

ДИЗЕНТЕРИЯ

Подготовила учащаяся 21ф/а группы:

Заяц Кристина

Преподаватель: Петько Татьяна Федоровна

Определение

- Дизентерия – инфекционная болезнь человека, вызываемая бактериями рода шигелл, с фекально-оральным механизмом передачи и протекающая с преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки. Клинически болезнь характеризуется симптомами общей интоксикации и колитическим синдромом: схваткообразной болью в животе, частым жидким стулом, содержащим примеси слизи и крови и сопровождающимся тенезмами, ложными позывами.

Историческая справка

- Болезнь известна с древнейших времен. Название ее дано Гиппократом в V в. до н.э. Вплоть до начала XIX в. дизентерия не выделялась как самостоятельная нозологическая форма: под этим понятием объединялись все болезни, сопровождающиеся поносом. Впервые заразительность испражнений больных дизентерией доказал голландский врач Ван Гейне в конце XVIII в.
- Важным этапом в изучении болезни явился 1891 г., когда русский ученый А.В. Григорьев обнаружил в трупах умерших от дизентерии возбудителя и описал его. В 1898 г. К.Шига выделил культуру микроорганизмов от больных дизентерией и доказал их этиологическую роль. В 1900 г. Флекснер открыл еще один вид возбудителя, который был назван его именем. Позднее были выделены возбудители дизентерии Зонне (1915), Штутцера-Шмитца (1916, 1917, 1920, 1922)

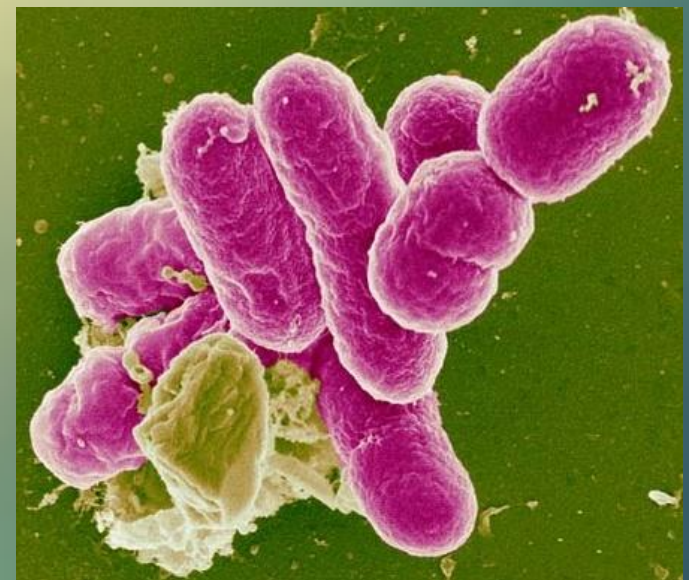
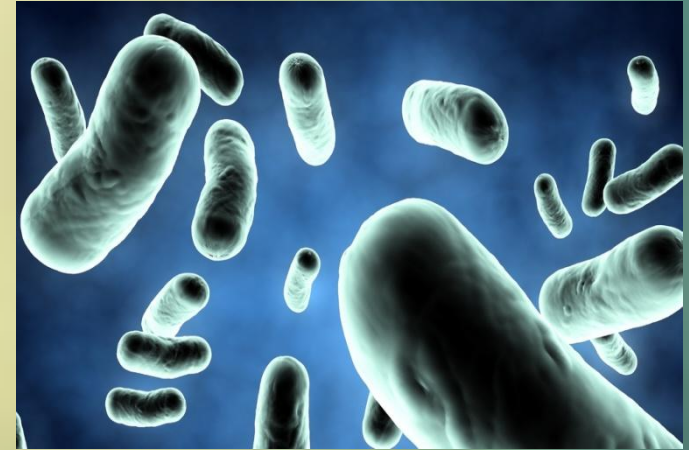
Этиология

- Возбудители дизентерии относятся к роду шигелл;
- Имеют форму коротких палочек;
- Капсулы и жгутиков не имеют;
- Спор не образуют;
- По Граму красятся отрицательно.
- Согласно классификации шигеллы разделены на виды, подвида, типы и подтипы. Важнейшими их представителями являются бактерии Григорьева-Шига, Флекснера, Зонне, Штутцера-Шмитца, Ньюкастл и Бойда.



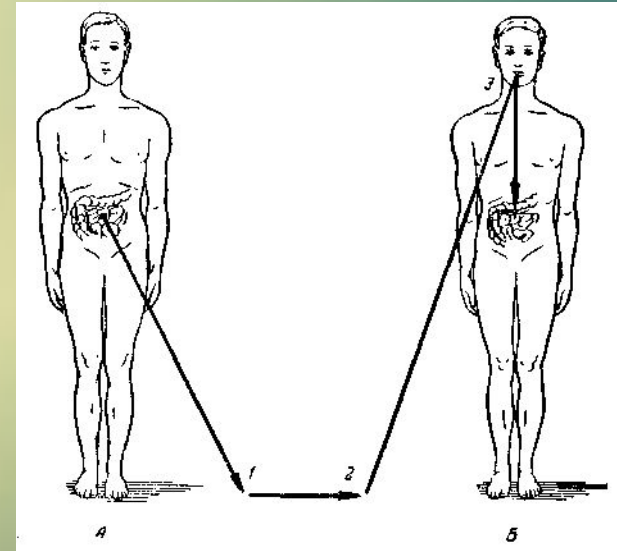
Этиология

- В канализационных водах дизентерийные бактерии могут сохранять свою жизнеспособность до 25-30 суток.
- В почве до нескольких месяцев.
- Длительное время они могут сохраняться на предметах домашнего обихода: постельных принадлежностях, посуде, игрушках, дверных ручках, мебели и т.д.
- Наибольшей устойчивостью к воздействию внешней среды обладают шигеллы Зонне и Бойда, а наименьшей-шигеллы Григорьева-Шига (выделяют экзотоксины)



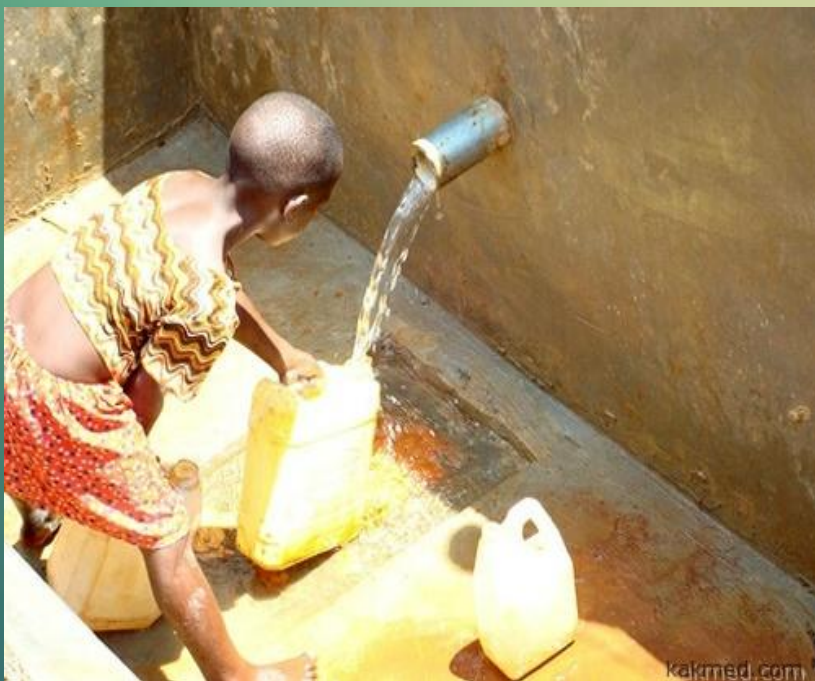
Эпидемиология

- Механизм передачи: фекально-оральный.
- Источник инфекции: больной человек и бактерионоситель.
- Особенно заразен больной в первые три дня болезни. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с легким и стертым течением болезни, а также бактериовыделители, связанные с приготовлением и реализацией пищи.



Факторы передачи:

- загрязненные руки;
- пищевые продукты;
- питьевая вода;
- мухи.

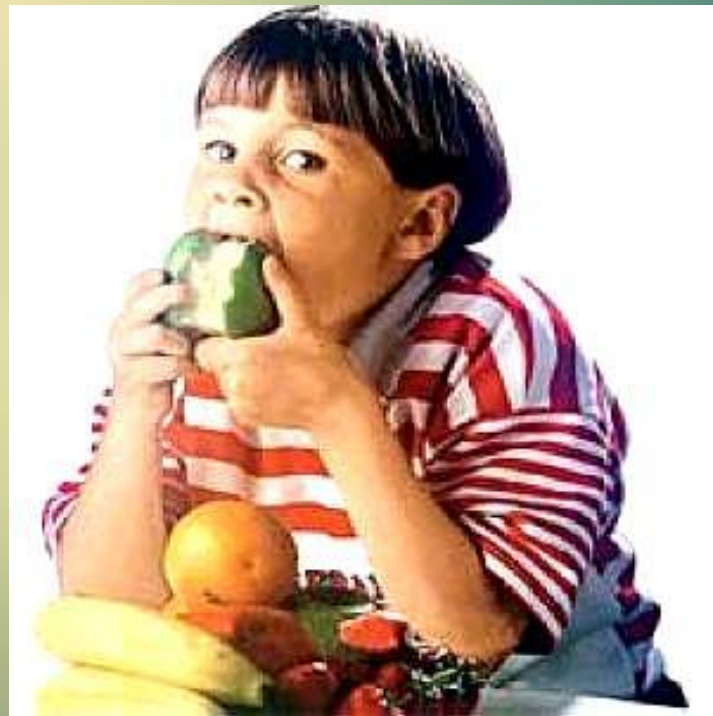


Пути передачи:

- Пищевой,
□ Контактно-бытовой.

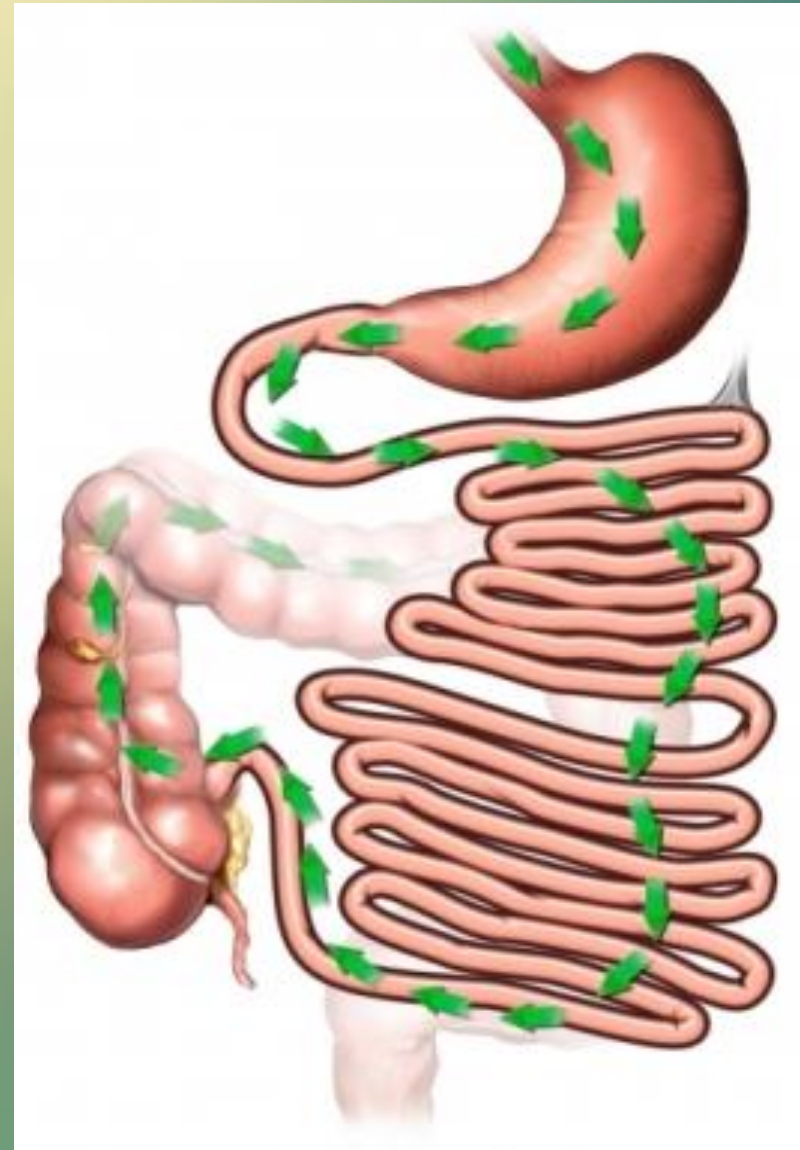
- Наиболее высокая заболеваемость дизентерией отмечается в летне-осенний период (сезонность). В Республике Беларусь преобладает дизентерия, вызванная шигеллами Зонне и Флекснера.

- Постинфекционный иммунитет непродолжителен (от нескольких месяцев до года) и видоспецифичен, в связи с чем встречаются случаи повторного заболевания,



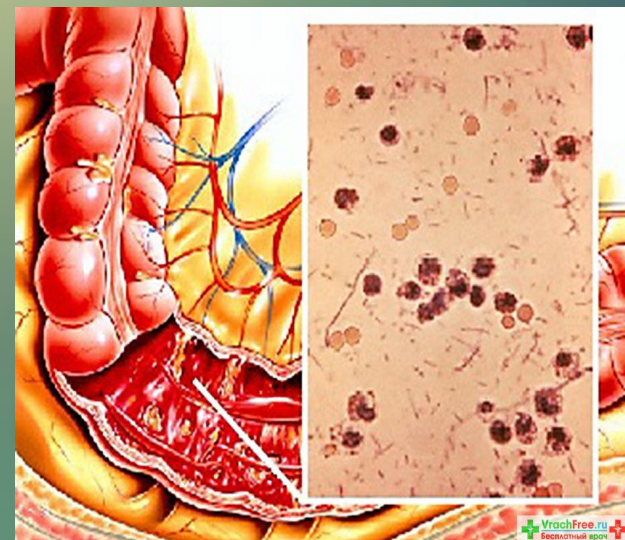
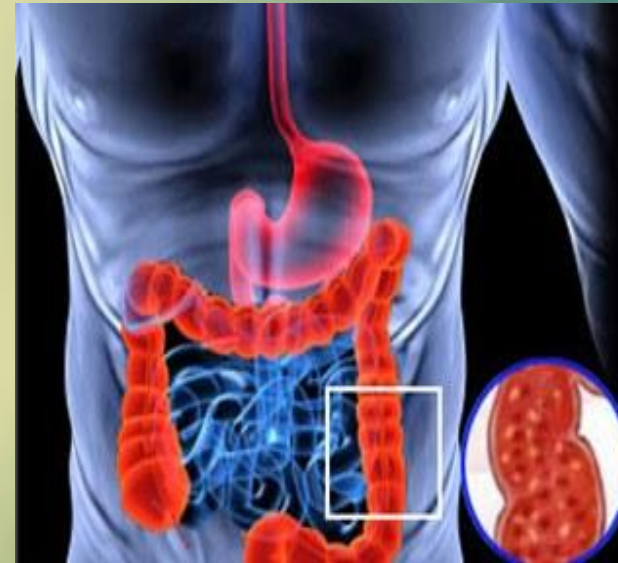
Патогенез.

- Заражение происходит только через рот.
- Далее возбудитель продвигается по желудочно-кишечному тракту, находя благоприятную среду в дистальном отделе толстого кишечника (сигмовидная и прямая кишка). В ответ на попадание в организм человека дизентерийных микроорганизмов развивается



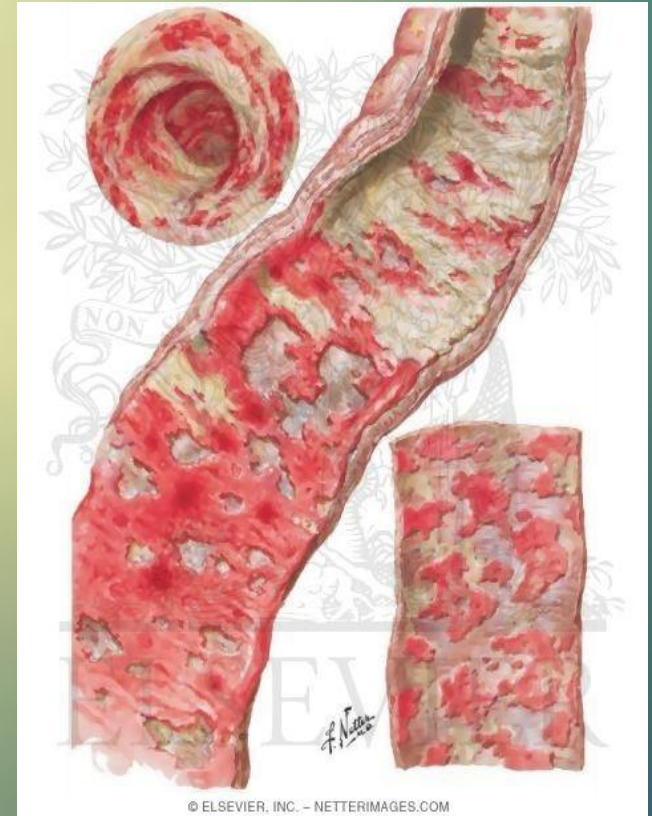
Патогенез

- Первый этап взаимодействия шигелл со слизистой оболочкой кишечника начинается с их прикрепления к ней. Шигеллы в местах их прикрепления вызывают разбухание и отторжение микроворсинок кишки, проявляющееся в конечном счете воспалением.
- В дальнейшем развитии болезни важная роль принадлежит эндотоксину шигелл. Токсин, циркулируя в крови, оказывает разнообразное влияние на органы человека, в том числе на периферическую и центральную нервную системы, на интерорецепторы внутренних органов, вызывая защитную реакцию



Патогенез

- Наряду с непосредственным воздействием на ряд органов дизентерийный эндотоксин ведет к обменным нарушениям в организме блокируются окислительные реакции, нарушается белковый обмен, снижается содержание общего азота в моче.
- При удовлетворительном состоянии иммунитета заболевшего и правильном лечении болезнь в большинстве случаев заканчивается быстрым выздоровлением. Однако в некоторых случаях она может принять затяжное течение, а



Патанатомия.

- Патологическая анатомия дизентерии складывается из изменений местного и общего характера. Местные изменения развиваются в слизистой оболочке толстой кишки, главным образом в прямой и сигмовидной. Степень этих изменений по направлению к слепой кишке убывает.

Возникает колит, в развитии которого различают четыре стадии:

- 1) острое катаральное воспаление;
- 2) фибринозно-некротическое воспаление;
- 3) образование эрозий и язв;
- 4) заживление эрозий, язв.

Изменения толстой кишки при колите



1



2



3



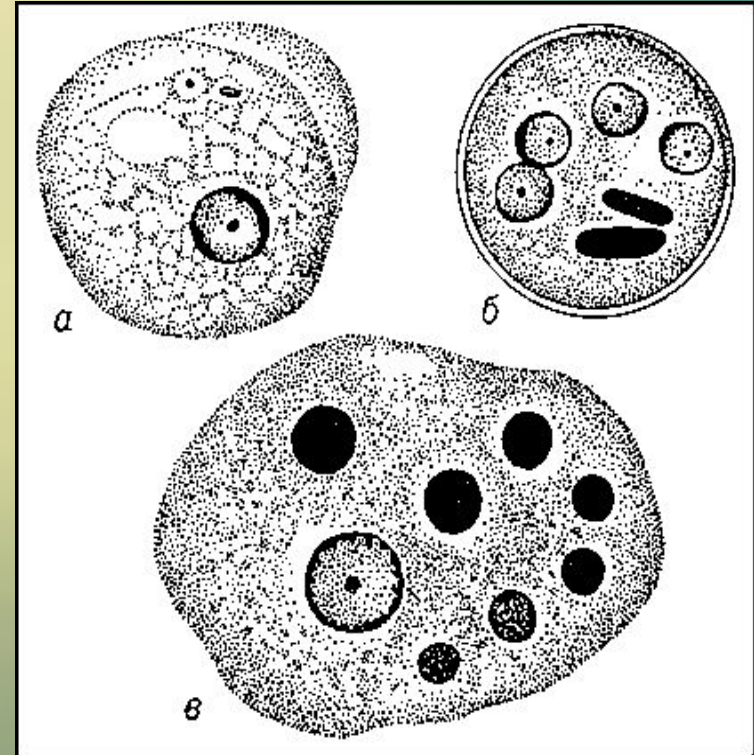
4

Колит при дизентерии

1. катаральный колит
2. фибринозный колит, начало образования язв
3. заживление язв, полипозные разрастания слизистой оболочки
4. рубцевание слизистой оболочки

Клиническая картина.

- Дизентерия протекает в двух основных формах:
- Острая дизентерия длится от нескольких дней до 2-3 нед;
- Хроническая дизентерия - более 3 мес.
- Инкубационный период колеблется от нескольких часов до 7 дней (чаще 2-3 дня).



Основные синдромы дизентерии:

- 1) синдром общей интоксикации, который проявляется повышением температуры, слабостью, головной болью;
- 2) колитический синдром, характеризующейся схваткообразной болью в животе (больше внизу слева), частым скудным стулом с примесью слизи и крови, тенезмами (тянущие боли в прямой кишке во время дефекации), ложными позывами на стул.



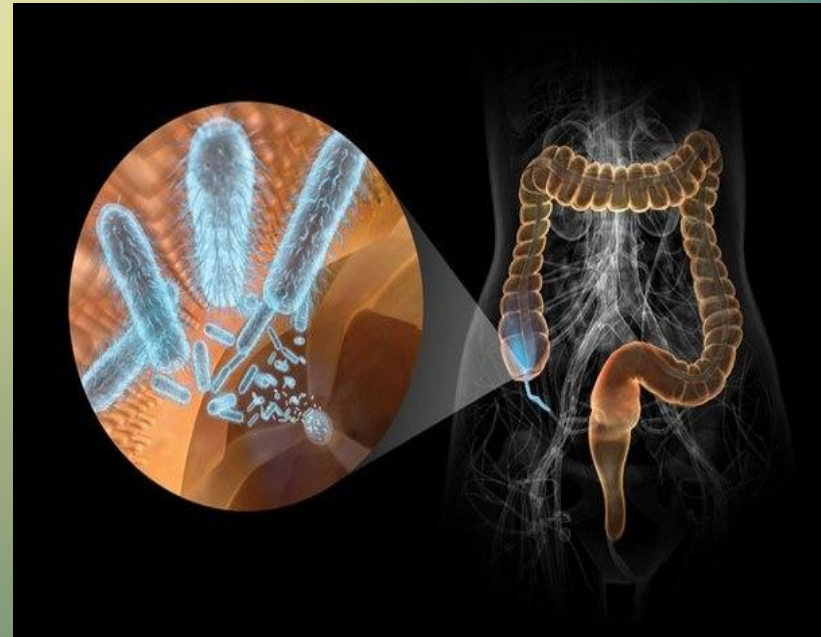
Тяжесть течения:

- Легкая,
- Среднетяжелая,
- Тяжелая.
- В большинстве случаев болезнь протекает легко. Наиболее тяжелое течение имеет дизентерия, вызванная бактериями Григорьева-Шига, наиболее легкое и часто стертое - шигеллами Зонне.



По характеру поражения пищеварительного тракта различают несколько клинических вариантов болезни:

- ▣ Колитический,
- ▣ Гастроэнтероколитический,
- ▣ Гастроэнтеритический.

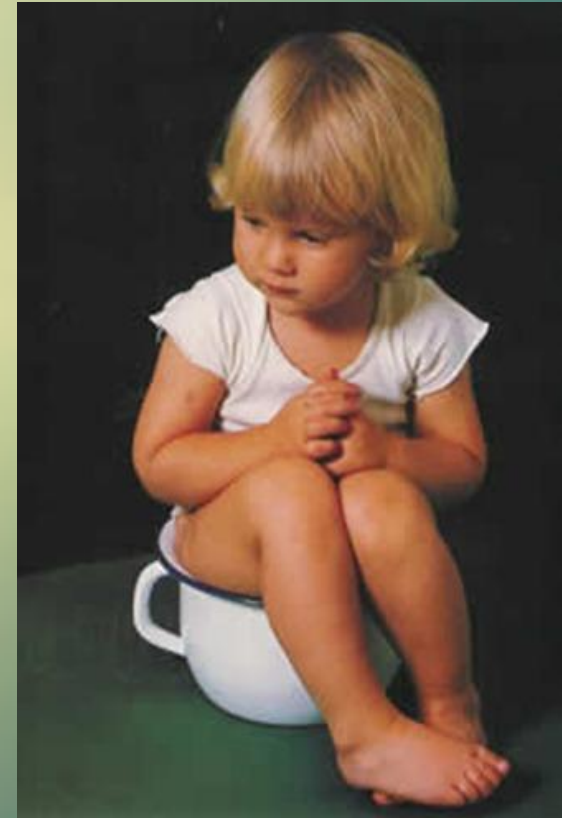


Колитический вариант

- Наиболее типичен для дизентерии **колитический вариант** среднетяжелого течения.
- Обычно остро или после короткого периода продрома, который характеризуется недомоганием, слабостью, познабливанием, чувством дискомфорта, появляется схваткообразная боль внизу живота, чаще слева. Одновременно или чуть позже появляется понос. В начале испражнения имеют вид густой кашицы, которая быстро становится жидкой. Позже в каловых массах появляются слизь и кровь.
- По мере развития болезни объем испражнений уменьшается с каждой дефекацией. В разгар заболевания стул может терять каловый характер и иметь вид так называемого **ректального плевка**, т. е. состоит из скудного количества слизи с прожилками или точечными включениями крови.

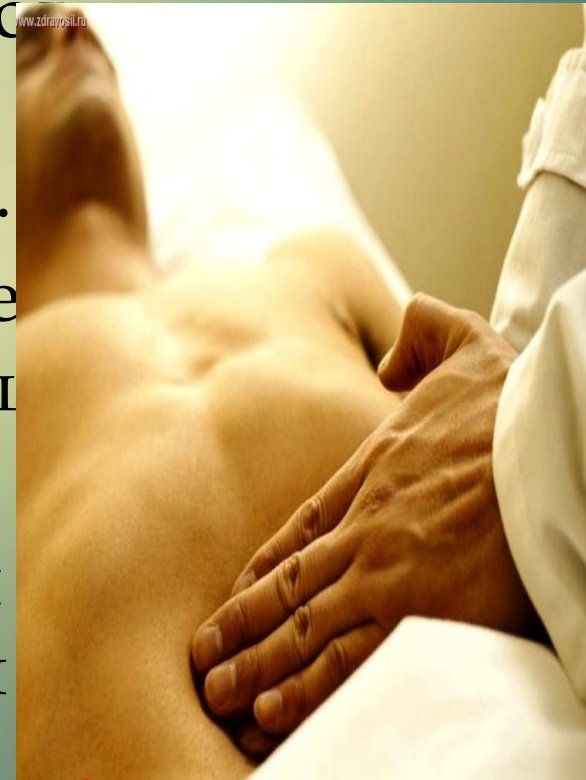
Колитический вариант

- Частота стула колеблется от 10-15 до 25 раз в сутки и может нарастать в течение 1-2 дней.
- Характерны ложные позывы (когда позыв на дефекацию не сопровождается выделением каловых масс).
- Тенезмы (тянущая боль в прямой кишке во время дефекации).
- В это же время появляются головная боль, головокружение, повышение температуры тела до 38-39°C, которая держится в течение 2-5 дней. Больные жалуются на слабость, раздражительность, потливость, познабливание. При осмотре отмечают бледность кожи,



Колитический вариант

- При пальпации живота выявляется уплотненная, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка.
- В периферической крови отмечается умеренный лейкоцитоз с небольшим нейтрофилезом.
- Клиническое выздоровление при правильно проведенном лечении наступает через 7-10 дней. Но полностью функционально и морфологически кишечник восстанавливается в течение 1-3 мес.



Колитический вариант

- При легком течении колитического варианта:
- Боль в животе незначительная;
- Стул от 3-5 до 10 раз в сутки, калового характера, со слизью, а иногда и кровью, тенезмы.
- Температура тела нормальная или субфебрильная,



Колитический вариант

- ❑ Тяжелое течение колитического варианта характеризуется :
- ❑ Бурным началом;
- ❑ Сильными схваткообразными болями в животе, связанными с дефекацией;
- ❑ Мучительными тенезмами;
- ❑ Стул бывает настолько частым, что количество дефекаций не удается определить. Он скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый, иногда с примесью



Колитический вариант

- Нередко бывают тошнота и даже рвота.
- Отчетливо выявляются симптомы поражения нервной и сердечнососудистой систем: резкая слабость, апатия, анорексия, расстройство сна, головная боль, судороги, иногда икота, постоянная тахикардия, гипотония, одышка, цианоз.
- В крови отмечаются лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, токсическая зернистость



Гастроэнтероколитический вариант

- Гастроэнтероколитический вариант острой дизентерии имеет:
- бурное начало после короткого инкубационного периода (6-8 ч и короче).
- В первые сутки преобладают явления гастроэнтерита: тошнота, рвота, обильный водянистый стул и симптомы общей интоксикации (повышенная температура тела, озноб, головная боль, судороги и т. д.).



Гастроэнтероколитический вариант

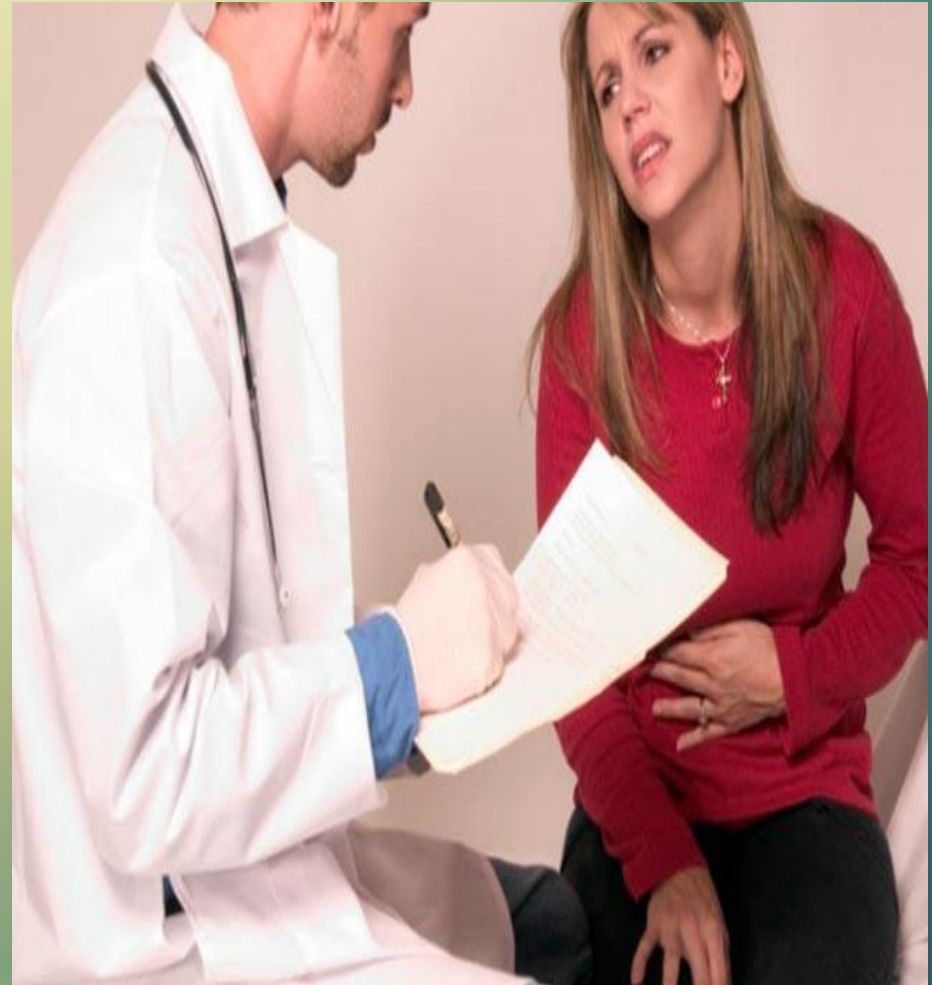
- Затем стул становится скудным, в нем появляется примесь слизи, боль постепенно перемещается в нижние отделы живота, а впоследствии локализуется в области сигмовидной кишки, т.е. развивается энтероколит, который в дальнейшем становится преобладающим в картине болезни. При оценке тяжести этого варианта наряду с другими симптомами должна учитываться и **степень обезвоживания.**

Гастроэнтеритический вариант

- Гастроэнтеритический вариант острой дизентерии по течению начального периода близок к гастроэнтероколитическому варианту.
- Отличие его заключается в том, что в течение всего заболевания ведущими являются симптомы гастроэнтерита и признаки обезвоживания, что сближает данный вариант дизентерии с пищевыми токсикоинфекциями.
- Заболевание начинается с тошноты, рвоты, озноба, диффузной боли в области эпигастрия и вокруг пупка.
- Стул на протяжении всего заболевания обильный, водянистый.

Гастроэнтеритический вариант

- Дифференциальный диагноз этого варианта дизентерии и пищевых токсикоинфекций представляет большие трудности и на основании только клинических данных часто невозможен.



- В последние годы нередко отмечается **стертое течение острой дизентерии**. Симптомы болезни выражены настолько слабо, что больные не обращают на них внимания и они могут быть выявлены лишь при тщательном целенаправленном исследовании. Большое число случаев дизентерии с таким течением остается нераспознанным и неучтенным.



- Через 1-2 нед у большинства больных с неосложненным течением острой дизентерии наступает клиническое выздоровление. Если же клинические проявления болезни наблюдаются в течение большего времени (от 1 до 3 мес), то говорят о затяжном течении дизентерии.

- В редких случаях острая дизентерия может принимать хроническую форму.

- Течение этой формы болезни может быть рецидивирующим и



- **Рецидивирующее** течение встречается чаще и характеризуется тем, что после перенесенной острой дизентерии через 2-5 мес. мнимого здоровья возникают рецидивы заболевания.
- Во время рецидива клиническая картина сходна с легкой или среднетяжелой типично протекающей дизентерией.
- Между рецидивами первоначально состояние больных удовлетворительное, сохраняются неустойчивый стул и чувство дискомфорта в животе. Но при отсутствии лечения оно с каждым новым рецидивом ухудшается. В процесс вовлекаются желудок, поджелудочная железа, печень, нарастают признаки хронического поражения кишечника.
- **При непрерывном** течении отмечаются постоянное прогрессирование болезни и ухудшение состояния пациента.

Осложнения

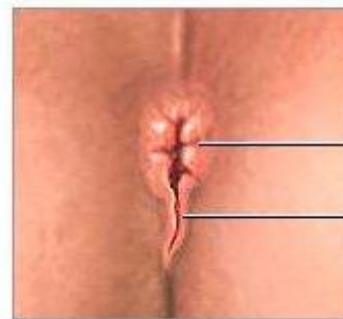
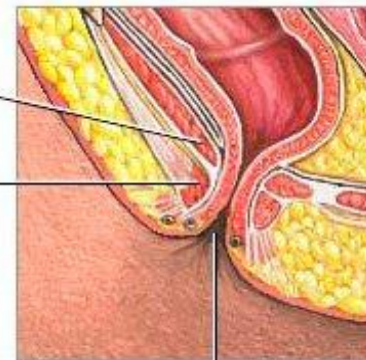
- Осложнения обычно наблюдаются очень редко. Но при тяжелом течении болезни могут развиваться:
- **инфекционно-токсический шок,**
- **гиповолемический шок (при гастроэнтеритическом или гастроэнтероколитическом вариантах) шок;**
- **коллапс;**
- изредка отмечаются **кишечные кровотечения, трещины в области ануса, выпадение прямой кишки (особенно у детей и стариков), возможна пневмония.**

Осложнения



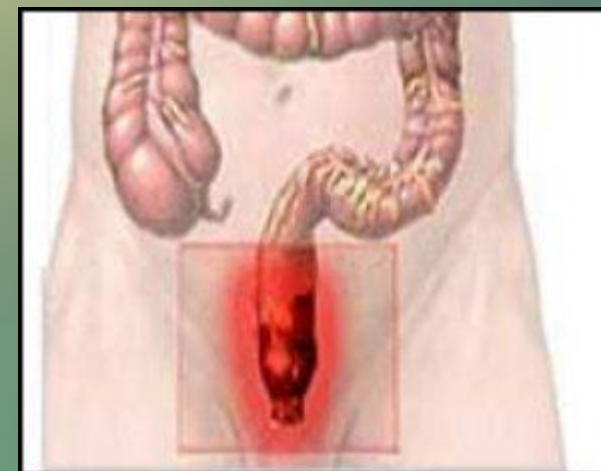
ВНУТРЕННИЙ
АНАЛЬНЫЙ
СФИНКТЕР

НАРУЖНЫЙ
АНАЛЬНЫЙ
СФИНКТЕР



АНУС

АНАЛЬНАЯ
ТРЕЩИНА



Диагностика

- Острую дизентерию диагностируют на основе:
- данных эпидемиологического анамнеза,
- клинической картины болезни,
- результатов лабораторного,
- а при необходимости и инструментального исследований.



Диагностика

- Важными данными эпидемиологического анамнеза являются:
- контакт с больными диареей
- групповой характер заболевания,
- нарушение правил личной гигиены,
- употребление продуктов сомнительного качества,
- пребывание в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях.

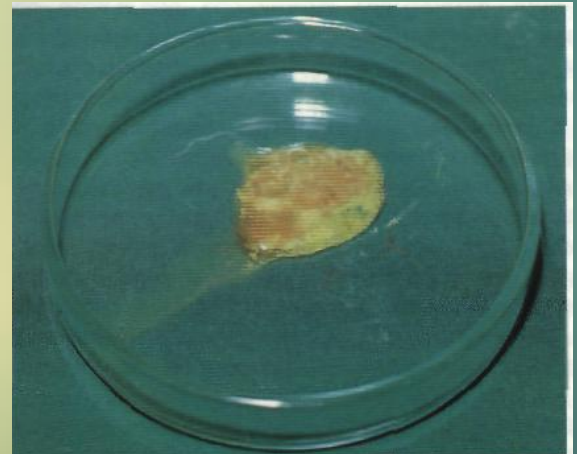


Диагностика

- Основными клиническими симптомами типично протекающей дизентерии (колитический вариант) являются:
- острое начало заболевания со схваткообразными болями в нижних отделах живота или левой подвздошной области,
- частый скудный стул со слизью и прожилками крови,
- ложные позывы,
- тенезмы,
- уплотненная сигмовидная кишка,
- общая интоксикация.

Диагностика

- Диагноз дизентерии может быть подтвержден бактериологическим исследованием испражнений. Посев кала нужно производить до начала этиотропной терапии. Испражнения забирают в стерильную посуду сразу после акта дефекации. Наибольшее количество возбудителя находится в слизистогнойных комочках, и их нужно постараться взять для исследования, а кровь в стуле не берём т.к. она оказывает



Диагностика

- Испражнения берут из чашки Петри, поставленной в горшок, т. к. в материале не должно оставаться даже самых небольших количеств дезинфицирующих веществ. Материал направляют в бактериологическую лабораторию. Окончательный результат может быть получен через 4 — 5 дней после посева. Получение отрицательного результата из лаборатории не является основанием для отмены диагноза при наличии характерной симптоматики. Увеличение кратности посева испражнений повышает частоту



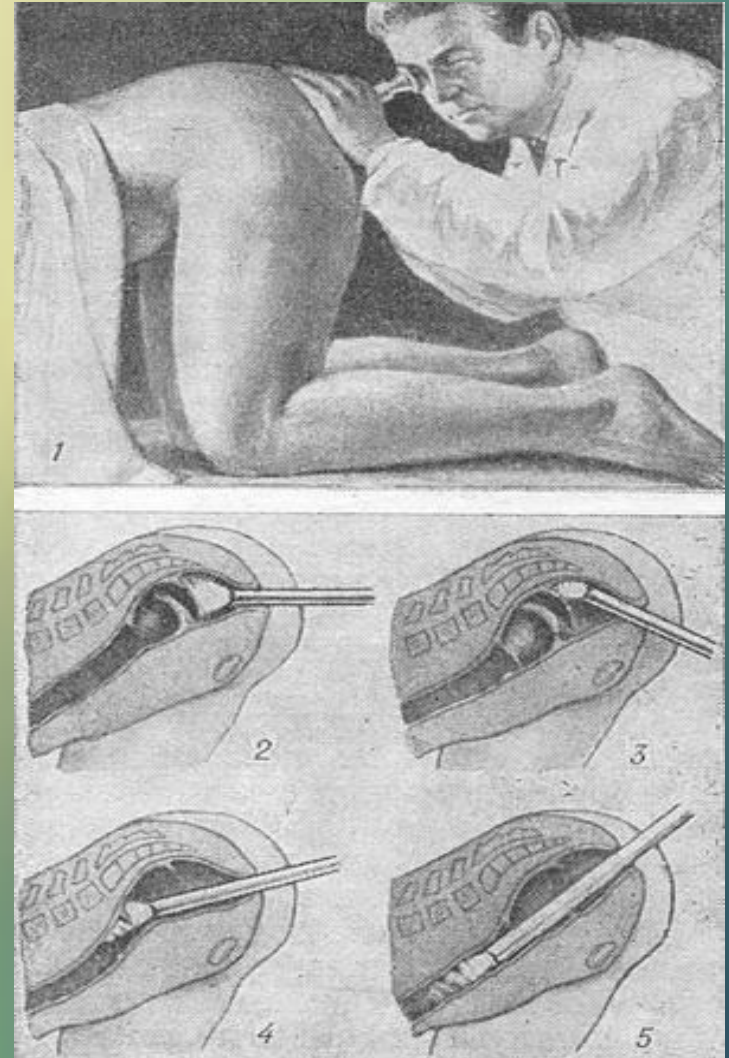
Диагностика

- **Вспомогательным методом диагностики является серологическое исследование - реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) со стандартным эритроцитарным диагностикумом. Однако положительный результат может быть получен не ранее 5-7-го дня болезни. Для постановки реакции забирают кровь из вены в чистую сухую пробирку в количестве не более 5 мл и направляют в лабораторию. Диагностически важным считается нарастание титров в 2-4 раза при повторном исследовании, проведенном с интервалом 7-10 дней (парные сыворотки в динамике).**



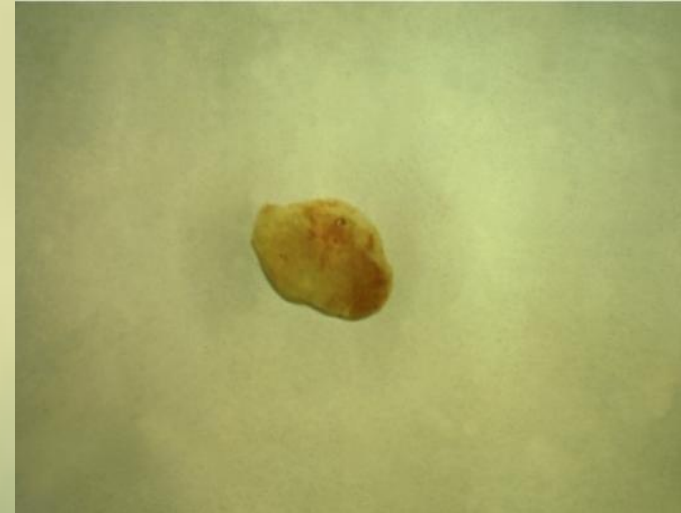
Диагностика

- Для уточнения диагноза, проведения дифференциального диагноза с другими заболеваниями дистального отдела толстой кишки, а также контроля за восстановлением слизистой оболочки при затяжном течении болезни применяется **ректороманоскопия**, которая проводится



Диагностика

- Ценные для распознавания заболевания данные дает осмотр стула. Для острой дизентерии характерен скудный жидкий стул с примесью слизи и крови, иногда в виде «ректального плевка» — комочка слизи с прожилками крови. **Отсутствие патологических примесей не исключает диагноза дизентерии.**
- В крови чаще всего регистрируется **повышенное содержание нейтрофилов с умеренным лейкоцитозом.**



Дифференциальный диагноз

- Дифференцируют дизентерию:
- от острых колитов и энтероколитов, вызванных другими возбудителями (сальмонеллами, эшерихиями),
- амебиаза,
- неспецифического язвенного колита,
- рака толстого кишечника.



Лечение

- Терапия должна быть индивидуальной и складывается из следующих основных компонентов:
- — охранительного режима,
- — лечебного питания,
- — воздействия на возбудителя,
- — назначения средств, способствующих восстановлению функции желудочно-кишечного тракта,
- — дезинтоксикоционная терапия.
- Выбор средств и длительность их применения определяются вариантом и степенью тяжести болезни.

Лечение

- Госпитализация производится по клинико-эпидемиологическим показаниям:
- — среднетяжелое и тяжелое течение болезни, осложненные варианты;
- — дети раннего возраста (особенно первого года жизни) и старики;
- — декретированные группы (пищевики, работники водоканалов, коммунальных служб, детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждений);
- — проживающих в общежитиях, казармах и других общественных местах, в многонаселенных квартирах.
- — остальных заболевших можно изолировать на дому, если позволяют условия.

Лечение

- **Обязательным компонентом терапии всех клинических вариантов дизентерии является лечебное питание.**
- Из рациона исключаются продукты и блюда, оказывающие раздражающее механическое, термическое и химическое действие (стол № 4).
- После окончания острого периода диету можно расширить, но переход больного на обычное для него питание должен происходить постепенно в течение 1-2 мес.
- Необходимо дополнительное введение **витаминов** группы В, витамина А, аскорбиновой кислоты.

Лечение

- Для воздействия на возбудителя при колитическом варианте дизентерии используются препараты:
- нитрофуранового ряда (фуразолидон) по 0,1 г 4 раза в сутки.
- Возможно также назначение сульфадиметоксина - в 1-й день по 2 г однократно, а затем по 1 г в сутки,
- ципрофлоксацина (фторхинолоны) по 0,5 г 2 раза в сутки,
- антибиотики тетрациклинового ряда – доксициклин по 0,2 г в день.



Лечение

- Больным дизентерией с преобладанием симптомов гастроэнтерита антибактериальные препараты не назначают.
- Для борьбы с интоксикацией, а иногда и обезвоживанием внутрь назначают глюкозо-солевые или полиионные растворы («Квартасоль», «Трисоль», «Хлосоль» и др.) внутривенно. Метод, объем и скорость введения указанных растворов определяются выраженностью интоксикации и обезвоживания организма. Наряду с солевыми растворами могут быть использованы коллоидные растворы



Лечение

При затяжном течении острой дизентерии, хронической дизентерии и длительном бактериовыделении необходимо включать средства, повышающие иммунологическую реактивность организма: метацин (по 1 г 3–4 раза в день), пентоксил (по 0,25 г 3–4 раза в день), дибазол (по 0,2 г 3–4 раза в день), сывороточный полиглобулин 3 мл внутримышечно и др.

Из специфических средств, повышающих резистентность организма, применяется вакцина Чернохвостова (лечебная).



Лечение

- Для восстановления пищеварительной недостаточности используются ферменты и ферментные комплексы — абомин, панкреатин, пепсин, панзинорм, мексаза, фестал и др. Их принимают за 10 — 15 мин до еды или во время приема пищи в течение 2-3 недель.
- При затяжном и хроническом течении процесса применяют эубиотики, нормализующие состав кишечной микрофлоры: колибактерин, лактобактерин, бификол, бифидумбактерин по 5 — 10 доз в сутки в течение 3 — 4 нед.
- Для нормализации деятельности кишечника показано назначение средств, обладающих спазмолитическими (папаверин; но-шпа, платифиллин и др.) и вяжущими (висмут, тапальбин, отвар черники, дубовой коры и др.) свойствами.

Лечение

- **Местное применение** различных лечебных средств (ромашка, эвкалипт, масло шиповника, облепиховое масло и др.) в виде микроклизм показано при выраженных изменениях слизистой оболочки прямой кишки или медленном ее восстановлении.
- При долечивании реконвалесцентов и лечении больных с затяжной и хронической дизентерией используют **физиотерапевтические методы** (озокерит, аппликации парафина, теплые ванны т. д.).



- **Выписка реконвалесцентов** проводится после клинического выздоровления (три дня нормальный стул и отсутствие других жалоб) и бактериологического исследования кала, проводимое не ранее, чем через 2 дня после отмены антибиотиков. **Исследование проводится однократно, для декретированной группы — трехкратно.**
- **Реконвалесценты из декретированной группы** после выписки из стационара направляются для диспансерного наблюдения в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники (КИЗ) и наблюдаются там 3 месяца с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием.

Мероприятия в очаге

- Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают раннее выявление, обязательную регистрацию всех больных с острыми кишечными инфекциями (экстренное извещение в ЦГЭ), их изоляцию, лечение.
- В очаге за контактными наблюдают 7 дней (осмотр, термометрия, контроль стула, пальпация живота).
- В очаге проводится текущая, а после госпитализации больного – заключительная дезинфекция.
- В отношении третьего звена эпидемического процесса – восприимчивого организма – меры направлены на повышение их



Профилактика.

- ❑ Специфическая профилактика (вакцинация) не разработана.
- ❑ Важное значение в профилактике дизентерии имеют санитарно-гигиенические мероприятия: контроль за предприятиями общественного питания, водоснабжением, канализацией, соблюдение правил личной гигиены.
- ❑ Лицам, поступающим на работу на указанные предприятия (декретированные группы) в обязательном порядке проводится бактериологическое исследование кала.

Спасибо за внимание!



Соблюдение всех правил гигиены
помогает предотвратить заражение
кишечными инфекциями

