**Лекция № 4**

Тема: **«Дизентерия, эшерихиозы и беременность».**

План

1. Дизентерия.

* Определение.
* Этиология.
* Эпидемиология.
* Клиника.
* Диагностика.
* Осложнения.
* Доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи.
* Лечение и сестринский уход.
* Профилактика.
* Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.

1. Эшерихиозы.

* Определение.
* Этиология.
* Эпидемиология.
* Классификация.
* Клиника.
* Диагностика.
* Осложнения.
* Доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи.
* Лечение и сестринский уход.
* Профилактика.
* Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.

**Дизентерия бактериальная.**

**Дизентерия** (Д) – инфекционная болезнь человека, вызываемая бактериями рода шигелл, протекающая с преимущественным поражением слизистой оболочки нижнего отдела толстого кишечника, характеризуется общей интоксикацией, схваткообразными болями в животе, частым жидким стулом со слизью и кровью, часто с тенезмами.  
 Заболевание известно давно. В начале 19 века М.Я.Мудров описал течение дизентерии, отметив ее характерные морфологические признаки.  
 В начале 19 века были выделены и описаны возбудители Д. русским ученым А.В.Григорьевым и японским Шига. Позже были открыты возбудители Флекснера, Зонне, Штутцера-Шмитца, Ньюкастла, Бойд-Новгородского. В Настоящее время все возбудители обозначают понятием шигеллы, а вызываемые ими заболевания принято называть шигеллезами.

**Этиология.**  
 Возбудители – шигеллы, грамотрицательная неподвижная палочка, аэроб, достаточно устойчива во внешней среде: в молоке сохраняется до 2-х недель, в кислых молочных продуктах до 6-8 дней; в испражнениях, на фруктах, овощах – до 2-х недель; в почве, выгребных ямах – до 2-х месяцев.  
 При t – 60 градусов шигеллы погибают за 25-30 минут, а при кипячении – за 2-3 минуты. Губительно на них влияют хлорсодержащие дезсредства.  
  
 **Эпидемиология.**  
 Источником инфекции являются больные острой, затяжной и хронической дизентерией, а также бактерионосители. Наибольшее эпидемическое значение имеют больные с легким и стертым течением острой дизентерии, которые, как правило, не лечатся в медицинских учреждениях. Работники пищевых предприятий и приравненные к ним лица часто скрывают наличие болезни.  
 Механизмы передачи – фекально-оральный. Пути передачи: водный, пищевой, контактно - бытовой. Факторами передачи являются инфицированная вода, пищевые продукты (фрукты, овощи, молоко и молочные продукты, которые в последнее время часто являются факторами передачи дизентерии), грязные руки.   
 Восприимчивость к дизентерии высока среди всех возрастных групп, однако, дети болеют чаще. Характерна сезонность (летнее время).  
 Встречается в виде спорадических случаев, так и в виде отдельных вспышек.

**Клиника.**  
 Инкубационный период 1-7 дней, чаще 1-2 дня. Острая дизентерия характеризуется развитием трех основных синдромов:  
 - интоксикационного;  
 - спастически-болевого;  
 - гемоколитического;  
 Начало заболевания всегда острое. Больной жалуется на озноб, боли в левой половине живота, особенно в левой подвздошной области, плохой аппетит и сон, повышается t, отмечается слабость, недомогание.  
 Затем появляется частый жидкий стул, сначала каловый, а затем присоединяются слизь, кровь, гной, в тяжелых случаях стул теряет каловый характер и приобретает вид «ректального плевка».  
 В конце первого начала второго дня болезни возникают ложные позывы на дефекацию – тенезмы.   
 Язык обложен белым налетом, вначале влажный, а по мере прогрессирующего обезвоживания становится сухим, налет становится коричневым.  
 Живот нестолько втянут. Печень и селезенка не увеличены. В левой подвздошной области пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка, живот урчит, АД слегка снижено.  
 По тяжести Д. может быть:  
 - легкой;  
 - средне-тяжелой;  
 - тяжелой;  
 Дизентерия вызванная шигеллой Зонне протекает несколько иначе. Чаще бактерии Зонне вызывают заражение людей, употребляющих пищевые продукты, особенно молоко. При этом возникает повторная рвота, довольно резкие боли а правой подвздошной области (иногда симулирующие аппендицит), острое повышение t. Такие формы необходимо дифференцировать с пищевым токсикоинфекциями.  
 Особенность современной дизентерией является преобладание более легких форм болезни.  
 Дизентерия может протекать в колитическом, гастроэнтероколитическом или гастроэнтеритическом варианте.  
 Выздоровление больных острой дизентерией происходит довольно медленно. Исходом болезни может быть не только полное выздоровление, но и развитие затяжных, а также хронических форм.  
 Острая дизентерия – длится до 1 месяца, затяжная – до 3-х месяцев, свыше 3-х месяцев хроническая дизентерия.  
 Затяжная дизентерия наблюдается у 2-3 % лиц перенесших острую форму болезни. Неустойчивый стул у таких больных сохраняется в течение 2-3 месяцев.  
 Хроническая дизентерия может быть непрерывной, протекая без ремиссий в течение 1,5-2 лет и рецидивирующей – примерно у 1% больных, которая очень опасна в эпидемиологическом отношении.  
 **Диагноз** ставят на основании эпиданамнеза, клиники и лабораторных данных:  
 - бактериологическое исследование кала на дизгруппу;  
 - копрологическое исследование кала (общий анализ кала). В норме в кале не должно быть слизи, лейкоцитов и эритроцитов;  
 - серологическое исследование: РА, РПГА;  
 - кожно-аллергическая проба Цуверкалова;  
 - ректороманоскопия;  
 Дифференцировать следует с сальмонеллезом, колиинфекцией, неспецифическим язвенным колитом, аппендицитом, кишечной непроходимостью.

**Лечение**. Госпитализация проводится по клиникоэпидемиологическим показаниям. Если больной дизентерией оставлен для лечения дома, ставятся в известность органы санэпиднадзора. Диета щадящая. Уход.

Этиотропная терапия При легком течении колитического и гастроэнтероколитического вариантов можно назначать “Фуразолидон” по 0,1- 4 раза в сутки, “Мексаду” по 2 дражже 3-4 раза во время приема пищи, “Невиграмон” по 0,5-1 г 4 раза в день. Курс 2-3 дня

“Левомицетин” при лечении дизентерии не рекомендуется в связи с его способностью задерживать заживление слизистой, усугублять дисбактериоз, замедлять процесс иммуногенеза.

Следует назначать “Ампицилин”, “Невиграмон” 5-7 дней при средне-тяжелых и тяжелых формах можно назначать “тетрациклин”, “Доксициклин”, “Бисептол”, “Фуразолидон” и др. Курсы лечения индивидуальные, но не менее 3-5 дней.

Дезинтоксикационная терапия.

При развитии симптомов обезвоживания проводят регидратацию. В очень тяжелых случаях применяют гормоны коротким курсом. Десенсибилизирующая терапия

Для повышения иммунных сил, лучшего заживления слизистой назначают “Метилурацил или “Пентоксин”.

Витаминотерапия.

Ферменты: «пепсин», , «панкреатин», «фестал», мезим-форте».

В связи с наличием практически во всех случаях болезни дисбактериоза кишечника показаны такие препараты: “Бификол”, “Бифидиум” и др.

С целью нормализации моторно-эвакуаторной деятельностью кишечника назначают спазмолитики и вяжущие средства (“Папаверин”, “Но-шпа”, “Беладонна”, отвар черники, дубовой коры, граната и др.)

Больным с затяжным течением назначают физиотерапию (диатермия, парафин, электрофорез с новокаином или папаверином и др.)

**Условия выписки**. Клиническое выздоровление, однократное исследование кала на дизгруппу. Лицам декретирванной группы - три анализа кала на дизгруппу и нормальная ректороманоскопия. Диспансерное наблюдение - 3 месяца.

**Профилактика**. Больных изолируют. За контактными наблюдают 7 дней, их обследуют однократно на дизгруппу.

Больные с хронической формой дизентерии не допускаются к работе на пищевых предприятиях.

В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

Строгий санитарный надзор за водоснабжением, объектами питания, канализацией. Очистка и хлорирование питьевой воды, удаление отбросов и борьба с мухами, санитарное охрана пляжей.

Соблюдение правил личной гигиены.

Санпросветработа.

Повышение специфической и общей резистентности организма (фагопрофилактика, использование колибактерина в детских учреждениях).

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

**Дизентерия,** особенно острая, оказывает неблагоприятное влияние на течение и исход беременности: часто заканчивается выкидышем, преждевременными родами (до 30%). Мертворождаемость высокая (до 10%). Преждевременная активная сократительная деятельность матки объясняется либо непосредственным воздействием дизентерийного токсина на мускулатуру матки, либо возбуждением и усилением ее сократительной способности под влиянием повышенной перистальтики кишечника, усиленного образования при этом ацетилхолина. Не исключается возможность внутриутробного заражения плода дизентерией и последующая внутриутробная смерть его.

Заражение плода может произойти во время родов. У больных дизентерией нередко обнаруживается во влагалище кишечная микрофлора {до 90%, в том числе палочки Флекснера). Роды при этом заболевании протекают тяжело, с разными осложнениями. Мертворождаемость достигает 10—11%; высока и ранняя детская смертность. В послеродовом периоде часто отмечаются субинволюция, маститы.

Сравнительно высока и материнская смертность. Среди беременных и родильниц, больных дизентерией, она значительно выше, чем среди больных небеременных, что указывает на значительное снижение реактивности и защитных сил организма беременной при заболевании дизентерией (авитаминозы).

Диагноз ставится на основании клинической картины острой дизентерии. В других случаях необходимы подробный анализ эпидемиологических данных, исследование нижнего отрезка толстого кишечника (ректороманоскопия), посев кала. Рекомендуется всем беременным производить исследование кала. Лечение стационарное, в инфекционном отделении, возможно раньше.

Полноценное лечебное питание с достаточным количеством витаминов, правильный уход, применение химиотерапевтических препаратов: синтомицин + фталазол.

**Эшерихиозы**

**Эшерихиозы** (Э)– острые инфекционные заболевания, характеризуются разнообразием клинических форм, протекают с симптомами общей интоксикации, поражением пищеварительного тракта и развитием эксикоза.

**Этиология.** Эшерихиозы являются полиэтиологическими и полигоспитальными инфекциями, имеющими много разновидностей возбудителя и биологических источников заразного начала. Под этим названием скрываются внешне близкие, но существенно различные в этиологическом, иммунологическом, эпидемиологическом и клиническом отношении кишечные инфекции дизентерие-, сальмонеллезо- и холероподобной групп. К настоящему времени выделено около 165 отдельных серогрупп эширихий. Меньшая часть относится к патогенным возбудителям кишечных эшерихиозов у человека и некоторых видов животных и птиц.

**Эпидемиология.** Эшерихиозы распространены довольно широко. Болеют дети и взрослые. Основным источником заражения является человек. Механизм передачи инфекции фекально-оральный. В детских коллективах инфекция распространяется преимущественно через пищевые продукты, загрязненные предметы ухода, грязные руки, инфицированные игрушки. Среди взрослых механизм передачи такой же как и при [дизентерии](http://lekmed.ru/bolezni/infekcionnye-bolezni/dizenteriya.html). Возможны спорадические случаи и эпидемические вспышки. В детских садах и яслях заболеваемость чаще повышается в периоды поступления в коллектив новых детей. Бывают внутригоспитальные заражения.

**Клиника**. Инкубационный период исчисляется одним днем и даже часами. Начало болезни острое, сопровождается невысоким подъемом температуры, рвотой, диареей, нерезкой схваткообразной болью в животе. Наблюдаются различные клинические варианты болезни. При дизентериеподобной форме частота и характер стула, патологические примеси напоминают дизентерию Зонне. Длительность болезни — 3—7 дней и более в зависимости от тяжести. Чаще бывают стертые и субклинические проявления инфекции. Возбудитель высевается из кала в начальный период болезни, реже — позже. При сальмонеллезоподобном эшерихиозе течение более тяжелое. Клиническая симптоматика идентична гастроинтестинальной форме сальмонеллеза. При пальпации восходящего отдела толстой кишки отмечаются болезненность и урчание. При тяжелом течении у детей развиваются симптомы дегидратации. Наиболее ярко проявляется холероподобная форма (« диарея путешественников») : острое начало, рвота, профузный понос, стул водянистый, пенистый, светло-желтого цвета, температура остается нормальной или субфебрильной. Возможны экстраинтестинальные формы эшерихиозной инфекции; цистит, пиелоцистит, пиелонефрит, холецистит.

Эшерихиозы у детей протекают нередко тяжело, с высокой летальностью. Частый водянистый стул, рвота, нарастающие симптомы интоксикации и дегидратации, сопровождающиеся значительной потерей массы тела, упорный метеоризм, токсико-дистрофическое состояние с последующими осложнениями характерны для кишечной коли-инфекции детей раннего возраста, вызванной наиболее токсигенным возбудителем серо-группы 0111. Особенно тяжело протекает эшерихиоз при сочетании стафилококковой и вирусной инфекций.

**Диагноз** ставят на основании эпиданамнеза, клиники и лабораторных данных:

1. Бактериологический метод. Исследуют испражнения и рвотные массы с целью выделения возбудителя. Окончательный ответ через 48–72 часа.

2. Серологический метод (РПГА) позволяет выявить специфические антитела в крови с 5–7 дня заболевания. Диагностическим является рост титра антител в динамике заболевания в 4 и более раз.

3. Копрологический метод. Наличие в кале слизи в виде тяжей и комочков, а в ней лейкоцитов, эритроцитов, клеток кишечного эпителия при отсутствии детрита и жировых масс, указывает на воспалительный процесс в толстом кишечнике; наличие в большом количестве непереваренной клетчатки, крахмала, мышечных волокон, жира наблюдается преимущественно при поражении тонкого кишечника.

**Лечение.** Госпитализация по клиническим показаниям.

1. Регидратационная терапия. Предпочтение отдают оральной регидратации. Она является основным методом регидратации при эксикозах 1-2 степени, а при токсико-эксикозах 3 степени применяется в сочетании с парентеральной регидратацией. Для этого используют глюкозо-солевые растворы.

2. Антибактериальная терапия.

Показания к антибактериальной терапии: а) при всех формах детям до 1 года; б) холера независимо от возраста. Курс антибактериальной терапии при ОКИ – 5-7 дней.

3. Вспомогательная терапия:

а) адсорбенты, которые назначаются с первых дней заболевания – 5-7 дней. Критерием ранней отмены препарата является нормализация стула или его задержка в течение 2 суток.

б) пробиотикотерапия: при отсутствии антибактериальных препаратов в назначениях. Курс пробиотикотерапии в остром периоде ОКИ – 5-7 дней. Пробиотикотерапия, с целью нормализации микрофлоры кишечника, также показана в период реконвалесценции ОКИ в течение 3-4 недель.

в) ферментотерапия: назначается в стадии реконвалесценции при наличии признаков дисферментопатии у детей, которые переболели ОКИ. С этой целью показаны препараты ферментов поджелудочной железы (панкреатин и др.). Курс ферментотерапии 2-3 недели.

4. Диетотерапия.

В остром периоде ОКИ рекомендуется уменьшать суточный объем пищи на 1/2-1/3. Возможно увеличение кратности кормлений до 8-10 раз в сутки у детей грудного возраста и при позывах к рвоте. На сегодня наиболее физиологическим считается раннее, постепенное восстановление питания. Восстановление качественного и количественного состава пищи осуществляется в максимально короткие сроки.

Детям старшего возраста и взрослым рекомендуется придерживаться щадящей диеты. Из рациона исключается жирная, жареная, копченая, грубая пища.

**Профилактические мероприятия** Профилактика эшерихиозов основана на строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований на объектах общественного питания и водоснабжения. Учитывая ведущую роль пищевого пути передачи инфекции, чрезвычайное значение имеют меры, направленные на его прерывание. Особое внимание следует уделять предупреждению заражений и строгому соблюдению санитарно-противоэпидемического режима в ДДУ, родильных домах и больничных стационарах. Необходимо использовать индивидуальные стерильные пелёнки, обрабатывать руки дезинфицирующими растворами после работы с каждым ребёнком, обеззараживать посуду, пастеризовать или кипятить молоко, молочные смеси и пищевые добавки. Профилактически обследуют на эшерихиозы беременных до родов и рожениц. Необходимо прививать гигиенические навыки матерям и персоналу, ухаживающему за младенцами, а также детям более старшего возраста, в том числе в учреждениях системы общественного воспитания и обучения.

**Мероприятия в эпидемическом очаге**. Больных эшерихиозами госпитализируют по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Выписывают их из стационара после клинического выздоровления и получения отрицательных результатов 3-кратного бактериологического исследования кала, проведённого спустя 2 дня после окончания этиотропного лечения с интервалом 1-2 дня, после чего взрослых допускают к работе по специальности, а детей - в детские учреждения без дополнительного обследования или карантина. Прочие контингента выписывают не ранее чем через 3 сут после нормализации стула, температуры тела и получения отрицательного результата бактериологического исследования кала. Детей, общавшихся с больным эшерихиозом по месту жительства, допускают в детские учреждения после разобщения с больным и трёхкратных отрицательных результатов бактериологического обследования. При появлении заболеваний в детских и родовспомогательных учреждениях прекращают приём поступающих детей и рожениц. Персонал, матерей и детей, общавшихся с больными, а также детей, выписанных домой незадолго до появления заболевания, подвергают 3-кратному бактериологическому обследованию. Лиц с положительным результатом исследования изолируют. Среди работников пищевых и приравненных к ним предприятий принимают те же меры, что и при шигеллёзах. Дети раннего возраста и взрослые, относящиеся к декретированным группам населения (лица, занятые приготовлением, раздачей и хранением пищевых продуктов, воспитатели в ДДУ, медицинские работники и др.), подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 мес. после клинического выздоровления с бактериологическим обследованием в конце срока.