-токсический шок,**
- **Отёк и набухание головного мозга**
- **Острая почечная недостаточность**
- **Острая сердечно-сосудистая недостаточность**



# ЛЕЧЕНИЕ

- Если позволяет клиническое состояние больного, лечение необходимо начинать с промывания желудка, сифонных клизм, назначения энтеросорбентов (активированный уголь и др.)
- При **дегидратации** I-II степени показано назначение глюкозо-солевых растворов типа «Цитроглюкосолан», «Глюкосолан», «Регидрон», «Оралит» внутрь с учётом дефицита воды и солей у больного до начала терапии, восполняемых дробным частым питьём (до 1- 1,5 л/час) в течение 2-3 ч, и дальнейших потерь жидкости в процессе лечения (следует контролировать каждые 2-4 ч).
- Внутривенное введение макромолекулярных коллоидных препаратов (реополиглюкин, гемодез и др.) для дезинтоксикации можно проводить лишь после коррекции водно-электролитных потерь.
- При генерализованной форме сальмонеллёза (фторхинолоны по 0,5 г 2 раза в сутки, левомицетин по 0,5 г 4-5 раз в сутки, доксициклин по 0,1 г/сут и др.). Целесообразно назначение комплексных ферментных препаратов (энзистал, фестал, мексаза, эссенциале форте, и др.).
- Диета больных в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру, после прекращения диареи назначают стол №13.

**РАБОТНИЦА,**

**БОРИСЬ  
ЗА ЧИСТУЮ СТОЛОВУЮ**



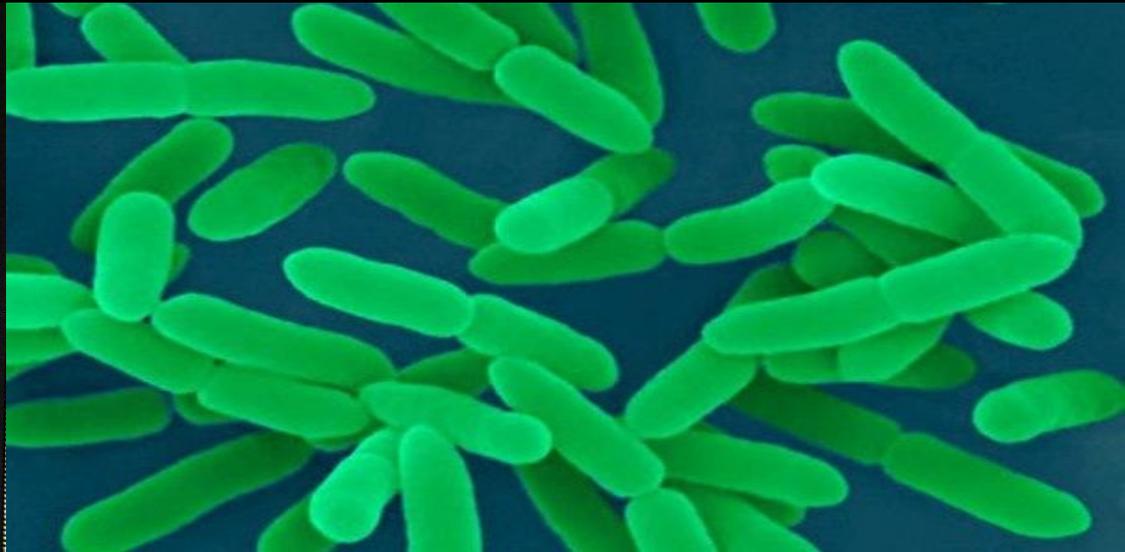
## **ПРОФИЛАКТИКА**

- **Ветеринарно-санитарные мероприятия**
- **Санитарно-гигиенические мероприятия**
- **Противоэпидемические мероприятия**

# ИЕРСИНИОЗ

- Иерсиниоз - острая антропозоонозная кишечная инфекция, сопровождающаяся токсико-аллергической реакцией, отличающаяся мультиочаговостью.
- Рассматриваемое нами заболевание располагает собственной классификацией, которая включает в себя гастроинтестинальную форму, форму генерализованную и форму вторично-очаговую. Так, гастроинтестинальная форма включает в себя гастроэнтерит и терминальный илеит. Сюда же относится острая форма иерсиниозного аппендицита. Течение генерализованной формы возможно в виде гепатита, пневмонии, сепсиса, менингита, пиелонефрита, возможна, в том числе, и смешанная форма, определяющая соответствующую специфику заболевания

- Опасность для человека представляет то, что *иерсинии способны жить и размножаться в пищевых продуктах*: особенно хорошо они сохраняются в свежих овощах – до 2 месяцев; кроме того, способны сохраняться в хлебе и молоке. Иерсиниям не страшны условия пониженной температуры холодильника – более того, при такой температуре (4-8 °С) иерсинии лучше себя чувствуют и быстрее размножаются. Продуктами, наиболее часто подвергающихся заражению, являются овощи и корнеплоды – морковь, капуста, зеленый и репчатый лук. Кроме того, заражению подвергаются различные соленья: квашеная капуста, соленые огурцы, помидоры. В засоленных овощах иерсинии сохраняются в течение 3-15 суток. В молочных продуктах – твороге, сыре – бактерии живут около 20 суток. Кроме того, при пастеризации иерсинии погибают только через 30 минут, поэтому нарушение режима пастеризации приводит к сохранению и накоплению иерсиний в пастеризованном молоке и других продуктах.



# МЕХАНИЗМЫ ЗАРАЖЕНИЯ:

- Живущие в почве и воде бактерии заражают овощи и корнеплоды, при употреблении в пищу которых может заразиться человек или животное. Путь заражения человека алиментарный, т.е. через употребление в пищу зараженных продуктов питания – овощей, молока, мяса (особенно свинины) или воды. Больной человек опасности для окружающих не представляет.



# СИМПТОМЫ

Основные формы иерсиниоза – это энтерит, энтероколит, мезаденит и терминальный илеит. Менее распространенные формы – это ангина, сепсис, вторичные очаги инфекции. Чаще всего встречается энтерит и энтероколит, которые представляют собой воспаление тонкого и толстого кишечника. И проявляются следующими симптомами:

- **Понос:** жидкий, зловонный, до 10 раз в сутки; при поражении толстой кишки (т.е. развитии энтероколита, количество кала становится меньше, частота стула реже, появляется слизь, редко – кровь). Понос продолжается в среднем 2 недели (от 1 суток до нескольких месяцев).
- **Лихорадка** обычно субфебрильная (не выше 37,5 °С), однако в некоторых случаях повышается до 39-40 °С.
- **Увеличение лимфоузлов** встречается почти при всех формах заболевания. Возбудители склонны к сохранению в лимфоузлах, образуя гнойное воспаление (микроабсцессы).
- **Схваткообразная боль в животе** является ведущим симптомом при иерсиниозе, часто локализуется в нижней части живота справа, вызывая у врачей подозрение на острый аппендицит (что и является на самом деле терминальным илеитом – воспалением конечного отдела подвздошной кишки).
- **Тошнота и рвота**

# ПРОФИЛАКТИКА:

- Профилактика заключается в правильном хранении и обработке пищевых продуктов.
- Перед употреблением сырые овощи и корнеплоды необходимо тщательно вымыть теплой водой, очистить от подгнивших участков, а затем ошпарить кипятком.
- Хранить продукты только в течение рекомендованного срока годности, даже в холодильнике!
- Салаты следует принимать в пищу только в свежеприготовленном виде
- **Нельзя употреблять в пищу недостаточно термически обработанное мясо, особенно свинину**

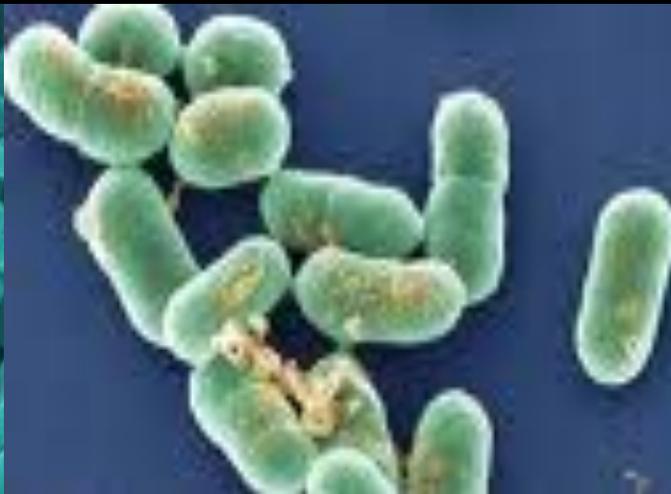
# ЛЕЧЕНИЕ

Как и при других острых кишечных инфекциях показана *дезинтоксикационная терапия, восполнение потерянной жидкости.*

- **Антибиотикотерапия.** Левомицетин или тетрациклины (доксциклин). Также применяется бисептол 480 мг 2 таблетки 2 раза в день. При неэффективности этих препаратов назначают фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин), гентамицин (в виде внутримышечных инъекций). Лечение обычно проводят в течение 10 дней от нормализации температуры.
- **Кортикостероиды** – обычно назначаются при вторично-очаговой форме, когда возбудителей в организме уже нет, и все симптомы обусловлены чрезмерным иммунным ответом. Эти препараты подавляют иммунный ответ.
- Целесообразно назначение комплексных ферментных препаратов (энзистал, фестал, мексаза, эссенциале форте, и др.).
- **Нестероидные противовоспалительные средства** (ибупрофен, диклофенак, вольтарен, аспирин) применяют при артритах.

# ЛИСТЕРИОЗ

- Листериоз - инфекционная болезнь из группы зоонозов. У человека заболевание протекает либо в виде острого сепсиса (с поражением центральной нервной системы, миндалин, лимфатических узлов, печени, селезенки), либо в хронической форме (стертая).



# Резервуар и источники инфекции

*Listeria monocytogenes* поражает

Домашних и сельскохозяйственных животных

свиней, мелкий и крупный рогатый скот, лошадей, кроликов, реже кошек и собак

Птиц

гусей, кур, уток, индюшек, голубей, попугаев и канареек

Диких животных

лисиц, норок, енотов, песцов, диких копытных, птиц, в рыбе и продуктах моря



# ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

- Наиболее чувствительны к инфекции люди с нарушениями иммунитета, а также беременные и их новорожденные. Особые опасения вызывает влияние инфекции на частоту недонашивания и состояние плода. При заболевании беременных листериозом отмечена высокая перинатальная заболеваемость и смертность.
- Развитие внутриутробной инфекции приводит к повторному заражению матери, вызывая вторичную волну заболевания в виде лихорадки неясной этиологии. Листериоз беременных иногда называют «пинг-понговой» инфекцией. Характерной клинической особенностью листериоза беременных является критическое снижение температуры тела сразу после прерывания беременности.
- Четкого ответа на вопрос о том, существует ли иммунитет против листериоза, современная медицинская наука не имеет. Однако вычислена закономерность, согласно с которой чаще всего болеют этой патологией дети, а взрослых она поражает в случае ослабленного иммунитета.
- Для специфической профилактики листериоза безопасного и эффективного защитного препарата пока не получено

# ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

- 1.** Лечение более успешно в начальный период болезни. Листерии чувствительны к пенициллинам, тетрациклинам, аминогликозидам, устойчивы - к цефалоспорином. При локализованной железистой форме используется один из следующих препаратов: ампициллин (амоксициллин), котримоксазол, эритромицин, доксициклин, левомицитин в средних терапевтических дозах. При генерализованных формах (нервная, септическая), листериозе новорожденных рекомендуется сочетание ампициллина (амоксициллина) с гентамицином.
- 2.** Поскольку листериоз развивается, как правило, на фоне иммунной недостаточности, показано назначение иммунокорректирующих препаратов: имунофан, тималин, миелопид, иммуноглобулины и т.д.
- 3.** Проводят симптоматическое лечение (сердечные, дезинфицирующие, вяжущие средства).
- 4.** Для предупреждения листериоза фермы комплектуют животными из благополучных по листериозу хозяйств; допускают животных в общее стадо только после предварительного карантинирования в течение 30 суток, во время которого проводят клиническое обследование животных.

# ЛИТЕРАТУРА

- Soriano V, Puoti M, Sulkowski M et al. Care of Patients with Hepatitis C and HIV Co-Infection. *AIDS* 18(1):1-12, 2004.
- Hepatitis C in patients infected by the human immunodeficiency virus. Berenguer JB, Quiros JC, Ricote GC Madrid, 2002.
- AASLD Consensus Conference on Hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36:S1-S252.
- Thio CL. Hepatitis B in the Human Immunodeficiency Virus-Infected Patient: Epidemiology, Natural History and Treatment. *Semin Liver Dis* 23(2):125-136, 2003.
- EASL Consensus Conference on Hepatitis B. *J Hepatol* 2003; 39: S1-237.