



острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Shigella* с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся симптомами общей интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

Подготовила студентка 1.5.04в группы
Магомедова М.М.
Москва 2018

История



Термином «дизентерия» Гиппократ обозначал клинический синдромокомплекс, характеризующийся поносом и болями в животе.

Наиболее близок к современному определению дизентерии термин *sekiri* («красный понос»), который был распространен в Китае и Японии и которым обозначались заболевания, характеризующиеся необильным стулом с примесью слизи, крови и болями при дефекациях.

Только в 1898 г. японский исследователь

Kiyoshi Shiga выделил из испражнений больных бациллу, которая была признана возбудителем бактериальной дизентерии.

Ввиду установления различной этиологии дизентерии, в первой половине XX столетия в медицинской литературе использовали термины «бациллярная» и «амебная» дизентерия.

В настоящее время под дизентерией понимаются только заболевания, вызванные шигеллами. Относится к социально значимым диарейным болезням.

Заболееаемость

Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. случаев заболеваний шигеллезом, из которых 1.1 млн. больных умирает

В последние два десятилетия крупные вспышки, вызванные *Shigella dysenteriae* серотип 1 (Sd1), произошли в Африке, Южной Азии и Центральной Америке.

В 1993-1995 гг. вспышки были зарегистрированы в нескольких центральных и южных африканских странах.

В 1994 году во время "взрывной" вспышки среди Руандийских беженцев в Заире только в течение первого месяца от начала эпидемии погибло около 20 000 больных.

В период 1999-2003 гг. вспышки были зарегистрированы в Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинее, Сенегале, Анголе, центральноафриканской Республике и демократической Республике Конго.

В 2000 году вспышки "кровавой" диареи (bloody diarrhoea), вызванной устойчивой к фторхинолонам Sd1, зафиксированы в Индии и Бангладеш.

В Центральной Америке последний раз крупная эпидемия дизентерии длилась с 1969

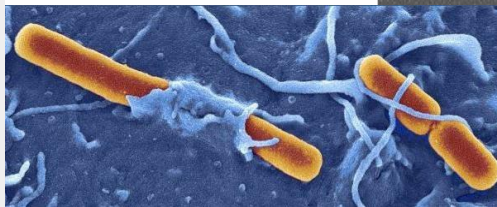
по 1979 годы; более 500 000 случаев заболевших и 20 000 умерших.

Этиология



Shigella sonnei

MakeAGIF.com



Семейство: Enterobacteriaceae

Род: Shigella

Виды:

- группа А: Shigella Dysenteriae, 1 — Григорьева–Шиги, Shigella Dysenteriae, 2 — Штутцера–Шмитца и Shigella Dysenteriae 3–7 — Ларджа–Сакса;
- группа В: Shigella Flexneri с подвидом Shigella Flexneri 6 — Newcastle; серовары 1–6, каждый из которых подразделяют на подсеровары а и b, а также серовары 6, X и Y;
- группа С: Shigella Boydi, серовары 1–18;
- группа D: Shigella Sonnei.

Шигеллы — грамотрицательные неподвижные палочки, факультативные аэробы.

Палочка Григорьева–Шиги образует шиготоксин (экзотоксин), остальные виды содержат термолабильный эндотоксин — ЛПС.

Наименьшая заражающая доза характерна для бактерий Григорьева–Шиги, большая — для бактерий Флекснера и наибольшая — для бактерий Зонне.

Представители последних двух видов наиболее устойчивы в окружающей среде: на посуде и влажном белье они могут сохраняться в течение месяцев, в почве — до 3 мес, на продуктах питания — несколько суток, в воде — до 3 мес. При нагревании до 60 °С они гибнут через 10 мин, при кипячении — немедленно, в дезинфицирующих растворах — в течение нескольких минут.

Эпидемиология

- Источник возбудителя шигеллеза- человек, больной манифестной или стертой формой болезни, а также бактериовыделитель.



Патогенез



- Шигеллы обладают достаточно выраженными вирулентными свойствами.
- Заболевание может развиваться и при невысокой инфицирующей дозе
- Выделяют тонко- и толстокишечные фазы, степень выраженности которых определяет вариант течения заболевания
- Ключевым фактором вирулентности шигелл является их инвазивность
- Несмотря на инвазивность, шигеллы не способны к глубокому распространению, в силу чего системной диссеминации возбудителя при шигеллезах, как правило, не происходит (за исключением *S. dysenteriae*, особенно при тяжелом и крайне тяжелом течении)
- Токсины шигелл обладают выраженным энтеротропным действием и приводят в первую очередь к местным нарушениям со стороны толстой кишки
- Моторика кишечника является важным защитным механизмом, ограничивающим и препятствующим прикреплению и инвазии шигелл к эпителиальным клеткам, что наглядно демонстрируют затягивание и утяжеление инфекционного процесса у лиц, получающих препараты, подавляющие моторику кишечника

Патоморфологи Я

1 — острый катаральный; рисунок 2 — избыточная регенерация слизистой оболочки с полиповидными разрастаниями); рисунок 3 — дифтеритический; рисунок 4 — рубцевание слизистой оболочки после перенесённой дизентерии; рисунок 5 — язвенный колит; рисунок 6 — катаральный колит при токсической.



- Катаральный колит** – гиперемия и набухание слизистой толстой кишки, с наложением слизи. Наряду с участками измененной слизистой оболочки встречаются зоны без отчетливо видимых изменений. В просвете кишки содержатся полужидкие и кашицеобразные массы с большим количеством слизи и прожилками крови.
- Катарально-геморрагический колит** - гиперемия, отек слизистой кишки с участками кровоизлияний, неровности слизистой в виде "отпечатков больших пальцев".
- Катарально-эрозивный колит** – гиперемия, отек, мелкие эрозии в вершинах складок, мутная гнойная слизь, легкая контактная кровоточивость.
- Фибринозный колит** – выраженный диффузный отек и гиперемия слизистой оболочки с пленчатыми наложениями (или в виде нежных хлопьев, легко отделяющихся от поверхности кишки (крупозное воспаление), либо более плотных шероховатых серых или серо-бурых с желтоватым или зеленоватым оттенком пленок, часто замещающих значительные участки слизистой оболочки, плотно фиксированных к стенке кишки (дифтеритическое воспаление, дифтеритический колит). На фоне резко выраженного полнокровия в сосудах кишки обнаруживаются свежие тромбы. При тяжелом течении возможно развитие фибринозно-некротического, фибринозно-язвенного и флегмонозно-некротического колита.
- Эрозивно-язвенный колит** - выраженная гиперплазия солитарных фолликулов, с некрозом и гнойным расплавлением, дефекты слизистой оболочки кишки в виде эрозий и язв. Заживление язв происходит медленно.

Классификация

- По типу: 1. Типичные. 2. Атипичные: стертая; бессимптомная; транзиторное бактерионосительство.
- По тяжести: 1. Легкая форма. 2. Среднетяжелая форма. 3. Тяжелая форма (с преобладанием симптомов токсикоза; с преобладанием местных нарушений).
- По течению:

- А. По длительности: 1. Острое (до 1 мес). Клинические варианты: колитический, гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический. 2. Затяжное (до 3 мес). 3. Хроническое (свыше 3 мес): непрерывное; рецидивирующее; длительное бактерионосительство при нормальном стуле.

- Б. По характеру: 1. Гладкое. 2. Негладкое: с осложнениями; с обострениями и рецидивами; с наклонием вторичной инфекции; с обострением хронических заболеваний.

Форма	Степень тяжести	Особенности течения
Острая дизентерия	Легкая, средняя, тяжелая.	Стертое, затяжное.
Колитический	Легкая, среднетяжелая с обезвоживанием 1 – 2 степени; тяжелая с обезвоживанием 2 – 4 степени.	
Гастроэнтероколитический		Стертое, затяжное.
Хроническая дизентерия	Легкая, средняя, тяжелая.	
Шигеллезное бактерионосительство		Рецидивирующее, непрерывное субклиническое, реконвалесцентное.

Клиническая классификация шигеллеза (В. И. Покровский, С. П. Юдуцкий, 1996)

Клиническая картина



Колитический вариант является типичным (классическим) проявлением шигеллеза.

Инкубационный период длится от нескольких часов до 7 дней, чаще 2-3 дня.

Начало острое:

✓ Лихорадка

✓ Общая интоксикация, температуры тела от 37°C до максимальных цифр (38-40 °C), держится на этом уровне от нескольких часов до 2-5 дней, снижается обычно по типу ускоренного лизиса

✓ Схваткообразные абдоминальные боли

✓ Тенезмы

✓ Учащенный стул и диарея 10-25 раз/сут (поначалу водянистая, далее – воспалительная со слизисто-кровянистыми выделениями) 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 плевок»). Испражнения могут приобрести вид мясных помесей, в которых разрозненны «заготовки»

Клиническая картина



□ **Гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический варианты** имеют черты ПТИ с коротким инкубационным периодом, бурным началом болезни. Основными синдромами в начале заболевания является гастроэнтерит, признаки дегидратации и интоксикации. В дальнейшем начинают доминировать симптомы энтероколита. Клинические проявления колита менее выражены.

□ **Стертое течение** шигеллеза регистрируется примерно в 10% случаев и характеризуется легким течением без типичного для шигеллеза симптомокомплекса. Колит кратковременный и слабо выражен. Встречается как при типичном, так и при атипичном варианте болезни. Больные чувствуют себя удовлетворительно, за медицинской помощью практически не обращаются. Испражнения полужидкие, без слизи и крови, не более 3-4 раз в день. Боли в животе незначительные и сохраняются в течение 1-2 дней. Температура тела нормальная, реже - субфебрильная. При пальпации живота отмечается болезненность, возможно, спазм нисходящего отдела толстой кишки. Диагноз чаще ставится на основании результата бактериологического исследования кала.

□ **Субклиническое течение** встречается относительно редко. Клинические симптомы болезни отсутствуют. Диагностируют, как правило, при обследовании по эпидпоказаниям. В испражнениях больного обнаруживают шигеллы, при копрологическом исследовании - повышенное количество лейкоцитов и слизи. При серологическом исследовании - динамика титра специфических антител. При ректороманоскопии изменения практически не выявляются, однако при исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки обнаруживают характерные для шигеллеза морфологические изменения.

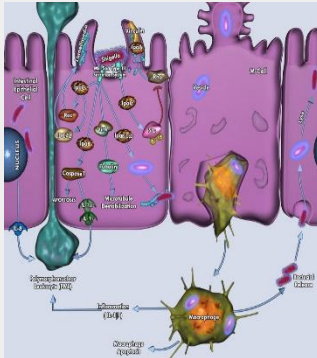
□ **Затяжное течение** наблюдается при любом варианте шигеллезного процесса и встречается у 0,2-0,5% больных. Заболевание характеризуется сохранением симптомов обнаружением шигелл в кале более 2-ух недель при легкой форме болезни, более 3-х недель - при среднетяжелой и более 4-х недель, но менее 3-х месяцев - при тяжелой форме болезни. Возможны периодические ремиссии. Иногда затяжное течение проявляется длительным (1,5-2 мес) бактериовыделением с

Клиническая картина

- Хронический шигеллез** протекает в виде непрерывного или рецидивирующего течения более 3-х месяцев с периодами обострения (рецидивы) или в виде вялотекущего, без выраженной интоксикации процесса. При ректороманоскопии выявляются не резко выраженные воспалительные и атрофические процессы. Развивается редко - после острого шигеллеза Флекснера в 2-5 % случаев, дизентерии Зонне - в 1 % случаев. Клинические проявления шигеллеза зависят от ряда факторов: вида возбудителя, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Обычно хронический шигеллез длится не более 1,5 - 2 лет
- Бактерионосительство** представляет собой одну из форм инфекционного процесса, протекающего субклинически. Характерным отличием бактерионосительства от всех форм острой и хронической дизентерии является обнаружение шигелл в кале при отсутствии какой-либо дисфункции кишечника в период обследования и в течение предшествовавших ему 5-6 недель.



Особенности
клинического течения
шигеллеза, вызванного
разными
штаммами



- S. dysenteriae* вызывает тяжелое течение болезни с выраженной интоксикацией, тяжелым поражением кишечника и эксикозом. Дизентерия Григорьева-Шиги характеризуется острым началом, интенсивными схваткообразными болями в животе, ознобом, лихорадкой до 40°C, тенезмами. Стул в первые сутки болезни имеет каловый характер с видимой кровью, затем объем испражнений уменьшается, появляется примесь гноя. Возможно развитие ИТШ, сепсиса, гемолитико-уремического синдрома. Гиповолемический синдром развивается при обильном стуле и раннем присоединении рвоты.
- В отношении клинических проявлений шигеллеза, вызванного *S. flexneri*, нет единого мнения. Большинство исследователей отмечают среднетяжелую и тяжелую форму болезни с развитием симптомов токсикоза и эксикоза и выраженным синдромом дистального колита.
- Проявления шигеллеза, вызванного *S. newcastle*, сходно с течением шигеллеза Флекснера.
- Клиническое течение болезни, вызванной *S. sonnei*, чаще регистрируется у детей старшего возраста и нередко манифестирует в виде гастроэнтероколического варианта ПТИ с гладким течением, быстрой положительной динамикой и низкой летальностью. Много стертых форм и бактерионосительства.
- Шигеллез Бойда напоминает шигеллез Зонне. Характерно легкое течение с

Дифф. диагноз

Следует проводить со следующими болезнями:

- пищевыми токсикоинфекциями, в первую очередь сальмонеллезной этиологии,
- холерой,
- отравлением грибами и солями тяжелых металлов,
- вирусной диареей,
- острым аппендицитом,
- новообразованиями толстого кишечника,
- тромбозом мезентериальных сосудов, непроходимостью кишечника, амебиазом,
- балантидиазом,



Осложнения



Наиболее высок риск развития осложнений у больных дизентерией, вызванной *S. dysenteriae*. Однако прослеживается отчетливая тенденция к увеличению тяжелых форм дизентерии Флекснера. К числу наиболее тяжелых осложнений относятся:

- инфекционно-токсический шок и смешанный шок (ИТШ + дегидратационный);
- прободение язв кишечника с развитием перитонита (от ограниченных серознофибринозных до разлитых гнойных форм), кишечным кровотечением;
- энцефалический синдром (синдром фатальной энцефалопатии или синдром Ekiri), который преимущественно развивается у детей и иммунокомпromетированных пациентов при дизентерии, обусловленной *S. sonnei*, *S. flexneri*;
- острая надпочечниковая недостаточность;
- бактериемия (выявляющаяся при дизентерии *S. dysenteriae* 1 в 8% случаев и крайне редко — при инфицировании другими видами шигелл у детей до года, ослабленных, истощенных и иммунокомпromетированных пациентов);
- гемолитико-уремический синдром (развивающийся через неделю от начала заболевания и характеризующийся микроангиопатической гемолитической анемией, тромбоцитопенией и острой почечной недостаточностью);
- острая сердечно-сосудистая недостаточность (при тяжелом течении);
- миокардит и тромбоэндокардит;
- отек легких и отек-набухание головного мозга;
- тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии;
- сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии.



Источники

- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ШИГЕЛЛЕЗ У ВЗРОСЛЫХ. от 30 октября 2014года
- Инфекционные болезни: национальное руководство. Под.ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова, 2009г.
- Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. Н.Д. Ющук, Л.Е.Бродов, 2001г.
- Курс Острых инфекционных болезней. Г.А. Иващенко, М.Д. Тушинский, В.А. Башенин, М.Г. Данилевич, 1951г.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!