

ШИГЕЛЛЕЗ

- (dysentery) – инфекционное заболевание, вызываемое шигеллами, протекающее с явлениями интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

Этиология.

- Возбудители дизентерии относятся к роду *Shigella*, семейству *enterobacteriaceae*.
- Различают 4 вида шигелл:
 - 1) *Sh. dysenteriae*, к ним относятся бактерии Григорьева – Шиги, Штутцера – Шмитца и Ларджа–Сакса;
 - 2) *Sh. flexneri* с подвидами Ньюкастл;
 - 3) *Sh. boydii*;
 - 4) *Sh. sonnei*.
- В настоящее время насчитывается свыше 50 серологических разновидностей дизентерийных бактерий.

- Морфологически все шигеллы сходны между собой, имеют вид палочек размером $(0,3-0,6) \times (1,0-3,0)$ мкм с закругленными концами. Они неподвижны, спор и капсул не образуют, грамотрицательны, хорошо растут на простых питательных средах.
- При их разрушении выделяется эндотоксин, с которым во многом связано развитие интоксикационного синдрома. Шигеллы способны продуцировать экзотоксины.

- Вирулентность шигелл определяется тремя основными факторами – способностью к адгезии к мембранам эпителиальных клеток, инвазии в них и продукции токсинов.

- Возбудители шигеллеза хорошо переносят высушивание и низкие температуры, но быстро погибают под действием прямых солнечных лучей и нагревания (при 60 °С – через 30 мин, 100 °С – почти мгновенно).

Дезинфицирующие средства (хлорсодержащие, лизол и др.) в обычных концентрациях убивают бактерии в течение нескольких минут.

Эпидемиология.

- Источником инфекции являются больные острой или хронической дизентерией, реконвалесценты и лица с субклинической формой инфекционного процесса (бактериовыделители). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные острой дизентерией, выделяющие в период разгара болезни в окружающую среду огромное количество возбудителей.

Фекально-оральный механизм

реализация осуществляется :

-пищевым;

-водным ;

-контактно-бытовыми путями.

- Факторами передачи шигелл являются пищевые продукты, вода, руки и предметы обихода, мухи, почва.

- Главным путем передачи при шигеллезе Григорьева – Шиги является контактно-бытовой,
- Флекснера – водный,
 - Зонне – пищевой (особенно молочный).

Клиническая картина

- И П колеблется от 1 до 7 дней (чаще составляет 2–3 дня).
- Выделяют дизентерию острую и хроническую. Острая дизентерия протекает в нескольких вариантах (колитический, гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический), каждый из которых может быть представлен в легкой, средней тяжести и тяжелой формах.

Клиническая картина

- Хроническая дизентерия имеет рецидивирующее или непрерывное течение и также может протекать в легкой, средней тяжести и тяжелой форме. Существует также шигеллезное бактерионосительство (бактериовыделение), которое рассматривают как субклиническую форму инфекционного процесса.

- Дизентерия характеризуется **ЦИКЛИЧНОСТЬЮ** течения.

выделяют 4 периода болезни:

- начальный,
- разгара,
- угасания симптомов
- выздоровления (остаточных явлений или перехода в хроническую форму).

- В клинической картине колитического варианта (типичный шигеллез) представлены два основных синдрома – **интоксикационный и колитический**
- В большинстве случаев заболевание начинается остро. Больные жалуются на озноб и жар.
- .

- Температура тела быстро повышается до максимальных цифр (38–40 °С), держится на этом уровне от нескольких часов до 2–5 дней и снижается обычно по типу ускоренного лизиса. Дизентерия может протекать с субфебрильной температурой, а иногда без ее повышения.

- При типичном классическом течении дизентерии ведущим является **симптомокомплекс колита**. Больные жалуются на режущие, схваткообразные боли в животе, локализованные в подвздошных областях, больше слева, интенсивность и длительность которых зависят от формы и тяжести болезни. Боли в животе обычно предшествуют каждой дефекации и наслаиваются на нее. Позывы чаще бесплодные, сопровождаются мучительными тянущими болями в области прямой кишки – **тенезмами**.

- При пальпации органов брюшной полости определяется **спазмированная, тонически напряженная толстая кишка, в более легких случаях лишь ее дистальный отдел – сигмовидная кишка.** Последняя пальпируется в виде плотного инфильтрированного, малоподвижного, резко болезненного шнура. Часто пальпация усиливает спазм мышц кишечника и провоцирует позывы к дефекации.

- При манифестированных формах шигеллеза наблюдается учащение стула до 20–30 раз в сутки и более. Дефекация, как правило, не приносит облегчения. Несмотря на многократность стула при типичном колитическом варианте течения дизентерии, количество каловых масс, выделяемых больными за сутки, невелико, редко превышает 0,5–1 л.

- В первые часы стул довольно обильный, каловый, полужидкий или жидкий, часто слизистый. При его учащении испражнения теряют каловый характер. Стул состоит из густой, прозрачной слизи, к которой в дальнейшем присоединяются примесь крови, а позже и гноя (**«ректальный» или «дизентерийный плевок»**). Испражнения могут приобрести вид мясных помоев, в котором взвешены «саговые» комочки слизи.

Характер стула



ББК
Душанбе
Б.А.А. 9
1999

Колитический вариант с легким течением

- болезни характеризуется умеренно или слабо выраженной интоксикацией. Начинается обычно остро с кратковременным подъемом температуры до 37–38 °С. В первые часы болезни наблюдаются слабость, снижение аппетита, в дальнейшем появляются умеренные боли в животе. стул от 3–5 до 10 раз в сутки.
- Заболевание продолжается 3–5, реже 7–8 дней и заканчивается выздоровлением.

*Колитический вариант со средней
тяжестью течения*

- начинается остро, с озноба, чувства «ломоты» и разбитости во всем теле. Температура повышается до 38–39 °С и держится на этом уровне 3–5 дней, редко дольше. Часто наблюдаются анорексия, головная боль, тошнота, иногда рвота, резкие схваткообразные боли в животе, тенезмы. Частота стула 10–20 раз в сутки. Клиническое выздоровление наступает к концу 2-й недели болезни.

Тяжелое течение

- характеризуется острым началом с температура до 39 °С и выше, резко выраженной интоксикацией. Боли в животе резко выражены с мучительными тенезмами и частыми позывами на мочеиспускание. Стул от 20–25 до 50 раз в сутки, скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый. Тяжелое состояние больных сохраняется в течение 7–10 дней. Заболевание длится 3–6 нед и более.

Вид больного шигеллезом



Диагностика.

- бактериологическое исследование.
- серологический метод – реакция (РНГА). Положительные ответы РНГА могут быть получены с 5-го дня болезни. Минимальный диагностический титр антител в РНГА 1:200.
- экспресс-диагностика-метод флюоресцирующих антител (МФА), иммуноферментный анализ (ИФА) и др.

- Копрологическое исследование - обнаруживаются **слизь**, скопление **лейкоцитов** с преобладанием нейтрофилов (более 30–50 в поле зрения), **эритроциты** и различное количество измененных эпителиальных клеток.
- Ректороманоскопия-обязательный инструментальный метод исследования
- Аллергологическим методам (кожно-аллергическая проба с дизентерином Цуверкалова) –вспомогательный метод.

Лечение острой дизентерии.

- Лечить можно на дому и в стационаре
- Госпитализации подлежат больные со средней тяжести и тяжелым течением шигеллеза, лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также больные, представляющие повышенную эпидемиологическую опасность (пищевики и приравненные к ним контингента). Дети до года

- **Этиотропные средства** -препараты нитрофуранового ряда.
 - Фуразолидон (фуразолин, фурадонин, фурагин) назначают по 0,1–0,15 г 4 раза в сутки после еды в течение 5–7 дней.
 - Производные хинолина.
 - Хлорхинальдол назначают внутрь по 0,2 г 4 раза в день после еды, интетрикс – по 2 капсулы 3 раза в день во время еды.
- Длительность курса 5–7 дней.

- Препараты группы сульфаметоксазола (бактрим, септрин, бисептол-480, grosептол) по 2 таблетки 2 раза в день (утром и вечером после еды) или
- Производные хинолона:
ципрофлоксацин (ципробай, цифран) по 0,25–0,5 г 2 раза в сутки, офлоксацин (таривид) по 0,2–0,4 г 2 раза в день, норфлоксацин (нолицин) по 0,4 г 2 раза в течение дня.

- Больным с тяжелой сопутствующей патологией, нарушениями питания, пожилым людям назначают антибиотики, из группы **аминогликозидов** (гентамицина сульфат, сизомицина сульфат, тобрамицин, амикацина сульфат), которые вводят парентерально.
- **левомицетин**, который назначают по 0,5 г 4–6 раз в сутки, и тетрациклины в дозе 0,3 г 4 раза в день.
- **тетрациклинового ряда** (морфоциклин, гликоциклин).
- **полусинтетический пенициллин** широкого спектра действия – ампициллин в суточной дозе 4–6 г, распределяемой на 4–6 приемов.

Патогенетическая терапия

- **дезинтоксикационные средства.**
- изотонические солевые растворы (регидрон, раствор Рингера, растворы «Трисоль», «Ацесоль», «Лактасол»), которые вводят в зависимости от степени обезвоживания- 1–2 л
- **полиферментные препараты** (абомин, панкреатин, ораза, панзинорм форте, полизим, фестал, мезим форте и др.).
- моторная функция кишечника восстанавливается **спазмолитиками**, дающими и обезболивающий эффект.

- **вяжущие, обволакивающие, антисептические и адсорбирующие средства, в виде лекарственных трав и плодов (цветки ромашки аптечной, трава зверобоя, плоды черемухи, листья и плоды черники, корневища лапчатки прямостоячей, корневище кровохлебки лекарственной и др.).**

- Для устранения кишечного **дисбактериоза** применяется биопрепараты (бифидум, лактобактерин и др) через 24–48 ч после прекращения терапии. Курс лечения 2–4 нед.
- Восстановление микробного биоценоза в кишечнике ускоряет применение протейного **бактериофага**.

Местное лечение

- В период реконвалесценции применяют средства, усиливающие регенерацию слизистой оболочки толстой кишки. К ним относятся растительные масла, рыбий жир, винилин (бальзам Шостаковского) по 30–50 мл на клизму.