

## ***Тема: Дизентерія. Холера.***

**Актуальність теми:** Широке поширення та високий рівень захворюваності на дизентерію серед населення, а найчастіше це ураження дітей у віці 2-4 років, можливість хронізації даної інфекції надає їй важливого медичного та народногосподарського значення. Холера відноситься до особливо небезпечних інфекційних хвороб, характеризується епідемічним поширенням, вираженим динамізмом симптомів, можливістю виникнення шокowego стану, протиепідемічні заходи проводяться згідно плану готовності при карантинних інфекціях.

### **План лекції:**

1. Збудники шигельозу, холери і їх основні властивості.
2. Особливості розповсюдження захворювання.
3. Патогенез та патоморфологічні зміни при шигельозі.
4. Епідеміологічна характеристика холери як карантинної інфекції.
5. Клінічна характеристика та клініка інфекційно-токсичного шоку при шигельозі.
6. Середники етіотропної та патогенетичної терапії для лікування шигельозу, особливості харчування та догляду за хворими.
7. Лабораторні методи діагностики шигельозу, холери, правила взяття та транспортування досліджуваного матеріалу.
8. Правила виписки реконвалесцентів.
9. Особливості лікування хворого на холеру, включаючи невідкладну допомогу.
10. Профілактика захворювань і основні заходи в осередку.
11. Догляд за хворими з дотриманням епідемічного режиму.

Це гостра інфекційна хвороба з фекально-оральним механізмом передачі, спричиняється різними видами шигел, характеризується симптомами загальної інтоксикації, ураженням товстої кишки, переважно її дистального відділу та ознаками геморагічного коліту.

### Етіологія

Збудник належить до роду *Shigella* ( грам негативних , не утворюють спор та капсул).

#### *Групи шигел:*

- I) *Sh. Dysenterial* (Григор'єва-Шига) - здатні продукувати сильний термостабільний екзотоксин і термостабільний ендотоксин, а всі інші шигели- тільки ендотоксин. Хвороба має найважчий перебіг.
- II) *Sh.flexneri*.
- III) *Sh.boydii*
- IV) *Shsjnnei*.

### Епідеміологія:

Джерелом інфекції є хворі і бактеріоносії. Хворі на гостру форму найбільш заразні в перші 3-4 дні хвороби, при хронічній формі під час загострень. Найбільш небезпечні є бактеріоносії та хворі на легкі та стерті форми.

*Механізм зараження* - фекально-оральний, відбувається водним, харчовим, і контактно – побутовим шляхом.

*Фактори передачі* – продукти харчування, вода, мухи , руки , забруднення фекаліями хворого, предмети побуту.

При дизентерії Зонне – харчовий шлях передачі.

При дизентерії Флекснера – водний.

При дизентерії Григор'єва - Шига – контактно – побутовий.

*Сприятливість висока.*

*Сезонність – літньо-осіння .*

*Імунітет- нетривкий.*

### Патоморфологія :

1) *Гостре катаральне запалення* – набряк слизової оболонки та підслизового шару, гіперемія, дрібні крововиливи, ерозії, слизисто – геморагічний ексудат, лімфоцитарно- нейтрофільна інфільтрація.

2) *Фібровано – некротичне запалення* – брудно - сірі щільні нашарування фібрин , некротизованого епітелію , некроз досягає підслизового шару .

3) *Утворення виразок* – розплавлення уражених клітин і відходження некротизованих мас , краї виразок щільні – перитоніту.

4) *Загоєння виразок та їх рубцювання.*

### **Класифікація:**

1) *Гостра дизентерія (приблизно 3 місяці)*

а) *типова ( колітична ) форма*

б) *токсикоінфекційна ( гастроентероколітична )*

2) *Хронічна ( більше 3 місяців)*

а) *рецидивуюча*

б) *безперервна*

3) *Бактеріоносійство.*

### **Клініка:**

#### **Гостра дизентерія.**

Інкубаційний період триває 1-7 днів (2-3 дні). Початок гострий, озноб, відчуття жару, температура 38-39 С , підвищена інтоксикація. З першого дня хвороби провідним є симптомокомплекс спастичного дистального геморалічного коліту – приступоподібний біль у нижніх відділах живота, у лівій здухвинній ділянці. Біль передує кожній дефекації; *тенезми*- тягнучий біль у відхіднику під час дефекації та протягом 5-10 хв. після неї. Фекалії рідкої консистенції, спочатку мають каловий характер, який через 2-3 год. змінюється. Кількість їх щоразу меншає, а частота збільшується, з'являються домішки слизу, крові, гною. Фекалії мають вигляд кров'янисто-слизової (слизової-гнійної) маси - грудочок слизу прожилками крові (*ректальний плювок*). За добу 10-100 і збільшення позивів. Біль у животі посилюється, збільшуються тенезми і не дають полегшення.

При пальпації живота - різка болючість у його лівій половині, сигмовидна оболонка кишки спазмована і пальпується у вигляді щільного, малорухомого болючого тяжа. Хворий ослаблений, адинамічний, апатичний. Шкіра та видимі слизові сухі, бліді, з синюшним відтінком, язик обкладений білим налетом. Анорексія і

страх болю є причиною відмови від їди. Тони серця ослаблені, пульс стабільний, АТ знижений.

**Кров:** -нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом в ліво;  
-моноцитоз;  
-підвищене ШОЕ.

Період розпалу-триває від 1-7-8днів. Видужання відбувається поступово.

### **Форми:**

I. *Легка* (колітична) - 3-7днів:

- незначна інтоксикація.
- дефекація незначна (3-8 р/д) - з прожилками крові.
- біль нерізкий, тенезмів може і не бути.

II. *Середньо тяжка* (колітична фаза 8-14 днів):

- помірна інтоксикація в початковому періоді.
- t 38-39\* С(1-3 дні).
- спазматичний біль у лівій половині живота.
- тенезми.
- випорожнення 10-20 разів на добу, ректальний плевок.
- хвороба триває 8-14 днів.

III. *Тяжка колітична форма:*

- бурхливий початок з ознобом, t 39-40<sup>0</sup>С, значною інтоксикацією.
- різкий приступоподібний біль у ліві здухвинній ділянці, тенезми.
- часті (40-60 р/д) випорожнення, фекалії слизиво-крив`янистого характеру.
- сигма різко болюча, спазмована.
- адинамія, риси загострені.
- АТ знижений 60/40 мм. рт. ст., тахікардія, тони серця приглушені.

### **Атипові форми:**

1. Гостроентероколітична - перебіг подібний до харчової токсикоінфекції.

2. Гіпертоксична - різко виражена інтоксикація, колапс.

3. Стерта - відсутність інтоксикації, тенезмів. Дисфункція кишок незначна.

### ***Диференційно-діагностичні критерії діарейних захворювань***

Критерії	Сальмонельоз	Шигельоз	Ешерихіоз	Вірусна діарея
----------	--------------	----------	-----------	----------------

1	2	3	4	5
Епіданамнез	Частіше груповий характер захворювання, є зв'язок із джерелом зараження(продукти харчування, контакт із хворим або носієм сальмонел)	Як спорадичні, так і групові захворювання, контакт із хворим, зв'язок із зараженими продуктами харчування	Спорадичні захворювання дітей до 1 року, частіше у стаціонарі, контакт із хворим	Групові, рідше спорадичні захворювання, частіше на тлі інших проявів ГРВІ
Етіологія	Сальмонели	Шигели	Патогенні ешерихії	Віруси, частіше ротавіруси
Температура	7 і більше днів	5-7 днів і більше	7-14 днів і більше, нерідко-хвилеподібна	5-7 днів, субфебрильна, рідше - висока
Токсикоз	Різного ступеня вираження, 5-7 днів, превалює над проносом	Різного ступеня вираження, 3-7 днів, передує кишковим проявам	Частіше помірно виражений, як правило, не менше 7 днів, переважає над диспепсичними явищами	Помірно виражений, 3-5 днів
Ексикоз	Часто виражений	Помірно виражений	Часто виражений, тривалий	Слабо виражений або відсутній
Тривалість клінічних проявів	7-30 днів	7 і більше днів	7-30 днів	5-7 днів
Характер випорожнень	Темно-зелені із слизом(баговиння), іноді з кров'ю	Велика кількість слизу, іноді-прожилки крові та гній-«ректальний плювок»	Велика кількість слабо забарвленої рідини	Водянисті
Блювання	Помірне або тривале(5-7 днів)	Виражене нетривале(3-5 днів)	Помірне або тривале(5-7 днів)	Короткочасне (1-3 дні), незначне(2-3 рази на

				добу), частіше відсутне
Метеоризм	Завжди виражений, тривалий	Живіт запалий	Завжди виражений, тривалий	Помірно виражений, короткочасний (1-2 дні)
Капрограма	Переважно ферментативні зміни	Запальні зміни	Ферментативні зміни	Ферментативні зміни
Печінка	Збільшена	Може бути збільшена	Збільшена	Не збільшена
Селезінка	Збільшена	Не збільшена	Не збільшена	Не збільшена

**Ускладнення:**

- бронхопневмонія.
- інфекції сечових шляхів.
- випадіння прямої кишки.

**Прогноз:**

Сприятливий.

**Діагностика:**

- бактеріологічний метод (виділення культури шигел в калі і крові).
- серологічний метод ( РНГА, РА, парні сироватки).
- шкірна алергічна проба з дизентерином (рідко).

**Диф. діагностика:**

- амебіаз.
- харчові токсикоінфекції.
- холера.
- черевний тиф і паратифи.
- проктит, коліт.

### Лікування:

- дієтотерапія №4(4а)- протерті слизові супи з овочів, крупів, страви з протертого м`яса, сир, пшеничний хліб.
- антибактеріальна терапія, левоміцетин 0,5г 4-6р., тетрациклін 0,2-0,3г 4-6р., ампіцилін 0,5-1,0г. 4р.
- фуразолідон 0,1-0,15г. 4р-5-7 днів.
- ентеросептол 0,5г. 4р/д.
- фталазол 2-3г. 6 р/н.
- поліглюкін, реополіглюкін, «Квартасіль», ораліт.
- кортикостероїди.
- NaCl- 3,5г, KCl-1,5г, глюкоза-20г. на 1л.
- антигістамінні.
- імуностимулятори (пентоксил, метилурацил)
- ферменти.
- при ознаках дисбактеріозу (бактисубтил, колібактерин, біфідумбактерин, лактобактерин).

### Профілактика:

- рання діагностика та ізоляція.
- в осередках поточна та заключна дезінфекція.
- перехворілих осіб виписують не раніше як через 3 дні після клінічного видужання і 1-о разового негативного бактеріологічного дослідження, яке проводиться не раніше як за 2 дні після закінченого курсу антибактеріальної терапії.
- диспансерному нагляду підлягають в КІЗі хворі, які перехворіли на дизентерію з встановленим видом збудника, носії шигел.
- диспансеризація здійснюється протягом 3 міс. після виписки із стаціонару, а у хворих на хронічну дизентерію - 6 міс.
- санітарно-гігієнічні норми і правила на підприємствах і об'єктах харчової промисловості, дошкільних закладах і школах.
- суха ліофілізована жива протидизентерійна вакцина.

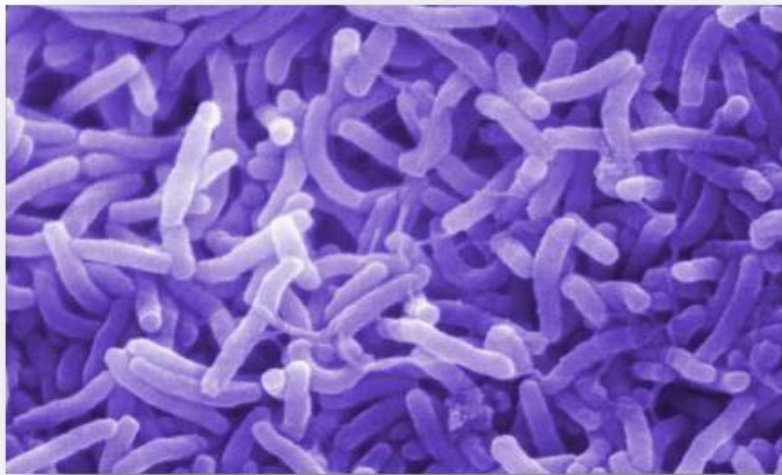
## *Холера*

Це гостра, особливо небезпечна інфекційна хвороба, що спричиняється холерними вібрионами, має фекально-оральний механізм зараження, характеризується епідемічним поширення, клінічною

картиною гастроентериту з різким зневодненням організму, розладами гемодинаміки.

### **Етіологія:**

Збудником є холерний вібріон, який має форму коми, дуже рухливий, грам негативний. Продукують ендо- і екзотоксин. Порівняно стійкі до факторів зовнішнього середовища. Довго зберігаються у воді, ґрунті, стічних водах, пляжному піску, продуктах харчування (1-4 міс.), у фекаліях без висипання – до 2 років. Малостійкі до дії сонячного світла. При  $t\ 80^{\circ}\text{C}$  гинуть протягом 5хв. Високо чутливі до дії кислот.



### **Епідеміологія:**

*Джерелом інфекції* є хворі і бактеріоносії. Хворі виділяють збудника з фекаліями і блювотними масами у будь-якому періоді хвороби.

*Механізм зараження:*

- 1) *фекально-оральний* (через воду, продукти харчування),
- 2) *контактно-побутовий*.

*Сприйнятливість* висока.

Найчастіше хворіють чоловіки 20-40 років.

*Сезонність* літньо-осіння.

*Імунітет* – стійкий.





**Клініка:**

Інкубаційний період – від кількох годин до 5 днів (1-3 дні).

Може починатись з продромальних явищ (але рідко):

- відчуття тривоги, слабкість, бурчання, пітливість, запаморочення.

У типових випадках:

- починається гостро з проносу, несподіваними для хворого позивами до дефекації, без болю у животі і тенезмів. Кал швидко стає водянистим і далі нагадує рисовий відвар, втрачає специфічний запах і набуває запаху сирої риби або тертої картоплі;

- бурчання біля пупка або внизу живота;

- через добу до проносу приєднується багаторазове блювання, іноді фонтаном, без нудоти, болю в надчеревній ділянці. Блювотні маси швидко втрачають характерний вигляд, стають водянистими і також нагадують рисовий відвар;

- зневоднення організму;

- інтоксикація, слабкість, спрага, сухість в роті;

- шкіра синюшного відтінку, волога, холодна на дотик, втрачає еластичність;

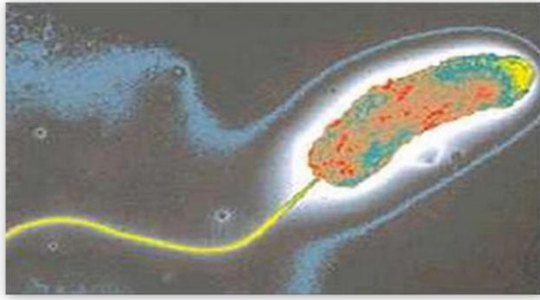
- язик сухий;

- живіт втягнутий, не болючий, метеоризм;

- голос осиплий, дихання частішає, знижений АТ, тахікардія;

- знижений діурез, судоми окремих груп м'язів;

- свідомість збережена, хворі байдужі, відчувають страх.



холера

Розрізняють ступені зневоднення.

**I ступінь** – пронос і блювання 2-4 р/д, дефіцит маси тіла до 3%. Самопочуття задовільне. Протягом 1-2днів настає одужання. Така форма виявляється у 40-60% випадків.

**II ступінь** – спостерігається у 20-35% хворих. Втрата маси тіла до 6%. Випорожнення до 15-20 р/д (рисовий відвар), зневоднення. Всі характерні симптоми. Триває 3-4 дні і може закінчитись спонтанним видужанням.

**III ступінь** – 15-25% випадків. Втрата маси тіла до 9%. Чіткі симптоми зневоднення.

**IV ступінь** – втрата маси тіла 10%. Спостерігається у 8-15% хворих. Стан вкрай важкий. Хворий без свідомості. Смерть настає на фоні повторних приступів колапсу, тахіпное, судом.

Період видужання – може настати на тлі зневоднення будь-якого ступеня. Його початок важко передбачити. Зворотні зміни у більшості випадків відбуваються під час інтенсивної регідратаційної терапії.

### ***Основні диференційно-діагностичні ознаки типів дегідратації***

Симптом, показник	Вододефіцитний тип	Ізотонічний тип	Соледефіцитний тип
Температура тіла	Значно підвищена	Нормальна,	Тенденція до

		субфебрильна	гіпотермії
Спрага	Різко виражена	Помірна	Відмова від води
Стан ЦНС	Збудження	Деяке збудження або млявість	Адинамія
Вміст натрію у плазмі крові	Підвищений	Нормальний	Знижений
Зменшення маси тіла	5-10%	До 5%	Більше 10%

### ***Додаткові диференційно-діагностичні ознаки типів дегідратації***

Симптом, показник	Водефіцитний тип	Ізотонічний тип	Содефіцитний тип
Сухожильні рефлекси	Підвищені	Нормальні, рідко-знижені	Знижені
Тургор м'яких тканин та еластичність шкіри	Помітно знижені	Помітно не знижені	Різко знижені
Стан шкірних покривів	Помірно бліді, сухі, кінцівки теплі	Бліді, помірно вологі, кінцівки вологі, холодні	Сіро-попелястого кольору, сухі, акроціаноз
Стан слизових оболонок	Сухі, яскраво гіперемійовані, вкриті в'язким слизом(рідко)	Злегка сухі, чисті, звичайного забарвлення	Сухуваті, бліді, рідше рожеві, часто вкриті тягучим слизом
Дихання	Різко виражена задишка	Помірна задишка, іноді частота дихання відповідає вікові	Задишка помірна
Серцева діяльність	Тони послаблені	Помірна тахікардія, тони чисті, послаблені	Тахікардія, тони слабкі, часто систолічний шум на верхівці
АТ	Підвищений	Підвищений	Знижений
Випорожнення	Кашкоподібні чи рідкі (часті)	Часті, диспептичні	Рясні, водянисті або диспептичні
Блювання	Немає	Спостережено	Спостережено
Діурез	Збережений	Збережений	Олігурія
Питома густина сечі	Спочатку 1001-1018, потім-1025-1035	Норма чи помірно збільшена	Спочатку висока ( понад 1025), потім 1010 і менше

### Ускладнення:

1. холерний тифоїд.
2. пневмонія.
3. флегмона.
4. цистит.

### Прогноз:

Завдяки регідратації летальність знижена. Однак при зневодненні III і IV ст. завжди серйозний. Зараз летальність знижена з 30 до 1%.

### Діагностика:

1. Бактеріологічний метод (фекалії і блювотні маси).
2. експрес – методи діагностики (реакція іммобілізації і т.д.).
3. серологічне дослідження (ФНГА, РН, ІФА)

### Лікування:

1. регідратаційна терапія шляхом парантерального введення ізотонічних сольових розчинів «Квартасіль», «Трисіль», «Ацесіль», «Лактосіль». Це при III-IV ст. зневоднення. Вводять до 6,5-7л/д.
2. у хворих з I-II ст. зневоднення призначають регідратацію перорально («Ораліт», «Регідрон»).
3. ізотонічні розчини.
4. антибіотикотерапія (тетрациклін – 0,3г х 4р/д або левоміцетин 0,5г х 4р/д).

### Профілактика:

1. хворих виписують після 3-х разового негативного бактеріологічного дослідження калу, яке проводять через 24-36 год. після закінчення курсу антибіотикотерапії.
2. ізоляція хворих і контактних.
3. контактним – екстренну профілактику тетрацикліном по 0,3г х 3р/д – 4дні.
4. заключна дезинфекція.
5. санітарно- просвітня робота.

6. в разі епідемії проводиться вакцинація дітям більше 7р. і дорослим холерною вакциною і холерним анатоксином одноразово по 0,8 мл. Імунітет зберігається протягом 4-6 міс. Ревакцинація за епідемічними показами через 3 міс.

### **Матеріали для самоконтролю:**

1. Дайте визначення “шигельоз”, «холера».
2. Етіологія та епідеміологія шигельозі, холери.
3. Основні клінічні прояви.
4. Перебіг захворювання та характерні ускладнення.
5. Лабораторна діагностика.
6. Основні принципи лікування.
7. Особливості догляду за хворими на дизентерію, холеру.

### **Тестові завдання:**

- I. Зараження шигельозом відбувається:
  1. парентеральним шляхом;
  2. повітряно-крапельним шляхом;
  3. при споживанні інфікованого молока;
  4. трансмісивним шляхом;
- II. Гострий шигельоз триває:
  1. 7 днів;
  2. 14 днів;
  3. до 3 місяців;
  4. до 6 місяців;
- III. Підготовка до ректороманоскопічного дослідження включає:
  1. дотримання дієти, очисна клізма ввечері, напередодні і ранком у день дослідження;
  2. дотримання дієти, очисна клізма ранком у день дослідження;
  3. дієта, очисна клізма зранку і перед самим дослідженням;
- IV. При колітичній формі шигельозу стілець:
  1. рідкий, зеленого кольору, велика кількість;
  2. водянистий, мутний, без запаху;
  3. напівформлений з домішками гною ;
  4. рідкий з домішками слизу і крові;
- V. Досліджуваний матеріал при шигельозі:
  1. цукровий бульйон;

2. м'ясо-пептонний бульйон;
3. середовище Ендо, Левіна, Плоскирева;
4. м'ясо-пептонний агар;

## ЗАВДАННЯ 1

I. Збудник холери являє собою:

1. грампозитивний нерухомий вібріон;
2. грампозитивний рухомий вібріон;
3. грамнегативний рухомий вібріон;
4. грамнегативний нерухомий вібріон;
5. грамнегативна паличка.

II. Найбільш типові клінічні прояви холери:

1. різкі болі в животі;
2. ентерит і гастрит.
3. висока температура тіла;
4. вздуття живота;
5. тенезми і несправжні поклики на дефекацію.

III. Четвертий ступінь зневоднення при холері зумовлений втратою рідини:

1. до 1% маси тіла;
2. 4-6% маси тіла;
3. 7-9% маси тіла;
4. >10% маси тіла;
5. 1-3% маси тіла.

IV. Стілець при холері має вигляд:

1. «малинового желе»;
2. «ректального пювка»;
3. «м'ясних помийв»;
4. «рисового відвару»;
5. «баговиння».

V. Препарати етіотропного лікування холери:

1. тетрациклін;
2. фуразолідон;
3. пеніцилін;
4. преднізолон;
5. нітроксолін.

## **ЛІТЕРАТУРА**

### **Основна:**

1. Конспект лекцій.
2. Діагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки за редакцією М.А. Андрейчина, 1996. С. 107-122.

### **Додаткова:**

1. Покровський В.И., Булкина И.Г. Инфекционные болезни с уходом за больными и основами эпидемиологии. М.: Медицина. – 1985, С. 98-106
2. Тітов М.Б. Інфекційні хвороби. Київ. “Вища школа”, 1995. С. 265-273.

