

Курсовая работа

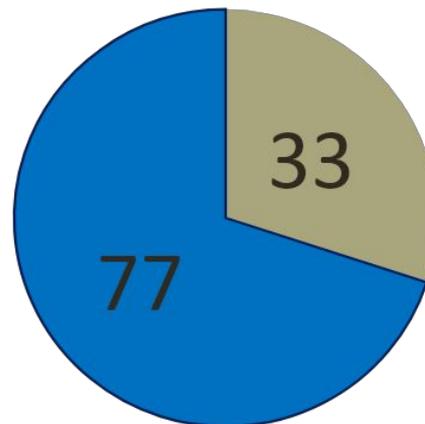
Тема: Дизентерия

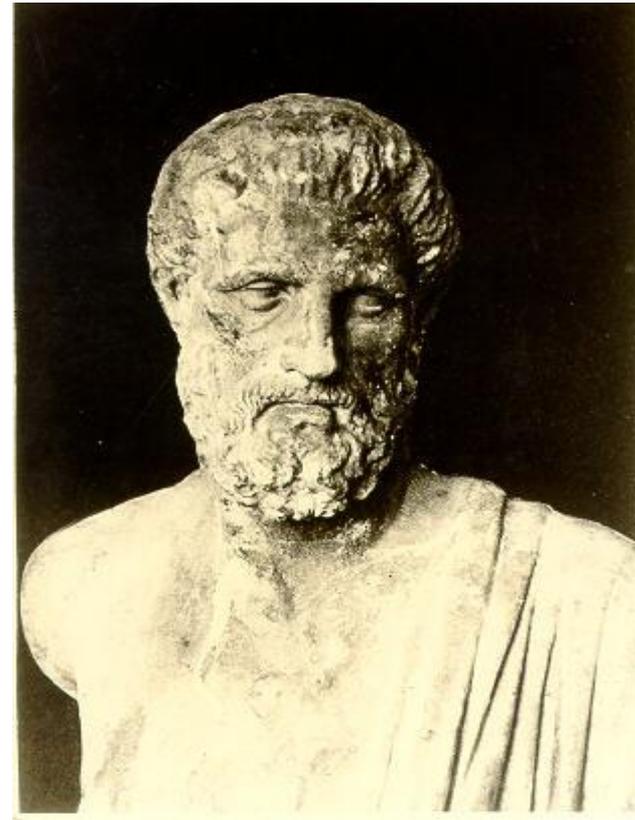
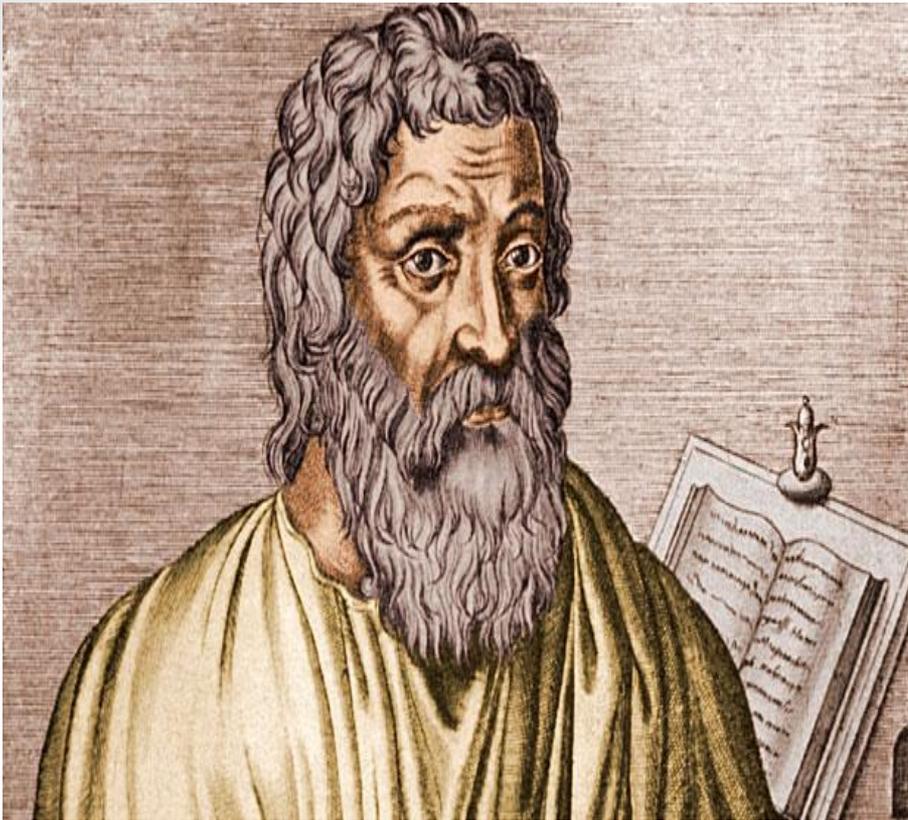
Выполнил студент ММК МИИТ
Группы МЛД-211
Климов Сергей Владиславович

Инфекционные болезни всегда были в прошлом и остаются на сегодняшний день одной из ведущих проблем здравоохранения. По данным ВОЗ, около 33% людей умирают от инфекционных заболеваний.



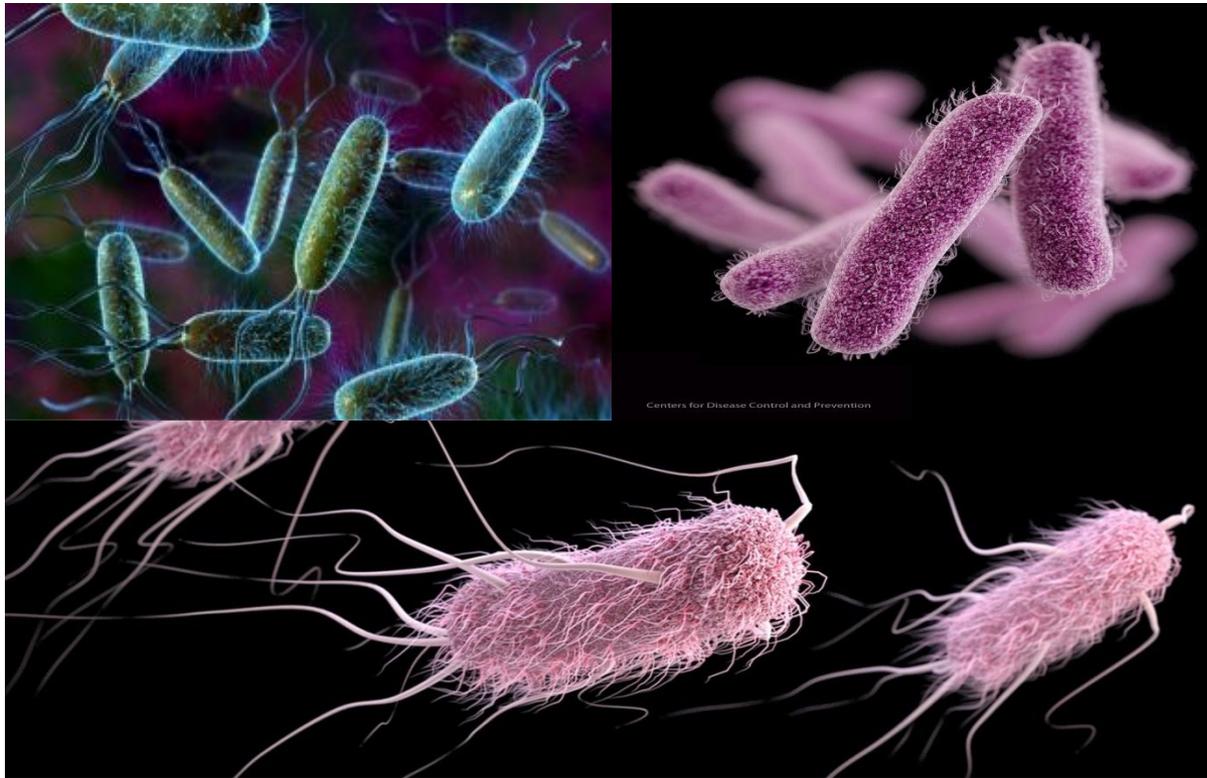
Смертность





Дизентерия известна с древнейших времён, болезнь была знакома Гиппократу, который и дал ей название. Обстоятельное по тому времени (1 век нашей эры) описание «натужного поноса» оставил, с тех пор Дизентерия постоянно упоминается на страницах медицинской литературы.

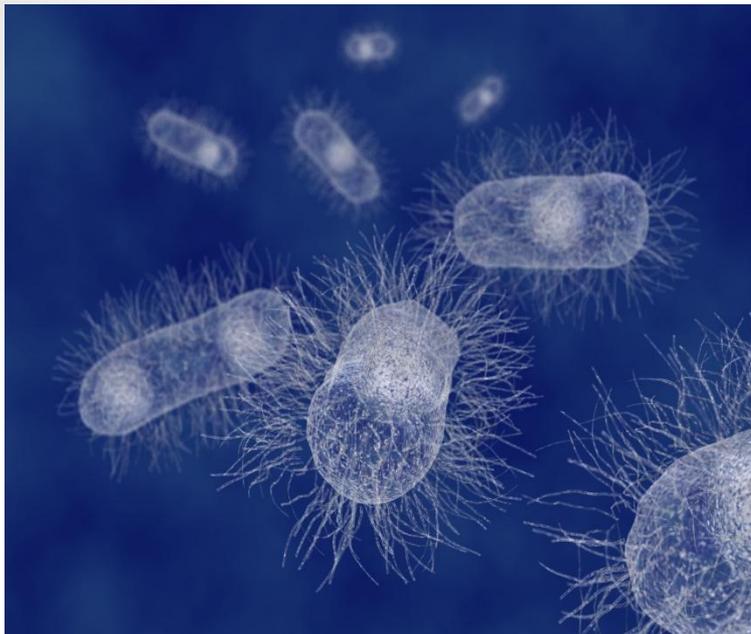
Дизентерия (шигеллез) — острое инфекционное заболевание человека с энтеральным механизмом инфицирования, характеризующееся колитическим синдромом и выраженным КИШЕЧНЫМ ТОКСИКОЗОМ.



Возбудитель — дизентерийные бактерии — грамотрицательные палочки из рода шигелл.



Шигеллы дизентерии (*S. dysenteriae*) обладают способностью вырабатывать экзотоксин, термолабильная фракция которого оказывает выраженное нейротропное действие на организм больного человека.



Значительной устойчивостью к факторам внешней среды отличаются *S' Sonnei* (в воде — до 3 месяцев, в сливочном масле — до 6—8 месяцев, в молоке — до 10 суток), наименее устойчивы *S. dysenteriae* (в открытых водоемах — от 10 до 48 суток, в фекалиях — до 6—8 ч, в молоке до 3 суток, при низких температурах выживают в течение 2-3 месяцев).

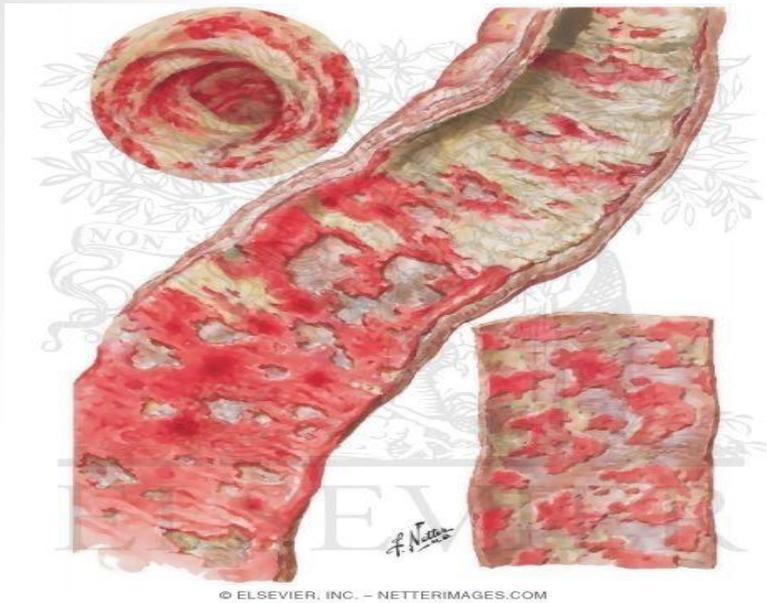
Источник инфекции — больной человек или бактерионоситель. Возбудители выделяются во внешнюю среду только с фекалиями. При этом больной становится опасным с первого дня болезни, окончание заразного периода можно определить только бактериологическим исследованием испражнений.



Механизм инфицирования — фекально-оральный.
Пути передачи инфекции: пищевой; контактно бытовой; водный. Для *S. Dysenteriae* основной путь передачи — контактно-бытовой, для *S. Flexneri* — водный, для *S. Serrae* — пищевой.



Иммунитет после перенесенного заболевания формируется видоспецифический и антимикробный, но титр специфических антител невысокий и быстро снижается в течение 5—12 месяцев от начала заболевания.



Шигеллы попадают в ЖКТ через рот. В желудке и кишечнике они под воздействием ферментов погибают, выделяя эндотоксины, которые, всасываясь в кровь, вызывают развитие симптомов кишечного токсикоза.

Фаза токсемии протекает с вовлечением в патологический процесс всех органов и систем, особенно нервной. Поражение ЦНС обусловлено воздействием эндо- и экзотоксинов на рецепторы сосудов, питающих нервную ткань.

Фаза размножения (колонизации) шигелл начинается в тонком кишечнике, но более выражена в дистальных отделах

Классификация:

- **по этиологическому фактору:**

дизентерия Зонне, дизентерия Флекснера, дизентерия Бойда, дизентерия Григорьева — Шига;

- **по типу:** типичные формы, атипичные формы (стертая, диспептическая, гипертоксическая);

- **по тяжести кишечного токсикоза и колитического симптомов:** легкая, среднетяжелая и тяжелая формы;

Клиническая картина

1. Типичные формы

Инкубационный период: от нескольких часов до 7 дней, в среднем 2-3 дня.

Начало острое с лихорадкой до 38—39°C, которая держится обычно не более 3—5 дней. Жалобы на головную боль, боли в животе схваткообразного характера без четкой локализации. В начале болезни нередко отмечается однократная или повторная рвота. Стул частый и жидкий с патологическими примесями (слизь, зелень, прожилки крови, гной), в начале болезни имеет каловый характер, но на 2-3-и сутки становится скудным и представляет собой комочек мутной слизи с прожилками крови.

В остром периоде болезни появляется такой характерный для дизентерии симптом, как **тенезмы** — схваткообразные тянущие или острые боли в левой половине живота перед актом дефекации



Легкая форма шигеллеза характеризуется слабыми проявлениями интоксикации, жидкий стул до 5-8 раз в сутки (стул не теряет каловый характер), в стуле выявляют небольшое количество слизи и зелени. Тенезмы слабо выражены. При пальпации определяется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Боли в животе возникают преимущественно во время акта дефекации.



Среднетяжелая форма протекает с выраженными симптомами интоксикации и колитическим синдромом. Температура тела повышается до 38—40°C. Стул учащается до 10—12 раз в сутки, быстро теряет каловый характер (представлен большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови). Больной предъявляет жалобы на частые схваткообразные боли в животе, ложные позывы на стул.

Тяжелая форма может сопровождаться не только характерными для шигеллеза симптомами, но и нейротоксикозом, клиникой ИТШ. Колитический симптом ярко выражен с первых часов болезни: стул в виде «ректального плевка» (слизь, зелень, кровь, гной), отмечаются постоянные и болезненные позывы на стул и схваткообразные боли в животе



2. Атипичные формы

Стертая форма протекает со слабо выраженными симптомами, а из клинических проявлений имеют место кратковременное разжижение стула до 2—3 раз в сутки, умеренное уплотнение сигмовидной кишки, ослабление сфинктера заднего прохода.

Диспептическая форма регистрируется преимущественно в раннем детском возрасте и проявляется снижением аппетита, нарушением стула, который носит энтероколитный характер, частыми срыгиваниями. Общее состояние больного обычно не страдает, температура тела не изменяется или повышается до субфебрильных цифр.

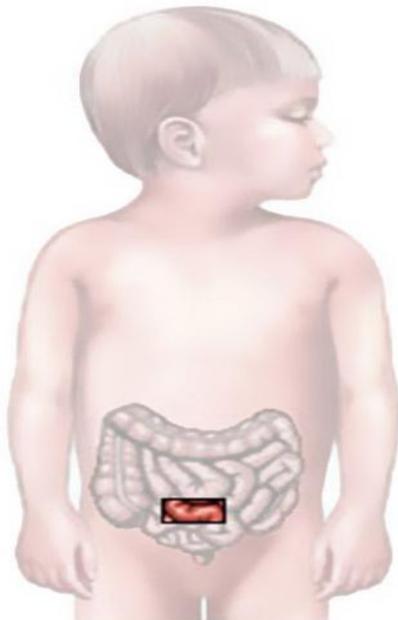
Гипертоксическая форма протекает очень тяжело с первых часов болезни. В клинической картине на первый план выходят симптомы нейротоксикоза: гипертермия, судороги, нарушение дыхания и сердечной деятельности. Заболевание может закончиться летальным исходом, причиной которого является ИТШ. При данном течении клиника поражения ЖКТ не выходит на



Осложнения:

- **специфические:** выпадение слизистой оболочки прямой кишки, инвагинация кишечника, динамическая кишечная непроходимость, реактивный панкреатит, аппендицит, прободение кишечника с развитием перитонита и кишечного кровотечения;

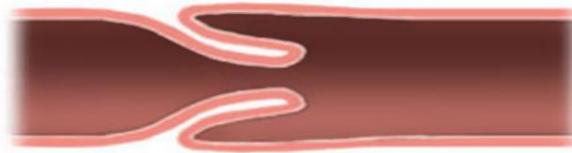
Кишечная инвагинация



Нормальный кишечник



Инвагинация

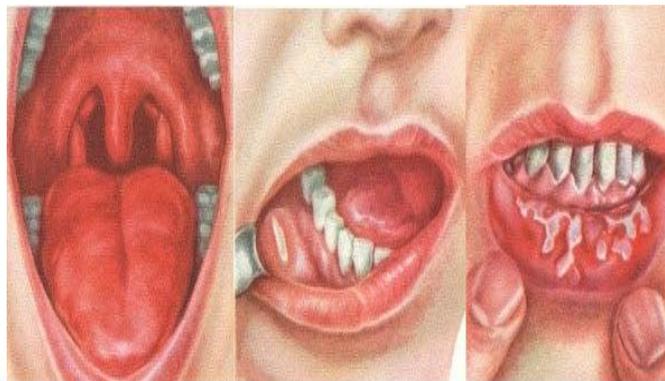


Тонкая кишка в разрезе

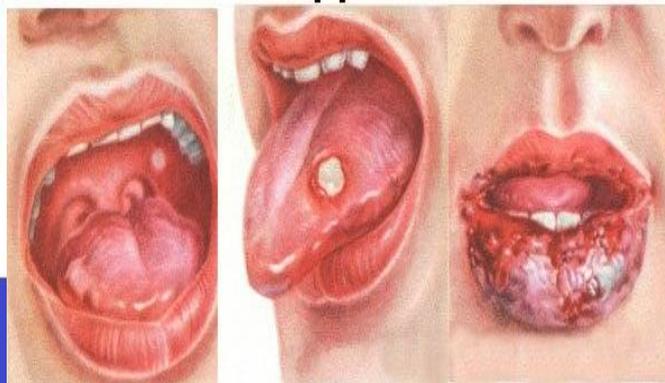
• обусловленные наслоением бактериальной или вирусной флоры: отит, пневмония, инфекция мочевыводящих путей, дисбактериоз кишечника, стоматит.



- урчания в животе;
- исчезновение аппетита;
- неприятного привкуса;
- нарушение стула;
- тошнота;
- наличии в стуле фрагментов непереваренной пищи;
- анемия и авитамино;
- бессонница, хроническая усталость;
- апатия.



Как выглядит стоматит

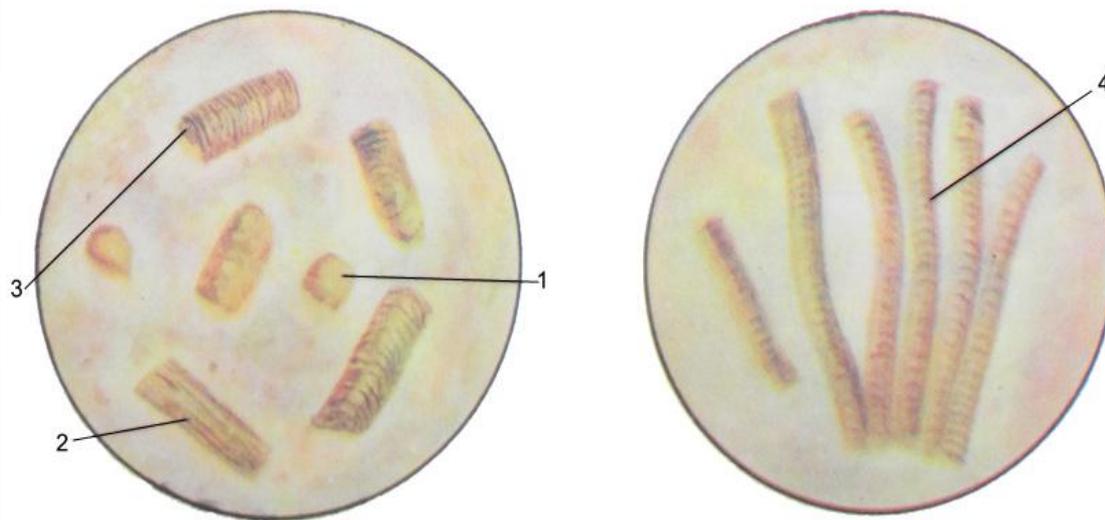


Симптомы дисбактериоза кишечника

Диагностика

Лабораторная диагностика:

- **бактериологический метод** — посев материала производят с первых дней болезни на селективные среды Плоскирева, Левина и др., а также на среды обогащения;
- **серологический метод** — РИГА с эритроцитарным диагностикумом в минимальном титре 1:200. Антитела в крови появляются с 3-5-го дня болезни и максимально нарастают к 20-му дню от начала болезни. Реакции рекомендуется ставить дважды в динамике заболевания. В целях экспресс-диагностики используют методы: **флюоресцирующих антител, ИФА** и пр.;
- **копрологическое исследование и ректороманоскопия** используются в качестве ориентировочных и вспомогательных методов исследования для диагностики стертых и бессимптомных форм, а также для выявления причин длительного бактериовыделения шигелл



Мышечные волокна в кале

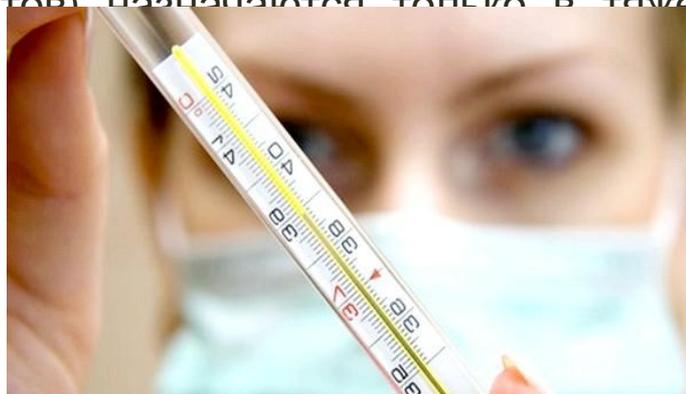
- 1 - достаточно измененные; 2 - сохранившие продольную исчерченность;
3 - сохранившие поперечную исчерченность; 4 - неизмененные

Лечение

Лечение больных дизентерией должно быть комплексным и строго индивидуализированным. Постельный режим необходим, как правило, только для больных тяжелыми формами болезни. Больным со среднетяжелыми формами разрешается выходить в туалет. Больным легкими формами назначают палатный режим и лечебную физкультуру.

Одним из важнейших слагаемых в комплексной терапии кишечных больных является лечебное питание. В остром периоде при значительных кишечных расстройствах назначают стол №4; с улучшением состояния, уменьшением дисфункции кишечника и появлением аппетита больных переводят на стол №2, а за 2-3 дня перед выпиской из стационара - на общий стол.

Назначать больному антибактериальный препарат необходимо с учетом сведений о «территориальном пейзаже лекарственной устойчивости», т.е. чувствительности к нему шигелл, выделяемых от больных в данной местности в последнее время. Комбинации из двух и более антибиотиков (химипрепаратов) назначаются только в тяжелых случаях.



Продолжительность курса лечения дизентерии определяется улучшением состояния больного, нормализацией температуры тела, уменьшением кишечных расстройств.

Больным легкой дизентерией в разгаре заболевания, протекающего с примесью слизи и крови в испражнениях, назначают один из следующих препаратов:

- нитрофураны (фуразолидон, фурадонин по 0,1 г 4 раза в день,
- эрсефурил (нифуроксазид) 0,2 г 4 раза в сутки),
- котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день,
- оксихинолины (нитроксолин по 0,1 г 4 раза в день, -2 таблетки 3 раза в день).



При **среднетяжелом течении** дизентерии назначают препараты группы фторхинолонов: офлоксацин по 0,2 г 2 раза в сутки или ципрофлоксацин по 0,25 г 2 раза в сутки;

- котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день;
- интетрикс по 2 таблетки 3 раза в день.

При **тяжелом течении** дизентерии назначают

- офлоксацин по 0,4 г 2 раза в сутки или ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки;
- фторхинолоны в комбинации с аминогликозидами;
- аминогликозиды в комбинации с цефалоспоридами.



При дизентерии Флекснера и Зонне назначают поливалентный дизентерийный бактериофаг. Препарат выпускается в жидком виде и в таблетках с кислотоустойчивым покрытием. Принимают за 1 час до еды внутрь по 30-40 мл 3 раза в день или по 2-3 таблетки 3 раза в день.

При **легком течении** дизентерии компенсация потерь жидкости проводится за счет одного из готовых составов (цитроглюкосалан, регидрон, гастролит и др.). Эти растворы дают пить малыми порциями. Количество выпитой жидкости должно в 1,5 раза превышать потери ее с испражнениями и мочой.



С целью коррекции биоценоза кишечника назначают биоспорин, бактиспорин, бактисубтил, флонилин-БС по 2 дозы 2 раза в день в течение 5-7 дней. При выборе препарата предпочтение следует отдавать современным комплексным препаратам - линекс, бифидумбактерин-форте, витафлор и др. Препараты назначают в стандартной дозировке. При хорошей переносимости в периоде выздоровления показаны кисломолочные лечебно-диетические бифидо- и лактосодержащие продукты, которые обладают высокой лечебной эффективностью.



Лечение больных хронической дизентерией (рецидивирующей и непрерывной) осуществляется в инфекционном стационаре. Лечение включает:

- фторхинолоны ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день или офлоксацин по 0,2 г 2 раза в день в течение 7 дней;
- иммунотерапию в зависимости от состояния иммунитета - тималин, тимоген, левамизол, дибазол и др.;
- панзинорм, фестал, панкреатин, пепсин и др.;
- повышенные суточные дозы витаминов;
- лечение сопутствующих заболеваний, глистных и протозойных кишечных инвазий;
- для восстановления кишечного биоценоза назначают биоспорин, бактиспорин, линекс, бифидумбактерин-форте, витафлор, лакто-бактерин; данные препараты назначают в стандартной дозировке в течение 2 нед после этиотропной терапии одновременно с патогенетическими средствами.

Прогноз при лечении больных дизентерией, как правило, благоприятный.



Профилактика

Профилактика шигеллезов основывается на строгом соблюдении технологических правил приготовления, хранения и сроков реализации пищевых продуктов. Бактерионосители не допускаются в организованные детские коллективы вплоть до полной санации. Разработана вакцина для профилактики дизентерии Зонне у детей с 3-летнего возраста и взрослых. Вакцинация показана работникам инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий; людям, работающим в сфере общественного питания; детям, посещающим детские учреждения и выезжающим в оздоровительные лагеря; людям, уезжающим в регионы с высокой заболеваемостью дизентерией Зонне. Вакцина вводится однократно, повторная вакцинация в случае необходимости проводится через год.



Заключение

Инфекционные болезни являются одной из ведущих проблем здравоохранения. В разных странах распространены различные инфекции, и на заболеваемость ими большое влияние оказывают социальные условия жизни людей, сознательность людей, соблюдение правил личной гигиены. Чем выше социальный и культурный уровень населения, организация профилактической и лечебной помощи, санитарного просвещения, тем меньше распространённость инфекционных заболеваний и смертность от них.

The background features a blue and white abstract design. In the top left, there are numbers 4, 5, and 6. A blue ribbon-like shape curves across the top. The overall aesthetic is clean and professional.

**Спасибо за
внимание!**