



Запорізький державний медичний університет

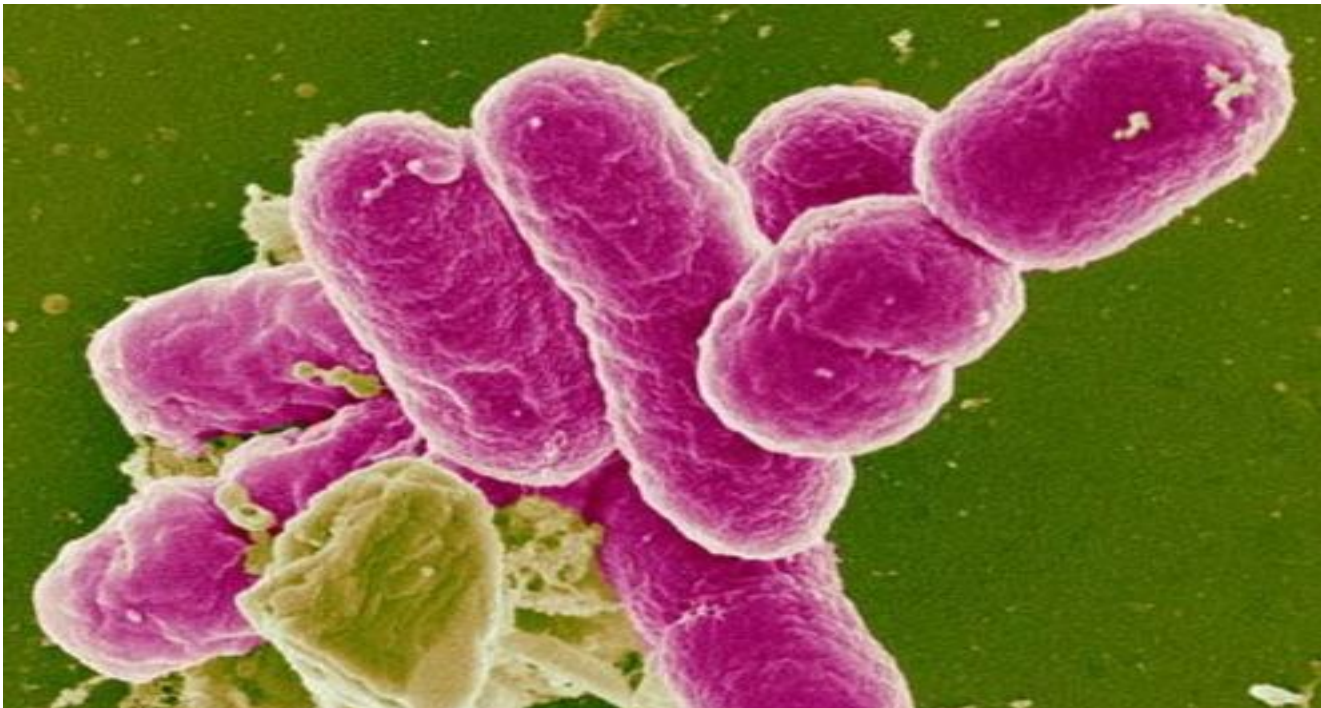
“ЛІКУВАННЯ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ”

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

План лекції

1. Діагностика, лікування черевного тифу.
2. Діагностика, лікування холери.
3. Діагностика, лікування шигельозу.
4. Діагностика, лікування 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.

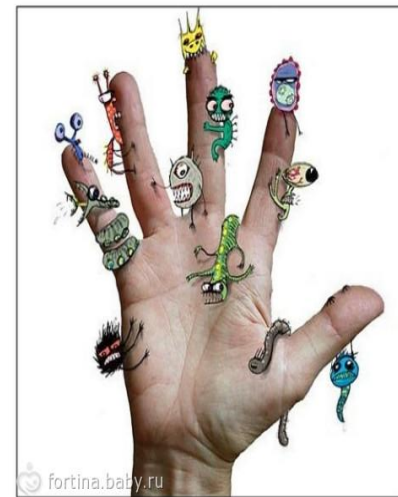
Збудник черевного тифу – **Salmonella typhi**, грамнегативна паличка, рухома, стійка в навколишньому середовищі, чутлива до дезінфікуючих розчинів та антибіотиків, продукує сильний ендотоксин.

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), контактнo-побутовий (через контаміновані руки, посуд, білизну, дверні ручки).

Сезонність – літньо-осіння.



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

Бактеріологічний метод (гемокультура, випорожнення, сеча, жовч);

2. Серологічний метод:

- реакція аглютинації Відаля

Діагностичний титр 1:200.

- Vi-аглютинація

- ІФА

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).

Лечение брюшного тифа

Зараження на території країн Східної Європи
(ВООЗ):

1-ша лінія - фторхінолони,

2-га лінія 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.

Лечение брюшного тифа

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

1-ша лінія - 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,

2-га лінія - АЗИТРОМІЦИН 0,5 г 1раз на день - 10 днів.

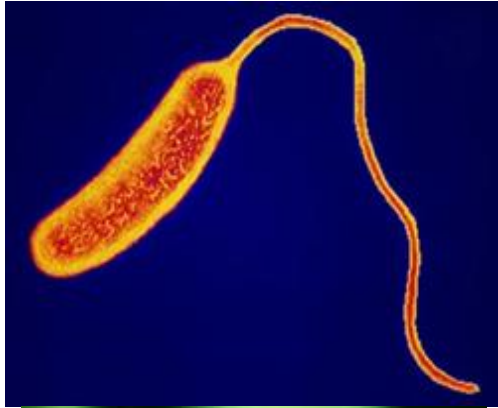
Лечение брюшного тифа

Патогенетичне лікування черевного тифу:

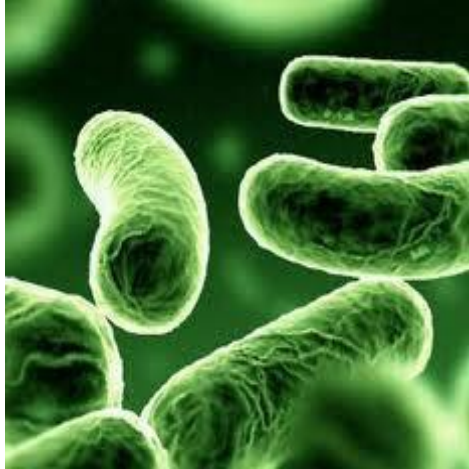
- інфузійно-дезінтоксикаційна терапія,
- пробіотики,
- протигрибкові препарати,
- вітаміни,
- імуностимулятори та ін.

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

При перфорації кишківника – хірургічне лікування.



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 контактно-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.

- зневоднення

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).

Основні принципи терапії хворих на холеру:

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

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»

«Ацесоль»

«Хлосоль»

«Лактосоль»

«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.

Лечение холеры

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

Призначають:

азитроміцин 1,0 г

доксициклін 300 мг одноразово

ципрофлоксацин (1,0 г одноразово або 250 мг на 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.

Епідеміологія.

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

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

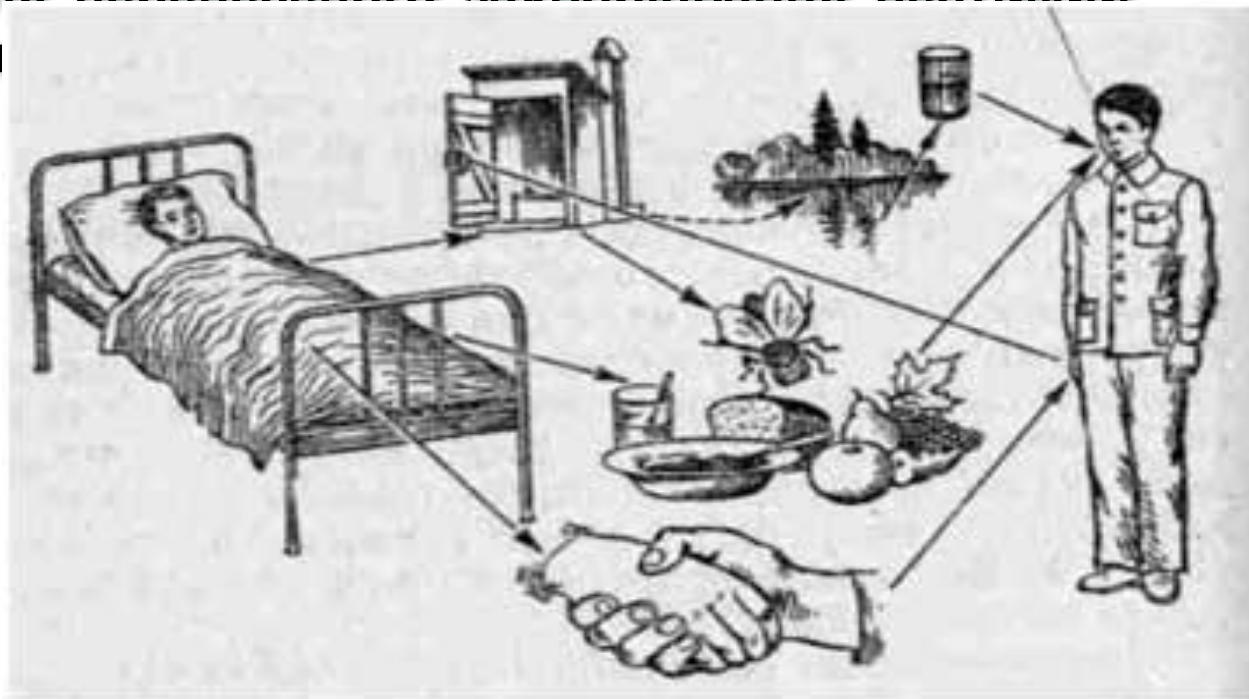
Шляхи зараження - контактнo-побутовий, харчовий, водний.

Sh. dysenteriae частіше передається побутовим шляхом,

Sh. flexneri - водним,

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

Імунітет після перенесеного захворювання нестійкий (до декількох міся



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 здохвинній 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,);
- ❖ Пробіотики (йогурт, лацидофіл);
- ❖ Симптоматична терапія – жарознижуючі, спазмолітики тощо).

АМЕБІАЗ

Збудник — Entamoeba histolytica.

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

Джерело інфекції - люди, хворі амебіазом або амебо-, цистоносії. 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, контактано-побутовий.



Клініка.

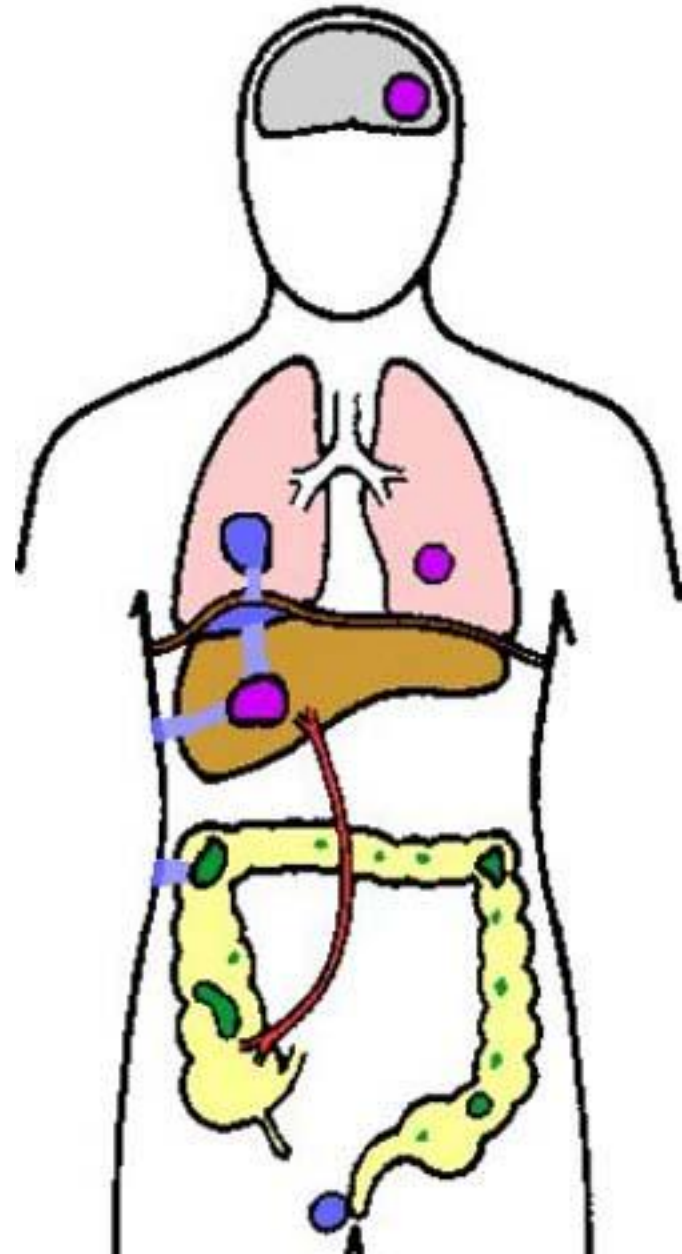
Інкубаційний період - від 1-2 тижнів до декількох місяців.

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.



Лікування амебіазу

Призначають 1 із препаратів

- **Метронідазол** (0,25-0,5 г 3 рази на добу- 10 днів);
- **Тинідазол** (по 2,0 г на добу - 3 дні);
- **Орнідазол** (0,5-2,0 г на добу);
- **Ніфурантел** (0,4 г 2-3 рази на добу -10 днів).

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

