



**Запорізький державний медичний
університет**

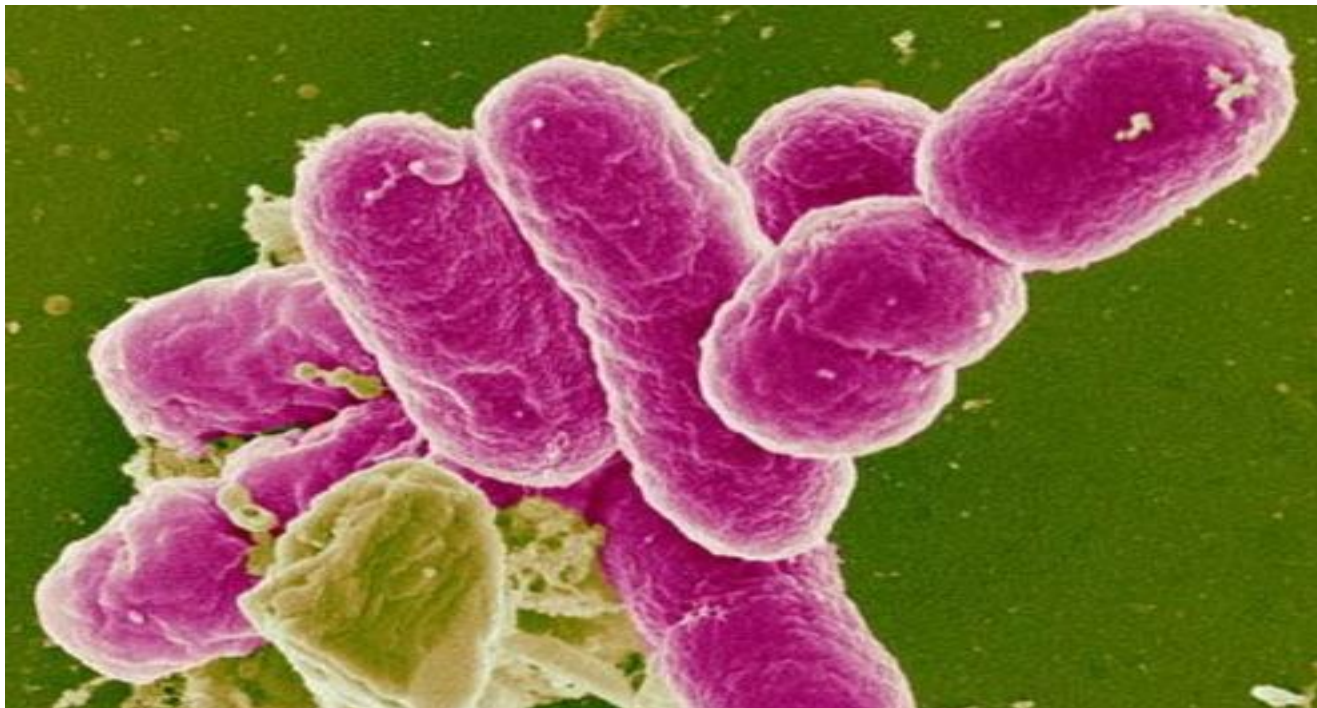
**“ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ
З ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНИМ
МЕХАНІЗМОМ ПЕРЕДАЧІ”**

**асистент кафедри інфекційних хвороб
кандидат медичних наук **Фурик Олена Олександрівна****

План лекції

1. Етіологія, епідеміологія, клініка черевного тифу.
2. Етіологія, епідеміологія, клініка сальмонельозу
3. Етіологія, епідеміологія, клініка холери.
4. Етіологія, епідеміологія, клініка шигельозу.
5. Етіологія, епідеміологія, клініка амебіазу.

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) — загальна назва групи заразних захворювань різноманітної етіології, що характеризуються, в першу чергу, ураженням кишківника і дегідратацією (зневодненням) організму хворого.



Клінічні симптоми ГКІ

- Загальнотоксичний синдром (лихоманка та ін.)
- Нудота
- Блювання
- Біль у животі
- Діарея



За локалізацією запального процесу:

-Ентерит (розлитий ниючий біль в животі, урчання, калові маси рідкі, рясні, смердючі, пінисті);

-Коліт (біль в животі нападopodobний, локалізується в здухвинній області, калові маси бідні, зі слизом, кров'ю);

-Ентероколіт.



Черевний тиф – гостра кишкова інфекція, що характеризується ураженням лімфоїдного апарату тонкої кишки розвитком бактеріємії, інтоксикації, лихоманки, розеольозним висипом, збільшенням печінки та селезінки.

Збудник черевного тифу – **Salmonella typhi**, грамнегативна паличка, рухома, стійка в навколишньому середовищі, чутлива до дезінфікуючих розчинів та антибіотиків, продукує сильний ендотоксин.

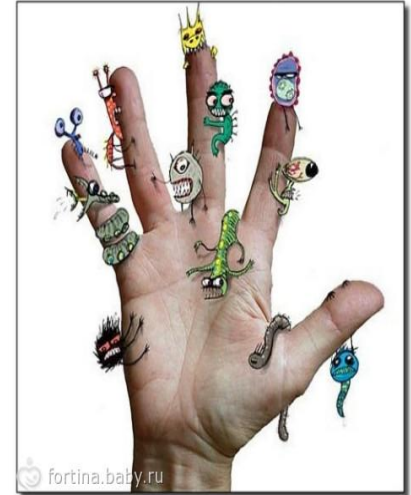
- Джерело інфекції - людина (особливо епідеміологічно небезпечні хворі легкими і стертими формами) та бактеріоносій *S.typhi*;
- Механізм передачі – фекально-оральний;
- Шляхи передачі - водний, харчовий і контактено-побутовий;
- Сезонність – літньо-осіння;
- Формується стійкий імунітет.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ



Джерело інфекції – хвора людина і бактеріоносій.

Механізм передачі - фекально-оральний.



Шляхи передачі: - харчовий (через контаміновані продукти харчування),
- водний (через контаміновану воду),
- контактно-побутовий (через контаміновані руки, посуд, білизну, дверні ручки).

Сприйнятливість до захворювання загальна.



Клінічні прояви черевного тифу

Інкубаційний період - від 7 до 25 днів, у середньому 7–14 днів.

Початковий період черевного тифу виявляється поступово.

Виникають загальна слабкість, нездужання, зниження апетиту до анорексії, головний біль. Температура тіла підвищується з першого дня хвороби і досягає свого максимуму до 3-5 дня, перебуваючи в межах $37,8^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$ C з незначними коливаннями протягом доби. Ранкова температура зазвичай нижче вечірньої.

У розпалі хвороби стан хворого прогресивно погіршується, порушується сон, можливе безсоння.

Шкарі бліда, суха на дотик.

Язик обкладений білим нальотом, з **характерними відбитками зубів з боків**.

Температура тіла сягає $39,5^{\circ}$ – 40° С и зростає з 2-го тижня хвороби.

На 8–10 день хвороби на шкірі передньої черевної стінки, бічних поверхнях грудної клітки з'являється **розеольозний висип**, скудний, округлої форми з чіткими краями, рожевого або блідо-рожевого кольору. На висоті лихоманки можуть бути підсипання протягом декількох днів. Через 3-5 днів після висипання розеоли бліднуть і безслідно зникають.

Живіт роздутий, болючий при пальпації, в правій здухвинній області відзначається бурчання і **позитивний симптом Падалки** (вкорочення перкуторного звуку за рахунок гіперплазії лімфатичних вузлів брижі). Збільшені печінка і селезінка.

Калові маси можуть бути затримані, іноді запор змінюється проносом до 2-5 разів на добу.

Олігурія може перейти в анурію.

Ускладнення черевного тифу

- Кишкова кровотеча,
- перфорація кишківника,
- інфекційно-токсичний шок,
- менінгоенцефаліт,
- колапс,
- міокардит,
- пневмонія,
- остеомієліт та ін.

Діагностика черевного тифу

1. Бактеріологічний метод (гемокультура, випорожнення, сеча);

2. Серологічний метод:

1) реакція аглютинації Відаля

2) реакція прямої гемаглютинації

3) Ві-аглютинація

Діагностичний титр 1:200.

Лікування черевного тифу

- суворий постільний режим

- дієта № 2

ПРИ ЗАРАЖЕННІ В УКРАЇНІ

- левоміцетин 0,75-1,0 г 4 рази на добу протягом всього лихоманкового періоду та до 10 дня нормальної температури тіла;

препарат вибору фторхінолони (ципрофлоксацин 0,4г 2 рази на добу 10-14 днів)

Лікування черевного тифу

Зараження на території країн Східної Європи (ВООЗ):

фторхінолони,

препарат 2 лінії азитроміцин (1 день 0,5 г 1 раз, 2-5 день 0,25 г 1 раз 14 днів,) або амоксицилін 0,75-1,0 г 3 рази, 7-10 днів.

При ускладнених випадках цефтриаксон 1,0 - 2,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово.

Лікування черевного тифу

Зараження на території країн Південної та Східної Азії (ВООЗ):

цефіксим 0,2 г 2 рази 14 днів у комбінації з ципрофлоксацином (0,5 2 рази) або офлоксацином 0,4 г 2 рази, 10-14 днів,

препарат вибору азитроміцин 0,5 г 1 раз на день - 10 днів.

Лікування черевного тифу

Патогенетичне лікування черевного тифу:

- інфузійно-дезінтоксикаційна терапія,
- пробіотики,
- протигрибкові препарати,
- вітаміни,
- імуностимулятори та ін.

При кишковій кровотечі призначають голод на 10–12 годин, холод, гемостатичну терапію (глюконат кальцію, дицинон, амінокапронову кислоту, гемотрансфузію);

При перфорації кишківника – хірургічне лікування.

САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Збудники – бактерії роду *Salmonella*, родини *Enterobacteriaceae*. Сальмонели відносно стійкі до дії фізичної і хімічних факторів навколишнього середовища. Вони можуть зберігатися у воді до 3 міс., у м'ясі та яйцях – до 7 міс., у заморожених продуктах – до 2 років. У м'ясних і молочних продуктах сальмонели здатні розмножуватися. Бактерії стійкі до соління, копчення, для їх знищення необхідне тривале кип'ятіння.





Епідеміологія



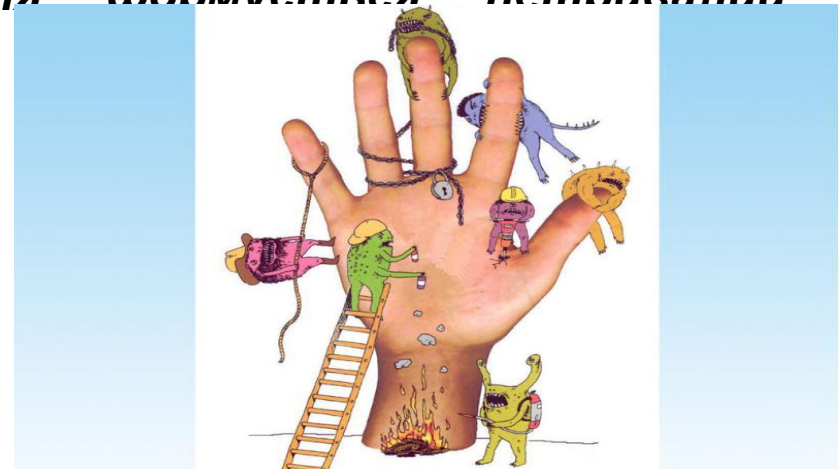
Джерела інфекції - сільськогосподарські птиці, велика рогата худоба, свині. Людина також може бути джерелом інфекції, виділяючи збудника з випорожненнями.

Механізм передачі - фекально-оральний.

Основний шлях передачі - харчовий. Найбільше значення мають м'ясні страви, термічно необроблені яйця. Рідше відбувається передача інфекції контактним-побутовим шляхом (через забруднені руки, посуд, рушники, іграшки), водним. Механічно переносити мікроб можуть мухи, таргани.

Природна сприйнятливість людей висока. Хворіють люди різного віку.

Після перенесеного захворювання формується нетривалі



Клінічна



тифа віділяють наступні форми сальмонельозу:

1. Гастроінтестинальна форма:
2. Генералізована форма:
тифоподібний варіант, септичний варіант.

Інкубаційний період складає від кількох годин до 2-3 днів.

Симптоми: - ознаки інтоксикації: підвищення температури тіла, головний біль, озноб, ломота в тілі;

-болі у животі (частіше в епігастральній та пупковій областях), нудота, багаторазове блювання.

-діарея (випорожнення водянисті, пінисті, смердючі, з зеленим відтінком).

-Повторна блювота, рідкі калові маси призводять до зневоднення - хворих турбує сухість у роті, спрага, м'язова слабкість, судомити литкових м'язів. При огляді - блідість шкіри, сухість слизової губ або порожнини рота, язик сухий, обкладений нальотом, пульс частий, артеріальний тиск знижений, живіт роздутий, при пальпації - болючий, бурчить, зменшується кількість виділеної сечі.

ХАРЧОВІ

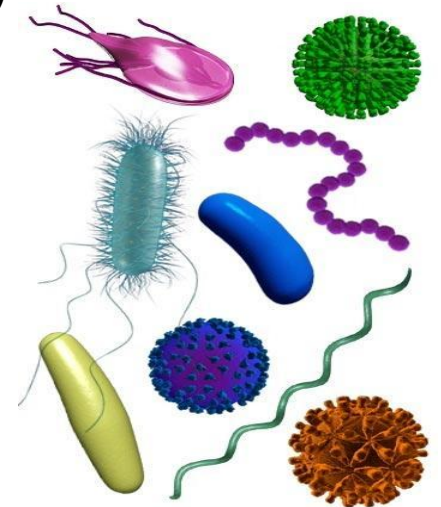
ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ

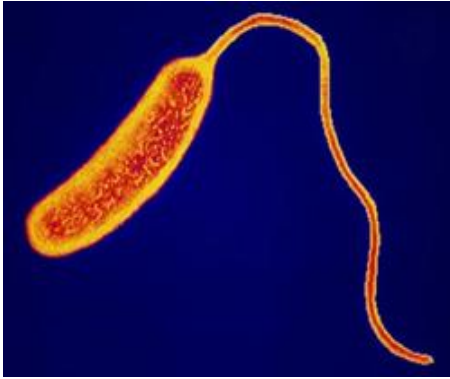
Харчові токсикоінфекції (ХТІ) - гострі інфекційні захворювання, які виникають внаслідок вживання харчових продуктів, що містять різні умовно-патогенні бактерії, які продукують екзотоксини.



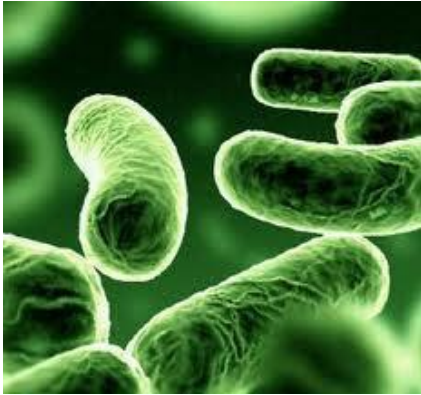
Аналоги поняття ХТІ: хвороби, викликані їжею («foodborne diseases»), харчове отруєння, викликане вживанням недоброякісних, неїстівних, отруйних продуктів («food poisoning»), бактеріальний гастроентерит («bacterial gastroenteritis»).

Основні збудники - *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Enterococcus* і ін. Збудники широко поширені в природі, всі вони є постійними представниками нормальної мікрофлори кишечника людини і тварин.





Холера – особливо небезпечна, карантинна гостра антропонозна інфекційна хвороба, що характеризується епідемічної поширеністю і викликає масивну втрату рідини з швидким зневодненням.



Збудник холери - холерний вібріон **Vibrio cholerae**, або Vibrio El-Tor .
Екзотоксин холероген – ведучий фактор, що визначає симптоми.

- Джерело інфекції - хвора людина або бактеріоносій;
- Механізм передачі – фекально-оральний;
- Шляхи передачі - водний, харчовий і контактано-побутовий;
- Сезонність – літньо-осіння;
- Сприяючий чинник - скупченість і асоціалізація населення, а також низька кислотність в шлунку.

Клінічні прояви холери

Інкубаційний період - від 1 до 5 днів.

Перший симптом – діарея (позиви на дефекацію з'являються раптово, без болю, калові маси рясні, водянисті, по типу «рисового відвару»;

блювання - з'являється після діареї; виникає без попередньої нудоти, зазвичай дуже інтенсивна, фонтаном; не супроводжується болем у животі.

I ступінь зневоднення - втрата об'єму рідини, що дорівнює 1-3% маси тіла (стерті й легкі форми).

II ступінь – втрати сягають 4-6% (форма середньої тяжкості),

III ступінь – 7-9% (тяжка),

IV ступінь зневоднення з втратою більш ніж 9% відповідає дуже тяжкому перебігу холери.

Діагностика холери

Основной метод діагностики холери - **бактеріологічний**.

Досліджуваний матеріал (кал, блювотні маси, промивні води) сіють на 1% пептонну воду для виділення чистої культури.

Серологічні методи використовують для ретроспективної діагностики (РА і РПГА - діагностичний титр 1:40 і вище).

Лікування холери

Основні принципи терапії хворих на холеру:

- а) відновлення об'єму циркулюючої крові;**
- б) відновлення електролітного складу тканин;**
- в) вплив на збудника.**

Терапія хворих на холеру містить:

первинну регідратацію (поповнення води і солей, втрачених до початку лікування) і коригувальну компенсаторну регідратацію (корекція триваючих втрат води і електролітів).

Лікування холери

Для лікування використовують різноманітні полііонні розчини:

«**Трисоль**» (на 1 л бідистильованої води додають 5 г натрію хлориду, 4 г натрію гідрокарбонату і 1 г калію хлориду)

«**Квартасоль**» (містить на 1 л води 4,75 г натрію хлориду, 1,5 г калію хлориду, 2,6 г натрію ацетату і 1 г натрію гідрокарбонату)

«**Ацесоль**» (на 1 л апірогенної води 5 г натрію хлориду, 2 г натрію ацетату, 1 г калію хлориду)

«**Хлосоль**» (на 1 л апірогенної води 4,75 г натрію хлориду, 3,6 г натрію ацетату і 1,5 г калію хлориду)

«**Лактосоль**» (на 1 л апірогенної води 6,1 г натрію хлориду, 3,4 г натрію лактату, 0,3 г натрію гідрокарбонату, 0,3 г калію хлориду, 0,16 г кальцію хлориду і 0,1 г магнію хлориду).

«**розчин ВООЗ**» – на 1 л апірогенної води 4 г натрію хлориду, 1 г калію хлориду, 5,4 г натрію лактату і 8 г глюкози.

Полііонні розчини вводять внутрішньовенно, попередньо підігріті до 38-40° С, зі швидкістю при II ступені зневоднення 40-48 мл/хв, при важких і дуже важких формах (зневоднення III-IV ступеня) починають введення розчинів зі швидкістю 80-120 мл/хв.

Лікування холери

Хворі на холеру, у яких немає блювання, мають отримувати у вигляді пиття «Регідрон»:

натрію хлориду – 3,5 г,

натрію бікарбонату – 2,5 г,

Калію хлориду – 1,5 г,

глюкози – 20 г на 1 л питної води.

Лікування холери

Антибіотики - додатковий засіб, скорочують тривалість клінічних проявів холери і прискорюють очищення від вібріонів. Призначають

тетрациклін по 0,3-0,5 г через 6 годин протягом 3-5 днів

доксициклін 300 мг одноразово

триметоприм з сульфаметаксазолом (ко-тримоксазолом) по 160 і 800 мг двічі на день протягом 3 днів

фуразолідон по 0,1 г через 6 годин протягом 3-5 днів

ципрофлоксацин (1,0 г одноразово або 250 мг в день протягом 3 днів)

норфлоксацин (по 0,4 г 2 рази на добу протягом 3 днів)

ШИГЕЛЬОЗ

- гостра кишкова інфекція, що характеризується симптомами інтоксикації і переважним ураженням дистального відділу товстої кишки з розвитком колітичного синдрому.

Збудник шигельозу - грамнегативні нерухомі палички, при руйнуванні виділяють ендотоксин.

- Джерело інфекції - людина
- Механізм передачі - фекально-оральний;
- Шляхи передачі - водний, харчовий і контактано-побутовий;
- Фактори передачі - брудні руки, харчові продукти, вода.
- Сезонність - літньо-осіння;

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ.

Джерелом інфекції є люди, хворі на дизентерію, а також бактеріоносії.

Механізм передачі - фекально-оральний. Факторами передачі є руки, харчові продукти, питна вода, мухи.

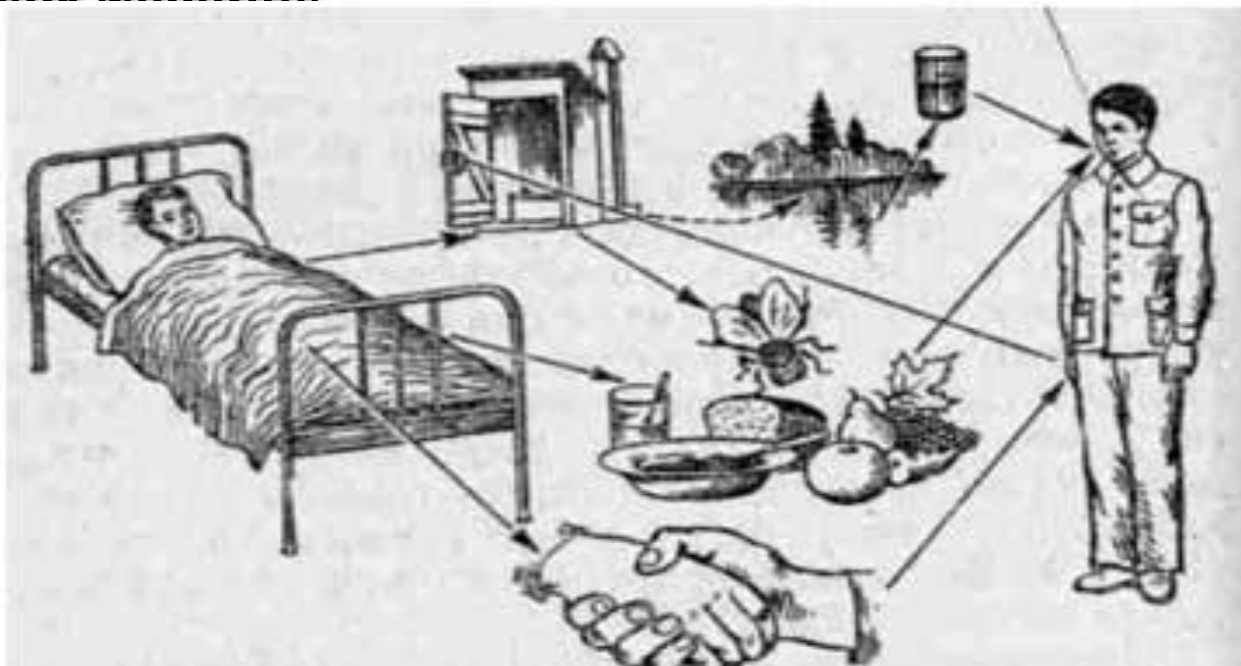
Шляхи зараження - контактно-побутовий, харчовий, водний.

Sh. dysenteriae частіше передається побутовим шляхом,

Sh. flexneri - водним,

Sh. sonnei - харчовим (часто через молочні продукти).

Імунітет після перенесеного захворювання нестійкий (до декількох місяців).



Основні діагностичні ознаки шигельозу

- **Гострий початок захворювання з розвитку загальноінтоксикаційного синдрому і шлунково-кишкових розладів.**
- **Наявність колітного синдрому: живіт запалий, болючий при пальпації, в лівій здухвинній області пальпується спазмована, болісна сигмоподібна кишка.**
- **Біль носить переймоподібний характер, передує або супроводжує акт дефекації, характерні тенезми.**
- **Кал бідний, частий, являє собою грудочку каламутного слизу з прожилками крові.**

Лабораторна діагностика шигельозу

Бактеріологічний метод. Матеріалом для дослідження служать випорожнення хворого і блювотні маси, використовують диференційно-діагностичні середовища Плоскірева, Ендо або Левіна.

Серологічний метод. Досліджують парні сироватки в РПГА з еритроцитарним діагностиком для виявлення антитіл і наростання їх титру. Мінімальним умовно-діагностичним титром антитіл до діагностикому шигел Флекснера вважають реакцію в розведенні 1:100, для інших діагностиків 1:200 або 4-х кратне наростання титру антитіл в динаміці хвороби.

Лікування шигельозу

- ❖ Дієта № 4
- ❖ Легкий перебіг – патогенетична терапія;
- ❖ Середньотяжкий і тяжкий перебіг - ципрофлоксацин 0,5 г 2 рази-5 днів;
- ❖ За ускладнених випадків цефтриаксон 1,0 г 2 рази на добу – 5 днів.
- ❖ Регідратаційна терапія;
- ❖ Сорбенти (ентеросгель, полісорб, атоксіл);
- ❖ Ферменти (панкреатин, мезим, пангрол, креон);
- ❖ Пробіотики (лактобактерин, біфідобактерин);
- ❖ Симптоматична терапія – жарознижуючі, спазмолітики тощо).

АМЕБІАЗ

Етіологія.

Збудник— *Entamoeba histolytica*.

Життєвий цикл цього найпростішого включає дві стадії: вегетативну (трофозоїт) і спокою (циста).

У зовнішньому середовищі вегетативні форми амеб швидко гинуть, а цисти зберігають свою життєздатність. Так, у вологому ґрунті вони зберігаються до 8 днів, у водопровідній воді - до 1 міс.



Епідеміологія.

Особливо висока ураженість амебіазом в країнах з тропічним і субтропічним кліматом.

Джерело інфекції - люди, хворі амебіазом або амебо-, цистозносії. Стійкість цист до несприятливих впливів веде до їх широкого розсіювання у зовнішньому середовищі.

Механізм передачі - фекально-оральний.

Факторами передачі служать вода, різні харчові продукти (які не піддаються термічній обробці), а також предмети побуту.

Шляхи передачі: водний, аліментарний, контактно-побутовий.



Клініка.

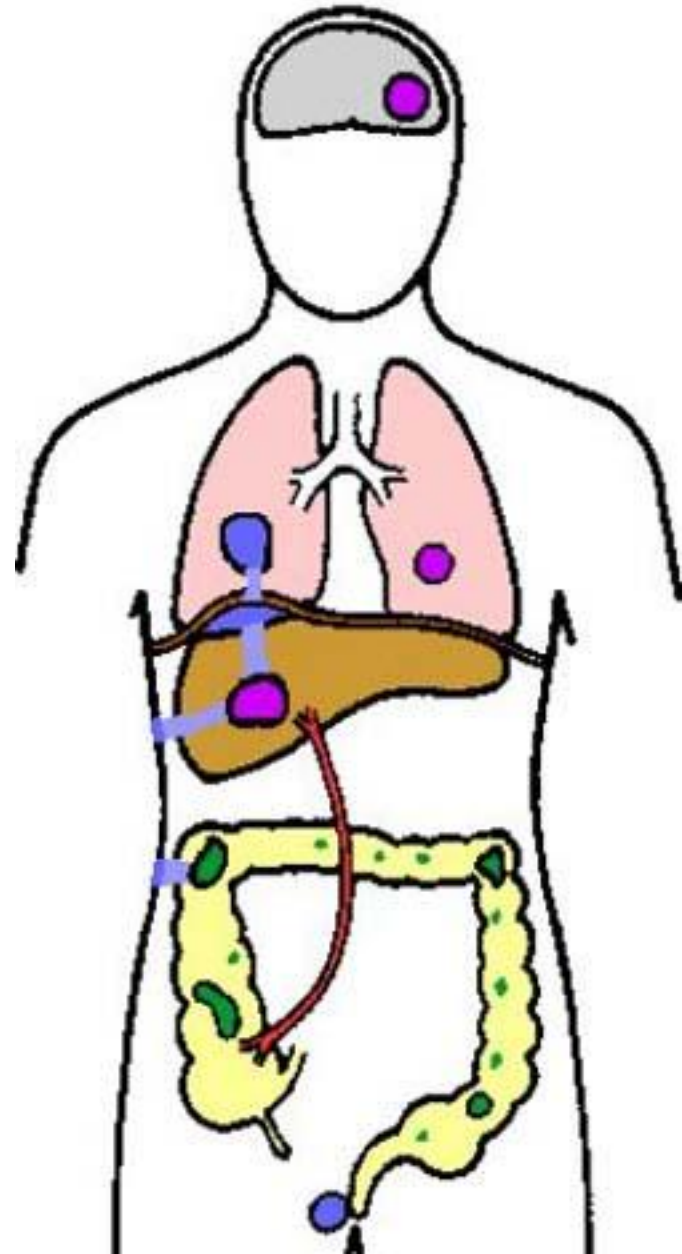
Інкубаційний період - від 1-2 тижнів до декількох місяців.

Основними симптомами амебного коліту є:
поступовий початок захворювання
нормальна або субфебрильна температура тіла

явища проксимального коліту (болі в правій здухвинній області, сліпа і висхідна кишки спазмовані, ущільнені, болючі при пальпації, випорожнення калового характеру з домішками крові ("малинове желе" - кров перемішана зі слизом), гною, тенезми не характерні.

Ускладнення:

- кишкові (периколіти або прорив амебних виразок в поруч розташовані органи, невеликі кишкові кровотечі)
- Позакишкові (абсцеси в різних органах і тканинах, ураження шкіри і геніталій).



Дякую за увагу!

