

ДИЗЕНТЕРИЯ, ШИГЕЛЛЕЗ.

A scanning electron micrograph (SEM) of a Shigella bacterium. The bacterium is rod-shaped and appears to be attached to a surface, possibly a host cell. It has a distinct, slightly curved body with a textured surface. The background is dark, highlighting the bacterium's structure.

Микрюкова Катерина
Л-104

СОДЕРЖАНИЕ

- ❖ Возбудитель
- ❖ Характеристика возбудителя:
 - ❖ Физиология
 - ❖ Культуральные свойства
 - ❖ А/г структура
 - ❖ Резистентность
- ❖ Эпидемиология
- ❖ Патогенез
- ❖ Клиника
- ❖ Микробиологическая диагностика
- ❖ Лечение
- ❖ Профилактика



Шигеллез или дизентерия - инфекционная болезнь с поражением толстого кишечника, развитием колита и интоксикации организма. Возбудители дизентерии – различные виды дизентерийной палочки.

Различают 2 вида: амебная(возникает в результате проникновения и размножения в тканях толстой кишки дизентерийной амёбы) и бактериальная(вызывают бактерии Флекснера и Зонне - палочки, обитающие в складках слизистой оболочки нижнего отдела толстой, сигмовидной и прямой кишок)



Возбудители принадлежат к семейству Enterobacteriaceae, роду Shigella.

Шигеллы- мелкие грамотрицательные палочки 1-3мкм., с закругленными концами, спор и капсул не образуют, неподвижны.

Это факультативный анаэроб, хорошо растут на простых питательных средах, содержащие лактозу и желчные кислоты (среда Плоскирева), а так же селенитовый бульон - среда обогащения.

MedUniver.com
Все по медицине...



Шигеллы растут в виде небольших, полупрозрачных, сероватых, крупных колоний, размером 1-3 мм. Исключением являются шигеллы Зонне, которые часто диссоциируют, образуя крупные, плоские, мутные, с изрезанными краями колонии. В

ную



Обладают соматическим O-антигеном, в зависимости от строения которого подразделяются на серовары:

- Группа А (12 сероваров)
- Группа В (6 сероваров и а/в подсеровары, групповой а/г)
- Группа С (18 сероваров)
- Группа D - не имеют сероваров

У некоторых имеется и К-антиген



Они длительно сохраняются в пищевых продуктах (молоко, масло, сыр, овощи); выживают в почве, загрязненной испражнениями больных до 3-5 месяцев, в выгребных ямах, открытых водоемах до 50 суток, отличаются высокой выживаемостью во внешней среде. В зависимости от температурно-влажностных условий сохраняются от 3—4 суток до 1—2 месяцев, а в ряде случаев до 3—4 месяцев и даже более.

Чувствительны к дез.средствам, к высоким температурам, ультрафиолету.




Пути передачи инфекции – бытовой, пищевой и водный. Бытовое заражение происходит при непосредственном соприкосновении с больным (например, при уходе за ним), через загрязненные руки больного (или бактерионосителя), предметы обихода: посуду, дверные ручки, выключатели и т. д. В теплое время года (особенно летом и осенью) пищевые продукты загрязняются мухами, которые переносят на хоботке и лапках микроскопические частицы кала, содержащие бактерии.



Ведущее значение в патогенезе болезни имеет эндо- и экзотоксемия, поражение паренхиматозных органов, сосудистой и нервной систем. Гибель эпителия тонкой кишки и вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы и печени сопровождается нарушением процессов полостного и пристеночного пищеварения, обмена веществ и развитием дисбактериоза кишечника.

Среди осложнений болезни наиболее частыми являются: инфекционно-токсический шок, инфекционно-токсическое поражение нервной системы, перитонит, пневмония.



A photograph of a man lying in a hospital bed, appearing to be in discomfort. He is shirtless and has a fever, with his hands clasped near his face. The background shows a hospital room with a white bedsheet and a blue pillow.

Инкубационный период составляет 1–7 (в среднем 2-3) дней, но может сокращаться до 2–12 часов. Заболевание начинается быстро. В начале развивается синдром общей интоксикации, характеризующийся повышением температуры тела, ознобом, чувством жара, разбитости, снижением аппетита, головной болью, снижением артериального давления. Имеется эндотоксин, который вызывает интоксикацию организма, при его накоплении происходит нарушение водно-солевого обмена в кишечнике.



Диагностика дизентерии основывается на результатах обследования больного. Большое диагностическое значение имеет осмотр кала, при котором можно обнаружить примесь слизи с прожилками крови. Лабораторное подтверждение дизентерии проводится бактериологическим и серологическим методами. Ректороманоскопия (исследование толстого кишечника с помощью специальной аппаратуры). При дизентерии выявляют признаки воспаления конечных отделов толстого кишечника.



Лечение дизентерии включает применение лекарственных средств, а также соблюдение пациентами диеты. При наличии признаков и симптомов дизентерии необходимо срочно госпитализировать больного.

В предупреждении заболевания дизентерией и ее распространения основную роль играют противодизентерийные прививки и широкие обследования по выявлению бациллоносителей, особенно среди работников пищевой промышленности, детских учреждений.



Профилактика дизентерии заключается в осуществлении следующих мер:

- Выявление и лечение больных дизентерией.
- Контроль над источниками водоснабжения, пищевыми предприятиями.
- Соблюдение правил личной гигиены (мыть руки с мылом).
- Пациентам при дизентерии следует тщательно мыть овощи и фрукты, кипятить воду. Наиболее эффективной мерой профилактики бактериальной дизентерии (дизентерия флекснера и зонне) является вакцинация (прививка от дизентерии). В настоящее время прививка от дизентерии рекомендуется всем людям, путешествующим по странам с низким социально-экономическим и санитарным развитием. Прививку от дизентерии можно получить в специализированных центрах вакцинации.



The end

