

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ  
АТЫНДЫҒЫ ҚАЗАҚ  
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.  
Д. АСФЕНДИЯРОВА

## **Тема:** *Внутрибольничный колиэнтерит*



**Выполнила:** Тойбек А.Ә.  
**Проверила:** Габасова М.К  
**Факультет:** ОЗ  
**Курс:** 5

# План

## **I. Введение.**

## **II. Основная глава**

Этиология колиэнтеритов

Патогенез и клиника колиэнтеритов

Источники инфекции

Механизм передачи колиэнтеритов

Клинические проявления колиэнтерита

Профилактика внутрибольничных колиэнтеритов

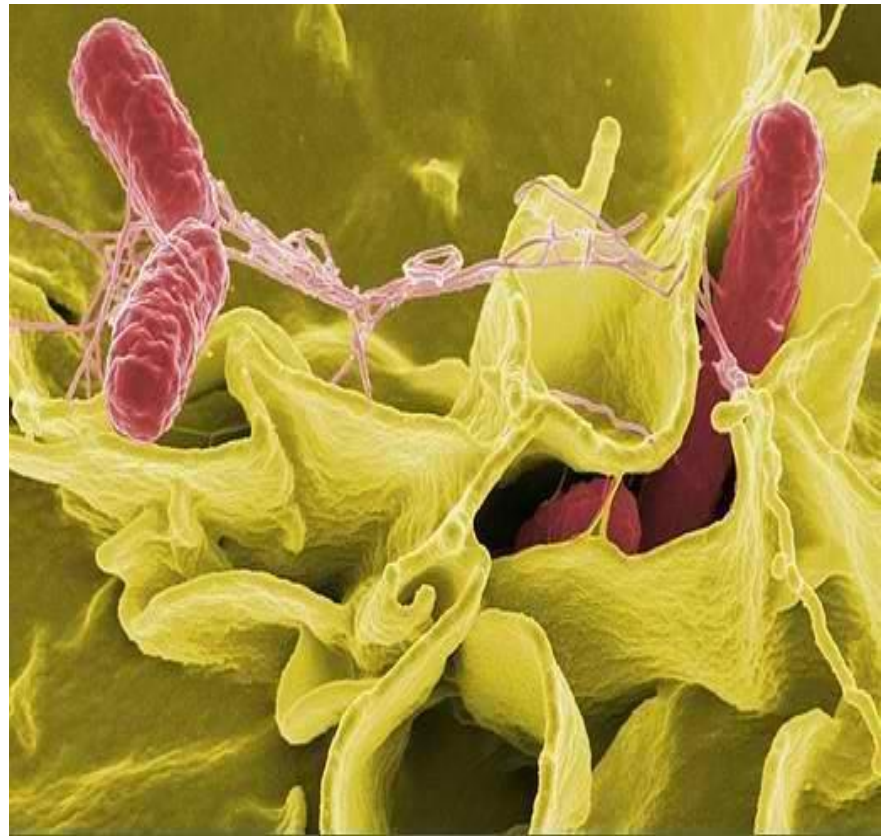
Лечение колиэнтерита

## **III. Заключение.**

## **IV. Список использованной литературы**

# Введение

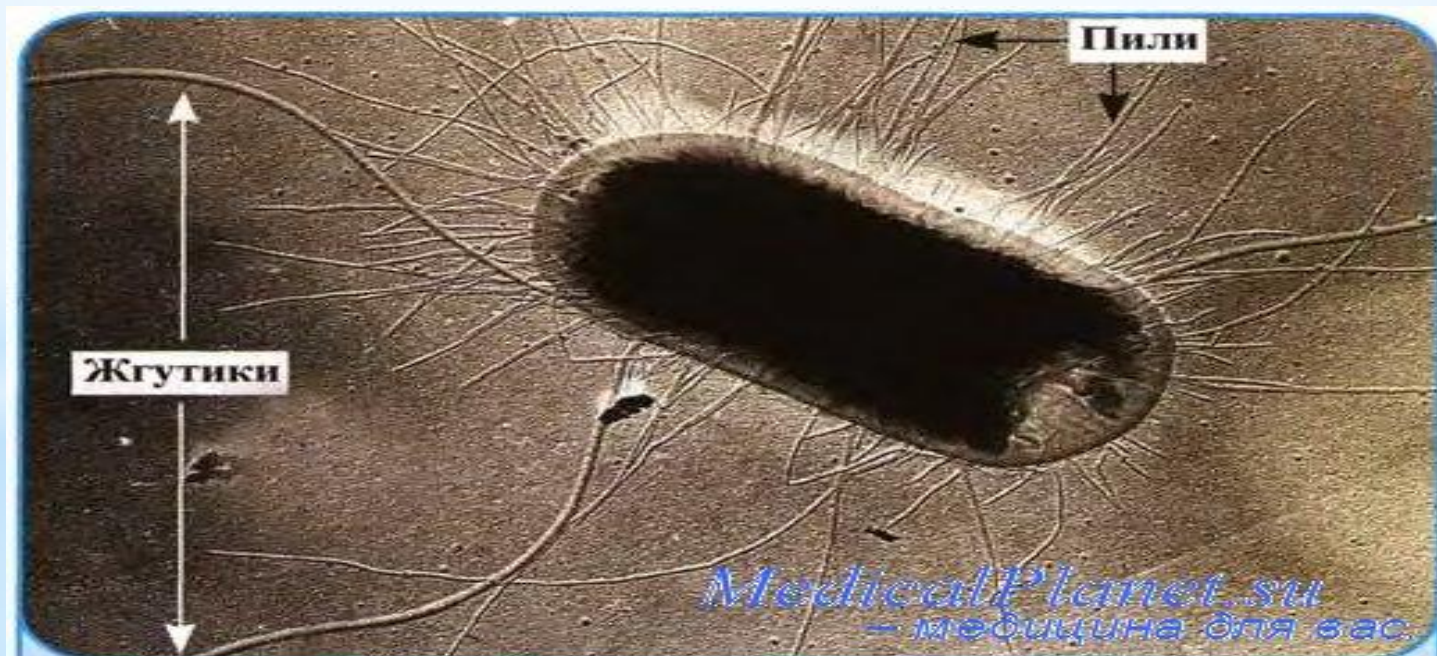
**Кишечная палочка -** *Escherichia coli* описана Эшерихом в конце XIX века. Тогда же было высказано предположение, что этот микроорганизм может вызывать кишечные заболевания у детей. В 40-х годах XX века Кауфман доказал, что среди огромного числа антигенных вариантов *E. coli* имеется несколько патогенных для человека.





# Этиология колиэнтеритов

Дифференциация эшерихий проводится на основании антигенной структуры. Различают капсульные антигены (К) трех разновидностей (А, В и L), соматические О-антигены и жгутиковые Н-антигены. Известно 100 вариантов капсульных антигенов, 163 О-антигенов и 56 Н-антигенов



**Рис. 3.42.** Жгутики и пили кишечной палочки.  
Электроннограмма бактерии, напыленной металлом

***Колиэнтериты*** являются антропонозной бактериальной инфекцией. Инкубационный период при колиэнтеритах составляет от 4—24 ч при пищевом пути передачи и до 2—6 дней при контактно-бытовом пути заражения. У новорожденных может удлиняться до 14 дней. Основным источником колиэнтеритов являются дети. Соотношение больные/носители зависит от серовара культуры. Чем вирулентнее культура, тем больше манифестных форм. С фекальными массами выделяется огромное количество возбудителя. По данным многих исследователей, на 1-й неделе болезни в фекальных массах обнаруживается практически чистая культура ЕРЕС, ее концентрация достигает 10<sup>8</sup>—10<sup>9</sup> на 1 г испражнений.

# Патогенез и клиника колиэнтеритов

Возбудители проникают в организм через рот и при колиэнтеритах у детей раннего возраста локализуются в тонком кишечнике. Микробные токсины оказывают местное действие на стенки тонкой кишки и вызывают общую интоксикацию. Тяжелее переносят инфекцию самые маленькие дети с нарушенным питанием и другой патологией. По мере роста ребенка его восприимчивость к инфекции снижается, и дети старше 2 лет переносят ее обычно бессимптомно.

Инкубационный период от нескольких часов до 3-6 дней, иногда дольше. Колиэнтериты у маленьких детей напоминают токсическую диспепсию. Точная диагностика основывается на результатах бактериологического исследования.

# Источники инфекции

При эшерихиозах, вызываемых ЭПКП, основной источник инфекции - больные дети, массивно выделяющие возбудителей с фекалиями, особенно в первые дни болезни. У детей первых месяцев жизни ЭПКП в отдельных случаях обнаруживаются в глотке. При легких формах ЭПКП присутствуют в испражнениях лишь в первые дни болезни; при тяжелых формах выделение возбудителя затягивается, иногда до 4-5 нед.

Источниками инфекции могут быть реконвалесценты и здоровые носители - дети и взрослые. Как и при других инфекциях, носители чаще обнаруживаются в окружении больных. Как правило, носительство непродолжительно, хотя в отдельных случаях оно может затягиваться до двух месяцев. Носительницы могут занести инфекцию в родовспомогательные учреждения.



***Механизм передачи колиэнтеритов*** — фекально-оральный.

Ведущим путем передачи в госпитальных условиях является контактно-бытовой. Распространению колиэнтерита способствует ряд факторов. Среди них первое место занимают инфицированные руки медицинского персонала, а также матерей, осуществляющих уход за новорожденными. Учитывая специфику поражаемого контингента, решающее значение в передаче инфекции имеет инфицирование руками взрослых (персонал, матери новорожденных) различных предметов, используемых при кормлении, и продуктов питания.



# Клинические проявления колиэнтерита

Начало болезни чаще острое — в первые дни, иногда, даже часы, нарастают все ее проявления. В этом случае состояние пациента ухудшается на глазах: нарастает бурная интоксикация организма и больной может погибнуть на третьи сутки болезни.

Иногда, инфекция распространяется медленно и болезнь развивается постепенно. Появляется незначительное повышение температуры, 1-2-кратная рвота, беспокойство, ухудшение аппетита, учащение стула. Все эти явления нарастают в течение нескольких суток. К концу первой недели недуга, состояние пациента бурно ухудшается: повышается температура, нарастает токсикоз и обезвоживание.

В зависимости от степени выраженности интоксикационных явлений, энтериты разделяют на: легкие, среднетяжелые и тяжелые.



## Профилактика внутрибольничных колиэнтеритов

Система профилактических мероприятий для колиэнтеритов определяется его принадлежностью к той или иной категории и аналогична профилактике других острых кишечных инфекций. Основными являются меры санитарно-гигиенического характера, из которых первостепенное значение в условиях стационара имеет личная гигиена персонала и матерей, осуществляющих уход за детьми. Прежде всего — это мытье и обработка рук после каждого посещения туалета, каждого туалета ребенка, после смены пеленок, перед едой, перед кормлением ребенка.

# Лечение колиэнтерита

Терапия колиэнтерита заключается в диетотерапии, применении антибактериальных лекарственных препаратов и в восполнении водно–солевого баланса.

На начальном этапе необходимо принимать антибиотики широкого спектра действия. При наличии рвоты их введение должно быть внутримышечным. Чаще всего для лечения прибегают к использованию: полимиксина М сульфата, хлороцида, сигмамицина, фуразолидона, колимицина, ампициллина и химиопрепаратов. При не тяжелых формах болезни можно принимать энтеросептол или стрептомицин. После того, как результаты бактериологических исследований будут выполнены, следует заниматься более целенаправленным лечением колиэнтерита.

Соблюдение только одной этой процедуры, по материалам специальных наблюдений, обеспечивает значительное снижение числа колиэнтеритов, в том числе и эшерихиозов. Таким образом, эффективная гигиена рук — самая важная мера профилактики этих заболеваний. Кроме того, имеет значение соблюдение соответствующих барьерных мер предосторожности (использование перчаток, фартуков и халатов, где это требуется). Важную роль играет адекватная очистка, дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения и предметов ухода за новорожденными. Необходимо ограничивать использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, особенно для профилактики.



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Меры борьбы с колиэнтеритами включают также изоляционно-ограничительные мероприятия в отношении источника инфекции эшерихиозов. Контактировавшие с больными/носителями дети, персонал, родильницы по эпидемическим показаниям могут быть обследованы бактериологически. Выявленные среди персонала больные отстраняются от работы. Специфическая профилактика колиэнтеритов не разработана. Проведение экстренной профилактики антибактериальными средствами нецелесообразно.

# Список использованной литературы

- <https://medicalplanet.su/489.html>
- <https://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-jepi-demiiologii/kolijenterity.html>



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**