



Дизентерія

Лукянчук С. М.

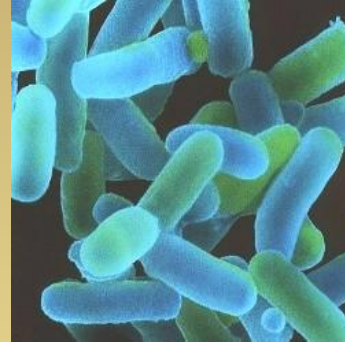
План:

- ◎ Поняття дизентерія, сальмонельоз;
- ◎ Етіологія;
- ◎ Епідеміологія;
- ◎ Патогенез;
- ◎ Клініка;
- ◎ Діагностика;
- ◎ Лікування;
- ◎ Профілактика;

- **Дизентерія** (шигеліоз) – це інфекційне захворювання, що характеризується ураженням слизової оболонки товстого кишечника (переважно, його нижнього відділу), діареєю і загальним інтоксикаційним синдромом.



Етіологія



- Дане захворювання в дитини викликає велика група антропофільних ентеробактерій роду *Shigella*, що включає 4 види збудників (*S.dysenteriae*, *S.sonnei*, *S.flexneri*, *S.boydii*) та близько 50 серотипів.
- Шигели – морфологічно схожі між собою грамнегативні, що утворюють палички, які є факультативними анаеробами та відрізняються своїми біохімічними і серологічними властивостями.
- Збудники дизентерії є досить стійкі в зовнішньому середовищі, вони довго зберігаються у воді, ґрунті та продуктах харчування, добре переносять низькі температури та висушування. При цьому збудники дизентерії чутливі до нагрівання, вони гинуть протягом 30 хвилин при температурі 60 градусів та миттєво при 100 градусів. Також збудники дизентерії бояться прямого сонячного світла і дезінфікуючим препаратів.

Епідеміологія



- ◎ **Джерело зараження:** хвора дитина або доросла людина, часто з легким або невиразним перебігом дизентерії, рідше – реконвалесцент. Діти з дизентерією заразні для оточуючих з першого дня хвороби, оскільки виділяють з фекаліями велику кількість шигел.
- ◎ **Механізм зараження:** – фекально-оральний, а передача інфекції здійснюється харчовим, водним (через водопровід, при купанні у водоймах і басейнах) та контактно-побутовим (через брудні руки, посуд, білизну, іграшки) шляхами. Ризик інфікування дизентерією зростає при вживанні продуктів, які не пройшли попередню термічну обробку, із закінченим терміном придатності, немитих фруктів і овочів.

- Захворювання виникає у вигляді спорадичних випадків або епідемічних спалахів, розвитку яких сприяють аварії водопроводу та каналізації, несприятливі метеоумови (циклони, повені, паводки). Типовим є виникнення сімейних епідемічних осередків дизентерії, тобто, від хворих членів сім'ї заражаються 40% дітей.



- ◎ **Імунітет:** стійкий, видоспецифічний;
- ◎ **Сезонність:** літньо – осіння;



Патогенез

- 1. Вторгнення збудника.
- 2. Загибель під дією ферментів шлунково-кишкового тракту.
- 3. Ендотоксинемія.
- 4. Ураження всіх органів і систем (особливо ЦНС).
- 5. Колонізація шигел в дистальних відділах товстої кишки (ураження епітеліоцитів слизової оболонки товстої кишки).
- 6. Місцеві запальні процеси, посилення перистальтики та моторики кишок.
- 7. Діарея.
- В патогенезі розвитку хронічного перебігу захворювання вирішальне значення має зниження імунологічної реактивності. Найбільш патогенним із усіх сероварів є Григор'єва Шига.
- **Вхідні ворота:** Пускові зміни виникають з ураженням епітеліоцитів слизової товстої кишки.
- На тяжкість хвороби і тривалість інкубаційного періоду впливає інфікуюча доза, проте, вирішальне значення в патогенезі розвитку захворювання має зниження імунологічної реактивності.
- **Патоморфологічні зміни:** катаральні зміни в кишках у дітей грудного віку.

Клініка

- Клінічні особливості дизентерії залежать від типу збудника (Зонне, Флекснера і т.д.), характеру перебігу (гострий або хронічний), вираженості проявів (легка, середньої тяжкості або важка форма), обсягів поразки шлунково-кишкового тракту (гастроентерит, коліт, гастроентероколіт), преморбідного фону та імунітету дитини.
- **Інкубаційний період дизентерії в дитини триває від кількох годин до тижня (зазвичай 2-3 дні), після чого настає гострий початок захворювання.** Уже в першу добу інфекція проявляється вираженим нездужанням, лихоманкою від 37,5 до 40 градусів, нудотою, блювотою (одноразовою або періодичною). У важких випадках дизентерія викликає пригніченням свідомості, судоми, ціаноз, тахікардію та гіпотонію.

- Кишкова дисфункція при дизентерії у дітей характеризується прискореним (від 5 до 25 разів на добу) рідким калом з домішкою зеленого слизу та крові. Відзначається бурчання в товстій кишці, хворобливі, часто помилкові, позиви на дефекацію (тенезми). Виражене і часте натужування (особливо у дітей молодшого віку) може призвести до податливості або зяяння ануса, рідше – випадіння слизової оболонки прямої кишки.
- В дітей на першому році життя дизентерія спостерігається, як правило, при рахіті, анемії, діатезі, штучному вигодовуванні. Симптоми розвиваються поступово, специфічний токсикоз може бути не різко виражений, а важкість стану обумовлена порушенням гемодинаміки та водно-мінерального обміну. В немовлят, хворих на дизентерію, є схильність до розвитку вторинної бактеріальної інфекції (пневмонії, отитів).

- Дизентерія Зонне у дітей частіше має субклінічний, невиразний перебіг з гастроентеритичним ураженням шлунково-кишкового тракту, без деструктивних змін слизової. При дизентерії Флекснера в дитини характерним є більш інтенсивне ураження кишечника та більш важкий перебіг захворювання. При неускладненому перебігу дизентерії клінічне одужання настає зазвичай через 2-3 тижні, але повне відновлення функцій шлунка та кишечника триває кілька місяців з ризиком загострення при порушенні дієти.
- Важкі випадки дизентерії в дітей можуть ускладнитися формуванням токсичного мегаколону, перфорацією товстої кишки, перитонітом. а в окремих випадках – розвитком гемолітико-уремічного синдрому, ниркової та серцевої недостатності, токсико-інфекційного шоку та летальним результатом.

Діагностика

- Максимально специфічна бактеріологічна діагностика. Виділення збудника зазвичай виробляють з випорожнень, а в разі дизентерії Григор'єва-Шига – з крові.
- Оскільки наростання титру специфічних антитіл відбувається досить повільно, методи серологічної діагностики (РНГА) Мають ретроспективне значення.
- Все більше в лабораторну практику діагностування дизентерії входить виявлення антигенів шигел у испражненні (зазвичай виробляють із допомогою РКА, РЛА, ІФА та РНГА з антитільним діагностикумів), реакція зв'язування комплімент і агрегатгемаглютинації.
- У якості загальних діагностичних заходів застосовують різні лабораторні методики для визначення ступеня тяжкості і поширеності процесу, виявлення метаболічних порушень. Проводять аналіз калу на дисбактеріоз і копрограма.
- Ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія) нерідко може дати необхідну інформацію для диференціального діагнозу у сумнівних випадках. З Цією ж метою пацієнтам з дизентерії, в залежності від її клінічної форми, може знадобитися консультація гастроентеролога або проктолога.

○

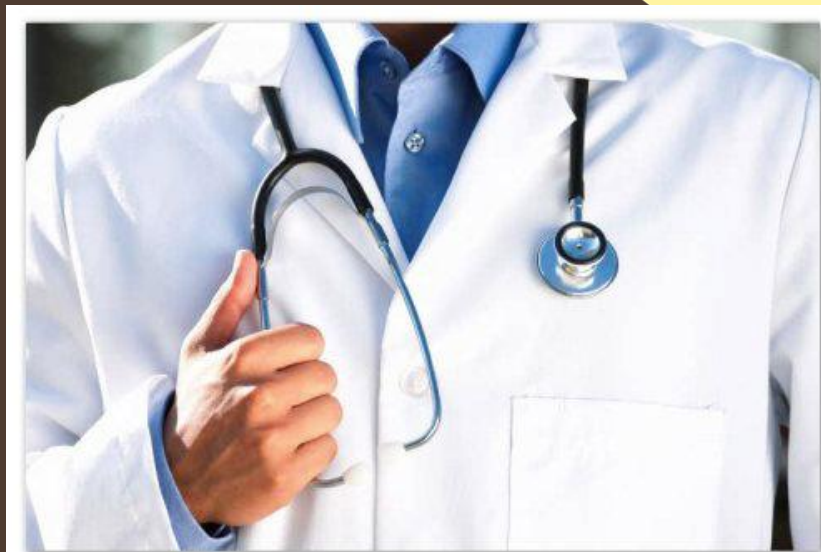
Лікування

- Лікування дизентерії у дітей визначається формою та важкістю захворювання, віком та загальним станом пацієнта. Залежно від цього лікування може проводитися в стаціонарі або амбулаторно.
- Комплексне лікування дітей з дизентерією включає режим, лікувальне харчування, антимікробну і дезінтоксикаційну терапію, імунокорекцію, відновлення функції травної системи.
- В період загострення дизентерії діти повинні дотримуватися постільного режиму. Дієта призначається відповідно до віку дитини. В перші 3 доби харчування повинно бути роздрібнене, із зменшенням добового об'єму їжі та збільшенням кратності прийому.
- Дітям віком до 1 року, які перебувають на штучному вигодовуванні, вводять кисломолочні продукти (кефір, біолакт).
- Дітям від 1 року рекомендована механічно та хімічно адаптована їжа: рисова і манна каша, овочевий відвар та пюре, м'ясний фарш, кисіль, слизові супи, сири.

- При токсикозі та зневодненні легкого ступеня дітям дають пити сольові розчини (регідрон), а у важких випадках призначається інфузійна терапія. Больовий синдром купіюють спазмолітичними засобами (но-шпа, папаверин).
- При важких та середньо-важких формах дизентерії в дітей застосовують антибіотики (ампіцилін, гентаміцин, поліміксин М) і нітрофурані (фуразолідон) з врахуванням чутливості циркулюючих в даній місцевості штамів. Доцільно призначення полівалентного дизентерійного бактеріофагу.



- Антидиарейні засоби при дизентерії в дитини грудного та раннього віку не використовуються. Для відновлення функції та біоценозу кишечника призначаються ферменти (пенкреатин, мезим, фестал), пробіотики (колібактерин, лактобактерин, біфідумбактерин) та пребіотики (лактофільтрум).
- Під час реабілітаційного періоду дітям, які перенесли дизентерію, рекомендовані препарати для підвищення імунітету, вітаміни А, В, С, відвари з лікарських трав та санаторно-курортне лікування.
- Затяжні та хронічні форми дизентерії лікуються як гострий процес. Дизентерія вважаєтьсявилікуваною після нормалізації клінічної картини і негативного результату контрольного бактеріологічного дослідження. Проте, ще протягом місяця проводяться спостереження з боку дитячого лікаря-інфекціоніста.



Профілактика

- У випадку проведення повноцінної терапії дизентерія в дитини повністю виліковується. При важкому перебігу захворювання і високому рівні токсемії висока ймовірність ускладнень.
- Попередити дизентерію у дітей можна за допомогою дотримання правил особистої гігієни, при суворому контролі джерел водопостачання, норм зберігання, приготування та реалізації продуктів харчування, а також шляхом виявлення хворих на дизентерію в дошкільних та шкільних закладах, серед працівників молочних кухонь, підприємств громадського харчування. При цьому необхідним є проведення відповідних карантинних та санітарних заходів.



Сальмонеллез



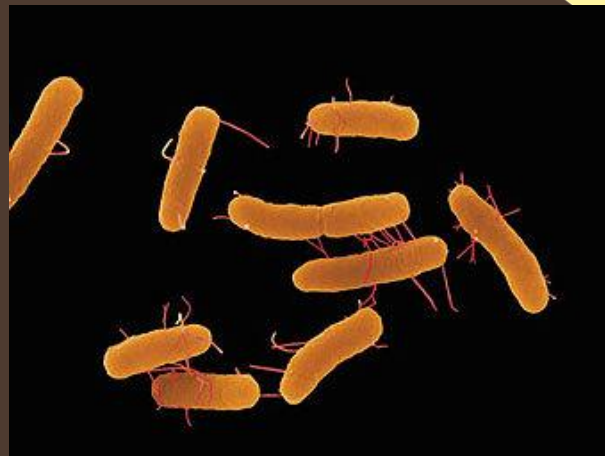
◎ **Сальмонельоз** – це інфекційне захворювання травної системи, що виникає в результаті зараження бактеріями роду *Salmonella* і супроводжується сильною інтоксикацією та дегідратацією організму.



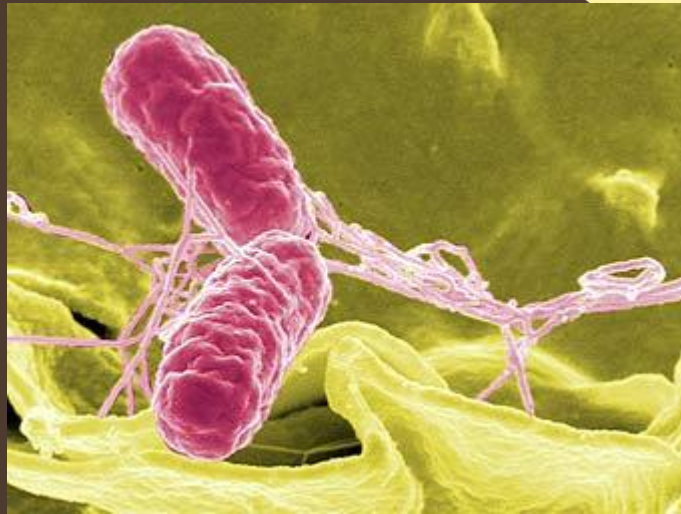
- Захворювання може протікати у вигляді тифу, або супроводжуватись септицемією.
- Найбільш небезпечними в аспекті зараження сальмонельозом є термічно необроблені яйця, м'ясні і молочні продукти.
- Перебіг сальмонельозу в дітей може бути гастроінтестинальним або генералізованим з можливим бактеріовиділенням без клінічних проявів.
- Діагноз встановлюється при виявленні сальмонел в блювотних або калових масах хворої дитини.

Етіологія

- Бактерія **Salmonella** належить до роду рухливих, грамнегативних, факультативно анаеробних, паличкоподібних мікроорганізмів. Вона є досить стійка в навколишньому середовищі, може зберігати життєздатність до 5 місяців у воді і землі, та близько півтора роки у м'ясі і пташиних тушках. Приблизно 20 днів бактерії зберігаються в молоці, майже місяць в кефірі, та чотири місяці у вершковому маслі. В сирній продукції сальмонела зберігає життєдіяльність до року, в яєчному порошку біля півроку, та 17-24 днів на поверхні шкаралупи яєць.



Сальмонела гине через 10 хвилин при підвищенні температури до 70 градусів, може витримувати короточасне кип'ятіння, якщо бактерія знаходиться в товщі м'яса. Під час варіння яєць сальмонели гинуть через 4-5 хвилини. Слід зазначити, що в молоці і м'ясі сальмонели не тільки зберігаються, але й постійно розмножуються, не впливаючи на смакові та фізичні властивості продуктів. Ці бактерії є досить стійкими до соління та копчення, а у випадку замороження вони збільшують тривалість існування. На сьогоднішній день розрізняють резидентні (госпітальні) штами сальмонел, що мають високу стійкість до антибіотиків і дезінфікуючих засобів.



Епідеміологія

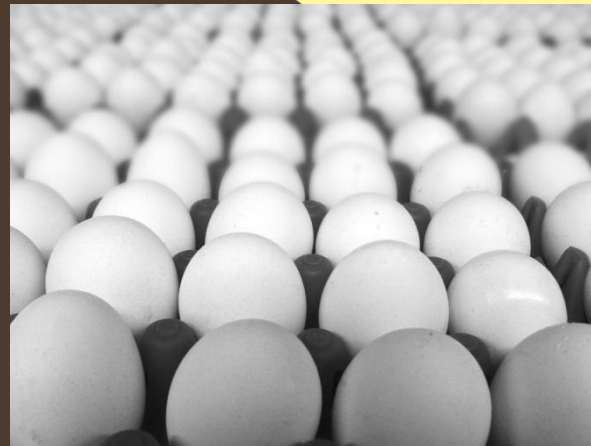
- ◎ **Джерело зараження:** домашня птиця, худоба та інші тварини. У тварини перебіг захворювання може або супроводжуватись клінічними проявами, або ж протікати без симптомів. Здорові тварини зазвичай не хворіють сальмонельозом. До захворювання схильні особини, в яких слабкий імунітет. Сальмонели потрапляють в кров тварин та розмножуються в органах і тканинах. Дитина може заразитись під час контакту з хворими тваринами, вживання інфікованих продуктів тваринного походження. Птахи, що хворіють сальмонельозом, забруднюють послідом навколишні об'єкти і продукти харчування.
- ◎ В окремих випадках джерелом інфекції є людина. Тварини є заразними протягом кількох місяців, а діти і люди можуть передавати інфекцію протягом кількох тижнів. Іноді носії зберігають інфекцію роками.

Механізм зараження: фекально-оральний, харчовий. Основне значення в епідеміології сальмонельозу відіграють пташині яйця, молочні та м'ясні продукти. Водяний спосіб зараження відбувається при попаданні сальмонел в питну воду на території тваринницьких господарств. Контактного-побутового шляху передачі інфекції часто має важливе епідеміологічне значення. В умовах міста можливим є також повітряно-пилове зараження.

Сприйнятливість: висока;

Сезонність: літньо-осіння;

Імунітет: постінфекційний є нестійким і зберігається не більше одного року.





Патогенез

- Ешерихії проникають в організм через рот, швидко розмножуються в тонкій кишці. Токсини ешерихій всмоктуються у кров, спричиняють явища загальної інтоксикації, і посилюють секреторну активність епітелію тонкої кишки. Це зводить до виділення у просвіт кишок великої кількості води, солей натрію, калію, до зниження зворотного всмоктування. Порушуються процеси травлення. Розвиваються явища кишкового токсикозу з зневодненням, у тяжких випадках - розлад гемодинаміки.

Клініка

- За клінічними проявами і поширеністю інфекцію поділяють на гастроінтестинальну, генералізований сальмонельоз і бактеріовиділення. Гастроінтестинальна форма, залежно від локалізації, поділяється на гастритичну, гастроентеритичну і гастроентероколітичну. *Генералізований сальмонельоз в дитини може протікати у формі, подібній до тифу або у септичній формі.* Бактеріовиділення може мати гострий, хронічний і транзитний характер.
- **Інкубаційний період сальмонельозу може тривати від кількох годин до кількох днів.** Клінічні прояви залежать від варіанту захворювання.

- Найчастіше в дітей зустрічається гастроентеритична форма сальмонельозу. Вона характеризується загальною інтоксикацією і порушенням водно-сольового обміну. Ця форма захворювання має гострий початок, з підвищення температури і збільшенням ознак інтоксикації (слабкість, головний біль). Потім у животі дитини з'являється біль спастичного характеру з локалізацією у верхній частині живота і пупковій області, нудота і блювота. Згодом в дитини починається діарея, кал набуває водянистого, пінистого вигляду, має специфічний смердючий запах, іноді може мати зеленуватий відтінок. Діарея і блювота можуть мати різну періодичність, залежно від важкості перебігу сальмонельозу в дитини. Значна кількість виділеної під час блювання і дефекації рідини призводить до дегідратації.



- Під час фізикального огляду дитини виявляється блідість шкіри, незважаючи на лихоманку, може відзначатись ціаноз, сухість язика та покриття його нальотом, здуття живота. При пальпації живота чути бурчання. При прослуховуванні серця може відмічатись тахікардія або приглушене серцебиття. Пульс в дитини м'який, спостерігається схильність до гіпотензії. Інколи відмічається помірна олігурія. При сильній дегідратації можуть початись судоми нижніх кінцівок.
- При гастроентероколітичному варіанті до третього дня кількість випорожнень зменшується. При цьому в калі може виявлятися слиз і кров. Пальпація живота болюча, спостерігається спазм товстого кишечника, під час дефекації можуть виникати тенезми.
- Гастритичний варіант сальмонельозу має найлегший і короткочасний перебіг, однак зустрічається в дітей досить рідко. Йому також характерний гострий початок при меншій інтоксикації. Біль переважно локалізується в епігастрії, але діареї в дітей не буває.
- У випадку гастроінтестинальної форми сальмонельозу в дитини важкість захворювання визначається інтоксикаційним та дегідратаційним синдромом. Сила інтоксикації при цьому визначається температурою тіла, яка може змінюватись від субфебрильних значень до вираженої лихоманки.

При генералізованій формі сальмонельозу в дитини спостерігається тифоподібний перебіг захворювання. В перші дні часто відзначають гастроентеральні явища. Потім нудота, блювота, діарея зменшуються і збільшується лихоманка з ознаками інтоксикації (безсоння, головний біль, слабкість). Під час перебігу тифоподібного сальмонельозу в дитини лихоманка може мати постійний або періодичний характер. Під час огляду дитини можуть бути помітні на шкірі елементи геморагічної висипки, а вже на 3-5 день проявляється гепатоспленомегалія. Також характерною є незначна гіпотензія та брадикардія. Клінічна картина в цілому схожа на черевний тиф.



- Септичний перебіг сальмонельозу у дітей також може починатись з шлунково-кишкової клініки, яка надалі змінюється вираженою стійкою ремітуючою лихоманкою, ознобом, тахікардією та сильним потовиділенням при низькій температурі тіла. Відмічається гепатолієнальний синдром. Захворювання має тривалий та важкий перебіг, може викликати вторинні вогнища гнійного запалення в нирках, легенях, сечовому міхурі, а також ендокардити, абсцеси і флегмони. Також може початись запалення райдужки.
- Після повного одужання, незалежно від форми сальмонельозу, деякі діти до місяця часу ще виділяють збудника. При цьому, якщо бактеріовиділення тривають більше 3 місяців, захворювання вважається хронічним.

Ускладнення сальмонельозу в дітей

- До важких ускладнень з високою ймовірністю летального наслідку належить інфекційно-токсичний шок, який може провокувати набряк мозку і легенів, або стати причиною ниркової, надниркової та серцево-судинної недостатності. При генералізованих формах сальмонельозу можуть виникати гнійні ускладнення.

Діагностика сальмонельозу

- Для діагностики необхідним є виділення збудника з калових і блювотних мас (у випадку генералізованої форми збудник можна виявити в бакпосіві крові). В окремих випадках бактерії можна виявити у жовчі, промивних водах кишечника та шлунка.
- Для того, щоб ідентифікувати збудника, виконують посів на живильні середовища. Також проводиться серологічна діагностика методами РЛА, РКА, РІА, ІФА, РНГА.
- Степінь дегідратації в дитини визначають методом аналізу даних про в'язкість крові, гематокрит, кислотно-лужний стан та баланс електролітів.
- У випадку ускладнень сальмонельозу в дитини потрібна консультація уролога, кардіолога, нефролога та ряду інших лікарів, відповідно до симптомів ускладнення.

Лікування сальмонельозу в дітей

- Дітей з важкою формою сальмонельозу або тих, що схильні до розвитку ускладнень, в обов'язковому порядку госпіталізують. У всіх решта випадках лікування дітей проводиться в домашніх умовах. Спочатку бажано провести промивання шлунка і кишечника (ентеросорбенти і сифонні клізми). Потім потрібна корекція водно-сольового балансу. При корекції дегідратації першого та другого ступеня застосовують частий прийом розчинів Глюкосолан, Ораліт, Регідрон, Цитроглюкосолан. У випадку більш інтенсивного зневоднення можливе застосування внутрішньовенної інфузійної терапії полііонними ізотонічними препаратами.
- Дезінтоксикаційна терапія проводиться колоїдними розчинами гемодез та реополіглюкін, але тільки після значного відновлення водно-електролітного гомеостазу. При симптомах виразного метаболічного ацидозу в дітей призначають внутрішньовенне введення бікарбонату натрію.

○ Лікування антибіотиками застосовують при генералізованій формі сальмонельозу. Дітям зазвичай призначають такі антибіотики, як левоміцетин і доксициклін. При лікуванні гастроінтестинальних форм сальмонельозу антибіотики використовують лише у випадку дуже стійкої інфекції, яка не піддається впливу інших способів лікування. Також при лікуванні гастроінтестинальної форми ефективними є ферментні препарати (фестал, ензістал).



Профілактика сальмонельозу

- Загальна профілактика сальмонельозу в дітей та дорослих об'єднує заходи, спрямовані на забезпечення санітарно-гігієнічних умов при утриманні худоби і птиці, їх забої та обробці продуктів, приготуванні страв з м'яса тварин на підприємствах дитячого та громадського харчування, при виготовленні продукції на харчових комбінатах. Необхідними також є контроль захворюваності сільськогосподарських тварин. Щодо індивідуальної профілактики, вона полягає в відповідній кулінарній термічній та хімічній обробці всіх продуктів тваринного походження, а також дотримання термінів зберігання цих продуктів.
- Специфічної профілактики, тобто вакцинації дітей від сальмонельозу, в медицині не передбачено у зв'язку з антигенною неоднорідністю збудника і нестійкістю виробленого імунітету. Екстрена профілактика при осередкових спалахах інфекції проводиться за допомогою лікувального сальмонельозного бактеріофагу.

◎ Дякую за увагу !!!