# **Міністерство охорони здоров‘я України**

# **Пошукова робота з епідеміології**

# **на тему:**

“Захворюваність на шигельоз по Коломийському району”

*Підготувати:*

*студентки групи ЗФ2*

*Ровенко О.*

*Петляк Н.*

*Викладач:*

*Васкул Ольга*

**2001.**

***Шигельоз (дизентерія)*** – гостра інфекційна хвороба з фіскально – оральним механізмом передачі, спричиняється різними видами шигел характеризується симптомами загальної інтоксикації, ураженням товстої кишки, переважно її дистального відділу та ознаками геморагічного коліту. В окремих випадках набуває затянутого або хронічного перебігу.

Термін “дизентерія” запропонував Гіппократ (Vст. до н.е.), але позначав ним пронос, який супроводжується болем. У перекладі з грец. dys - розлади, enteron – кишечник.

У 1891р. О.В. Григор‘єв з бритових лімфатичних вузлів загиблих від дизентерії осіб виділив грам негативні мікроорганізми. Детальніше описав різні збудники дизентерії японський мікробіолог Шига у 1898р.

***Актуальність.***

Шильоз – одна з найпоширеніших кишкових інфекцій. Хворіють по всій Земній кулі, час від часу вона дає епідемічні спалахи, уражаючи одноразово сотні і тисячі дорослих і дітей. Незважаючи на часті спалахи спалахи дизентерії, довший час не могли знайти збудника.

***Етіологія.***

Розрізняючи такі види збудників дизентерії: Григор‘єва – Шига, Штуцера – Шмітца, Флекснера і Зонне – за іменами вчених, які їх відкрили. Це короткі нерухомі грам негативні аеробні бактерії.

Мікроби мають різну стійкість у довкіллі. Досить добре зберігаються у воді, ґрунті, молоці, на поверхні багатьох харчових продуктів (від декількох діб до місяця і навіть довше), добре переносять низьку температуру і зберігають життєздатність навіть під снігом у замерзлих випорожненнях. Висока температура згубно діє на збудників дизентерії: нагрівання при температурі 56-600С вбиває їх через 10 хвилин, кип‘ятіння відразу.

Дуже небезпечно, якщо дизентерійні мікроби потрапляють у харчові продукти, особливо молочні. Тут вони знаходять сприятливі умови для розмноження. Дослідженнями вчених доведено, що в харчових продуктах збудники можуть зберігатися досить довго: в сметані – до 10 днів, у котлетах – 9-11 днів, в салатах і огірках 6-7 днів, у молоці до 27 днів. Експериментами доведено, що найдовші збудники дизентерії виникають у перевареній воді: Флекснера – до 2 міс., а Зонне 2-3 місяці.

***Джерело збудника.***

Джерелом є хвора на дизентерію людина або бактеріологоносії. Особливу небезпеку становлять хворі і носії збудників серед осіб, що працюють у системі харчування і водопостачання, дошкільних дитячих закладах.

При виражених формах дизентерії хворого легко виявити і госпіталізувати. Інакше буває при стертій або безсимптомних формах дизентерії.

***Механізм і шляхи передачі.***

Механізм передачі – фескально-оральний. Розповсюдження відбувається харчовим, водним, побутовим шляхами, а також за допомогою мух. Збудники із забруднених предметів побуту попадають на продукти через руки, тому шигельоз називають “хворобою брудних рук”. Такі захворювання мають легкий перебіг.

Інфікування на побутовому рівні відбувається внаслідок безпосереднього контакту з хворим чи забрудненими його виділеннями предметами побуту.

***Прояви епідемічного процесу.***

Для шигельозу характерна літньо-осіння сезонність. Сприйнятливість загальна, однак хворіють переважно діти, особливо віком 2-7 років.

Щоб виникла дизентерія, збудники її повинні проникати через рот у шлунково-кишковий тракт і знайти тут сприятливі умови для життя та розмноження.

Шигельоз – супутник воєн і стихійних лих. На рівень захворюваності впливає густина населення, якість комунальних послуг, санітарно - гігієнічна культура людей.

***Клініка.***

Дизентерія характеризується як місцевими ураженнями кишок, так і загально токсичними проявами.

***Класифікація:***

1. Гостра дизентерія (триває близько 3-ох місяців).
2. Хронічна дизентерія (триває понад 3 місяці).

Розрізняють такі перебіги хвороби: інкубаційний, початковий, розпалу, згасання проявів хвороби, видужання або перехід у хронічну форму.

***Гостра дизентерія.***

Інкубаційний період триває від 1 до 7 діб (частіше 2-3 дні). Хвороба розпочинається гостро, з‘являються явища головного болю, сонливості, втрати апетиту, млявість, загальне нездужання, озноб, підвищення температури до 38 - 390С, наростає інтоксикація.

З першого дня виникає приступоподібний біль у низу живота, переважно у лівій здухвинній ділянці. Фекалії різної консистенції, каловий характер через 2-3 години змінюється. Частота випорожнення зростає, домішки слизу, крові, пізніше гною. Фекалії мають вигляд – грудочок слизу з прожилками крові (“ректальний плювок”). Біль у лівій половині живота посилюється. Може бути випадання прямої кишки.

При пальпації живота ободова кишка болюча, малорухома, щільна, спазмована, .

Наприкінці першого дня хворий ослаблений, апатичний. Шкіра і слизові оболонки сухі, бліді, язик обкладений білим налетом, відмова від їжі. Тони серця ослаблені, пульс лабільний, АТ знижений. Хворі неспокійні, турбує безсоння.

Період розпалу хвороби триває від 1 до 7-8 днів, залежно від тяжкості перебігу.

Видужання наступає поступово.

Перебіг дизентерії залежить від виду збудника. Дизентерія Григор‘єва – Шига – особливо тяжкий перебіг з вираженим політичним синдромом.

Дизентерія Флекснера – характеризується легшим перебігом, але з більш тривалим звільненням від збудника.

Дизентерія Зонне – має легший перебіг, часто у вигляді харчової токсикоінфекції.

***Хронічна дизентерія.***

Спостерігається рідко і має рецидивуючий або безперебійний перебіг. Особливо рецидивуючого характеру з чергуванням фаз ремісії та загострення. Загострення можуть спостерігатись при порушенні дієти, розлади функції шлунка і кишок. Під час об‘єктивного дослідження можна виявити спазм та болючість сигмовидної ободової кишки, бурчання за ходом товстої кишки.

При безперервній формі хронічної дизентерії немає періодів ремісії, стан хворого погіршується, глибокі розлади травлення, анемії.

У хворих з тривалим періодом хронічної дизентерії розвивається коліт, спостерігаються запор і метеоризм, які чергуються з проносом. Уражується нервова система – дратівливість, головний біль, порушення сну.

***Епідеміологічне обстеження.***

З метою виявлення джерела, шляхів і факторів передачі інфекції вивчають характер харчування, водопостачання, побутові особливості та інші умови появи шигельозу.

Підозрілих на шигельоз обстежують клінічно, з‘ясовують і здійснюють лабораторні дослідження. Випорожнення збирають на бактеріологічне дослідження з початку етіотранного лікування. Для виділення шигел використовують штучні живильні середовища (Плоскірєва, Ендо, Лєвіна). Допоміжне значення має визначення у крові специфічних антитіл у РПГА.

Епідемічне обстеження в осередках включає спостереження за контактними особами (контроль за випорожненнями, у дітей – ще й термометрію).

Декретованих осіб та “організованих дітей” обстежують бактеріологічна, а в разі позитивного результату – також інших членів колективу. Для аналізу групового спалаху складають картограму захворювань.

***Лікування.***

Усіх хворих на дизентерію, особливо дітей, треба негайно показати лікареві. Тільки раннє лікування дизентерії швидко припиняє її запобігає ускладненням і переходу в затяжну форму. Якщо виникає пронос, необхідно відразу звернутися до лікаря, ні в якому разі не лікуватися самому. Неправильно застосовані ліки вбивають тільки певну частину дизентерійних паличок. Зате інші, стійкіші мікроби, виживають і продовжують свій шкідливий впив. Вони ніби звикають до антибіотиків і він перестає на них діяти.

Призначають: фуралідон, ентеросептол, антибіотики (левоміцетин, тетрациклін та ін.) і сульфаніламідні препарати (фталазол, сульфат тощо), але їх призначає тільки лікар.

У хворого виникає набряк слизової оболонки кишки (в наслідок запалення), вона тоншає, вкривається виразками. Поступово процес поширюється на слизову оболонку тонких кишок і шлунка, викликаючи захворювання цих органів – ентерит і гастрит. У хворого порушується всмоктування жирів, білків та вуглеводнів, знижується кислотність шлункового соку.

Часто запалення захоплює і підшлункову залозу і тоді стан хворого ще більше погіршується.

Отрута дизентерійних мікробів ушкоджує нервову систему, печінку, кровоносну систему, серце. Крім того в кишечнику здорової людини є багато інших необхідних для нормального травлення мікробів, які частково гинуть під впливом хвороби і ліків. Так поступово порушується життєдіяльність усього організму.

Виразки, що погано загоюються, містять багато дизентерійних мікробів і хвороба набуває тривалого хронічного перебігу.

Однак хронічну дизентерію вилікувати можна. Лікування повинно бути тривалим і старанним. Звільнення організму від дизентерійних збудників ще не означає, що людина одужала. Минає ще багато часу, поки відновлюється нормальний стан слизової оболонки кишечника, зникнуть виразки і нормалізуються процеси травлення і випорожнення.

***Протиепідемічні заходи, спрямовані на джерело збудника такі:***

* виявлення та ізоляція хворих (їх госпіталізація за наявності відповідних клінічних і епідеміологічних попадань);
* встановлення спостереження за контактними в осередку протягом 7 діб від часу ізоляції хворого;
* одноразове бактеріологічне обстеження (у квартирних осередках) декретованих працівників і організованих дітей;
* припинення ізоляції лише після клінічного одужання і негативного результату бактеріологічного обстеження калу.

Вилікування від дизентерії не завжди легке. Значно простіше їй запобігти.

Усім, хто влаштовується на роботу до харчових і дитячих закладів, а також дітям, які поступають в ясельні групи, здійснюють одноразове бактеріологічне обстеження калу на шигели. Подальше обстеження декретованих осіб за спеціальними показаннями (без попередження). Здійснюють постійний контроль за роботою молокозаводів, інших харчових закладів і системою водопостачань. Значення має також санітарна культура населення, належний санітарний стан ясел, будинків престарілих та ін.

***Специфічна профілактика.***

Запропоновані в минулому вбиті вакцини виявилися малоефективними, тому вони не використовуються. Зараз випробуються ентеральні вакцини.

***Висновок.***

Отже, з цієї пошукової роботи можна сказати, що шигельоз (дизентерія) – актуальна хвороба в даний час. Зріст захворюваності, на нашу думку, зумовлений недотриманням санітарного стану в харчових і санітарних об‘єктах, що спричиняє поширення інфекції; недотримання правил особистої і загальної гігієни, а також контроль за роботою молокозаводів, системою водопостачання та інших закладів.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Інфекційні хвороби** | **1995** | **1996** | **1997** | **1998** | **1999** | **2000** |
| Черевний тиф | - | - | - | - | - | - |
| Паратиф АВС | - | 1 | 1 | - | - | - |
| Носії | - | 2 | - | - | - | - |
| Сальмонельоз | 44 | 35 | 20 | 42 | 85 | 37 |
| Шигельоз | 100 | 50 | 26 | 44 | 70 | 83 |
| Викликається шигелами Флекснера | 75 | 40 | 22 | 19 | 33 | 26 |
| Викликається шигелами Зоне | 8 | 2 | 1 | 12 | 38 | 53 |
| Ентерити (псевдотуберкульоз, ентерити, коліти, гастроентерити, хар. токсикоінф.) | - | - | 1 | - | - | 1/1 |
| Викликані іншими збудниками | 13 | 33 | 28 | 50 | 88 | 80 |
| Гострі кишкові інфекції, викликані невстановленими збудниками | 76 | 47 | 58 | 70 | 66 | 81 |
| Туляремія | - | - | - | - | - | - |
| Сибірка | - | - | - | - | - | - |
| Бруцельоз | - | - | - | - | - | - |
| Дифтерія | 20 | 2 | 3 | 1 | - | - |
| Носії токсигенного штаму | 19 | - | 1 | 9 | - | - |
| Кашлюк | 8 | 1 | 8 | 5 | 2 | 2 |
| Скарлатина | 39 | 45 | 44 | 29 | 45 | 37 |
| Менінгокока інфекція | 3 | 2 | 8 | 1 | 18 | 4 |
| Правець | - | - | - | - | - | - |
| СНІД | - | - | - | - | - | - |
| Носії ВІЛ | - | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Вітряна віспа | 348 | 138 | 192 | 220 | 153 | 300 |
| Кір | 6 | 82 | 33 | 16 | 18 | 2 |
| Уроджена краснуха | - | - | - | - | - | - |
| Кліщовий енцефаліт | - | - | 1 | - | - | - |
| Вірусний гепатит | 215 | 130 | 202 | 121 | 144 | 243 |
| А | 196 | 106 | 188 | 104 | 125 | 210 |
| В/С | 19 | 24 | 14 | 17 | 19 | 25/8 |
| Сказ | - | - | - | - | - | - |
| Орнітоз | - | - | - | - | - | - |
| Інфекційний мононуклеоз | 5 | 21 | 12 | 14 | 6 | 9 |
| Епідемічний паротит | 138 | 283 | 249 | 293 | 98 | 156 |
| Рикетсіоза | - | - | - | - | - | - |
| Епідемічний висипний тиф | - | - | - | - | - | - |
| Хвороба Білла | 1 | - | - | - | - | - |
| Малярія | - | - | - | - | - | - |
| Лептоспіроз | 11 | 19 | 8 | 10 | 8 | 4 |
| Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів | 24144 | 20073 | 21386 | 22020 | 23833 | 23643 |
| Аскаридоз | 1143 | 1038 | 1041 | 1178 | 1014 | 1032 |
| Легіонельоз | - | - | - | - | - | - |
| Грип | 1289 | 2564 | 7776 | 409 | 4281 | 1335 |
| Трихоцефальоз | 876 | 891 | 734 | 900 | 811 | 810 |
| Ентеробіоз | 719 | 727 | 792 | 751 | 683 | 716 |
| Гіменолепідоз | - | 5 | 245 | 199 | 35 | 18 |
| Трематодози | - | - | - | - | - | - |
| Холера | - | - | - | - | - | - |
| Вірусний гепатит А | 7діт 14р | 14р |  |  |  |  |
| 76 | 38 |
| 0-2р | 0-2 | 78 | 39- | 581 | 75- |
| - | 1 | 6 |
| 3-6р | 3-6р | 1459 | 1227 | 948 | 1461 |
| 10 | 6 |
| 7-14р | 7-14 | - | - | - | - |
| 66 | 29 | 1 | 2 | - | 3/2 |
| Гепатит В/С | 3 | 36 | - | - | - | - |
| - | 1 | 1 | - | - | 1 |
| - | 6 | - | 2 | - | 2/2 |
| 3 | 29 |  |  |  |  |

#### Висновок

В результаті нашої пошукової роботи можна відмітити зріст хворих на вірусні гепатити, зокрема на вірусний гепатит С. На нашу думку цей зріст захворюваності зумовлений недотриманням санітарних вимог, погані матеріальні умови життя. Специфічна профілактика розроблена для вірусного гепатиту В. Ця вакцинація проводиться за бажанням людини, а проти вірусного гепатиту С вакцина відсутня.