

ФГБОУ ВО АСТРАХАНСКИЙ ГМУ
МИНЗДРАВА РОССИИ.

Кафедра инфекционных болезней и
эпидемиологии

Зав. кафедрой д.м.н., профессор
Галимзянов Х.М.

Курсовая работа на тему:
«Современная эпидемиологическая
характеристика Дизентерии Зонне на
территории Астраханской области»

Выполнила: студентка 603 группы
медико-профилактического факультета
Чариева Х.М.

Куратор:
Доцент кафедры инфекционных
болезней и эпидемиологии, к.м.н.
Спиренкова А. Е.

Астрахань, 2019

Дизентерия – представитель кишечных инфекций. Заболевание является антропонозным. Основной механизм передачи - фекально-оральный.

Вызывается бактериями рода *Shigella*, протекает в острой и хронической формах. Характеризуется проявлениями общей интоксикации с лихорадкой и признаками воспаления ЖКТ (преимущественно дистального отдела толстой кишки в виде спастического гемоколита).

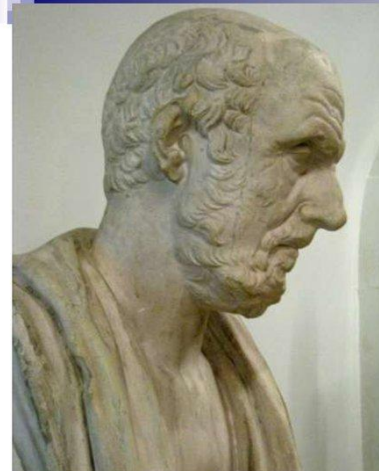


Актуальность проблемы

Дизентерия занимает ведущее место в группе кишечных инфекций, удельный вес ее в структуре острых кишечных инфекций составляет до 75%. По данным ВОЗ от дизентерии в мире умирает около 1 млн. человек в год. На долю развивающихся стран приходится большая часть заболеваемости.

Болезнь была знакома еще во времена Гиппократов, который и дал ей название. Обстоятельное, по тому времени (1 век нашей эры), описание «натужного поноса» оставил Аретей. Дизентерия всегда сопровождала войнам, голоду и другим социальным потрясениям. Доппер писал, что во все исторические эпохи бациллярная дизентерия была постоянным бичом армий во время войн, вызывая иногда поражения более ужасные, чем огонь врага.

1941-1945 г.г.-Великая Отечественная война (заболеваемость 65% от всех инфекционных заболеваний)



Гиппократ (IV век до н.э.) – дал название болезни

VI век - описаны эпидемии дизентерии в Европе

1861 – 1865 г.г.(гражданская война в США) - от дизентерии умерло около 35 тыс. человек

ЭТИОЛОГИЯ И ЭКОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ.

Возбудитель - грамотрицательные неподвижные бактерии рода *Shigella* семейства *Enterobacteriaceae*. Согласно современной классификации, шигеллы разделены на 4 подгруппы (А, В, С, D) и, соответственно, на 4 вида - *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*. Каждый из видов, кроме шигеллы Зоне, включает несколько сероваров.

По морфологическим свойствам микробы сходны между собой: это палочки, грамотрицательные, растут на простых питательных средах. Вырабатывают экзотоксины, при разрушении микробной клетки выделяются эндотоксины.

Факультативные анаэробы. Температурный оптимум роста 37°C. Дизентерия Зонне обладает высокой ферментативной активностью, неприхотливостью к составу питательных сред и скоростью размножения в инфицированном субстрате.

Шигеллы Зонне также отличаются выраженным антагонизмом по отношению к сапрофитной и молочнокислой микрофлоре. Они интенсивно размножаются в молоке и молочных продуктах. При этом время их сохранения превышает сроки реализации продуктов. Для накопления дозы *S. sonnei*, инфицирующей взрослых лиц, в молоке при комнатной температуре требуется от 8 до 24 ч. В жаркое время года эти сроки минимальны - для накопления дозы бактерий, достаточной для заражения детей, требуется всего 1-3 ч.

Шигеллы Зонне устойчивы во внешней среде.

Могут длительно сохраняться в воде. При комнатной температуре на хлебе – до 11 дней, на котлетах, паштетах микробы не погибают около недели, на поверхности свежих фруктов – до 10 дней; в молочных продуктах (молоко, сметана, творог) не только сохраняются, но уже при температуре 20°C интенсивно размножаются.



При нагревании шигеллы быстро погибают:

- при 60 °C - в течение 10 мин;
- при кипячении - мгновенно.

В последние годы часто выделяют терморезистентные (способные выживать при 59 °C) штаммы шигелл Зонне.

Дезинфектанты в обычных концентрациях действуют на шигеллы губительно.

Важная особенность шигелл Зонне - их устойчивость к антибактериальным лекарственным средствам.

Эпидемиология

Резервуар и источник инфекции - человек (больной острой или хронической формой дизентерии, носитель-реконвалесцент или транзиторный носитель). Наибольшую опасность представляют больные с легкой и стертой формами дизентерии (80%), бактерионосители играют меньшую роль в заражении (6-12%). Больные с хронической формой заражают 6-7%.. Из организма человека шигеллы начинают выделяться при первых симптомах болезни; продолжительность выделения - 7-10 дней и период реконвалесценции (в среднем 2-3 нед).

Механизм передачи инфекции - фекально-оральный.

Пути передачи - водный, пищевой и контактно-бытовой. При дизентерии Зонне основной путь передачи-пищевой.

Восприимчивость людей- высокая. Болеют все, но подавляющую массу больных составляют дети до 4-х лет (60% заболеваемости).

Постинфекционный иммунитет- очень непродолжительный (4-12 мес.) видо- и типоспецифический, возможны повторные заболевания.

Высокий уровень заболеваемости и летальности в основном регистрируют среди детей до 3 лет и взрослых из группы социально необеспеченного и неблагополучного населения.



Источник
инфекции

Больной человек

Механизм
передачи

Фекально-
оральный

Пути
распространения

Контактно-
бытовой

Водный путь
распространения

Пищевой путь
распространения

Контактно-бытовой путь
распространения

не имеет большого значения и
становится опасным при
серьезных нарушениях сан.-
гиг. правил, особенно в
организации питания.

Водный путь
распространения

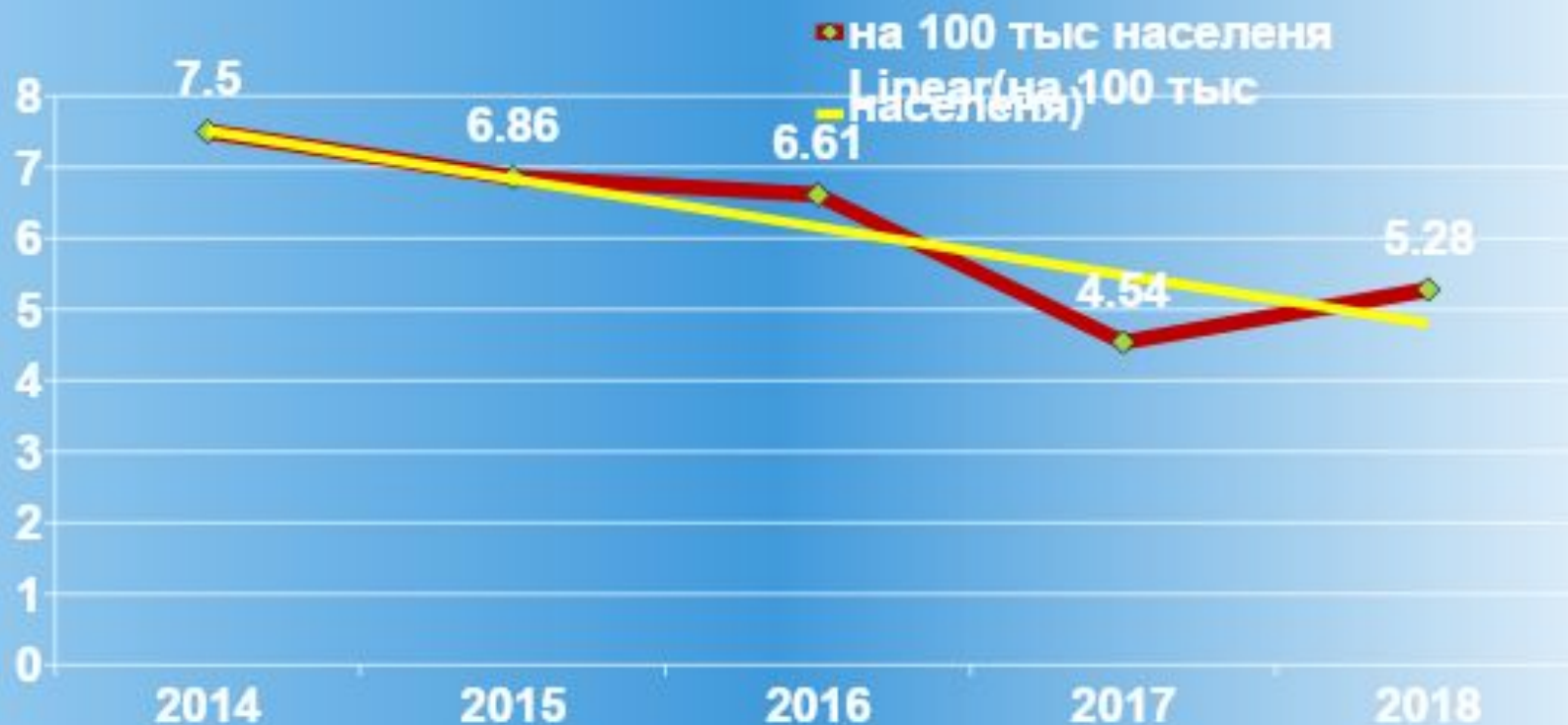
Заболеваемость при
инфицировании водопроводной
воды может быть значительной
и регистрироваться среди
населения, обеспечиваемого
водой данного водопровода.

Пищевой путь
распространения

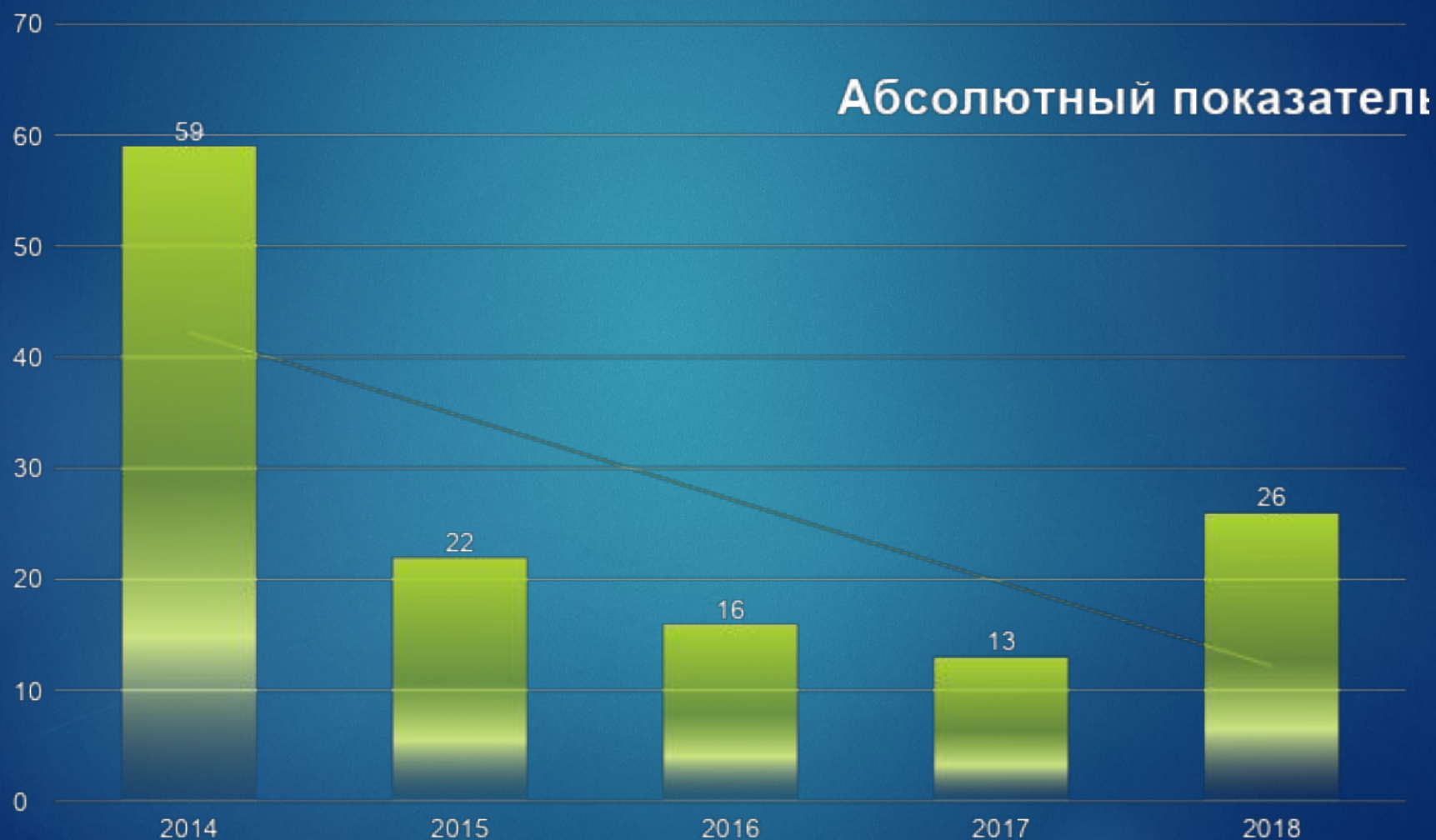
приобретает первостепенное
значение.

Динамика заболеваемости дизентерией по РФ

В 2018 году отмечается рост заболеваемости дизентерией на 16.1%, по сравнению с 2017 годом. Заболело 7739 человек (2017-6651) показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 5,28(2016-18,48; 2015-46,34; 2014-48,84; 2013-39,55).

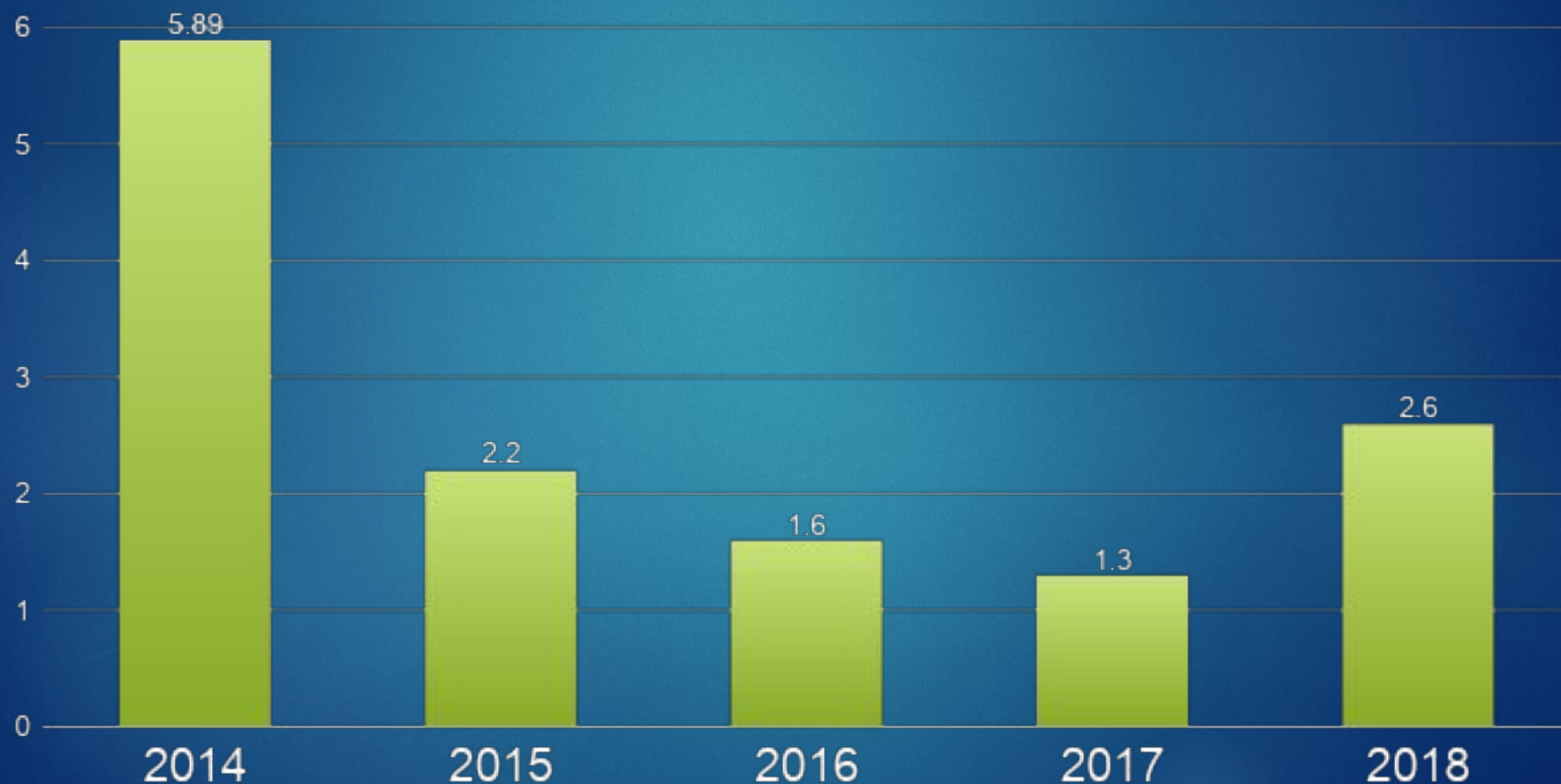


Годовая динамика заболеваемости по Астраханской области с 2014-2018гг.



Динамика заболеваемости по Астраханской области в 2014-2018 гг.

На 100 тыс. населения



Динамика заболеваемости по г. Астрахань с 2014-2018 гг.



Заболеваемость Дизентерией Зонне по районам с 2014-2018гг.

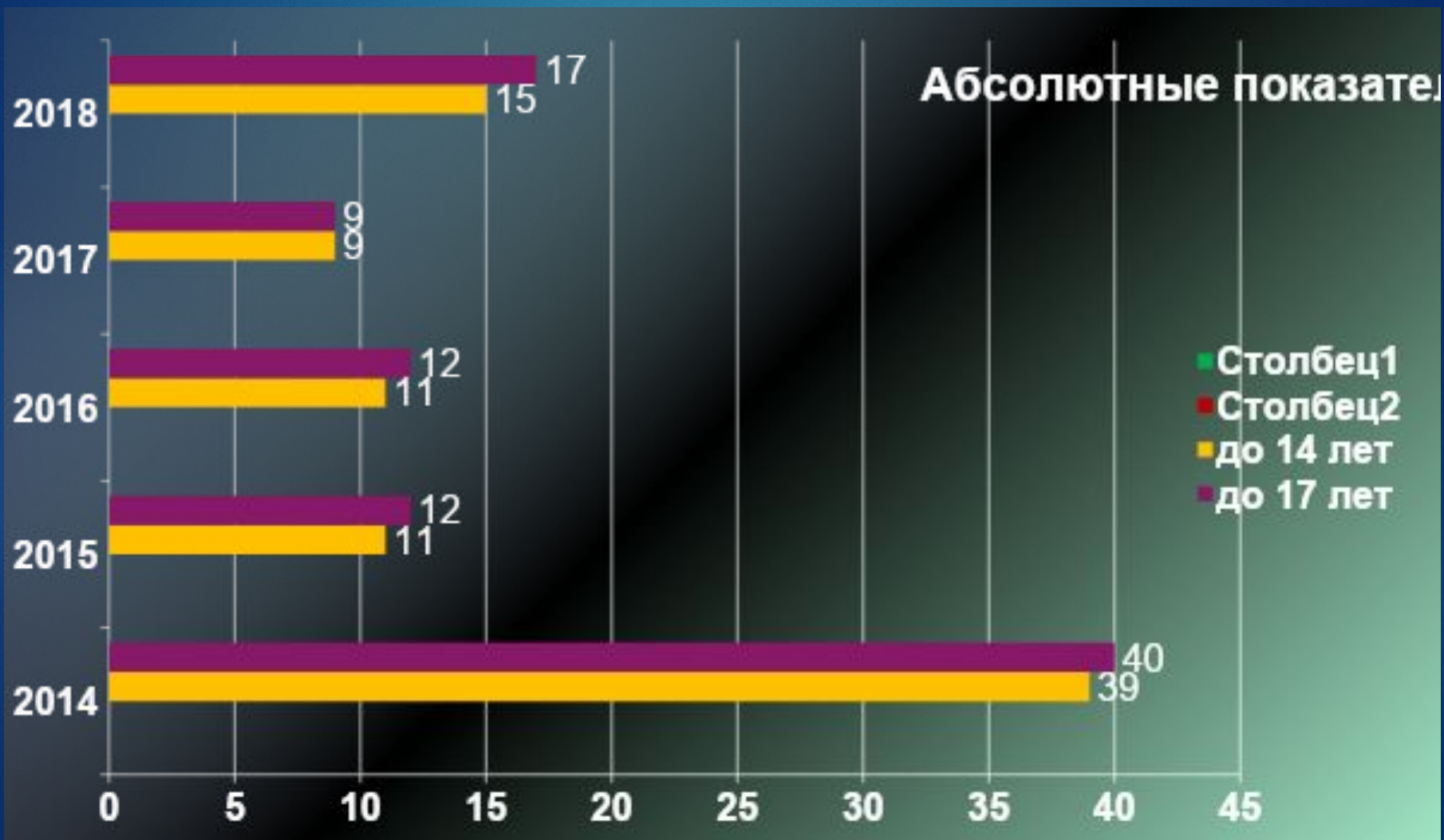
На 100 тыс. населения



Динамика заболеваемости Дизентерии Зонне в административных районах Астраханской области за 2014-2018 гг.



ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ЗОННЕ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2018ГГ.



Клинические формы и варианты дизентерии.



Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения
Острая	Колитический, гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический.	Легкое, среднетяжелое, тяжелое.	Стертое, затяжное.
Хроническая		Легкое, среднетяжелое, тяжелое.	Рецидивирующее, непрерывное.(от 3 мес. до 1-2 лет)
Бактерионосительство			Субклиническое, реконвалесцентное.

- Инкубационный период при *острой форме дизентерии* колеблется от 1 до 7 дней, в среднем составляет 2-3 дня.
- Начало бурное. Вначале водянистая диарея. Она может перейти в диарею со слизью и кровью.
- Интоксикационный синдром или нейротоксикоз. (Проявляющиеся снижением аппетита, головной болью, вялостью, тошнотой, рвотой, нарушением сознания.)
- Колитный синдром – боль в животе, императивные (ложные) позывы к дефекации, болезненная сигмовидная кишка. Жидкие испражнения с примесями слизи, зелени и прожилками крови («ректальный плевок»).



У детей дизентерия, вызванная шигеллой Зонне, характеризуется следующими особенностями:

- Острое начало с выраженной интоксикацией.
 - У двадцати процентов детей развивается нейротоксикоз.
 - Постепенное нарастание симптомов.
 - Слабо выраженный колитный синдром.
 - Вздутие живота.
 - Увеличение печени и селезенки.
- Эквиваленты тенезмов: беспокойство, плач, покраснение лица при дефекации.
- Всегда наблюдается податливость ануса, его зияние, сфинктерит (воспаление анального сфинктера)
- Часто развивается обезвоживание.



Дизентерия



Лабораторная диагностика.

1. Бактериологический метод. С первых дней болезни проводят трехкратное (первое – до начала этиотропной терапии) исследование испражнений с целью выделения возбудителя и его идентификации. Средой для первичного посева служит среда Плоскирева. Для исследования отбирают порции с примесью слизи сразу после естественной дефекации. При невозможности провести посев на месте забора материала его помещают в пробирки с консервантом (глицериновая смесь) и хранят не более 12 часов при 2-6°C.

2. Серологический метод. С конца 1-й недели в реакции РА и РПГА (реакция агглютинации пассивной гемагглютинации) изучают нарастание титра антител. Специфичные антитела появляются на 3-5 день после заражения, максимальная концентрация антител в крови 2-3-я неделя заболевания.

3. Кoproцитологическое исследование проводят с первых дней болезни. Обнаружение в мазке из испражнений слизи, нейтрофильных лейкоцитов, эритроцитов, клеток кишечного эпителия позволяет судить об интенсивности воспалительного процесса и его локализации.



Эпидемиологический надзор

Эпидемиологический надзор включает комплекс противоэпидемических (непосредственно в очаге Дизентерии Зонне) и профилактических (в постоянном режиме) мероприятий. А так же контроль за санитарным состоянием пищевых объектов и ДДУ, соблюдением должного технологического режима при приготовлении и хранении пищевых продуктов, санитарно-коммунальным благоустройством населенных пунктов, состоянием и эксплуатацией водопроводно-канализационных сооружений и сетей, а также за динамикой заболеваемости на обслуживаемых территориях, биологическими свойствами циркулирующих возбудителей, их видовой и типовой структурой.



Мероприятия в эпидемическом очаге

Больные подлежат госпитализации по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Реконвалесцентов выписывают не ранее чем через 3 дня после нормализации стула и температуры тела при отрицательном результате однократного бактериологического исследования, проведенного не ранее чем через 2 дня после окончания лечения. Работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним, выписывают после двукратного отрицательного бактериологического исследования и допускают к работе по справке врача.

Детей младшего возраста, посещающих и не посещающих детские учреждения, выписывают с соблюдением тех же требований, что и для работников питания, и допускают в коллективы сразу после выздоровления. После выписки реконвалесценты должны находиться под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний поликлиники. За лицами, страдающими хронической дизентерией и выделяющими возбудитель, а также бактерионосителями устанавливают диспансерное наблюдение на 3 мес с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием.

Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, перенесшие острую дизентерию, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 мес, а перенесшие хроническую дизентерию - 3 мес с ежемесячным бактериологическим обследованием. По истечении данного срока при полном клиническом выздоровлении эти лица могут быть допущены к работе по специальности.

Переболевшие дизентерией дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, детские оздоровительные учреждения, также подлежат наблюдению в течение 1 мес с двукратным бактериологическим обследованием и клиническим осмотром в конце этого срока.

За лицами, контактировавшими с больным дизентерией или носителем, устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней. Работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним, подвергают однократному бактериологическому обследованию. При положительном результате обследования их отстраняют от работы. Детей, посещающих ДДУ и проживающих в семье, где имеется больной дизентерией, допускают в детское учреждение, но за ними устанавливают медицинское наблюдение и проводят однократное бактериологическое обследование.

Профилактические мероприятия

В профилактике дизентерии решающая роль принадлежит гигиеническим и санитарно-коммунальным мероприятиям. Необходимо соблюдать санитарный режим на пищевых предприятиях и рынках, в учреждениях общественного питания, продовольственных магазинах, детских учреждениях и сооружениях водоснабжения. Большое значение имеют очистка территории населенных мест и охрана водоемов от загрязнения канализационными стоками, особенно сточными водами лечебных учреждений. Немалую роль играет соблюдение правил личной гигиены. Большое значение в профилактике шигеллезов имеет гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни.

Гигиенические навыки следует прививать детям в семье, детских учреждениях и школе.

Важно обеспечить действенную разъяснительную работу среди населения по предупреждению употребления для питья воды сомнительного качества без термической обработки и купания в загрязненных водоемах. Особое значение гигиеническое обучение имеет среди лиц определенных профессий (работники пищевых предприятий, объектов общественного питания и торговли пищевыми продуктами, водоснабжения, ДДУ и др.). При устройстве на такие места работы необходима предварительная сдача санитарных минимумов.

Разработана вакцина для профилактики дизентерии Зонне у детей с 3-х летнего возраста и взрослых.

Вакцинация рекомендуется для:

- • работников инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий;
- • лиц, занятых в сфере общественного питания и коммунального благоустройства;
- • детей, посещающих детские учреждения и выезжающих в оздоровительные лагеря;
- • лиц, выезжающих в регионы с высоким уровнем заболеваемости дизентерией Зонне. По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения. Профилактические прививки против дизентерии Зонне предпочтительно проводить перед сезонным подъемом этой инфекции.



ВЫВОДЫ

1) За исследуемый период территория Астраханской области является регионом в достаточной степени эпидемиологически неблагополучным в отношении Дизентерии Зонне, что связано с пограничным расположением территорий области, активной миграции населения и широкой сетью частого общения с питанием. Ежегодно на протяжении длительного времени, на территории Астраханской области регистрируются случаи Дизентерии Зонне.

2) Продолжительное время территория Астраханской области являлась эндемичной по отношению к Дизинтерии Флекснера. Случаи регистрировались ежегодно и чаще имели завозной характер.

3) Активное наблюдение за заболеваемостью Дизентерией Зонне, в связи с активным комплексом профилактических мероприятий, проводящихся на территории всей области с 2013года, имеет тенденцию к снижению.

4) Выраженная сезонность наблюдается в осенние месяцы года, что требует усиления основных профилактических мероприятий в системе эпидемиологического надзора по Дизентерии Зонне, в первую очередь за пищевыми продуктами.

С целью снижения уровня заболеваемости на территории АО необходимо улучшение профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах, включающие селективную вакцинацию.

Заключение

В процессе проведенного исследования можно сделать вывод, Дизентерия Зонне в настоящее время является актуальной проблемой современности. За последние десятилетия наблюдаются спад и подъем заболеваемости, которые непосредственно связаны как с социальными, так и с природными факторами, однако Дизентерия Зонне является социально значимым заболеванием.

Интенсивность эпидемиологического процесса зависит от различных факторов:

- неполноценное питание;
- антисанитарные условия;
- экономическая составляющая уровня жизни населения;
- некачественное водоснабжение;
- низкий уровень санитарной культуры у населения;
- миграция населения;
- стихийные бедствия и др.

A decorative golden floral and leaf pattern is located on the left side of the slide, extending from the top to the bottom. It features stylized flowers, leaves, and swirling vines.

**Спасибо
за внимание!**