

**ФГБОУ ВО АСТРАХАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И
ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор Галимзянов Х.М

**Научно-практическая работа
« Современная эпидемиологическая характеристика
дизентерии Флекснера на территории Астраханской
области за период 2013-2017гг**

Выполнила: Демегенова С.О

Руководитель: к.м.н., доцент

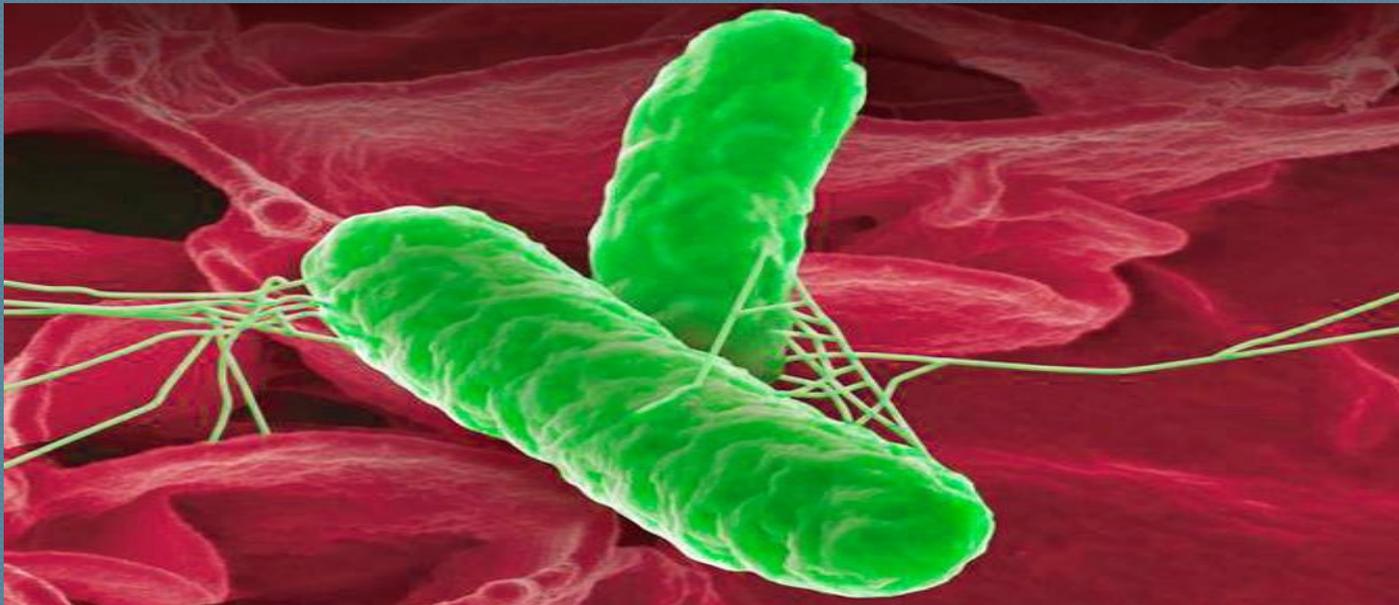
Спиренкова А.

Е

Астрахань 2018г

ДИЗЕНТЕРИЯ ФЛЕКСНЕРА

Дизентерия - острое антропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся общей интоксикацией, поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки, схваткообразными болями в животе, частым стулом с примесями слизи и крови, тенезмами.



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время заболеваемость дизентерией Флекснера как на территориях РФ так и на территориях Астраханской области имеет достаточно высокие показатели заболеваемости среди взрослых и особенно среди детей в результате того, что ведущим путём передачи инфекций является водный путь.

Дизентерия Флекснера можно отнести к эндемичному заболеванию Астраханской области.

Составляя основную часть острых кишечных инфекций дизентерия представляет собой серьезную проблему, особенно в развивающихся странах. Несмотря на многолетние усилия практического здравоохранения и огромное число научно-практических исследований, заболеваемость дизентерией Флекснера во многих странах мира поддерживается на высоких показателях.

Широкое распространение ДФ в развивающихся странах детерминируется несоответствующим санитарным нормам и правилам, в результате чего население снабжается недоброкачественным и недостаточным водоснабжением.

ЦЕЛЬ и ЗАДАЧИ

- **Цель работы** – провести анализ заболеваемости шигеллёзами в Астраханской области за 5 лет (2013-2017гг)
- **Задачи:**
 - Оценить динамику заболеваемости дизентерия Флекснера в Астраханской области за период с 2013-2017гг
 - Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по дизентерии Флекснера на территории Астраханской области.
 - Дать описание территориального распределения заболеваемости Дизентерия Флекснера.
 - Описать методы лабораторной диагностики
 - Провести оценку профилактических мероприятий, предложить комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий в отношении дизентерии, способных снизить уровень заболеваемости среди детского и подросткового населения.

История открытия заболевания

- Термин «дизентерия» введен еще в эпоху Гиппократом, который разделил все кишечные заболевания на две группы: диарею, характеризующуюся поносом, и дизентерию, отличающуюся главным образом болями в животе (греч. dys – нарушение, расстройство, enteron – кишка). Первое подробное описание болезни под названием «натужный понос» дал греческий эскулап Аретей (I в. до н.э.). Заболевания, сходные по клинической картине с дизентерией, нашли отражение в трудах Авиценны (X–XI вв.). В древнерусской письменности есть описание этой болезни под названием «утроба кровавая, или мыт».
- Дизентерия в прошлом была широко распространена, носила эпидемический характер. «Описаны пандемия дизентерии в XVIII в. (1719 и 1789 гг.) и XIX в. (1834–1836 гг.). Самые большие эпидемии наблюдались в периоды войн, стихийных бедствий и т.д. Впервые возбудители дизентерии были описаны во второй половине XIX в. [Раевский А.С., 1875; Шантемесс Д., Видадь Ф., 1888; Кубасов П.И., 1889]. В 1891 г. армейский врач А.В. Григорьев выделил грамотрицательные бактерии из органов умерших от дизентерии, изучил их морфологию и патогенные свойства в опытах на кроликах, морских свинках и котятках. В 1898 г. японский ученый К.Шига о том же возбудителе дизентерии сообщил некоторые новые данные.
- В дальнейшем были открыты другие представители обширной группы дизентерийных бактерий, близкие по своим морфологическим свойствам, но отличающиеся по ферментативной активности и антигенной структуре.

ЭТИОЛОГИ Я

- Возбудитель- грамм отрицательные не подвижные бактерии рода *Shigella*
- семейства *Enterobacteriaceae*. Включает восемь сероваров (1-6,х и у), в том числе Ньюкас. Относятся к факультативным анаэробам.
- Представляют собой небольшие палочки с закругленными концами длиной
- 2-3 мкм и шириной 0,5-0,7 мкм.
- Хорошо растут на дифференциально- диагностических средах.
- У шигелл Флекснера вирулентность бактерий довольно высока, особенно подсеротипа 2а . Могут длительно сохраняться в воде. При нагревании шигеллы быстро погибают. Температура оптимум 37 °С

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Выживаемость шигелл в окружающей среде зависит от температуры, влажности и количества выделенного возбудителя.

Оптимальной средой для существования шигелл Флекснера в жаркое время года являются: вода, сточные воды, открытые водоёмы, очистные сооружения, чем и обусловлено сезонный характер данного заболевания.

Шигеллы Флекснера могут длительно сохраняться в воде, при нагревании шигеллы быстро погибают при температуре 60^oС - в течение 10мин, при кипячении мгновенно.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

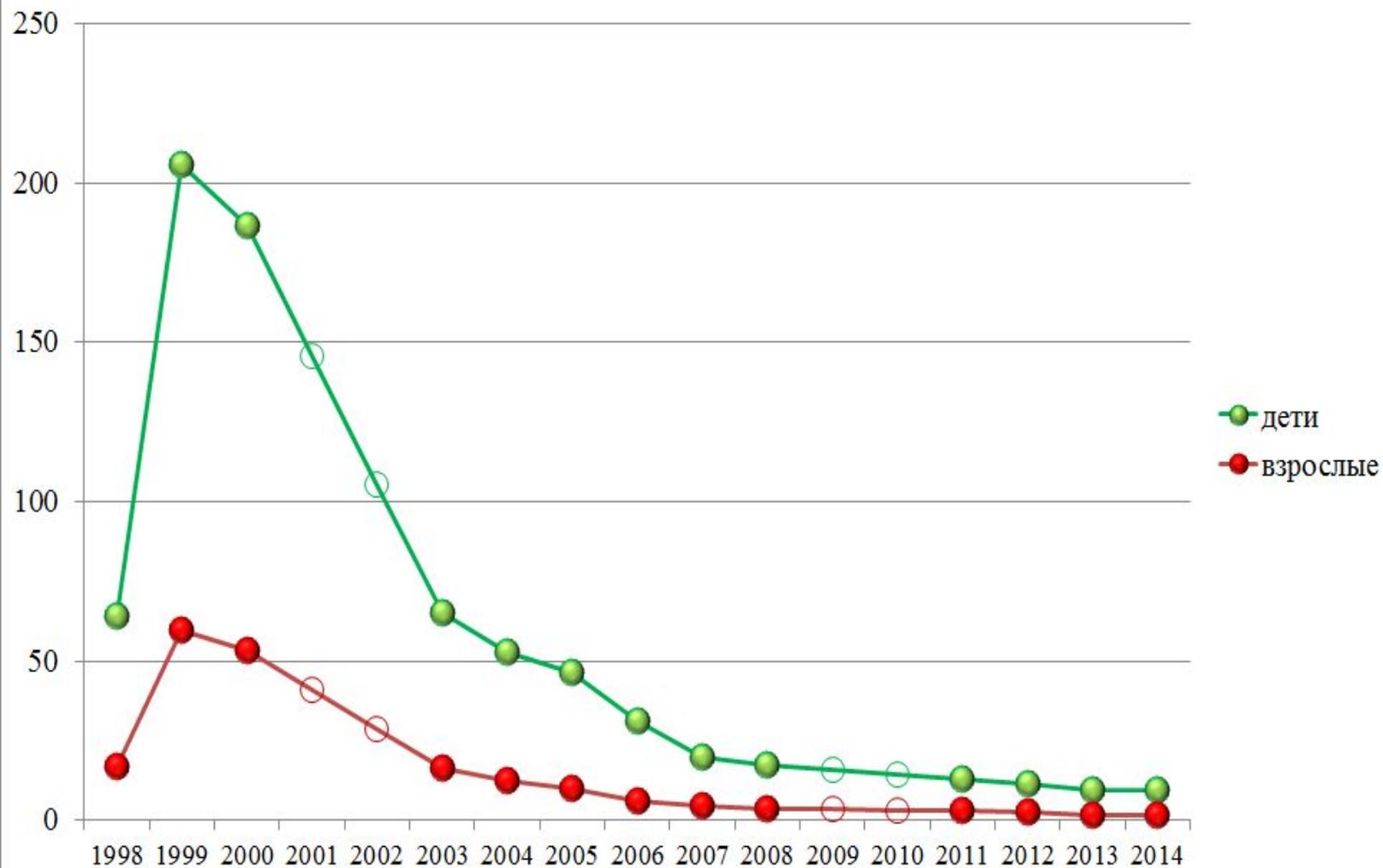
- Резервуаром и источником инфекции является человек – больной острой или хронической формой, а также носитель – реконвалесцент или транзитный носитель.
- Механизм передачи инфекции – фекально-оральный.
- Путь передачи – преимущественно водный.
- Восприимчивость людей достаточно высокая.
- Характерна летне-осенняя сезонность. Число заболеваний регистрируемых в июле – сентябре, составляет, как правило, половину всей суммы заболеваний за год. Чаще заболевают дети первых 3 лет жизни.
- Постинфекционный иммунитет формируется в течение нескольких лет. Распространение дизентерии Флекснера в основном соответствует территориям, где население до сих пор употребляет гигиенически небезопасную воду (воду из открытых водоемов).

-
- По данным ВОЗ шигеллез распространен во всех странах мира. К шигеллам чувствительны люди всех наций и возрастов. Самый высокий уровень заболеваемости в Азии, Африке и Латинской Америке, в странах с низкой социальной культурой и высокой плотностью населения. В настоящее время существует три крупных очага инфекции: Центральная Америка, Юго-Восточная Азия и Центральная Африка. Из этих регионов различные формы шигеллезозов завозятся в другие страны.

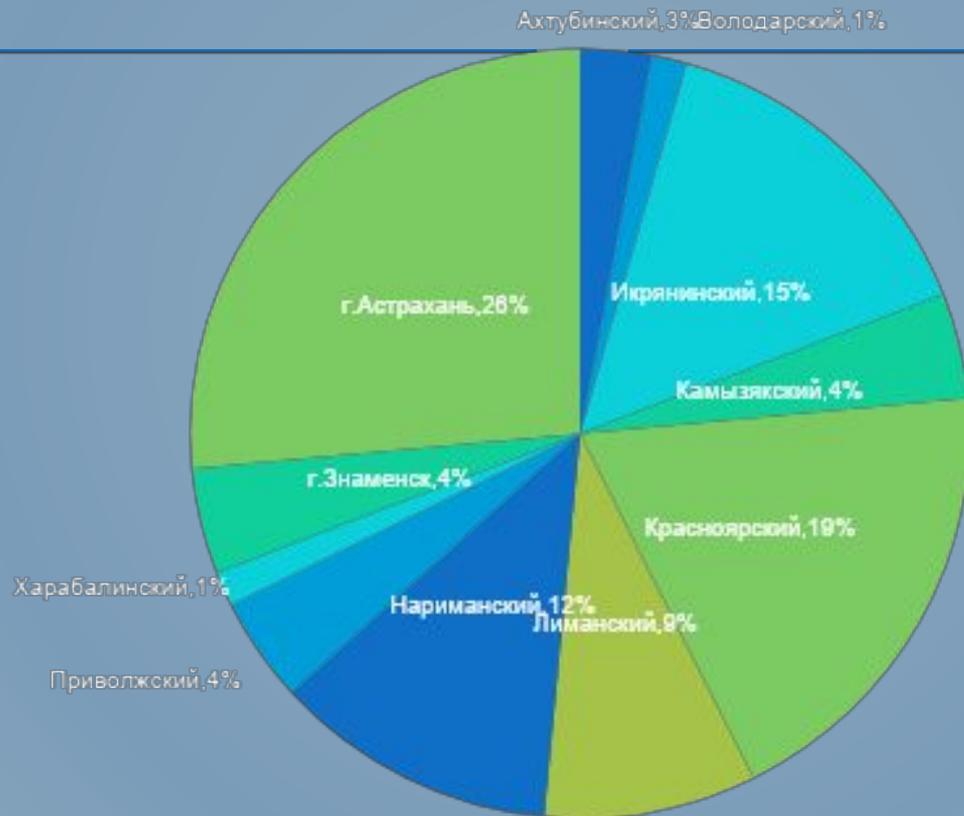
Заболееваемость дизентерия Флекснера на территории РФ

- Представлен анализ заболееваемости шигеллезами в Российской Федерации в 2012-2013 гг. Несмотря на относительное эпидемиологическое благополучие на территории Российской Федерации в целом, в отдельных ее субъектах заболееваемость шигеллезами остается на высоком уровне, что требует отдельного изучения региональных особенностей развития эпидемического процесса во времени и пространстве.
- Заболееваемость, вызванная возбудителем дизентерии Флекснера в 2013 г., снизилась в 1,3 раза и составила 3,2 на 100 тыс. населения против 4,2 в 2012 г.
- Наиболее высокие показатели отмечались на следующих территориях: Республика Тыва – 171,3 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 121,5); Республика Дагестан – 20,2 (в 2012 г. – 22,2); Новосибирская область – 8,1 (в 2012 г. – 11,1). Чаще всего болели дети одного-двух лет (25,5 на 100 тыс. детей данной возрастной группы в 2012 г. и 19,8 – в 2013 г.), а также дети до года (19,3 на 100 тыс. в 2012 г. и 16,7 в 2013 г.)

Динамика заболеваемости дизентерией Флекснера на 100 тыс. Россия



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ФЛЕКСНЕРА ПО РАЙОНАМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013-2017ГГ.

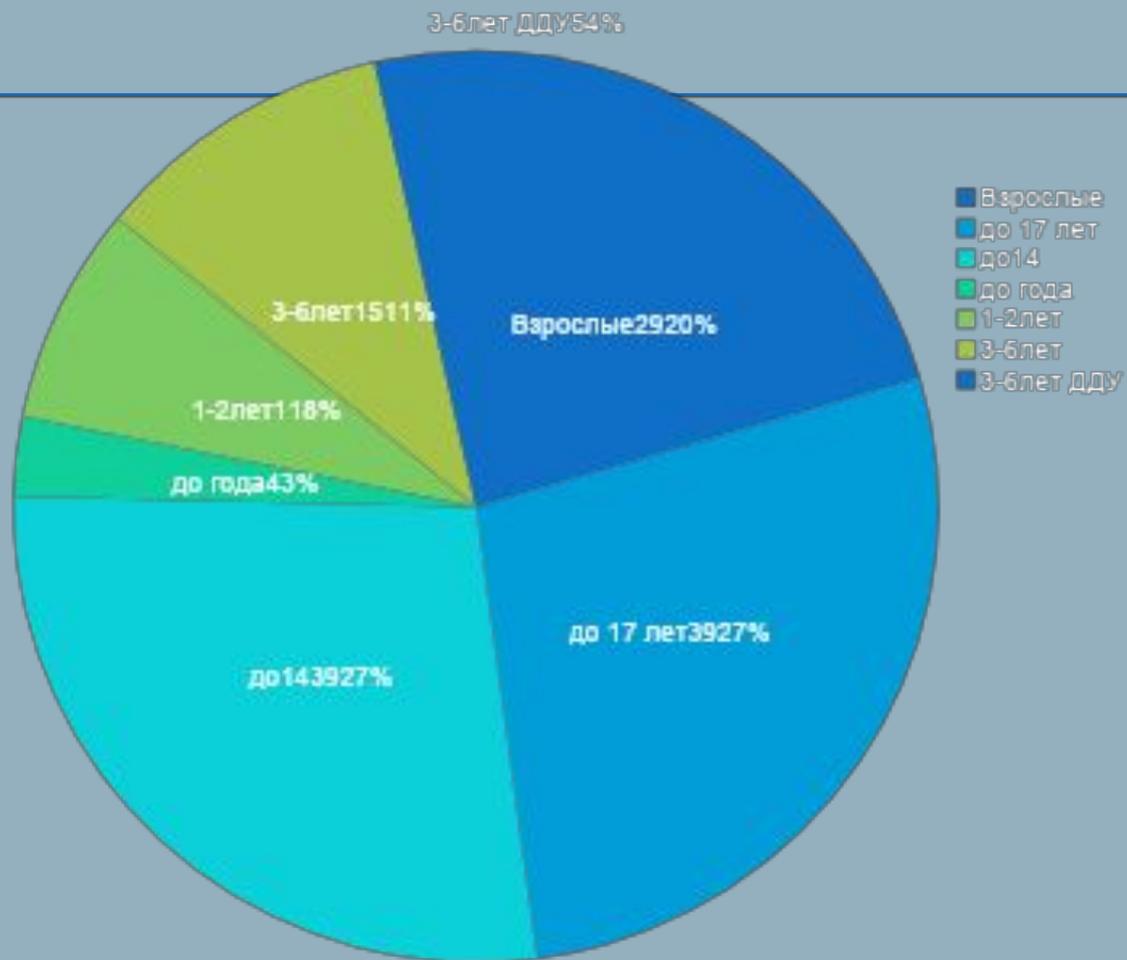


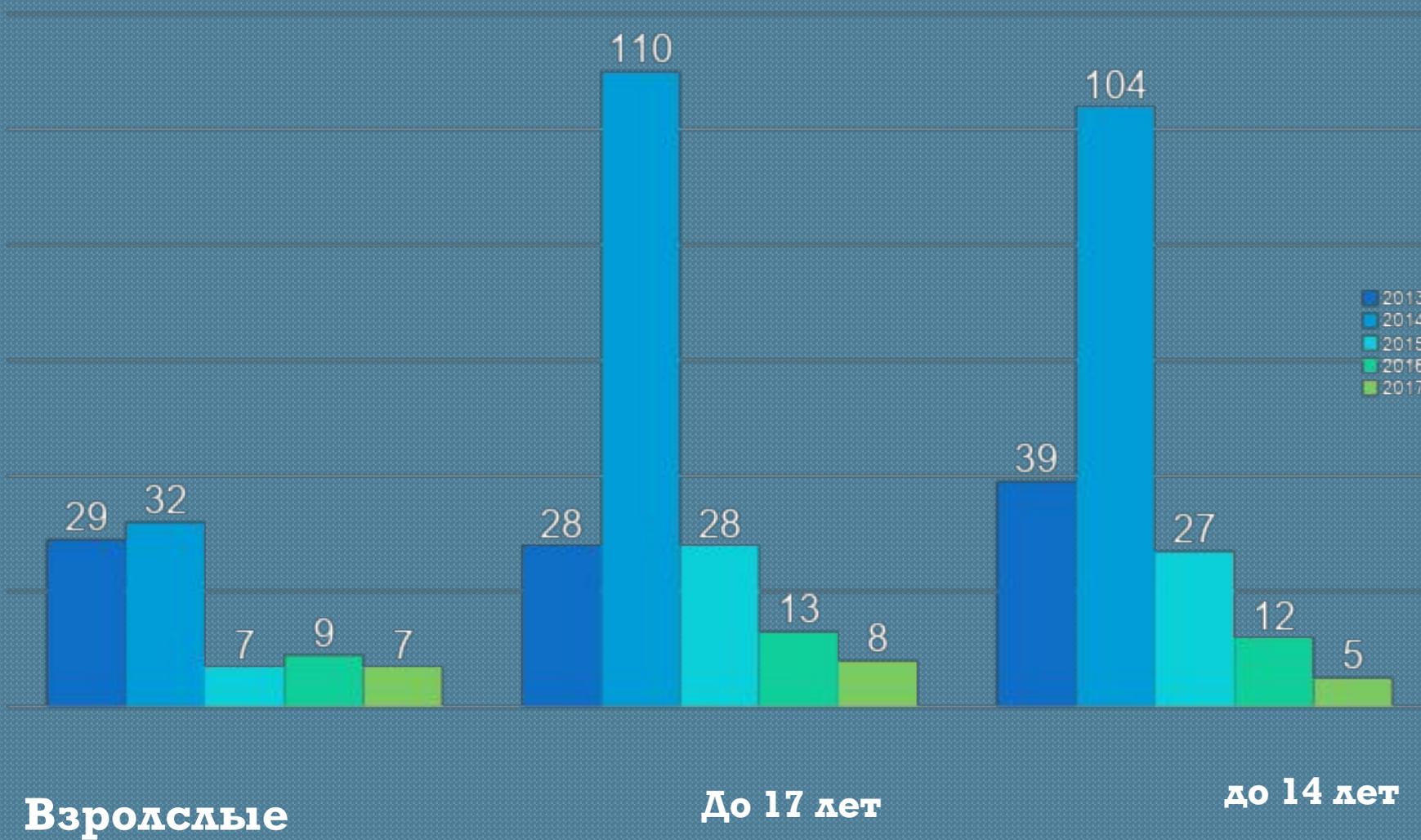
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ФЛЕКСНЕРА НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2013-2017ГГ



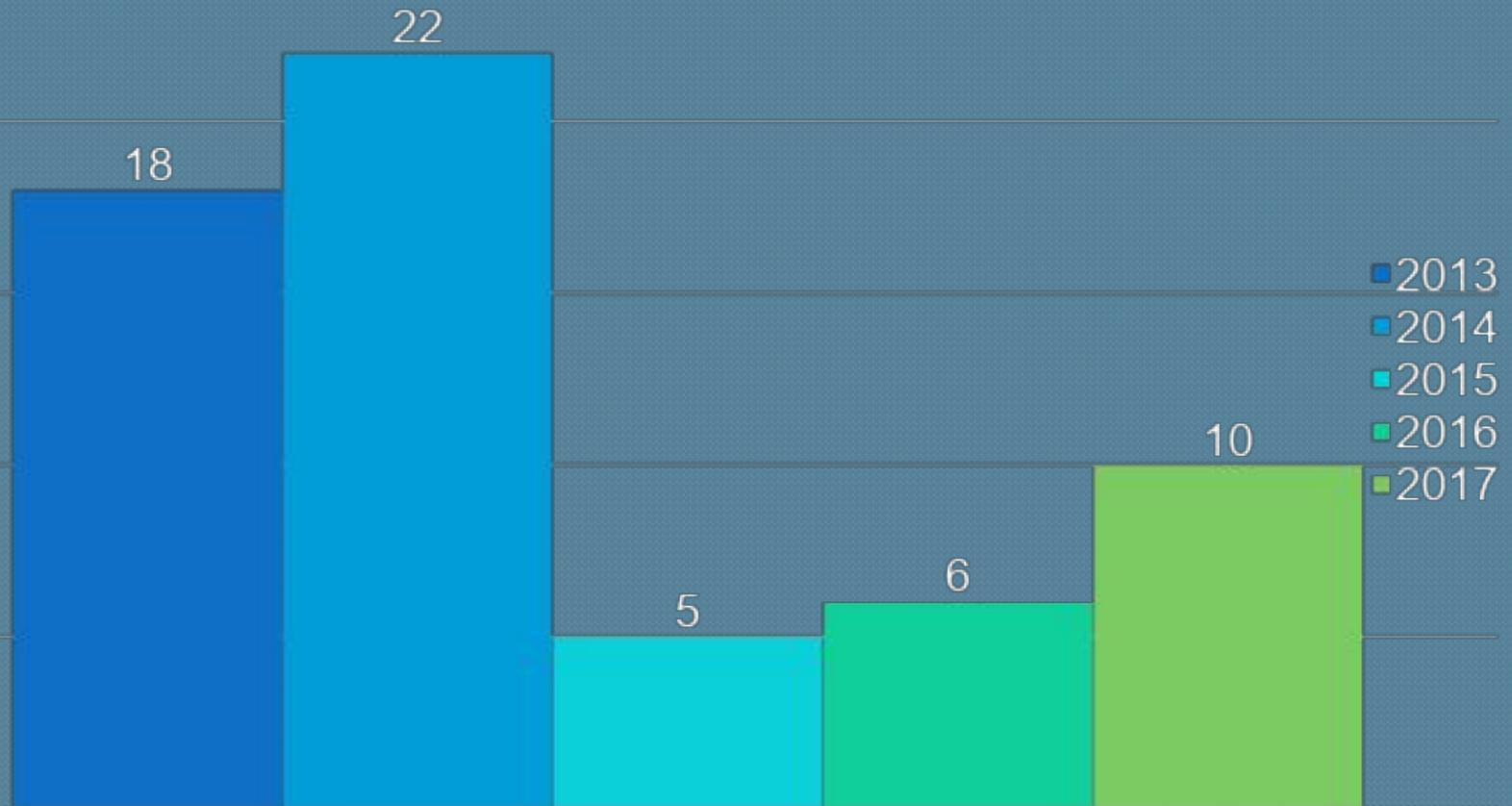
**ЗА ПЕРИОД С 2013-2017 ГГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО 912 СЛУЧАЕВ ДИЗЕНТЕРИИ
ФЛЕКСНЕРА НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ФЛЕКСНЕРА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013-2017ГГ.





ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ г. АСТРАХАНЬ В 2013-2017гг



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ВАРИАНТЫ ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА

- **Форма:** Острая, хроническая, бактерионосительство;
- **Клинический вариант:** Колитический, гастроэнтеро-колитический, и гастроэнтеритический;
- **Тяжесть течения:** Легкое, средне-тяжелое, тяжелое, степень обезвоживания;
- **Особенности течения:** Стертое, Затяжное
ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД – ОТ 1 ДО 7 ДНЕЙ
(ЧАЩЕ 2



ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- В начальном периоде быстро нарастают симптомы интоксикации
- Повышается температура тела до 38-39 °С,
- беспокоит головная боль, вялость, адинамия, сонливость
- В первые сутки развивается синдром колита, характеризующийся: схваткообразными болями в животе в левой подвздошной области
- Болезненностью и утолщение сигмовидной кишки при пальпации
- Жидким частым стулом с патологическими примесями, сначала стул обильный, становится скудным и представляет собой комочек мутной слизи, а иногда гноя с прожилками крови «ректальный плевок»
- Акт дефекации сопровождается тенезмами

Клиника

Формы протекания и их симптомы



Легкая форма

повышенная температура тела (до 38 С) на протяжении от нескольких часов до 2 суток;

умеренные боли в животе, проходящие, как правило, после акта дефекации;

диарея, сопровождающаяся многократным жидким стулом без примесей слизи и крови.

Среднетяжелая форма

температура тела повышается до 39 С и может удерживаться до 4 суток;

расстройство желудка, головная боль и слабость сопутствуют заболеванию с самого его начала;

ложные позывы к дефекации;

схватки в нижней части живота;

жидкий и скудный стул с прожилками слизи и крови, доходящий до 20 раз в день.

Тяжелая форма

температура тела повышается до 40 С и выше;

сильная головная боль; подавляющая слабость;

потемнение в глазах и головокружение при резком вставании с кровати или стула;

тошнота и рвота;

боли в животе, провоцирующие позывы к частой дефекации и мочеиспусканию;

«бесконечный стул».

Для распознавания дизентерии Флекснера необходим тщательный анализ эпидемиологических данных и всей клинической картины болезни с использованием лабораторных методов



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД.

С первых дней болезни проводят трехкратное (первое – до начала этиотропной терапии) исследование испражнений с целью выделения возбудителя и его идентификации.

Средой для первичного посева служит среда Плоскирева.

Для исследования отбирают порции с примесью слизи сразу после естественной дефекации. При невозможности провести посев на месте забора материала его помещают в пробирки с консервантом (глицериновая смесь) и хранят не более 12 часов при 2-6 °С.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД.

С конца 1-й недели в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) исследуют парные сыворотки для обнаружения АТ и их титра.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

КОПРОЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

проводят с первых дней болезни. Обнаружение в мазке из испражнений слизи, нейтрофильных лейкоцитов, эритроцитов, клеток кишечного эпителия позволяет судить об интенсивности воспалительного процесса и его локализации.

- В поздние сроки заболевания с диагностической целью может быть использована **ректороманоскопия.**



Эпидемиологический надзор

- Санитарно-коммунальным благоустройством населённых пунктов, состоянием и эксплуатацией водопроводно-канализационных сооружений и сетей, а также за динамикой заболеваемости на обслуживаемых территориях, биологическими свойствами циркулирующих возбудителей, их видовой и типовой структурой.

Контроль за санитарным состоянием пищевых объектов и детских дошкольных учреждений, соблюдением должного технологического режима при приготовлении и хранении пищевых продуктов

МЕРОПРИЯТИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ

- * Раннее активное выявление больных и их лечение;
- * Ранняя рациональная терапия;

Госпитализации подлежат:

- Тяжелые и среднетяжелые формы острых кишечных заболеваний, у лиц резко ослабленных сопутствующими заболеваниями.

По эпидемиологическим показаниям госпитализируются больные и бактерионосители из числа работников пищевых предприятий и к ним приравненных. Госпитализация обязательна, когда соблюдение противоэпидемического режима по месту жительства больного невозможно.

В очаге в случае необходимости (по требованию санитарно-эпидемиологической станции) проводятся санитарно-профилактические мероприятия (благоустройство колодцев, строительство и ремонт туалетов, мусоросборников, истребление мух)

а также санитарно-просветительная работа.

Больных , перенёсших острые кишечные заболевания без бактериологически подтвержденного диагноза, лечившихся в больнице или дома, выписывают не ранее чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации стула и температуры.

При этих же условиях лиц, имеющих непосредственное отношение к производству продуктов питания , их хранению, транспортировке и реализации и к ним приравненных, обязательно подвергают контрольному однократному бактериологическому обследованию, которое проводят не ранее чем через 2 дня после окончания лечения.

Выписывают их только при отрицательном результате обследования.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В профилактике дизентерии решающая роль принадлежит **гигиеническим и санитарно-коммунальным мероприятиям.**

Необходимо соблюдать санитарный режим на пищевых предприятиях и рынках, в учреждениях общественного питания, продовольственных магазинах, детских учреждениях и сооружениях водоснабжения.

Большое значение имеют очистка территории населённых мест и охрана водоёмов от загрязнения канализационными стоками, особенно сточными водами лечебных учреждений. Немалую роль играет соблюдение правил личной гигиены. Большое значение в профилактике шигеллёзов имеет санитарное просвещение. Гигиенические навыки следует прививать детям в семье, детских учреждениях и школе.

Важно обеспечить действенную санитарно-просветительную работу среди населения по предупреждению употребления для питья воды сомнительного качества без термической обработки и купания в загрязнённых водоёмах. Особое значение гигиеническое обучение имеет среди лиц определённых профессий (работников пищевых предприятий, объектов общественного питания и торговли пищевыми продуктами, водоснабжения, детских дошкольных учреждениях и др.): при устройстве на такие места работы желательна сдача сан-



Профилактика

Профилактика обеспечивается общесанитарными мерами по благоустройству населенных пунктов, снабжением населения доброкачественными водой и пищевыми продуктами и проведением сан.-просвет. работы среди населения, повышением сан. культуры.

исследования на санитарно-показательную микрофлору смывов с рук работающих и рабочих поверхностей на пищевых предприятиях, в дошкольных учреждениях

Дизентерия

ПРИЧИНЫ



СИМПТОМЫ

ПРОФИЛАКТИКА



ВЫВОДЫ

- Многолетние наблюдения за дизентерией в Астраханской области позволяет сделать вывод ,что за последние 5 лет регистрируются стабильно высокие показатели заболеваемости дизентерией, с небольшими колебаниями в сторону снижения в 2017г и подъемом в 2014г, что непосредственно связано с реализуемым водным и бытовым путем передачи возбудителя.
- При анализе территориального распределения шигеллезов установлены административные территории с высокими уровнем заболеваемости дизентерией, превышающим среднеобластной уровень – г.Астрахань, Красноярский район и Икрянинский район.
- При анализе возрастной структуры заболеваемости дизентерией установлено, что основной процент заболевших приходится на детей до 17 лет (198 чел); в возрастной группе от 1 года до 2 лет (46чел); и с 3-6 лет (71 чел); посещающие организованные коллективы.
- Несмотря на постоянно проводимый профилактически противэпидемиологический мероприятий в рамках система эпидемиологическах надзора на территории Астраханской области в отношении дизентерии Флекснера, повышенной уровень заболеваемости сохраняется как социальных так и природных факторов, а именно выраженная сезонность при дизентерией Флекснера обусловленно климато-географическими особенностями региона и не достаточно современный уровень централизованная водоснабжения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Астраханская область является уникальным по своим географическим и природно-климатическим условиям регионом. Основными источниками водоснабжения городов и сельских населенных пунктов Астраханской области на питьевые нужды для всех категорий потребителей являются поверхностные воды реки Волга , Ахтуба и их рукава , характеризующиеся высокой загрязненностью.
2. Водный фактор остается ведущим при механизме передачи возбудителей кишечных инфекционных болезней бактериальной и вирусной этиологии.
3. Заболеваемость дизентерией продолжает оставаться актуальной проблемой в Астраханской области и требует дальнейшего улучшения качества проводимых противоэпидемических и профилактических мероприятий.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

