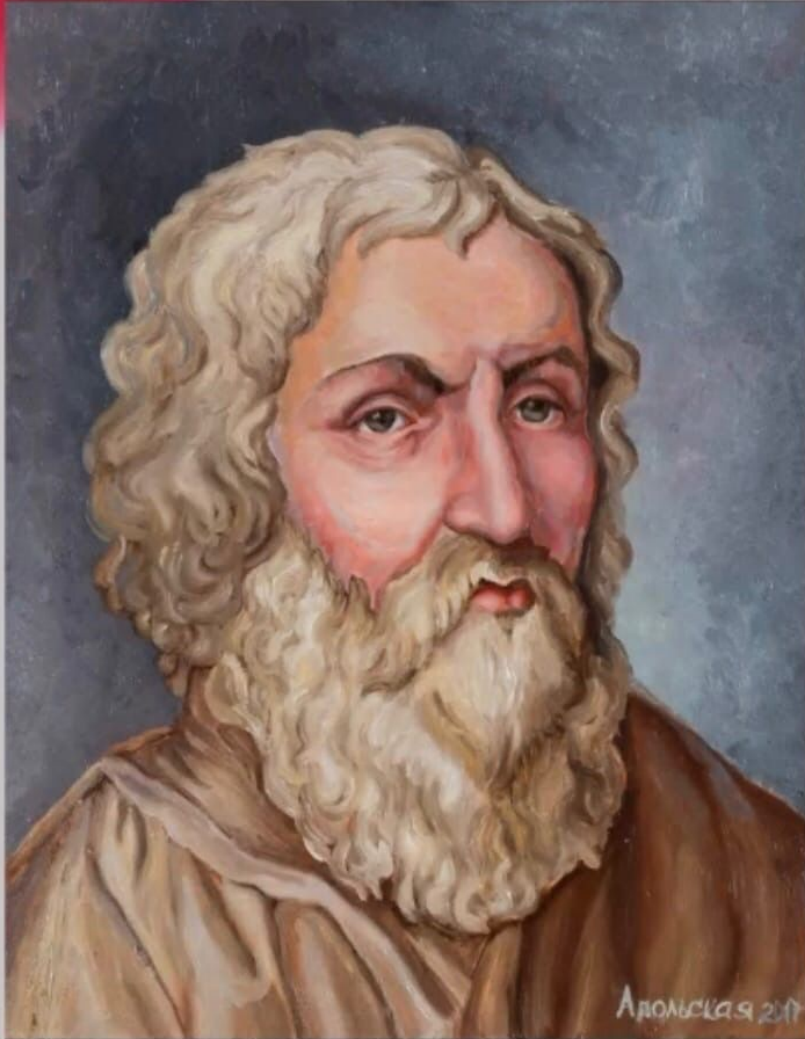




Дизентерия

Презентацию подготовили
ассистент кафедры инфекционных болезней
взрослых и эпидемиологии СПбГПМУ,
Басина Валентина Владимировна,
и
ученица 11фм¹ класса ГБОУ Лицей №101,
Пшенай-Северин Елена

Название заболевания



Гиппократ

- дал Гиппократ
- Слово **ДИЗЕНТЕРИЯ** состоит из двух корней:
dys – нарушение,
расстройство и **enteron**
– кишка.
- До конца 19 века под этим названием подразумевались любые заболевания, сопровождавшиеся «кровавым или натужным поносом».

Определение

- **Дизентерия** – это инфекционное заболевание человека, вызываемое **бактериями рода Шигелл**, с **фекально-оральным механизмом** заражения, протекающее с преимущественным поражением слизистой оболочки **толстого кишечника**.

Определение

Название
возбудителя

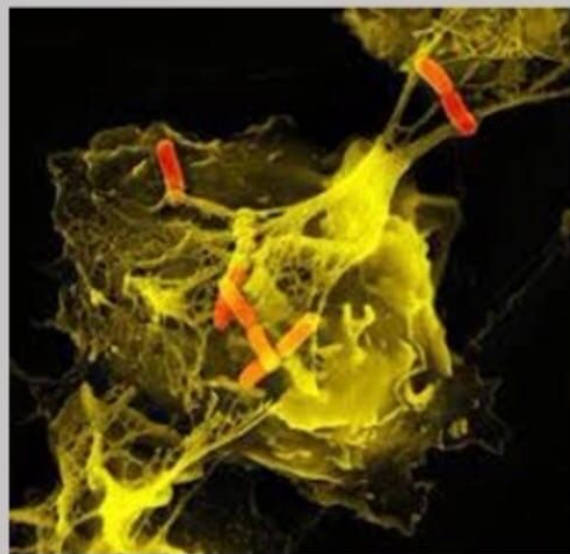
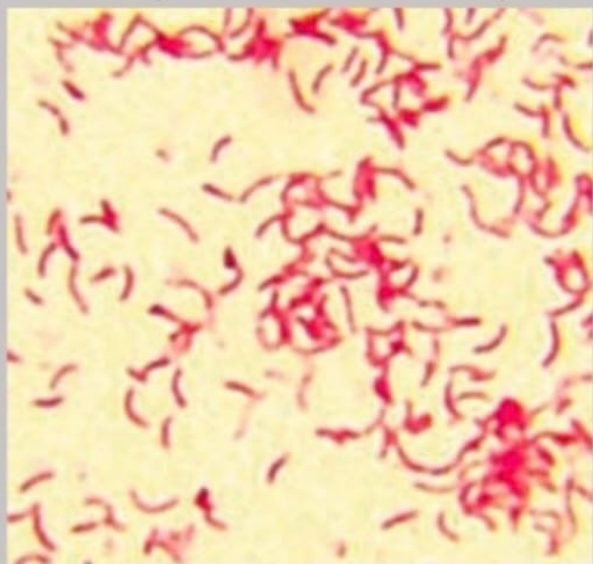
- **Дизентерия** – это инфекционное заболевание человека, вызываемое **бактериями рода Шигелл**, с **фекально-оральным механизмом** заражения, протекающее с преимущественным поражением слизистой оболочки **толстого кишечника**.

Основной
механизм или путь
передачи инфекции

Основной
очаг
поражения в
организме

Этиология

- Возбудителями являются бактерии рода Шигелл.
- Они были обнаружены в 1875 году А.С.Раевским в стенке кишечника человека, умершего от «кровавого поноса».
- В 1889 году доцент Московского университета П.И.Кубасов выделил «длинные бациллы» из фекалий и органов людей, умерших от дизентерии.



Окраска по
Граму «-»

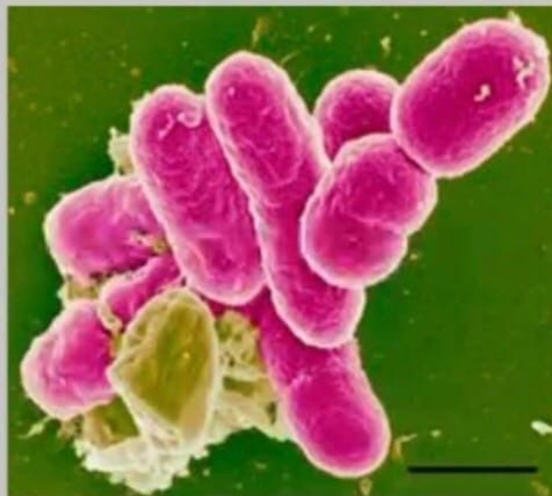
Этиология

Микробиологическая классификация

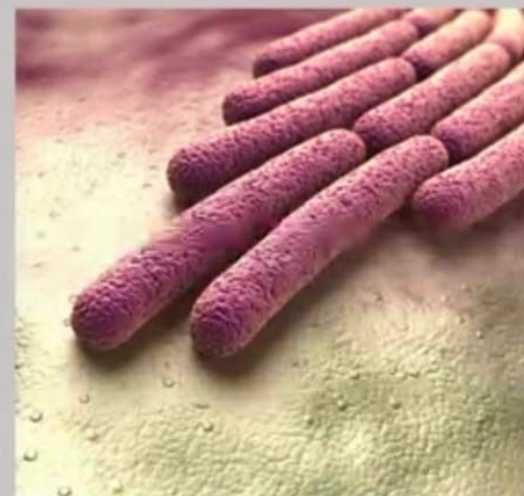
- Род *Shigella*
- Виды:
 - **Группа А** – *S.dysenteriae* (12 сероваров, в том числе шигелла Григорьева-Шига)
 - **Группа В** – *S.flexneri* (6 сероваров, 5 из которых подразделяются на 2 подсеровара, обозначаемые а и b)
 - **Группа С** – *S.boydi* (18 сероваров)
 - **Группа D** – *S.sonnei* (дифференцируют по ферментативным свойствам)



Шигелла Бойди



Шигелла Флекснера



Шигелла Зонне

Этиология

- Шигелла обладает О- и К-антигенами: О-антигены определяют серологическую специфичность бактерий, К-антигены являются оболочечными структурами. Эти бактерии неподвижны, хорошо растут на простых питательных средах: Эндо и Плоскирева.



Среда Эндо

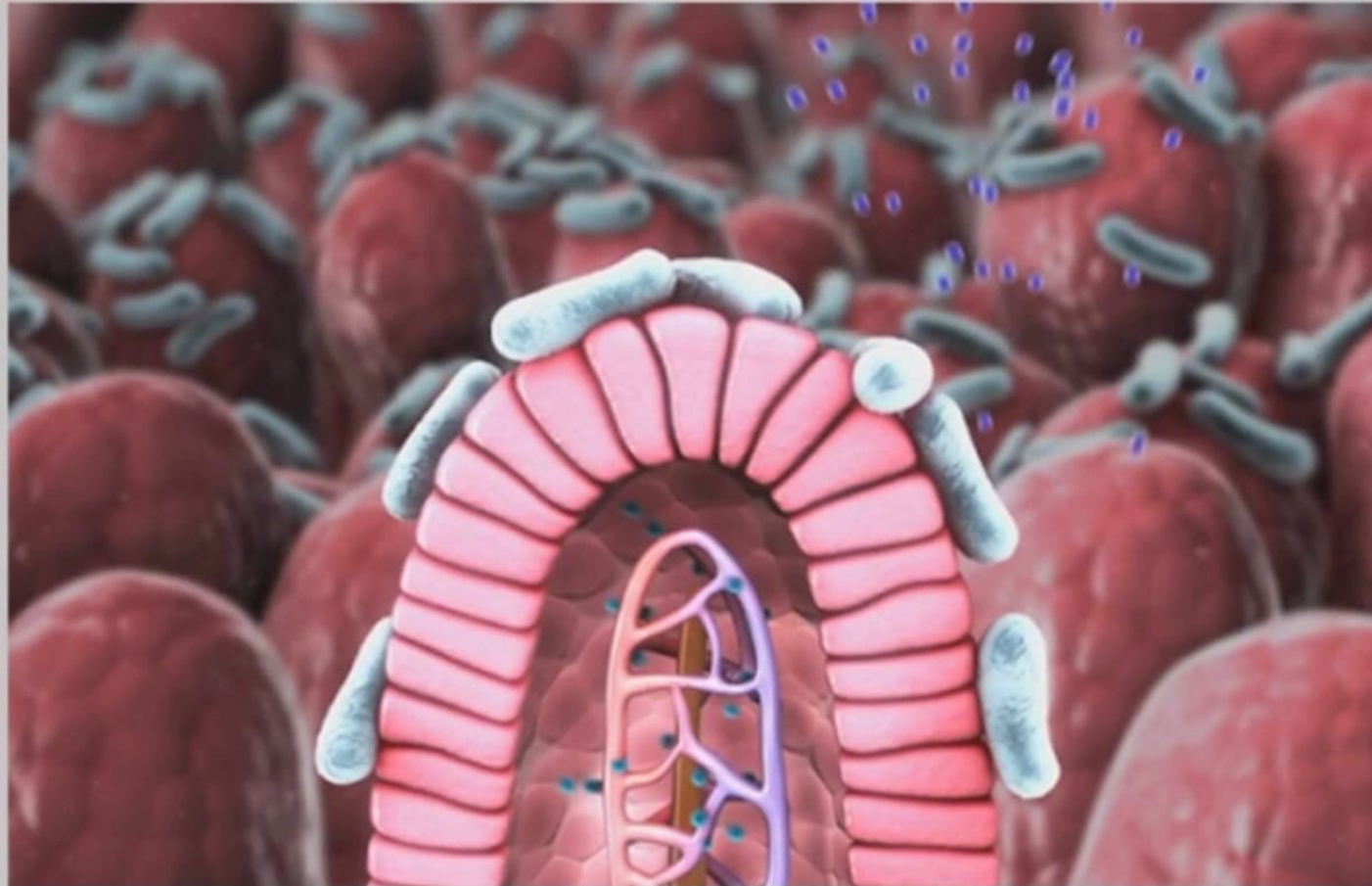


**Среда
Плоскирева.**
Состав:
питательный
агар, лактоза,
нейтральный
красный, соли
желчных
кислот,
бриллиантовый
зелёный

ЭТИОЛОГИЯ

Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

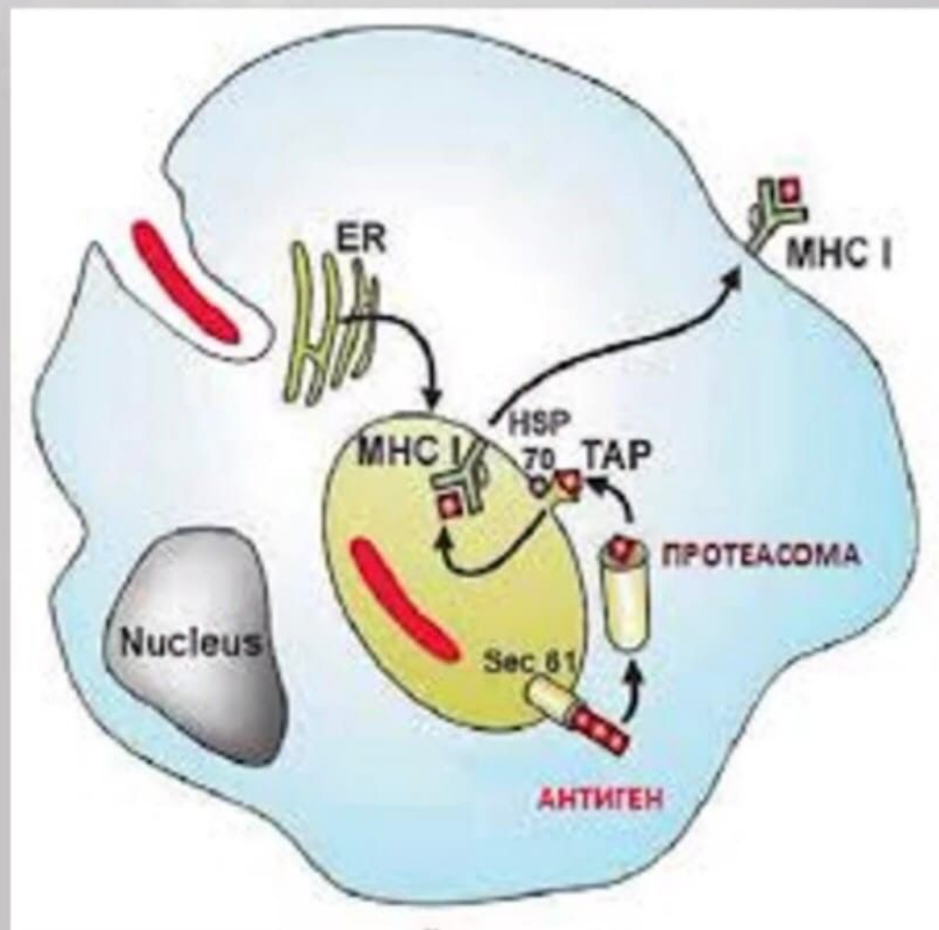
1. Способность к адгезии.



ЭТИОЛОГИЯ

Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

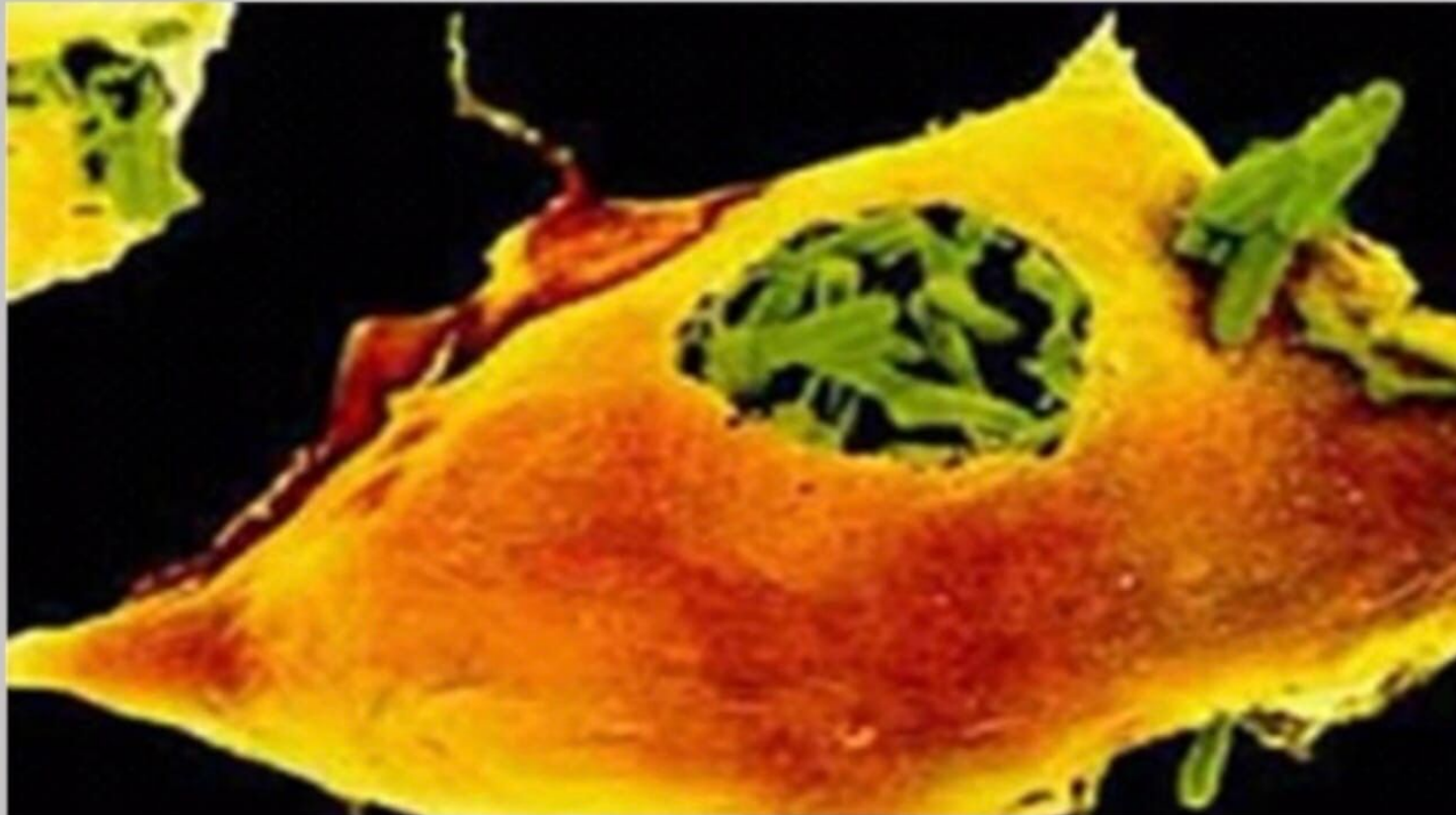
2. Способность к инвазии



ЭТИОЛОГИЯ

Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

3. Способность к внутриклеточному размножению

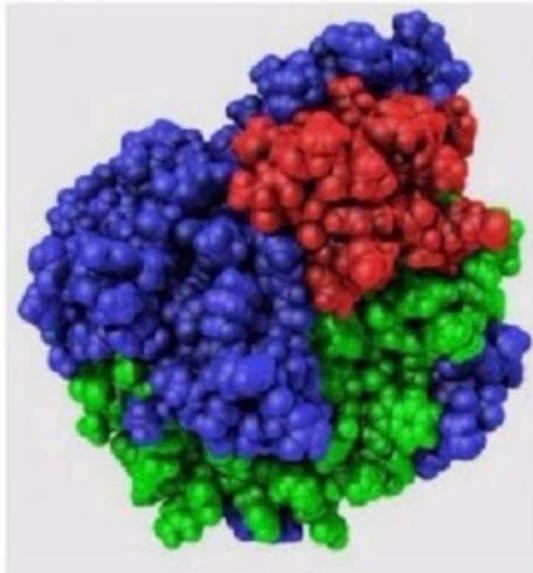
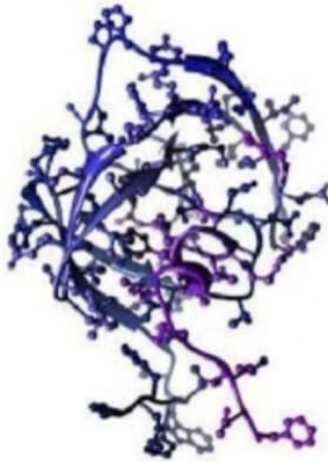


ЭТИОЛОГИЯ

Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

4. Способность к ферментообразованию

Ферменты



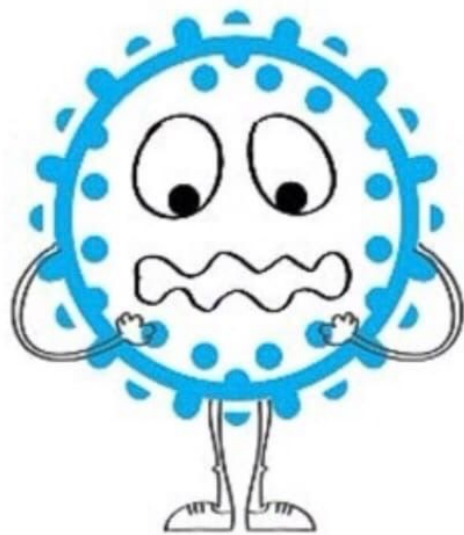
Коагулаза
Фибринолизин
Плазмокоагулаза
Нейроминидаза
Гиалуронидаза

ЭТИОЛОГИЯ

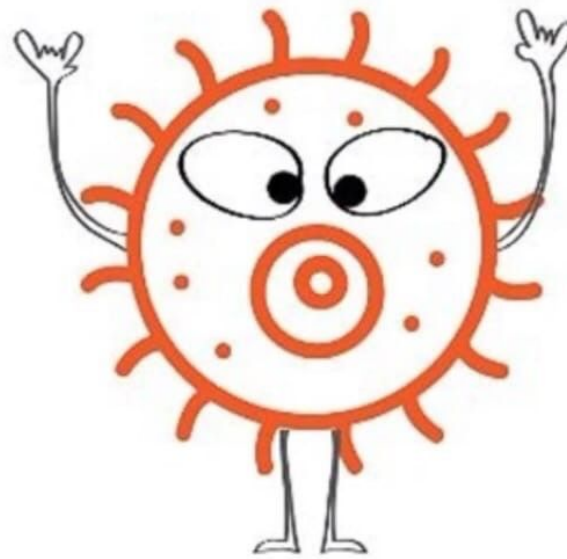
Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

5. Способность к токсинообразованию

Токсины



ЭКЗОТОКСИН



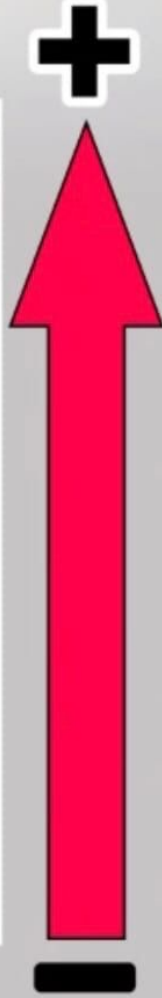
ЭНДОТОКСИН

Этиология

Факторы, определяющие патогенность
микроорганизма

- 1) *S. dysenteriae*
- 2) *S. flexneri*
- 3) *S. boydi*
- 4) *S. sonnei*

Способность к
токсинообразованию



Способность к
ферментобразованию

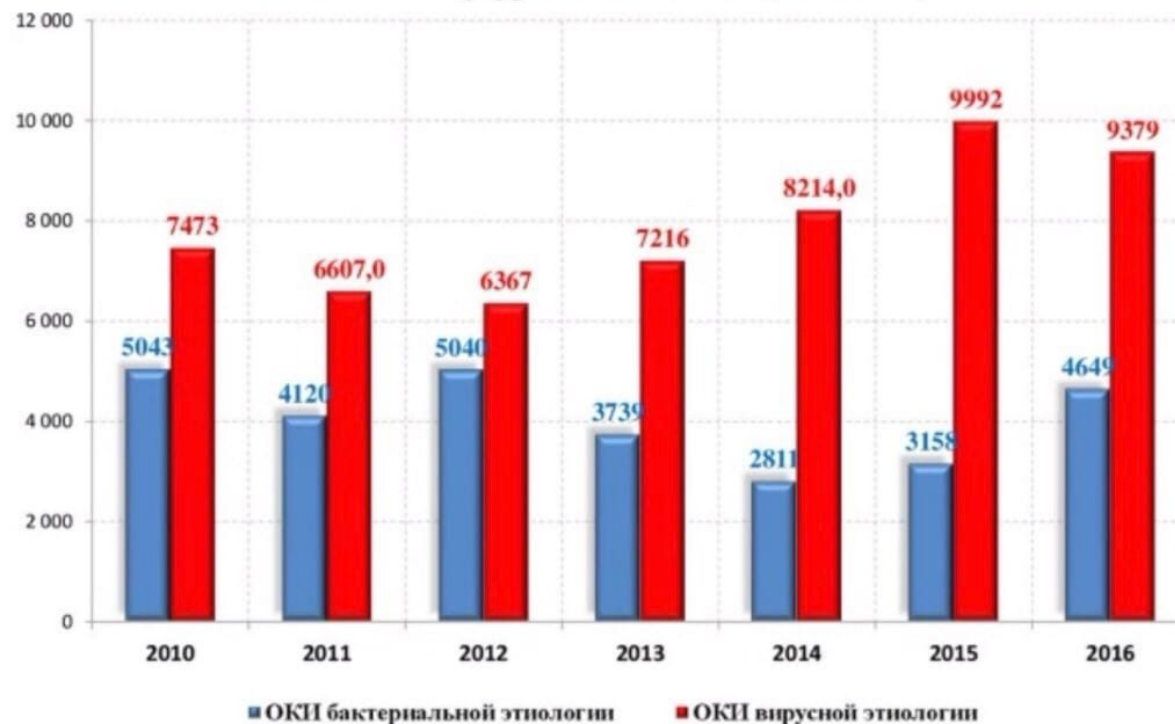


Эпидемиология

Структура острых кишечных инфекций

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Соотношение ОКИ бактериальной и вирусной этиологии
в Санкт-Петербурге в 2010-2016гг. (абс. числа).



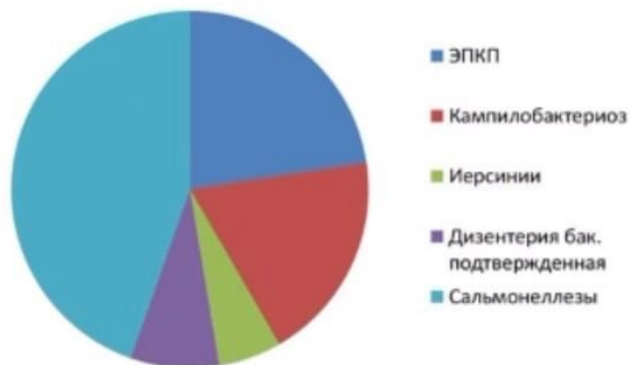
Эпидемиология

Структура острых кишечных инфекций

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Этиологическая структура ОКИ вызванных бактериями
в Санкт-Петербурге в 2016г.

ОКИ бактериальной этиологии

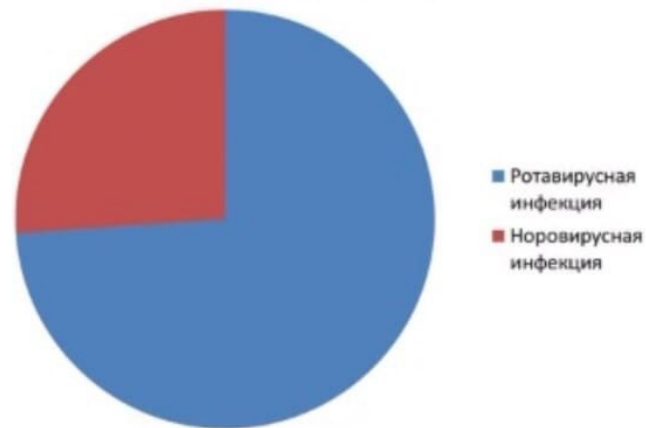


▪ В 2016 г. зарегистрирован 1936 случаев сальмонеллезных инфекций, показатель заболеваемости составил 37,29 на 100 тыс. населения.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Этиологическая структура ОКИ вызванных вирусами
в Санкт-Петербурге в 2016г.

ОКИ вирусной этиологии



Эпидемиология

Три звена эпидемиологического процесса

**Источник
инфекции**

**Факторы
передачи
инфекции**

**Восприимчивый
организм**

Эпидемиология

Три звена эпидемиологического процесса

Источник инфекции



Эпидемиология

Три звена эпидемиологического процесса

Факторы передачи инфекции



Эпидемиология

Три звена эпидемиологического процесса

Восприимчивый организм



Эпидемиология

Механизм передачи инфекции

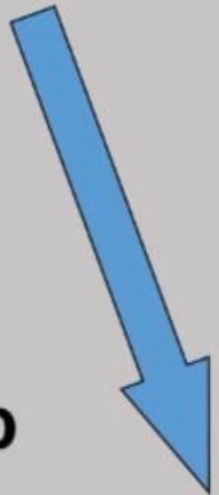


Фекально-оральный

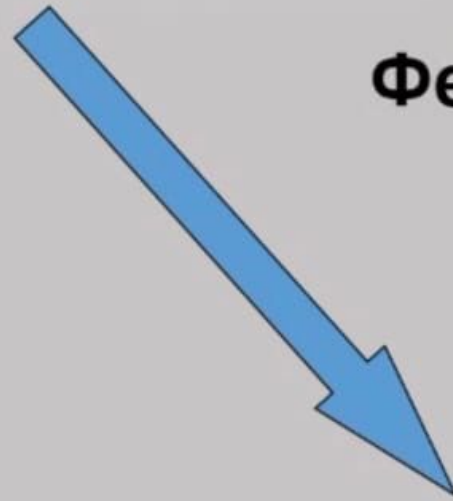
Пути передачи инфекции



Пищевой
(алиментар
ный)



Водный



Контактно-бытовой

Эпидемиология

Пути передачи инфекции



S.dysenteriae



S.flexneri



S.boydi

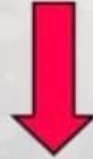


S.sonnei



Патогенез

Попадает в организм через рот



Частично погибает в кислой среде желудка



Размножается в тонком кишечнике, выделяя эндотоксины и экзотоксины



Всасываясь в кровь, токсины распространяются по всем тканям, оказывая действие на ЦНС, что приводит к возникновению лихорадки и интоксикации

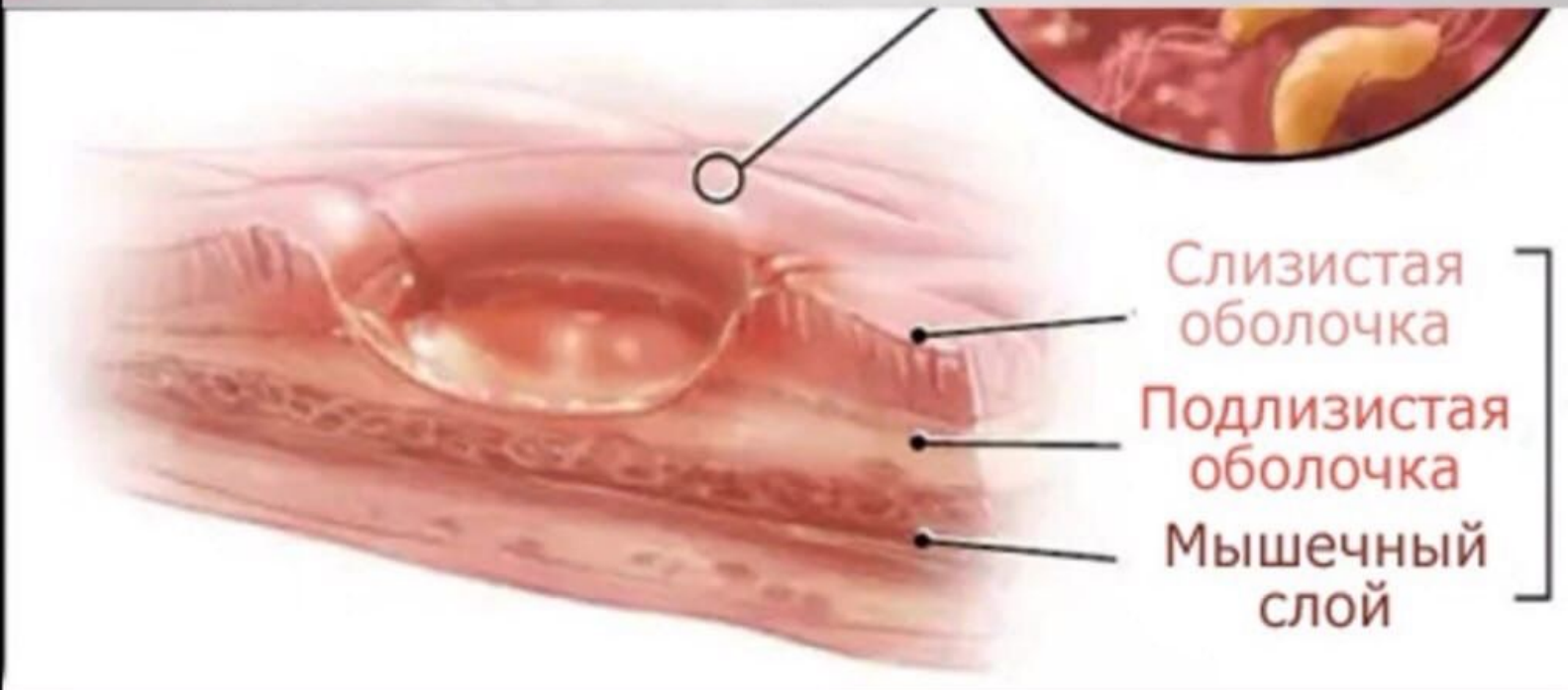
Язвообразование



Сенсибилизация толстой кишки токсинами способствует внедрению шигелл в её стенку



Патогенез



Классификация шигеллеза:

I. Международная классификация болезней

X пересмотра (МКБ-10)

A03 Шигеллез

A03.0 Шигеллез, вызванный *Shigella dysenteriae*

A03.1 Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

A03.2 Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

A03.3 Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

A03.8 Другой шигеллез

A03.9 Шигеллез неуточненный

Клиника

Клиническая классификация

Дизентерия

```
graph TD; A[Дизентерия] --> B[Острая]; A --> C[Хроническая]; B --> D[Типичная]; B --> E[Атипичная]; C --> F[Рецидивирующая]; C --> G[Непрерывная];
```

Острая

Типичная:

- Лёгкая
- Средне-тяжёлая
- Тяжёлая

Атипичная:

- Стёртая
- Абортивная
- Гипертоксическая
- Гастроэнтероколитическая

Хроническая

Рецидивирующая

Непрерывная

Клиника

Дизентерия. Типичная форма.

Средне-тяжёлое течение

Основные клинические синдромы:

- **1 Лихорадочный синдром**
- Заболевание начинается остро с подъёма температуры, которая повышается от субфебрильных цифр до **фебрильных (38.0° - 39.5°)**, а в тяжёлых случаях и выше. Обычно лихорадка сохраняется **4-6 дней**, но нередко может удлиняться до 7 суток и более.



Клиника

Дизентерия. Типичная форма.
Средне-тяжёлое течение

Основные клинические синдромы:

- 2 Интоксикационный синдром
- Проявляется с 1 дня заболевания



Головная боль,
головокружение



Тошнота
и рвота



Ломота в мышцах и суставах

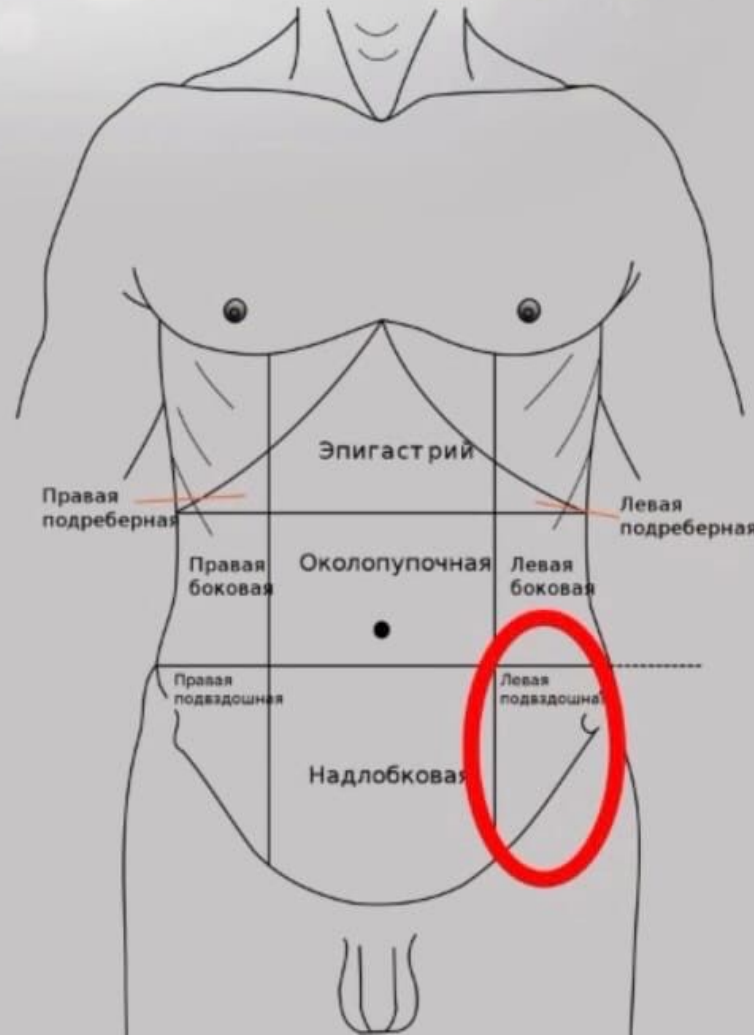


Слабость, недомогание

Клиника

Дизентерия. Типичная форма.
Средне-тяжёлое течение
Основные клинические синдромы:

- 3 Синдром дистального колита
- Боли в животе. Начинаются с 1 дня заболевания. Локализуются в **левой подвздошной области**. Боли носят схваткообразный, режущий характер, связаны с актом дефекации.



Клиника

Дизентерия. Типичная форма.

Средне-тяжёлое течение

Основные клинические синдромы:

- **3 Синдром дистального колита**
- Дефекации. Частота дефекаций при лёгком течении не превышает 10-ти в сутки, при средне-тяжёлом – 11-25 в сутки, а при тяжёлом течении больше 25-ти раз в сутки.
- Тенезмы. Тенезмы – ложные позывы на акт дефекации.



Клиника

Дизентерия. Типичная форма.

Средне-тяжёлое течение

Основные клинические синдромы:

- **3 Синдром дистального колита**
- Характер стула. Первые несколько дефекаций стул носит каловый характер, затем скуднеет и приобретает **патологические примеси (кровь, слизь, гной)**. Далее приобретает вид маленького комочка, состоящего из слизи, окрашенной кровью, называется **«ректальный плевок»**.



Клиника

Дизентерия. Хроническое течение

- Можно говорить о хронической дизентерии при длительности заболевания более 3 месяцев.
- Она развивается достаточно редко. Чаще встречается рецидивирующая форма. Рецидив болезни напоминает острую форму, однако с меньшей выраженностью лихорадки, интоксикации и дистального колита.
- Непрерывная форма характеризуется отсутствием ремиссий. Заболевание сопровождается изменением всех видов обмена, истощением, анемией, тяжёлым дисбактериозом кишечника.

Клиника

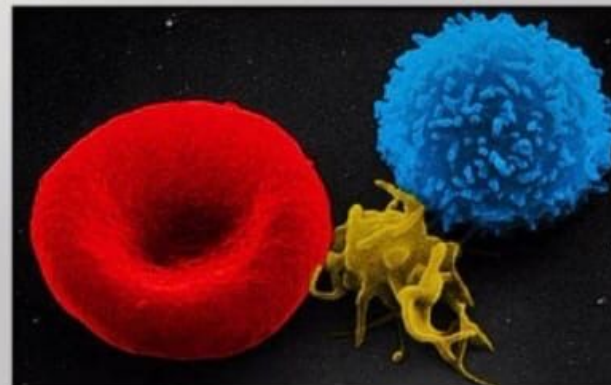
Дизентерия. Осложнения

1. Инфекционно-токсический шок
2. Шок смешанного генеза (инфекционно-токсический + гиповолемический)
3. Геморрагический инфаркт кишечника
4. Токсическая дилатация толстой кишки
5. Периколит
6. Проктиты, парапроктиты
7. Перфорация кишки – перитонит
8. Обострение геморроя
9. Трещина анального отверстия
10. Выпадение прямой кишки
11. Синдром Обуховской больницы
12. Дисбактериоз кишечника
13. Язвенное кровотечение
14. Геморроидальное кровотечение

Неспецифическая диагностика

1) Копрограмма:

- наличие патологических примесей: лейкоциты, эритроциты, слизь



2) Клинический анализ крови:

- лейкоцитоз
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- повышенное СОЭ



3) Ректороманоскопия:

- обнаружение язв на протяжении 30-ти см от анального отверстия
- НА 7 дней (перед выпиской)



Специфическая диагностика

1. Бактериологический метод.

- Материалом являются фекалии (при атипичной форме – рвотные массы). Забор материала производится как можно раньше от начала клинических проявлений и до АБ-терапии.
- Посев производится на среды Эндо и Плоскирева.
- Результат получают через 5-7 дней.



- Высев возбудителя определяет 100% подтверждения диагноза

Специфическая диагностика

2. Серологический метод

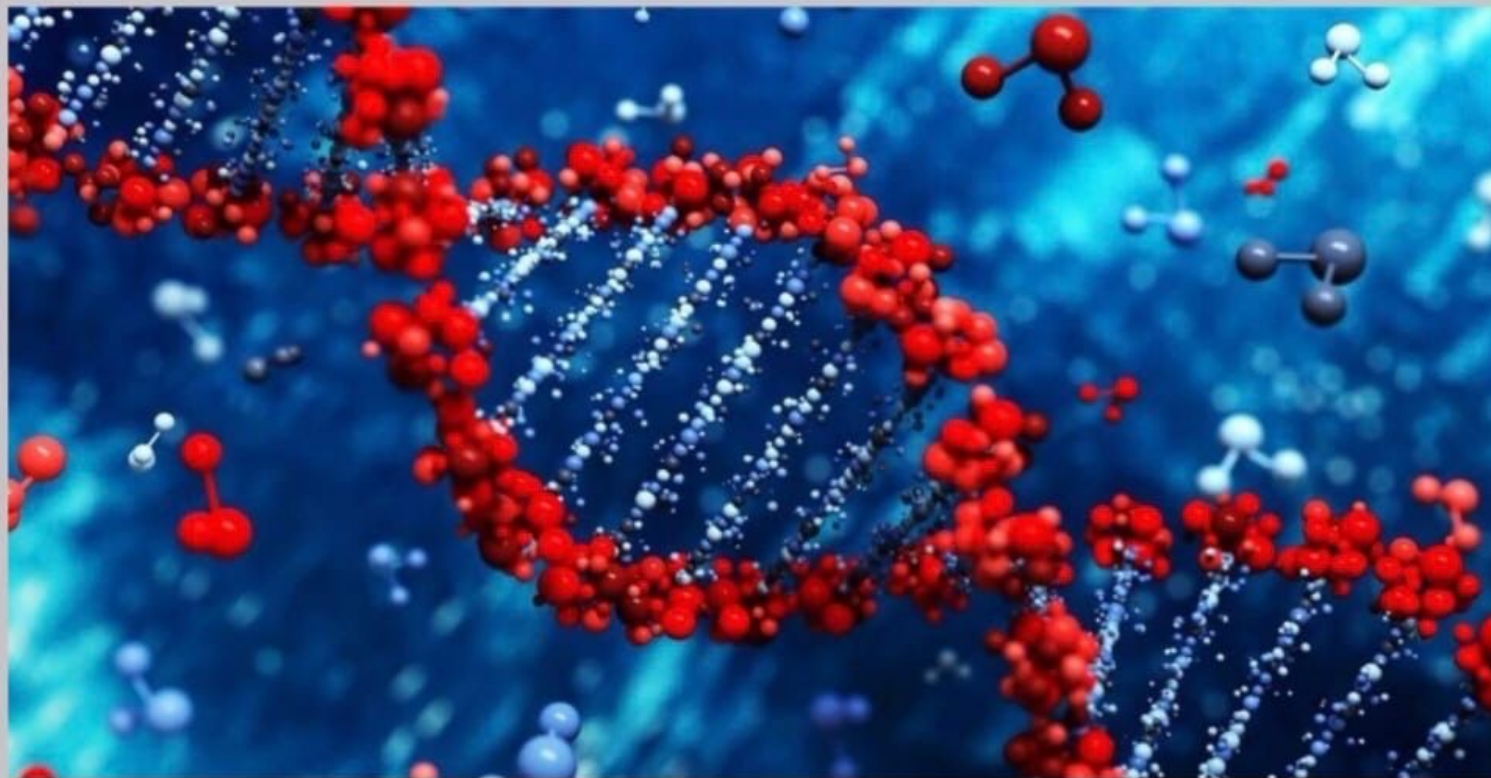
- Материалом для этого метода является кровь пациента. Забор крови производят на 7-ой день от начала клинических проявлений.
- Чаще всего проводят серологическую диагностику с помощью РНГА. Минимальный диагностический титр в РНГА – $1/200$.



Специфическая диагностика

3. Молекулярно-биологический метод

- Материалом является фекалии, рвотные массы.
- Используется ПЦР – полимеразная цепная реакция.



Лечение

Этиотропная терапия

- 1) Антибиотики фторхинолонового ряда:
 - ✓ ципрофлоксацин
 - ✓ офлоксацин
 - ✓ пефлоксацин
 - ✓ левофлоксацин
 - ✓ ломефлоксацин
 - ✓ спарфлоксацин
 - ✓ моксифлоксацин
- 2) Антибиотики цефалоспоринового ряда:
 - ✓ цефтриаксон
 - ✓ цефотаксим
 - ✓ цефоперазон
 - ✓ цефтазидим
 - ✓ цефиксим
 - ✓ Цефипим
- 3) Препараты нитрофуранового ряда:
 - ✓ фурадонин
 - ✓ фурагин
 - ✓ фуразолидон



Лечение

Патогенетическая терапия

1. Энтеросорбенты – для выведения токсинов из кишечника: полифепан, активированный уголь, смекта, энтеросгель.
2. Дезинтоксикационная терапия – внутривенное введение коллоидных растворов (геммодез, полиглюкин, реополиглюкин), при атипичной форме – кристаллоидных растворов (трисоль, дисоль, кватрисоль, хлосоль).
3. Антиоксидантная терапия – витамины Е и С, цитохром С, рибоксин.



Лечение

Симптоматическая терапия

- Жаропонижающие средства:
 - аналгин
 - парацетамол
 - аспирин
 - нурофен
- Спазмолитические средства:
 - ношпа (дротаверин)
 - дюспаталин
 - спазган



Профилактика

Специфическая

- Шигеллвак – полисахаридная вакцина от дизентерии Зонне. Не входит в календарь профилактических прививок. Назначается по эпидемиологическим показаниям. Применение возможно взрослым и детям от 3-х лет. Иммунитет сохраняется в течение года.



Профилактика

Неспецифическая

- В очагах дизентерии проводится текущая и заключительная дезинфекции механическими, физическими и химическими способами. Для последнего используют 1%-ный хлоромин. Для выявления больных и бактерионосителей производят обследование эпидемических очагов.
- Госпитализации подлежат больные с тяжёлым течением, а также при наличии эпидемиологических и социальных показаний (проживание в общежитии, коммунальной квартире, отсутствие лиц, обеспечивающих уход).
- Лечению подлежат выявленные бактерионосители.
- После выписки из стационара больные наблюдаются в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) в течение 1-6 месяцев в зависимости от тяжести и профессии пациента. Во время наблюдения больным производят бактериологическое исследование испражнений 1 раз в месяц.



Амебиаз

Определение

- **Амебиаз** – это протозойная болезнь человека, вызываемая **Entamoeba histolytica**, с **фекально-оральным механизмом** передачи инфекции и преимущественным поражением **проксимального отдела толстого кишечника**, в ряде случаев осложняющаяся абсцессами печени, головного мозга, лёгких и других органов.

Определение

Название
возбудителя

- **Амебиаз** – это протозойная болезнь человека, вызываемая **Entamoeba histolytica**, с **фекально-оральным механизмом** передачи инфекции преимущественным поражением **проксимального отдела толстого кишечника**, в ряде случаев осложняющаяся абсцессами печени, головного мозга, лёгких и других органов.

Основной механизм
или путь передачи
инфекции

Основной
очаг
поражения в
организме

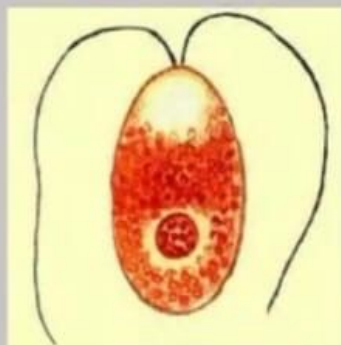
История открытия

- Открытие возбудителя принадлежит приват-доценту Медико-хирургической академии Фёдору Александровичу Лёшу. Он обнаружил амёб и описал их и клинику амебиаза в 1875 году.
- А в 1883 году обнаружил амёб в тканях кишечника больных Роберт Кох.



Этиология

- Возбудителем заболевания является **Entamoeba histolytica**, которая существует в двух формах: вегетативная и цистная.
- Вегетативная форма амёбы включает тканевую (инвазивную) форму, большую вегетативную форму (эритрофаг), малую вегетативную форму (просветную) и предцистную форму. Погибают в окружающей среде через 20-30 минут.
- Цисты сохраняются в фекалиях 15 дней, в чистой воде – 1 месяц, во влажной почве – 8 дней. Погибают при температуре выше 85° и обработке раствором крезоле.



Цистная форма



Эпидемиология

- Амебиаз распространён во всём мире. Высокая заболеваемость встречается в странах с тропическим и субтропическим климатом (между 30° северной широты и 20° южной). Часто встречается на Кавказе (Дагестан, Армения, Грузия) и в Средней Азии (Туркмения, Таджикистан, Киргизия).
- Источник инфекции – больной человек и цистовыделитель.

Цистовыделитель



Больной человек

Эпидемиология

Фактор передачи инфекции



Овощи и фрукты



Вода



Предметы
домашнего
обихода

Эпидемиология

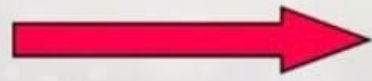
Восприимчивый организм



Все люди

Эпидемиология

Механизм
передачи
инфекции

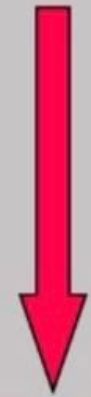


Фекально-оральный

Пути передачи инфекции



Алиментарный



Водный



Контактно-бытовой

Патогенез

Заражение происходит при попадании цист
в ротовую полость человека



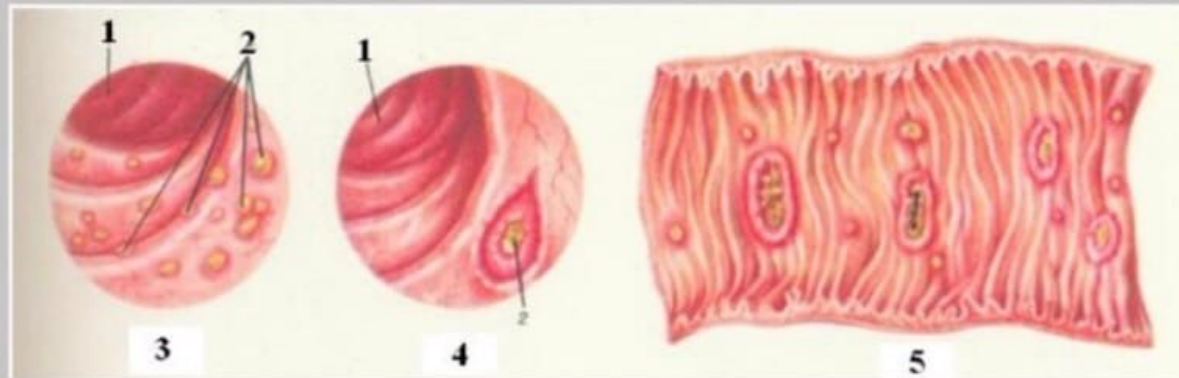
В тонком и толстом кишечнике циста
превращается в вегетативную форму



Вегетативная форма внедряется в слизистый
слой кишечника, вызывая образование язв и
микроабсцессов

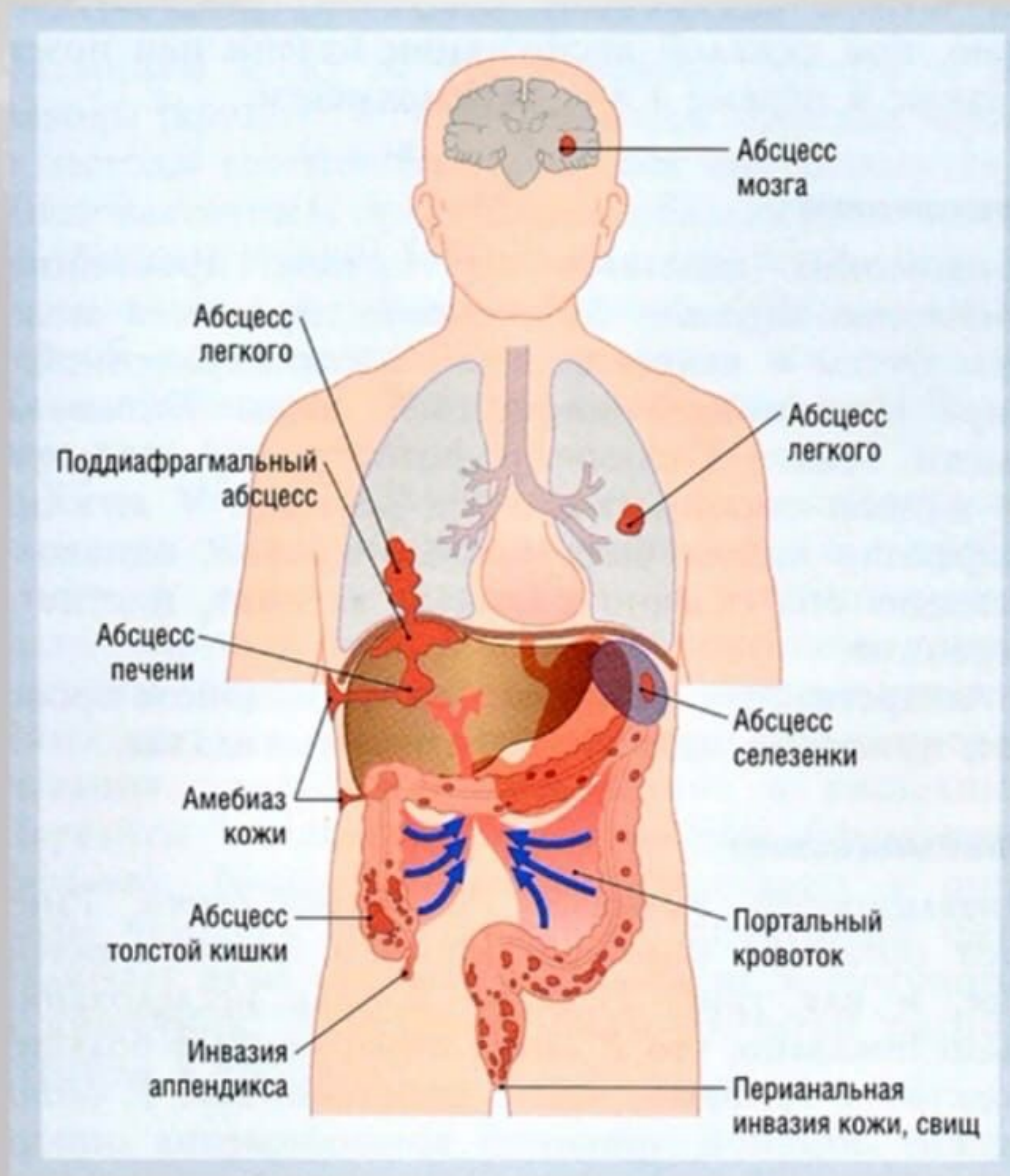


Поражение проксимального
отдела толстого кишечника



Множественные язвы проксимального
отдела толстой кишки

Патогенез



Клиника

Классификация по МКБ-10

• **Амебиаз (A06):**

- **A06.0 Острая амебная дизентерия**
 - ❖ Острый амебиаз
 - ❖ Кишечный амебиаз БДУ
- **A06.1 Хронический кишечный амебиаз**
- **A06.2 Амебный недизентерийный колит**
- **A06.3 Амебома кишечника**
 - ❖ Амебома БДУ
- **A06.4 Амебный абсцесс печени (K77.0*)**
 - ❖ Печеночный амебиаз

- **A06.5 Амебный абсцесс легкого**
 - ❖ Амебный абсцесс легкого (и печени)
 - ❖ Амебный абсцесс легкого (и печени) с пневмонией
- **A06.6 Амебный абсцесс головного мозга (G07*)**
 - ❖ Амебный абсцесс головного мозга (и печени) (и легкого)
- **A06.7 Кожный амебиаз**
- **A06.8 Амебная инфекция другой локализации**
 - ❖ Амебный аппендицит
 - ❖ Амебный баланит
- **A06.9 Амебиаз неуточненный**

Клиника

Клиническая классификация

Амёбная дизентерия



Кишечная форма



Внекишечная форма

Клиника

Кишечный амебиаз. Основные синдромы

1. Лихорадочный синдром
2. Интоксикационный синдром



Выражены
незначительно

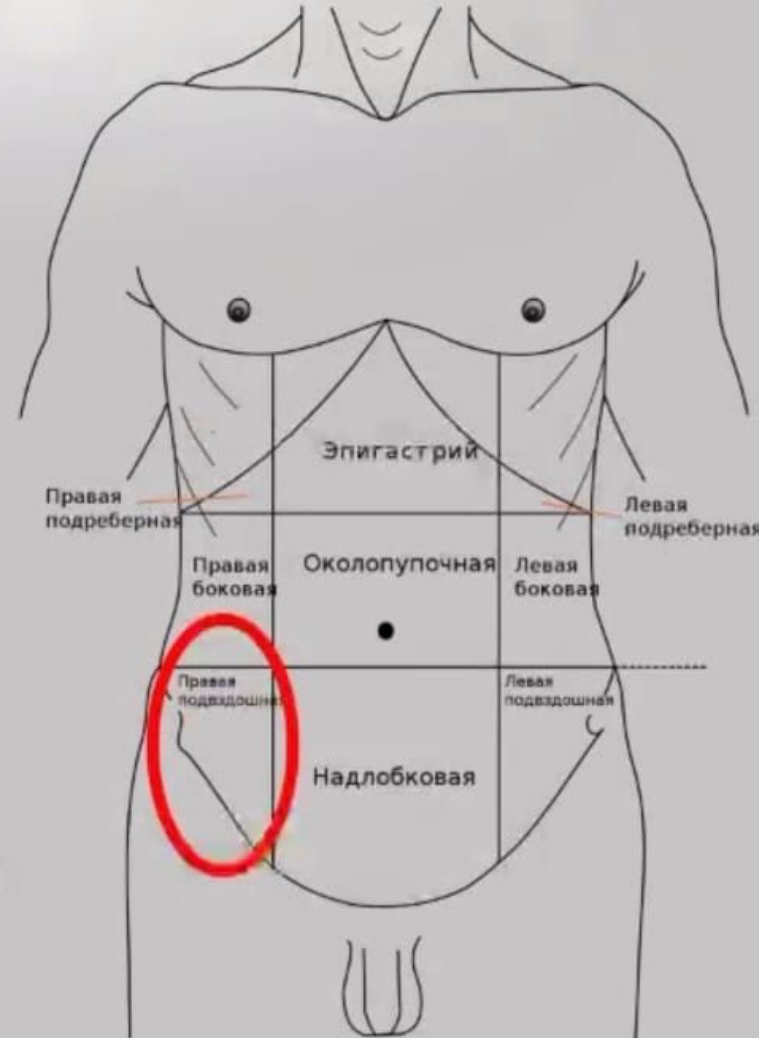


Клиника

Кишечный амебиаз. Основные синдромы

3. Синдром проксимального колита

- Боли в животе возникают постепенно, локализуются в **правой подвздошной области**, умеренной интенсивности



Клиника

Кишечный амебиаз. Основные синдромы



- 3. Синдром проксимального колита**
- Дефекации. Увеличение числа дефекация происходит постепенно. Сначала возникает неустойчивый кашицеобразный стул с частотой 3-5 раз в сутки. Через некоторое время появляются перемешанные примеси крови и стекловидной слизи, которые в дальнейшем приобретают вид «малинового желе».



Стул по типу «малиновое желе»



Малиновое желе

Клиника

Внекишечный амебиаз

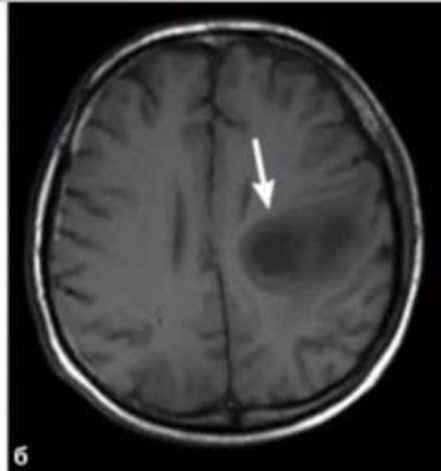
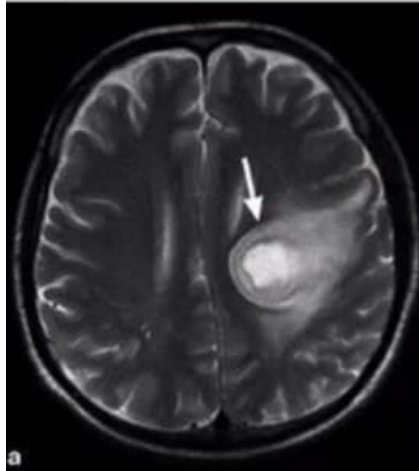


Амебный абсцесс печени



Симптомы

Амебный абсцесс головного мозга



Амебный абсцесс лёгких

Диагностика

Специфическая диагностика

- **Микроскопический метод**
- Материалом являются фекалии больного в течение 20-30 минут после акта дефекации!!!
- Обнаружение большой вегетативной формы или эритрофага даёт возможность диагностировать амебиаз.
- Обнаружение малой вегетативной формы (просветной) или цист даёт возможность диагностировать носительство.



Лечение

Этиотропная терапия

- Метронидазол, внутрь или внутривенно 30 мг/кг/сутки в 3 приема. Курс – 8-10 дней.
- Орнидазол, 2 г/сутки в 2 приема в течение 3 дней.
- Секнидазол, 2 г/сутки в 1 прием в течение 3 дней.



Профилактика

Специфическая профилактика

**Вакцина от амебиаза
не разработана!**

