



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.

Заболееваемость

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

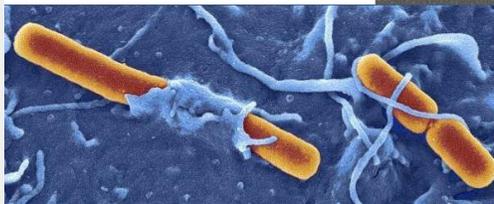
по 1973 годы; более 500 000 случаев заболевших и 20 000 умерших.

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.

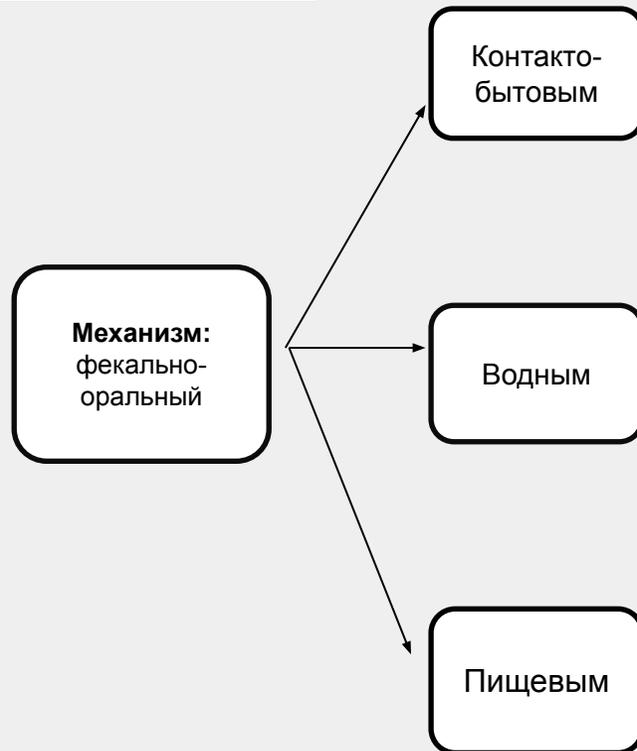
Палочка Григорьева–Шиги образует шиготоксин (экзотоксин), остальные виды содержат термолабильный эндотоксин — ЛПС.

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 °C 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.



Наиболее типичен для группы A (*S. dysenteriae*)

Описан половой путь передачи *S. sonnei* биотип G, впервые описанный во время вспышки шигеллеза среди гомосексуалистов одного из клубов Нового Южного Уэльса (Австралия) в январе-июле 2000 г.



Наиболее типичен для групп B (*S. flexneri*) и C (*S. boydii*)

В настоящее время распространение *S. flexneri* происходит преимущественно вторичным пищевым путём через разнообразные продукты питания: срабатывает хронический децентрализованный пищевой путь передачи, реализуемый без предварительного накопления шигелл, отличающихся высокой вирулентностью и крайне низкой инфицирующей дозой. Наибольшую эпидемическую опасность представляют больные легкой и стертой формами острого шигеллеза и реконвалесценты с длительным выделением шигелл, особенно по роду своей работы относящиеся к декретированной группе (работники, связанные с приготовлением пищи, хранением, транспортировкой и ее продажей; ЛПУ; образовательных учреждений всех видов и типов; водопроводных сооружений, связанные с подготовкой воды и обслуживанием водопроводных сетей и т.п.).



Наиболее типичен для группы D (*S. sonnei*)

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.

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.

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

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 помесов, в котором различимы «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.

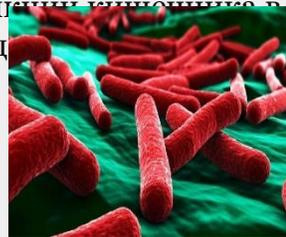
□ **Стертое течение** шигеллеза регистрируется примерно в 10% случаев и характеризуется легким течением без типичного для шигеллеза симптомокомплекса. Колит кратковременный и слабо выражен. Встречается как при типичном, так и при атипичном варианте болезни. Больные чувствуют себя удовлетворительно, за 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.

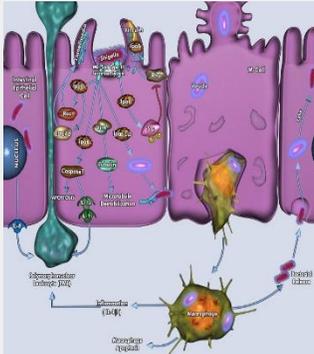
□ **Затяжное течение** наблюдается при любом варианте шигеллезного процесса и встречается у 0,2-0,5% больных. Заболевание характеризуется сохранением симптомов обнаружением шигелл в кале более 2-ух недель при легкой форме болезни, более 3-х недель - при среднетяжелой и более 4-х недель, но менее 3-х 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!