Шигеллез

Шигеллез

Шигеллез (бактериальная дизентерия, shigellosis, dysenteria) - острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода Shigella с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся симптомами общей интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

Этиология
Возбудители — грамположительные неподвижные бактерии рода Shigella семейства Enterobacteriaceae.
Выделяют 4 вида — S. dysenteriae, S.flexneri, S. boydii, S. sonnei.
Наибольшее значение имеют шигеллы Зонне и шигеллы Флекснера.

Вирулентность бактерий достаточно вариабельна. Вирулентность шигелл Флекснера довольно высока. Шигеллы Зонне наименее вирулентны, однако они более устойчивы во внешней среде, что повышает их опасность.

Шигеллез

Резервуар и источник инфекции — человек. Наибольшую опасность представляют больные с лёгкой и стёртой формами дизентерии, особенно лица определённых профессий.
Из организма человека шигеллы начинают выделяться при первых симптомах болезни. Иногда выделение бактерий затягивается до нескольких недель или месяцев.

Механизм передачи инфекции — фекально-оральный, **пути передачи** — водный, пищевой и контактно-бытовой. При дизентерии Флекснера главный путь передачи — вода, при дизентерии Зонне — пища.

Постинфекционный иммунитет нестойкий, видоспецифичный и типоспецифичный, возможны повторные заболевания, особенно при дизентерии Зонне.
После дизентерии Флекснера формируется постинфекционный иммунитет, способный предохранять от повторного заболевания в течение нескольких лет.

Шигеллез

Клиническая картина

В настоящее время выделяют следующие формы и варианты дизентерии:

- Острая дизентерия разной степени тяжести с вариантами:
    - типичная колитическая;
    - атипичная (гастроэнтероколитическая и гастроэнтеритическая).
- Хроническая дизентерия разной степени тяжести с вариантами:
    - рецидивирующая;
    - непрерывная.
- Шигеллёзное бактериовыделение:
    - субклиническое;
    - реконвалесцентное.

Шигеллез

Инкубационный период при острой форме дизентерии колеблется от 1 до 7 дней, в среднем составляя 2—3 дня.

Дизентерия, вызванная шигеллами Зонне, отличают склонность к развитию более лёгких или стёртых атипичных форм без деструктивных изменений в слизистой оболочке кишечника, кратковременное течение и клинические проявления в виде гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического вариантов.

Для дизентерии, вызванной шигеллами Флекснера, более характерен типичный колитический вариант с интенсивным поражением слизистой оболочки толстой кишки, выраженными клиническими проявлениями, нарастанием в последние годы частоты тяжёлых форм и осложнений.

Шигеллез

Колитический вариант острой дизентерии:

- протекает в среднетяжёлой форме,
- характерно острое начало с повышения температуры тела до 38-39 °С, ознобом, головной болью, апатией, снижаем аппетита, тошнотой, иногда повторной рвотой.
- беспокоят режущие схваткообразные боли в животе - сначала они носят разлитой характер, в дальнейшем локализуются в нижних отделах живота, преимущественно в левой подвздошной области
- почти одновременно появляется частый жидкий стул, сначала калового характера, без патологических примесей, затем стул становится скудным, с большим количеством слизи, в дальнейшем в испражнениях зачастую появляются прожилки крови (**«ректальный плевок»)**, частота дефекаций нарастает до 10 раз в сутки и более.
- акт дефекации сопровождается **тенезмами** — мучительными тянущими болями в области прямой кишки. Нередки ложные позывы.

Выраженные клинические проявления заболевания обычно угасают к концу первой — началу 2-й недели болезни, но полное выздоровление, включая репарацию слизистой оболочки кишечника, требует 3—4 нед.

Шигеллез

Гастроэнтероколитинеский вариант отличают короткий (6— 8 ч) инкубационный период, острое начало заболевания с повышением температуры тела, раннее появление тошноты и рвоты, боли в животе разлитого схваткообразного характера, многократный, обильный жидкий стул без патологических примесей. Отмечают тахикардию и артериальную гипотензию. На 2-3-й день болезни, заболевание приобретает характер **энтероколита**: количество выделяемых каловых масс становится скудным, в них появляется слизь, иногда с прожилками крови. Степень дегидратации обязательно учитывают при оценке тяжести течения заболевания.

Гастроэнтеритический вариант начинается остро. Быстро развивающаяся клиническая симптоматика очень напоминает таковую при сальмонеллёзе и ПТИ. Многократная рвота и частый жидкий стул могут привести к дегидратации. В дальнейшем симптомы поражения толстой кишки не развиваются. Течение заболевания бурное, но кратковременное.

Шигеллез

Стёртое течение дизентерии в настоящее время встречают довольно часто. Больные жалуются на чувство дискомфорта или боли в животе различного характера, которые могут быть локализованы и в нижних отделах живота. Проявления диареи незначительные: стул 1-2 раза в сутки, кашицеобразный, зачастую без патологических примесей. Температура тела обычно остаётся нормальной.

Хроническая форма дизентерии — заболевание с длительностью течения более 3 мес. В настоящее время её наблюдают редко. Клинически может протекать в виде рецидивирующего и непрерывного вариантов.

Шигеллез

Лабораторная диагностика

Наиболее достоверно диагноз подтверждают **бактериологическим методом** — выделением шигелл из каловых и рвотных масс. Применение **серологических методов** лабораторной диагностики часто ограничено медленным нарастанием титров специфических АТ, что усложняет диагностику. В последние годы в практику широко внедряют методы экспресс-диагностики, выявляющие Аг шигелл в испражнениях.

Эндоскопические исследования имеют определённое значение для постановки диагноза дизентерии, однако их применение целесообразно лишь в сложных случаях дифференциальной диагностики.

Шигеллез

Лечение

При наличии удовлетворительных санитарно-бытовых условий больных дизентерией в большинстве случаев можно лечить дома.
Госпитализации подлежат лица с тяжёлым течением дизентерии, а также люди пожилого возраста, дети до 1 года, больные с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями; также госпитализацию проводят и по эпидемическим показаниям.

Назначают диету (стол No 4) с учётом индивидуальной переносимости продуктов. В среднетяжёлых и тяжёлых случаях назначают полупостельный или постельный режим.

Шигеллез

Лечение
При острой дизентерии среднетяжёлого и тяжёлого течения основу **этиотропной** терапии составляет назначение **антибактериальных препаратов** в средних терапевтических дозах курсом 5—7 дней — фторхинолонов, тетрациклинов, ампициллина, цефалоспоринов, а также комбинированных сульфаниламидов. Применять антибиотики нужно с осторожностью из-за развития дисбактериоза.
В связи с этим расширены показания к назначению **эубиотиков** по 5—10 доз в сутки в течение 3—4 нед.

По показаниям проводят дезинтоксикационную и симптоматическую терапию, назначают иммуномодуляторы, ферментные комплексные препараты, энтеросорбенты, спазмолитики.

Шигеллез

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. Немалую роль играет соблюдение правил личной гигиены.

Мероприятия в эпидемическом очаге.
Если больного оставляют дома, ему назначают лечение, проводят разъяснительную работу о порядке ухода за ним и выполняют текущую дезинфекцию в квартире.
За лицами, контактировавшими с больным дизентерией или носителем, устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней.

Холера

Холера

Холера — острая антропонозная кишечная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи. Характерны диарея и рвота, приводящие к развитию дегидратации и деминерализации. В соответствии с Международными медико-санитарными правилами холеру относят к карантинным инфекциям.

Этиология

Холерные вибрионы представлены изогнутыми, очень подвижными грамотрицательными палочками с длинным жгутиком.

Возбудитель холеры быстро погибает при дезинфекции и кипячении, высушивании и на солнечном свете, чувствителен к антибиотикам тетрациклиновой группы и фторхинолонам.

Холера

Резервуар и источник инфекции — больной человек или вибриононоситель. Больной наиболее опасен в первые дни болезни. В эти дни испражнения и рвотные массы содержат наибольшее количество возбудителя.

Механизм передачи — фекально-оральный, реализуется через факторы бытовой передачи (загрязнённые руки, предметы обихода), воду, пищевые продукты. Ведущий путь передачи — водный.
Холера распространяется с большей лёгкостью, чем другие кишечные инфекции. Этому способствует массивное раннее выделение возбудителя с испражнениями и рвотными массами, не имеющими специфических запаха и окраски.
После перенесённой инфекции формируется достаточно длительный и напряжённый иммунитет.

Холера

Клиническая картина
Инкубационный период при холере варьирует от нескольких часов до 5 сут.

Заболевание отличает острое, часто внезапное начало в ночные или утренние часы. Первыми симптомами бывают выраженный, но безболезненный позыв к дефекации и ощущение дискомфорта в животе.
Жидкий стул сначала может сохранять каловый характер, при прогрессировании заболевания частота дефекаций быстро нарастает до 10 раз в сутки и более, испражнения становятся водянистыми, бескаловыми и в отличие от других диарейных кишечных инфекций не имеют зловонного запаха, могут приобрести вид **«рисового отвара** (выглядят как мутноватая жидкость с зелёным оттенком, содержащая белые рыхлые хлопья).
Рвота при холере, как правило, появляется позже диареи, бывает обильной, повторной, возникает внезапно и не сопровождается чувством тошноты и болями в эпигастральной области. При повторной рвоте она становится водянистой.
В отличие от обычных кишечных инфекций холере не свойственны боли в животе. Температура тела остаётся нормальной, а при выраженном обезвоживании с потерей солей (дегидратации III и IV степеней) развивается гипотермия.

Холера

В случаях выраженной дегидратации внешний вид больного приобретает характерные черты:

- кожные покровы становятся бледными, холодными, теряют обычный тургор;
- появляется цианотичный оттенок губ и ногтевых фаланг, в дальнейшем цианоз усиливается и распространяется на дистальные отделы конечностей.
- слизистые оболочки бывают сухими, голос становится приглушённым, хриплым, а затем пропадает (афония)
- заостряются черты лица, глаза западают, появляются тёмные круги под глазами (симптом «очков»), кожа подушечек пальцев и кистей сморщивается («руки прачки»).
- у больных прогрессируют тахикардия и артериальная гипотензия, уменьшается количество мочи (олигурия).

При ухудшении состояния у больного могут возникать судороги клонического характера, сначала в мышцах дистальных отделов конечностей, затем они могут распространиться на мышцы брюшной стенки, спины, диафрагмы.

Следует помнить, что нарастание клинических проявлений заболевания может прекратиться на любом из его этапов.

Холера

Лабораторная диагностика
Установление окончательного диагноза возможно только после получения результата бактериологического исследования, требующего 36—48 ч. **Бактериологический метод** лабораторной диагностики холеры служит решающим. Для анализа могут быть использованы испражнения и рвотные массы больных, загрязнённое ими бельё, содержимое тонкой кишки и жёлчного пузыря.

Многочисленные **серологические методы** диагностики могут иметь ориентировочное и эпидемиологическое значение, но окончательным доказательством диагноза их не считают.

Холера

Лечение
Больных холерой и вибриононосителей обязательно госпитализируют.
На догоспитальном этапе, а также в стационаре при лёгком и (иногда) среднетяжёлом течении болезни (дегидратации I и II степеней) для возмещения потерь жидкости и солей глюкозо-солевые растворы назначают внутрь.

При дегидратации III—IV степеней изотонические полиионные кристаллоидные растворы вводят внутривенно в объёме, равном 10% массы тела, в подогретом виде (до 38—40 °С) в течение первых 1,5—2 ч.

Учитывая возможность дальнейших потерь жидкости и электролитов с рвотными массами и испражнениями, необходимо продолжать поддерживающую регидратационную терапию капельным внутривенным введением жидкостей со скоростью 40—60 мл/мин.

Параллельно с регидратационной терапией больным назначают **этиотропное лечение**: доксициклин по 200—300 мг/сут или фторхинолоны (ципрофлоксацин по 250—500 мг 2 раза в сутки) в течение 5 дней. Выбор антибиотиков осуществляют после определения чувствительности к ним циркулирующих вибрионов.

Холера

Мероприятия в эпидемическом очаге

Основные противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации очага холеры:

- ограничительные меры и карантин;
- выявление и изоляция лиц, соприкасавшихся с больными и носителями;
- лечение больных холерой и вибриононосителей;
- профилактическое лечение контактных лиц;
- текущая и заключительная дезинфекция.

Обязательно обследуют лиц, контактировавших с больным холерой или вибриононосителем. Госпитализация больных обязательна.

Переболевшие холерой находятся под медицинским наблюдением в течение 3 мес после выписки из стационара. В первый месяц их обследуют бактериологически 1 раз в 10 дней, в дальнейшем — 1 раз в месяц.

Ротавирусная инфекция

Ротавирусная инфекция

Ротавирусная инфекция – острое антропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое ротавирусом, и характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта по типу гастроэнтерита с развитием синдрома дегидратации.

Ротавирусная инфекция - преимущественно **детское заболевание**, поэтому и основным источником инфекции (в том числе для взрослых) исходно являются дети из организованных коллективов.

Ротавирусная инфекция

Основной механизм передачи - фекально-оральный, реализуемый преимущественно водным, пищевым и контактно-бытовым путем.
Источник инфекции - больной манифестной формой заболевания или носитель

Этиология
Ротавирус относится к роду Rotavirus семейства Reoviridae.
Поскольку вирус имеет кольцевую структуру, напоминающую спицы и обод, было дано название «ротавирус» - от латинского слова «rota» (колесо).

Ротавирусная инфекция

Инкубационный период при ротавирусной инфекции составляет от 12 часов до 3-5 дней (чаще 1-2 дня).

Чаще начало острое: резкое повышения температуры до фебрильных цифр, длительность лихорадки редко превышает 2-4 дня, умеренно выраженные симптомы интоксикации.

Поражение ЖКТ протекает по типу гастроэнтерита или (реже) энтерита.
Ротавирусному **гастроэнтериту** свойственны два варианта начала болезни: острый (около 90% больных), когда все основные симптомы появляются в 1-е сутки болезни, и подострый, когда к 1-2 симптомам на 2-3 день болезни присоединяются диарея, рвота, лихорадка.
Рвота может возникать одновременно с диареей или предшествовать ей, носит повторный или многократный характер на протяжении 1-2 дней.
Стул обильный, водянистый, пенистый, желтого цвета, без видимых патологических примесей, или с небольшим количеством прозрачной слизи, иногда отмечается характерный кислый запах испражнений. Частота стула в среднем не превышает 4–5 раз в сутки, продолжительность диареи - в среднем от 3 до 7 дней.

Тяжесть течения ротавирусного гастроэнтерита определяется объемом патологических потерь жидкости с рвотой и диареи.

Ротавирусная инфекция

Клиническая классификация.
На сегодня общепринятой клинической классификации ротавирусной инфекции нет. Выделяют типичные (гастрит, гастроэнтерит, энтерит) и атипичные (стертая, бессимптомная) формы, а также вирусоносительство.

К **атипичным формам** ротавирусного гастроэнтерита относятся:

- стертая форма протекает со слабо выраженными и быстро проходящими симптомами, диагностируется преимущественно в эпидемических очагах;
- бессимптомная форма протекает с отсутствием клинических симптомов болезни, но с нарастанием титров специфических антител в крови, выявляется в очагах инфекции;
- носительство ротавирусов может быть реконвалесцентным (после перенесенного острого ротавирусного гастроэнтерита), транзиторным (выявляется у здоровых лиц в очагах инфекционных диарей) и хроническим (более 3-х месяцев).

Ротавирусная инфекция

По **тяжести течения** выделяют:
Легкая форма (20-40%) ротавирусного гастроэнтерита характеризуется лихорадочной реакцией до 38°С, умеренными симптомами интоксикации, слабовыраженным болевым абдоминальным синдромом и диарейным синдромом до 4-5 раз в сутки.
Среднетяжелая форма (40-70%) характеризуется лихорадкой с повышением температуры до 39,5°С, симптомами интоксикации, развитием тошноты, рвоты, диареи с частотой стула до 10-18 раз в сутки, с примесью прозрачной слизи; болями в животе продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней.
Тяжелая форма ротавирусного гастроэнтерита может характеризоваться выраженными симптомами интоксикации (температура может повышаться до 40°С и выше). Рвота чаще многократная, обильный водянистый стул с кислым запахом более 20-25 раз в сутки. Быстро прогрессируют симптомы дегидратации.

По **продолжительности заболевания** и его исходу — острое (до 1 месяца), затяжное (до 3-х месяцев), хроническое (более 3-х месяцев).

Ротавирусная инфекция

Диагностика
При ротавирусном гастроэнтерите материалом для исследований служат фекалии.
Наиболее эффективным способом диагностики ротавирусного гастроэнтерита являются - **молекулярно-генетическая диагностика** (полимеразная цепная реакция) с обнаружением РНК ротавирусов (основной метод).
Иммуноферментный тест проводят для обнаружения антигена ротавирусов в фекалиях.

Лечение
Основой лечебных мероприятий при ротавирусном гастроэнтерите является терапия, включающая: режим, регидратацию, диету, средства патогенетической терапии (сорбенты, пробиотики, пребиотики, ферменты), противовирусную и иммуномодулирующую терапию (иммуноглобулины оральные); симптоматические средства (жаропонижающие, спазмолитики)

Иерсиниоз

Иерсиниоз

Острое зоонозное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением ЖКТ в сочетании с разнообразной токсико-аллергической и полиочаговой симптоматикой.

Этиология
Y. enterocolitica (возбудитель кишечного иерсиниоза) — подвижные грамотрицательные факультативно-анаэробные споронеобразующие палочки рода Yersinia семейства Enterobacteriaceae.

Патогенные свойства иерсиний связаны с их основными токсинами — энтеротоксином, эндотоксином (ЛПС-комплексом), цитотоксинами.
Бактерии имеют жгутиковые (H-), соматические (O-) Аг, а также Аг вирулентности (V- и W-), расположенные на наружной мембране. Важную патогенетическую роль играют антигенные связи иерсинии с некоторыми тканевыми Аг человека (щитовидная железа, синовиальные оболочки суставов, эритроциты, печень, почки, селезёнка, лимфатические узлы, толстая кишка, червеобразный отросток, вилочковая железа).

Иерсиниоз

Резервуар и источники инфекции — различные животные, главным образом свиньи, крупный и мелкий рогатый скот, собаки, грызуны и др. Заражение от людей происходит редко.

К возбудителям восприимчивы различные сельскохозяйственные, а также домашние животные. Основной резервуар возбудителя и источник заболеваний человека — грызуны.

Механизм передачи — фекально-оральный, ведущий путь передачи — пищевой, не исключён также водный и контактно-бытовой путь. Передача возбудителей реализуется при употреблении сырых либо неправильно термически обработанных мясных, молочных и овощных продуктов, в том числе хранившихся в холодильнике.

Иерсиниоз

Клиническая картина
Инкубационный период при кишечном иерсиниозе — в пределах 1—6 сут, (при псевдотуберкулёзе варьирует от 3 до 18 дней).

Гастроинтестинальная форма.
Встречают наиболее часто (более 50% случаев) и клинически во многом напоминает другие острые кишечные инфекции, прежде всего сальмонеллёзы и ПТИ. Изолированные поражения желудка (острый гастрит) при иерсиниозах практически не отмечают. Диспептический синдром развивается более чем в половине случаев. Интоксикация обычно возникает одновременно, но иногда может предшествовать развитию диспептического синдрома.
Приблизительно у половины больных можно наблюдать небольшое увеличение печени и реакцию со стороны периферических лимфатических узлов.
В части случаев в динамике иерсиниозов возникают дизурические явления (15-17%), артралгии в разгар болезни и сыпь на коже на 2—6-й день от начала заболевания. Элементы сыпи исчезают в срок от нескольких часов до 3—4 сут и оставляют после себя мелкочешуйчатое или крупнопластинчатое (на ладонях и подошвах) шелушение.

Иерсиниоз

Генерализованная форма.
Отличается полисиндромностью проявлений.
На фоне развития общетоксического синдрома с высокой лихорадкой часто отмечают выраженные артралгии, сковывающие движения больных (до 80% случаев), боли при глотании и катаральные изменения со стороны верхних дыхательных путей, экзантемы со 2—3-го дня болезни с поражением ладоней и подошв (до 90% случаев).
Диспептический синдром может проявляться лишь в начале клинического процесса, но иногда сохраняется и в период разгара: боли в животе, чаще в правой подвздошной области, наблюдающиеся у половины больных, возникают, как правило, позже повышения температуры тела, приблизительно в 25% случаев возможны тошнота, рвота и неустойчивый стул.
В динамике заболевания развивается гепатолиенальный синдром, длительно сохраняется высокая лихорадка и усиливаются другие признаки интоксикации.
Заболевание может принять волнообразное или рецидивирующее течение.

Иерсиниоз

Лабораторная диагностика
Эффективность выделения возбудителя низкая, что обусловлено незначительным количеством иерсинии в исследуемом материале (особенно в крови) и высокой обсеменённостью исследуемых объектов сопутствующей микрофлорой. Бактериологический анализ требует достаточно длительного времени — от 7 до 30 дней.

Более перспективны экспресс-методы определения Аг иерсинии в слюне, моче и крови больных в при серологических методах (РКА, РЛА, РНИФ, ИФА).

Иерсиниоз

В последние годы стали чаще практиковать стационарное лечение с полноценными пролонгированными курсами этиотропной терапии даже лёгких форм заболевания.
При проведении этиотропной терапии курс лечения заканчивают не ранее 10—12-го дня после нормализации температуры тела.

Группа антибиотиков	Генерическое название	Суточная доза
Антибиотики I рада • фторхинолоны	Ципрофлоксацин Офлоксацин	0,5 г х 2 раза в день 0,4 г х 2 раза в день
Антибиотики II ряда полусинтетические тетрациклины	Доксициклин Метациклин	0,1 г х 2 раза в день 0,3 г х 3 раза в день
Альтернативные препараты: • комбинированные сульфаниламиды • аминогликозиды • цефалоспорины III поколения	 Ко-тримоксазол Тентамицин Цефтриаксон	 0,960 г х 2 раза в день 0,240 г х 1 раз в день 2,0 г х 1 раз вдень