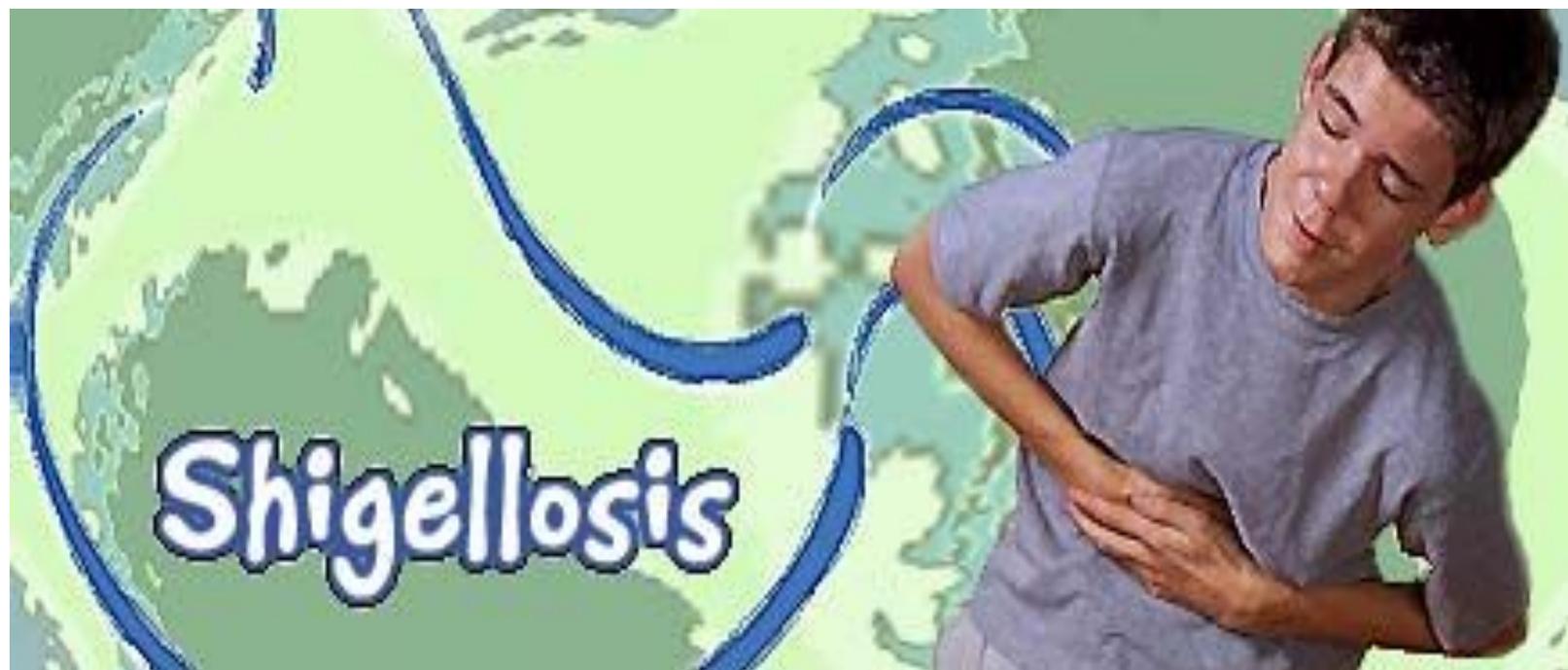


Дизентерия







Шигеллез - острое антропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся общей интоксикацией и преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки, схваткообразными абдоминальными болями, частым жидким стулом с примесью слизи и крови, тенезмами.

- Актуальность проблемы: дизентерия занимает ведущее место в группе кишечных инфекций, удельный вес дизентерии в структуре острых кишечных инфекций составляет от 54 до 75%.
- По данным ВОЗ от дизентерии в мире умирает около 1 млн. человек в год.
- На долю развивающихся стран приходится большая часть заболеваемости.

- Клинические описания шигеллеза впервые приведены в трудах сирийского врача Аретея Каппадокийского (I век до н.э.) под названием «кровавый, или натужный, понос» и в древнерусских рукописях («утроба кровавая», «мыт»).
- В медицинской литературе XVII - XIX века подчеркнута склонность заболевания "шигеллез" к широкому распространению в виде эпидемий и пандемий.
- Свойства основных возбудителей шигеллеза описаны в конце XIX века (Раевский А.С, 1875; Шантемесс Д., Видаль Ф., 1888; Кубасов П.И., 1889; Григорьев А.В., 1891; Шига К., 1898), позже были открыты и описаны некоторые другие виды возбудителей заболевания.

Виды шигелл

A – *Shigella dysenteriae*

- Григорьева-Шига
- Штуцера-Шмитца
- Лорджа-Сакса

B - *Sh. Flexneri*

C – *Sh. Boydii*

D - *Sh. Sonnei*

Палочки, Гр⁻

Спор и капсул не образуют

Устойчивы во внешней среде (грунт, вода – 2-3 мес.)

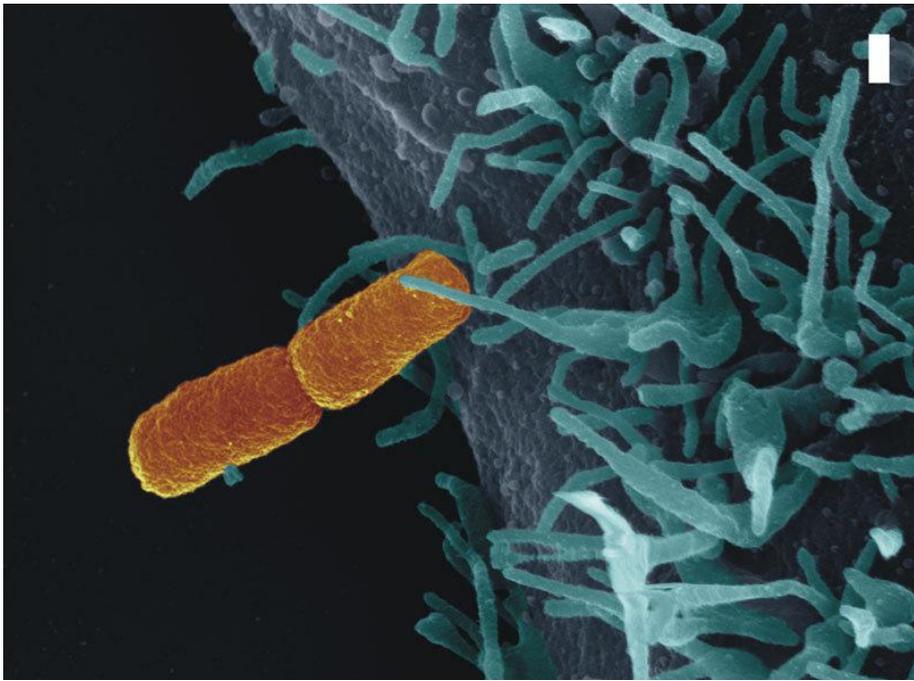
Образуют эндотоксин (Григорьева-Шига и экзотоксин)

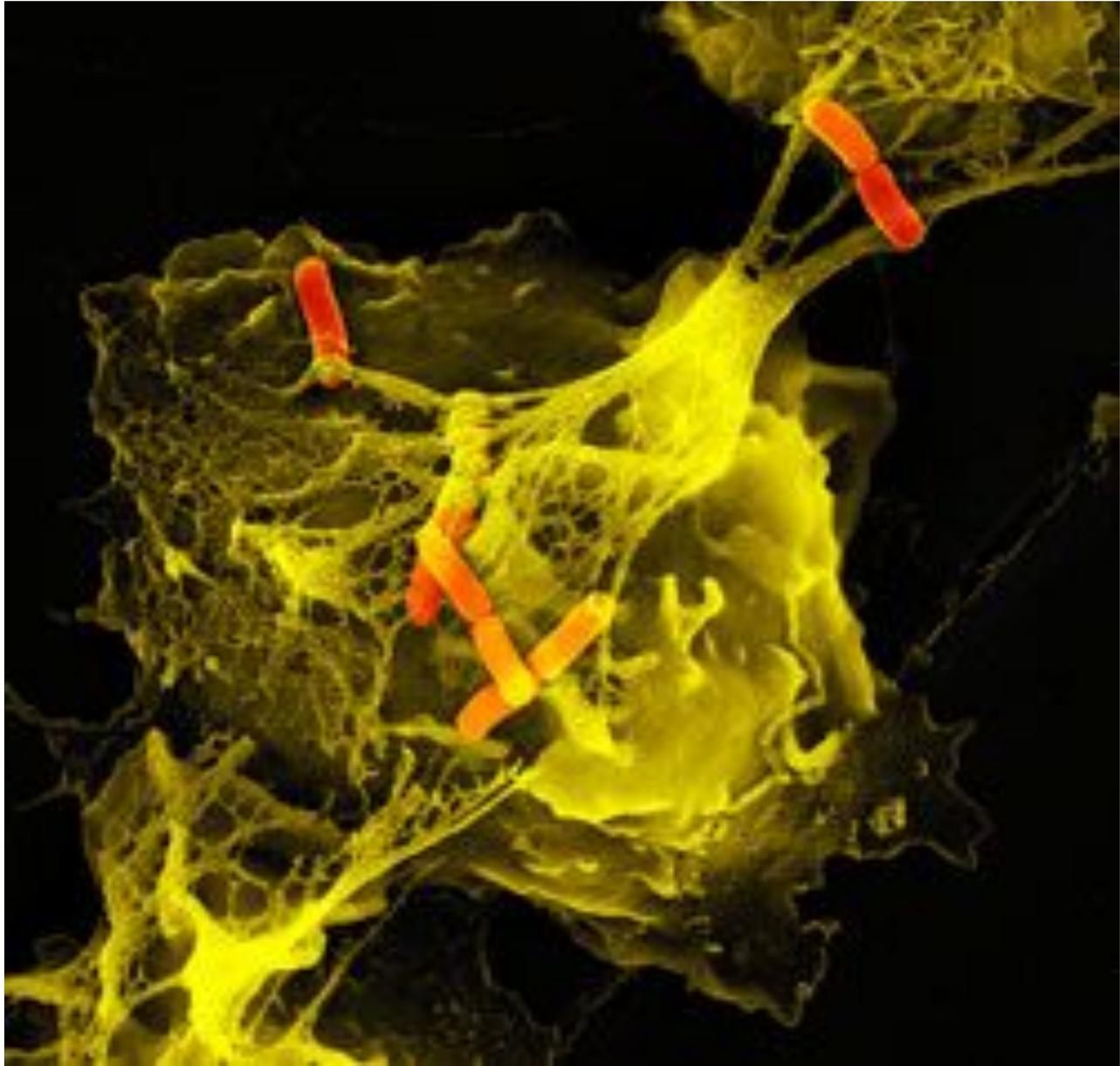


Рис. 3.51. Мазок из чистой культуры *S. flexneri*. Окраска по Граму
Шигеллы — прямые грамотрицательные палочки с закругленными концами (0,7–1,0 x 1–3 мкм). Неподвижны (не имеют жгутиков). Факультативные анаэробы. По О-антигенам выделяют 45 сероваров внутри видов *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*. У некоторых шигелл обнаруживают К-антиген. Вирулентность связана с плазмидой инвазии, которая имеется у всех шигелл. Плазмида детерминирует синтез Ipa BCD-инвазинов (invasion plasmide antigen) — белков, входящих в состав наружной мембраны



Рис. 3.52. Мазок из чистой культуры *S. flexneri*. РИФ





- Патогенность шигелл определяется 4 основными факторами: способностью к
- адгезии,
- инвазии,
- токсинообразованию и
- внутриклеточному размножению.
- Она наиболее выражена у бактерий Григорьева-Шига (*Sh. dysenteriae* серовара 1), несколько менее — у шигелл Флекснера и еще меньше у других видов.
- Важным свойством шигелл является их способность быстро изменять свою чувствительность к различным антибактериальным средствам

- **Резервуар и источник инфекции** шигеллеза - человек (больной острой или хронической формой дизентерии, носитель).
- Наибольшую опасность представляют больные с лёгкой и стёртой формами шигеллеза, особенно лица определённых профессий (работающие в пищевой промышленности и приравненные к ним лица).
- Из организма человека шигеллы начинают выделяться при первых симптомах болезни; продолжительность выделения - 7- 10 дней плюс период реконвалесценции (в среднем 2-3 нед). Иногда выделение бактерий затягивается до нескольких недель или месяцев.
- Склонность к хронизации инфекционного процесса в наибольшей степени свойственна дизентерии Флекснера, в наименьшей - дизентерии Зонне.

- **Механизм передачи** шигеллеза фекально-оральный,
- пути передачи шигеллеза - водный, пищевой и контактно-бытовой.
- При шигеллезе Григорьева-Шиги основным путём передачи бывает контактно-бытовой, обеспечивающий передачу высоковирулентных возбудителей.
- При дизентерии Флекснера главный путь передачи - вода,
- При дизентерии Зонне - пища. Бактерии Зонне обладают биологическими преимуществами перед другими видами шигелл. Уступая им по вирулентности, они более устойчивы во внешней среде, при благоприятных условиях могут даже размножаться в молоке и молочных продуктах, что повышает их опасность.

- Преимущественное действие тех или иных факторов и путей передачи определяет этиологическую структуру заболевания дизентерией. В свою очередь наличие или преобладание разных путей передачи шигеллеза зависит от социальной среды, условий жизни населения.
- Ареал дизентерии Флекснера в основном соответствует территориям, где население до сих пор употребляет эпидемиологически небезопасную воду.





Патогенез шигеллеза:

I- пероральное заражение

II- частичное разрушение шигелл в желудке и тонком кишечнике-

интоксикация, сенсibilизация слизистой кишечника, трофические изменения в подслизистом слое

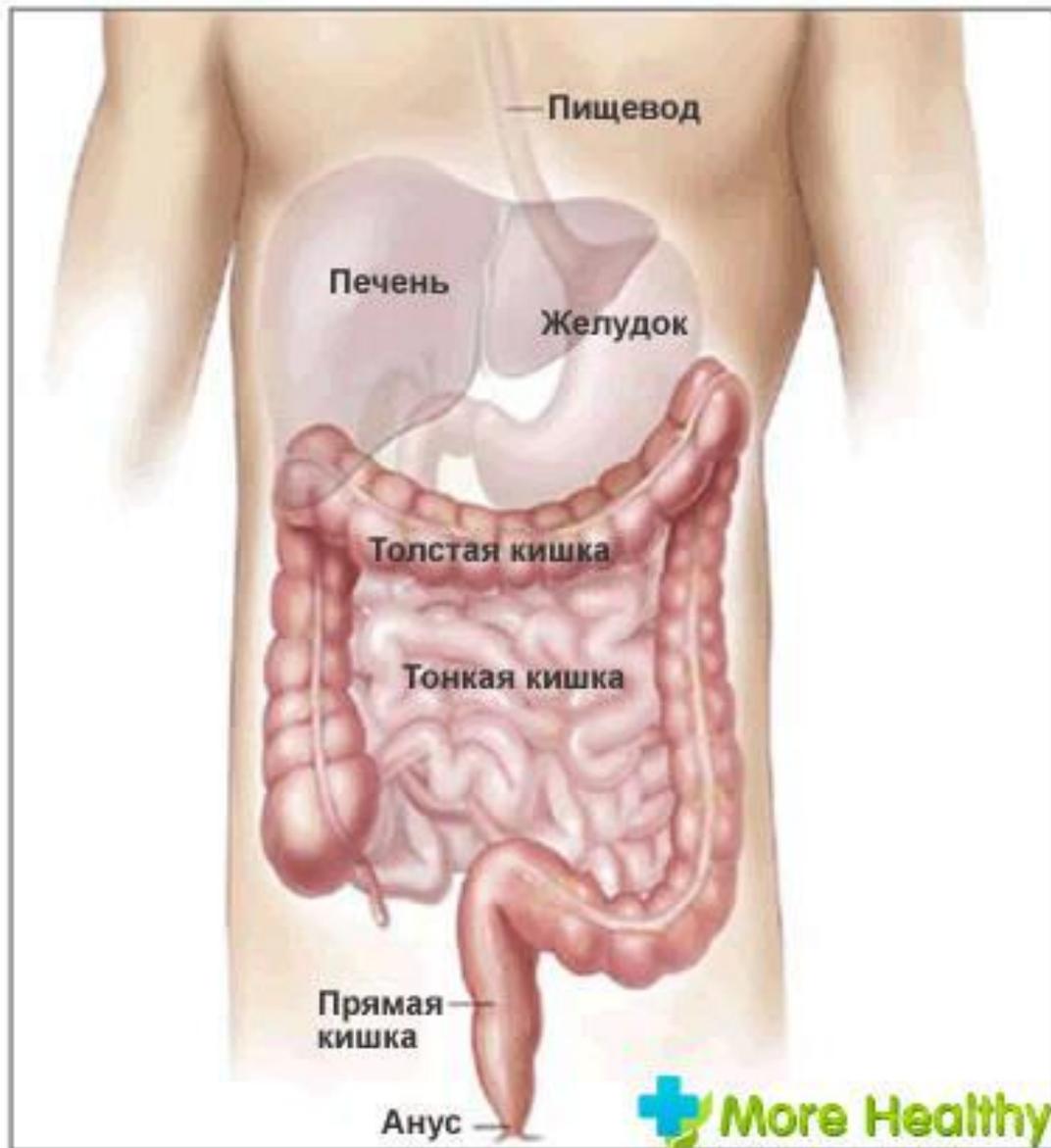
III- внедрение шигелл в слизистую толстого кишечника

- IV- образование эрозий, язв; отек подслизистого слоя, мелкоточечные кровоизлияния;
- нарушение секреторной, моторной и всасывающей функции толстой кишки;
 - спазм сосудов почек, нарушение их выделительной функции;
 - вследствие отека и спазма уменьшается просвет толстой кишки, что приводит к учащению позывов к дефекации, («ложные позывы»);
 - вследствие поражения токсином нервных окончаний солнечного сплетения наблюдается нарушение секреции желудка и кишечника, дискоординация перистальтики, спазм мышц кишечной стенки.

- Действие токсинов шигелл в организме неоднозначно. Нарушение иннервации кишечника, воспалительные изменения его оболочки проявляются резкими болями в животе.
- Спазмы и неравномерные сокращения отдельных сегментов кишки приводят к задержке содержимого кишечника в верхних его отделах.
- При тяжелом течении дизентерии (особенно у детей) возникают явления токсикоза и эксикоза с развитием острой сосудистой недостаточности и с возможным смертельным исходом.
- Характер и тяжесть течения дизентерии определяется не только иммунными силами организма, но и видом возбудителя. Наиболее тяжелым течением сопровождается шигеллез Григорьева-Шиги и Флекснера. В некоторых случаях болезнь принимает затяжное и хроническое течение.

- Нарушение иннервации кишечника, воспалительные изменения его слизистой оболочки клинически проявляются резкими спастическими болями в животе.
- Спазмы и неравномерные сокращения отдельных сегментов кишки приводят к задержке содержимого кишечника в верхних его отделах. Этим объясняется выделение в типичных и тяжелых случаях дизентерии скудного бескалового содержимого, состоящего из воспалительного экссудата.
- Судорожное сокращение мышц сигмовидной и прямой кишки обуславливает болезненные ложные позывы к дефекации и тенезмы (ощущение жжения или саднения в заднем проходе и как бы незаконченного акта дефекации).

Анатомия толстой кишки (большой кишки)

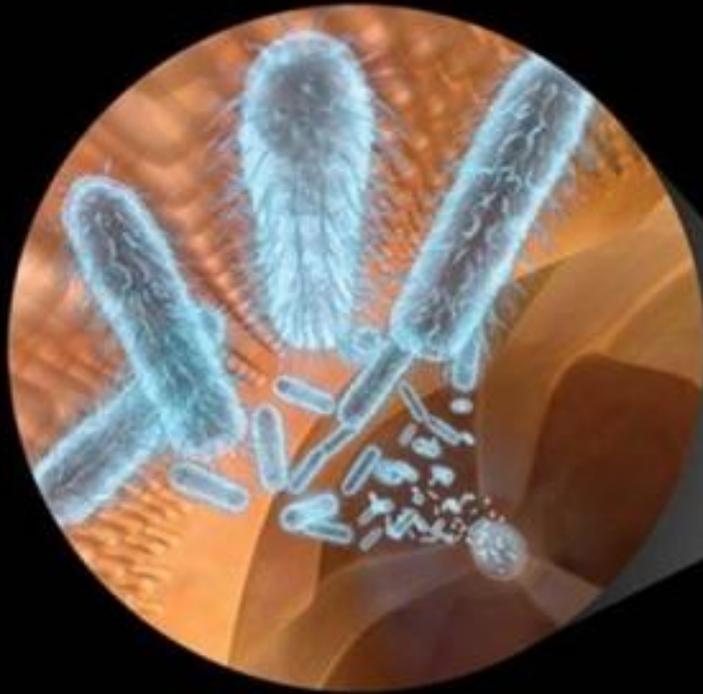


- **При дизентерии нарушаются функции всех остальных отделов пищеварительного тракта.** Угнетается слюноотделение, что обуславливает сухость во рту.
- Изменяется секреция желудочного сока – у большинства больных определяется пониженная кислотность до ахлоргидрии, падает протеолитическая активность желудочного содержимого, извращается моторика желудка. Нарушаются функции тонкого отдела кишечника, его моторика, секреция, страдают мембранный гидролиз и резорбция. В тяжелых случаях появляются незначительная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.

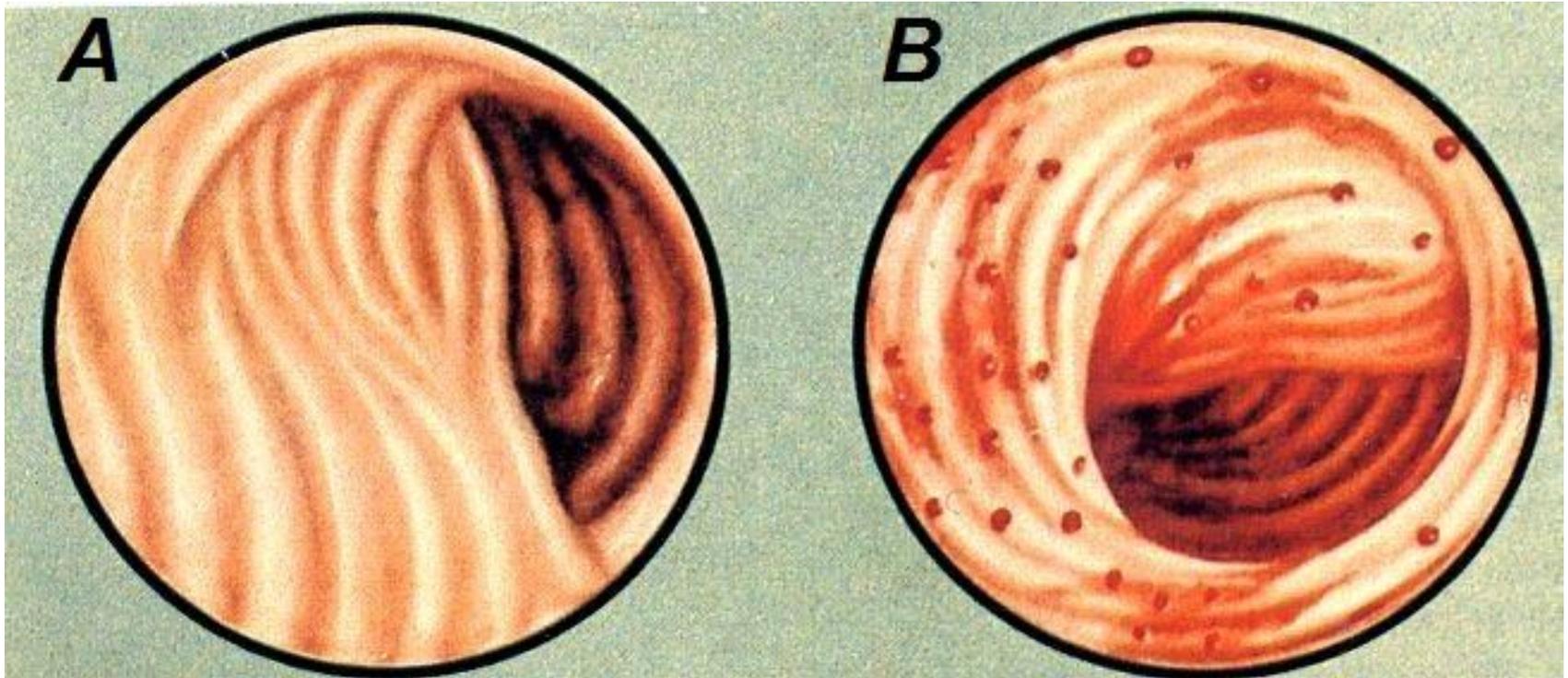
Патологоанатомические изменения при дизентерии максимально выражены в дистальном отделе толстой кишки, при этом различают 4 стадии поражения кишечника:

- **острое катаральное воспаление** - характеризуется отеком слизистой и подслизистой основы толстой кишки;
- **фиброзно-некротическое воспаление** - проявляется в виде грязно-серых плотных налетов на слизистой оболочке кишечника, при этом некроз может достигать подслизистой основы и мышечного слоя стенки кишки;

- **стадия образования язв** - гнойное расплавление и отторжение некротических масс приводят к образованию язв, которые имеют чаще поверхностных характер с плотными краями;
- **заживление язв** - регенерация эпителия при остром катаральном воспалении начинается рано (на 2-3 день), однако полное восстановление даже при легких формах дизентерии наступает не раньше 4-5 недели.

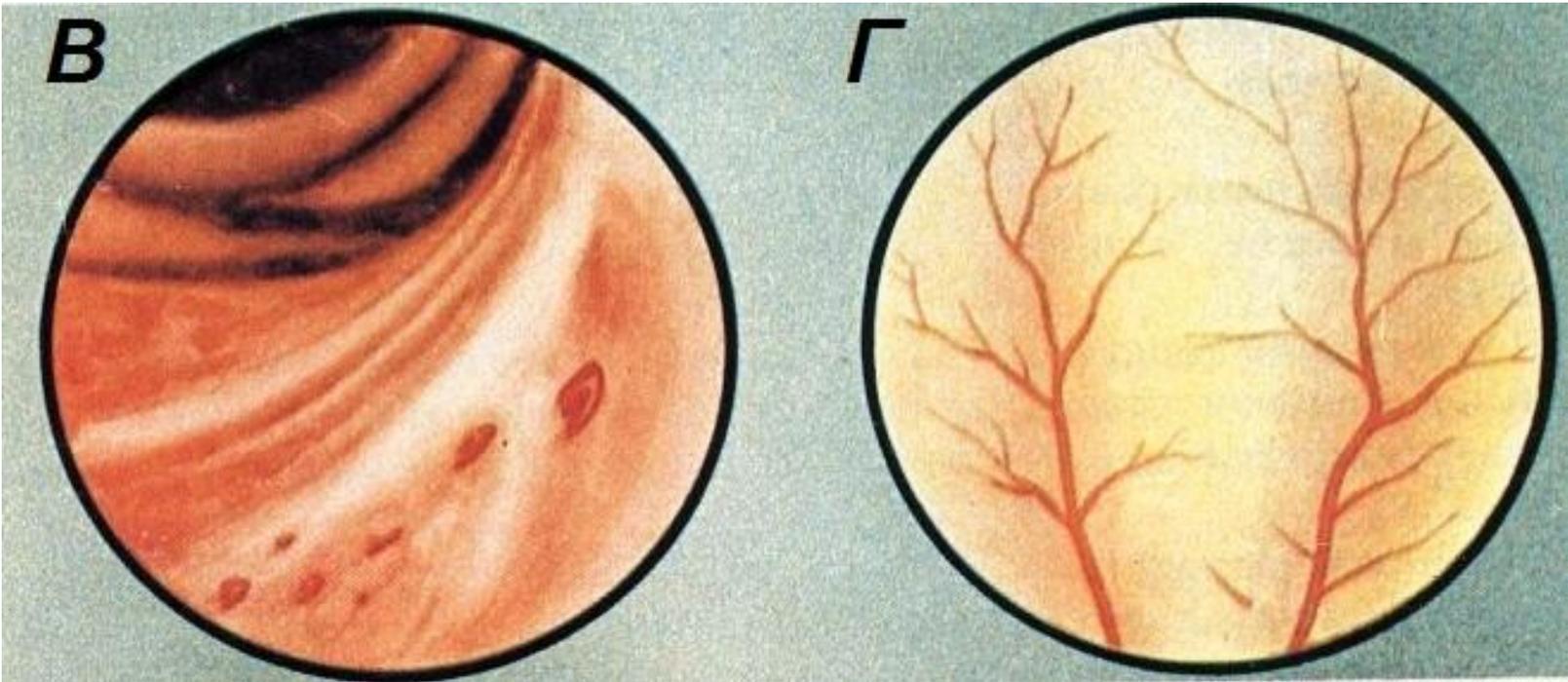


А) нормальная слизистая оболочка толстой кишки;
Б) катарально-фолликулярный колит



В) эрозивно-язвенный колит;

Г) атрофический колит



Клинические формы шигеллеза

- **Острая дизентерия**
- - типичная колитическая;
- - атипичная (гастроэнтероколитическая и гастроэнтеритическая).
- **Хроническая дизентерия**
- - рецидивирующая;
- - непрерывная.
- **Шигеллёзное бактериовыделение:**
- - субклиническое;
- - реконвалесцентное.

Инкубационный период при острой форме дизентерии колеблется от 1 до 7 дней, в среднем составляя 2-3 дня.

- Колитический вариант острой дизентерии чаще всего протекает в среднетяжёлой форме.
- Характерно острое начало с повышения температуры тела до 38-39 °С, сопровождающейся ознобом, головной болью, чувством разбитости, апатией и продолжающейся в течение нескольких первых дней болезни.
- Быстро снижается аппетит вплоть до полной анорексии.
- Нередко возникает тошнота, иногда повторная рвота.

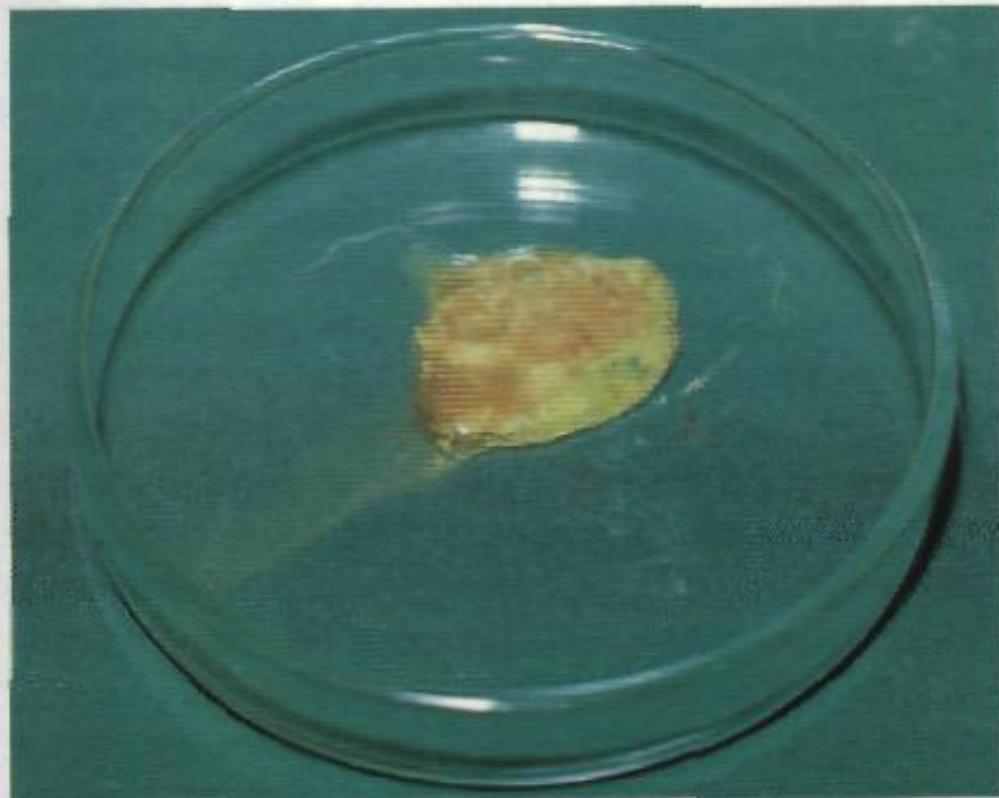
Больные жалуются на режущие, схваткообразные боли в животе, локализованные в подвздошных областях, больше слева, интенсивность и длительность которых зависят от формы и тяжести болезни.



- 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.



- Почти одновременно появляется частый жидкий стул, сначала калового характера, без патологических примесей.
- Каловый характер испражнений быстро теряется с последующими дефекациями, стул становится скудным, с большим количеством слизи; в дальнейшем в испражнениях зачастую появляются прожилки крови, а иногда и примеси гноя.
- Такие испражнения обозначают термином «ректальный плевок» . Частота дефекаций нарастает до 10 раз в сутки и более.



186

Дизентерия.

Кал с примесью слизи
и прожилками крови.



187

Дизентерия.
Кал с примесью
слизи.



188

Дизентерия.
Кал с примесью
слизи и зелени.



- При осмотре больного отмечают сухость и обложенность языка.
- При пальпации живота выявляют болезненность и спазм толстой кишки, особенно в её дистальном отделе («левый колит»).
- Изменения со стороны сердечнососудистой системы проявляются тахикардией и склонностью к артериальной гипотензии.
- Выраженные клинические проявления заболевания обычно угасают к концу первой - началу 2-й недели болезни, но полное выздоровление, включая репарацию слизистой оболочки кишечника, требует 3-4 нед.

- При колоноскопии или ректороманоскопии, в последнее время редко применяемой при типичном колитическом варианте острой дизентерии, в дистальных отделах толстой кишки выявляют катаральный процесс или деструктивные изменения слизистой оболочки в виде эрозий и язв.



- Продолжительность интоксикации при среднетяжелой форме колитического варианта - 4-5 дней. Нормализация стула происходит к 8-10 дню болезни, на заболевание может затягиваться до 3-4 недель.
- Морфологические изменения восстанавливаются только через месяц после клинического выздоровления. В гемограмме: нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускоренное СОЭ.

Осложнения шигеллеза

Осложнения в настоящее время встречаются редко, но при тяжёлом течении дизентерии Григорьева-Шиги и Флекснера могут развиваться

- инфекционно-токсический шок,
- тяжёлый дисбактериоз,
- перфорация кишечника, серозный и перфоративный гнойный перитониты,
- парезы и инвагинации кишечника,
- трещины и эрозии заднего прохода,
- геморрой,
- выпадение слизистой оболочки прямой кишки.
- дисфункции кишечника (постдизентерийный колит).



ADDR

Inflammation and tissue damage causes painful straining to pass stools, which can lead to rectal prolapse.

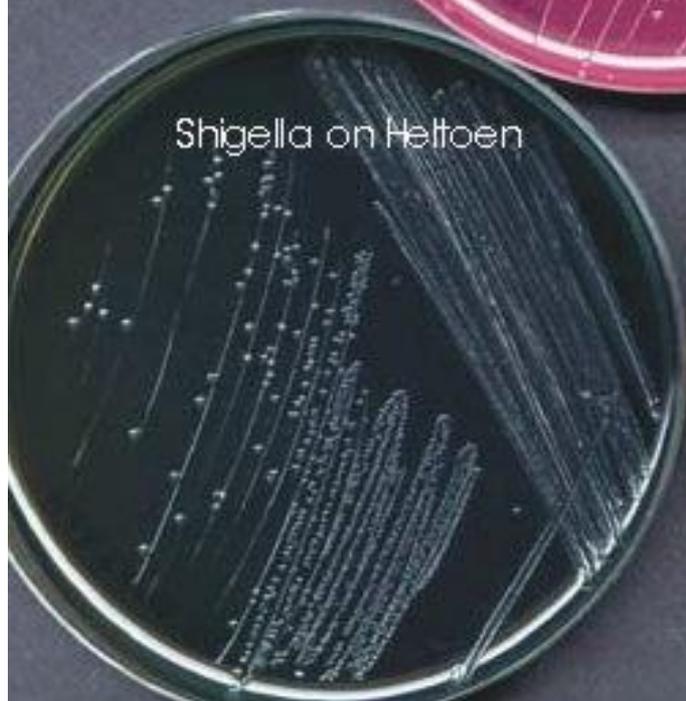
Методы специфической диагностики шигеллеза

- **Бактериологический**
- **Серологический**
- **В/к аллергическая проба Цуверкалова**
- **Ректороманоскопия**

Shigella on ENDO
Medical Planet, su
— медицина для вас.

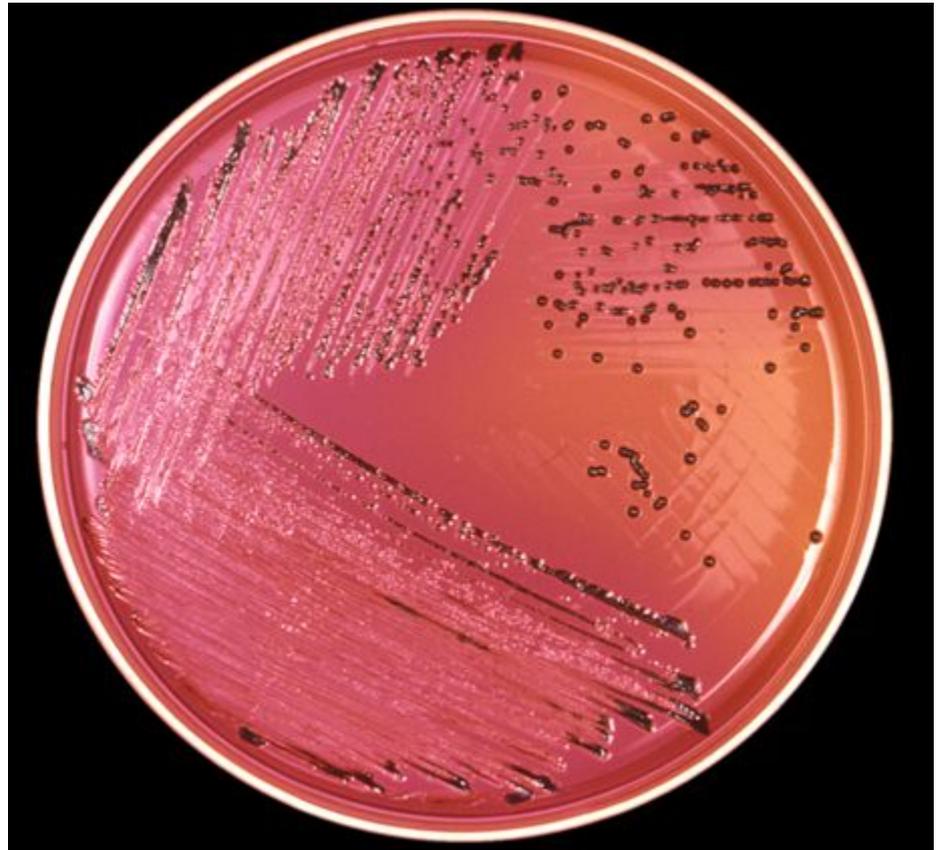
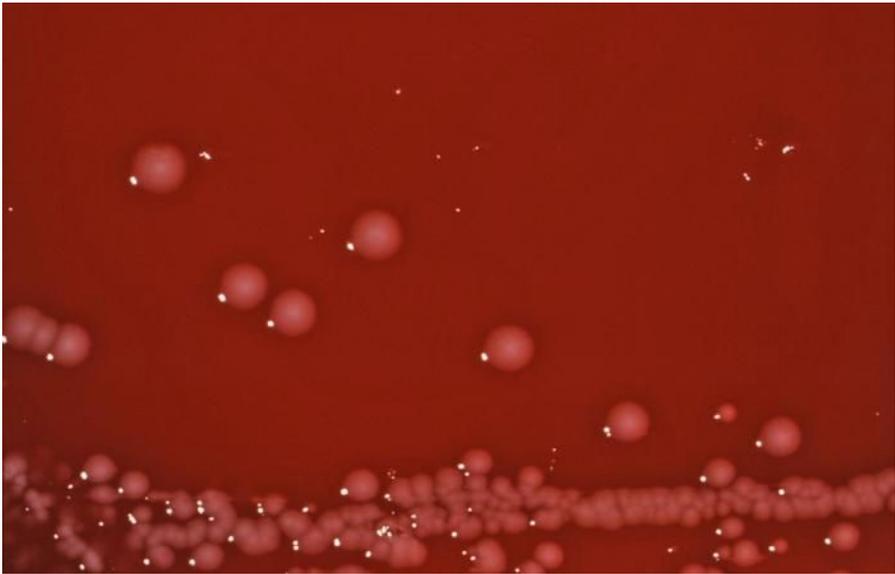


Shigella on Heltoen



Shigella on SS agar





Лечение Шигеллеза:

- В среднетяжёлых и тяжёлых случаях назначают полупостельный или постельный режим.
- Необходима диета (стол № 4) с учётом индивидуальной переносимости продуктов.
- При острой дизентерии среднетяжёлого и тяжёлого течения основу этиотропной терапии составляет назначение антибактериальных препаратов в средних терапевтических дозах курсом 5-7 дней - фторхинолонов, тетрациклинов, ампициллина, цефалоспоринов, а также комбинированных сульфаниламидов (котримоксазол). Не отрицая их возможный положительный клинический эффект, применять антибиотики нужно с осторожностью из-за развития дисбактериоза.

- В связи с этим расширены показания к назначению эубиотиков (бифидумбактерина, бификола, колибактерина, лактобактерина и др.) по 5-10 доз в сутки в течение 3-4 нед. Кроме того, следует учитывать нарастающую устойчивость возбудителей дизентерии к этиотропным препаратам, особенно в отношении левомицетина, доксициклина и котримоксазола.
- Препараты нитрофуранового ряда (например, фуразолидон по 0,1 г) и налидиксовой кислоты (невиграмон по 0,5 г) 4 раза в день в течение 3-5 сут в настоящее время ещё назначают, однако их эффективность снижается.

- По показаниям проводят дезинтоксикационную и симптоматическую терапию, назначают иммуномодуляторы (при хронических формах заболевания под контролем иммунограммы), ферментные комплексные препараты (панзинорм, мезим-форте, фестал и др.), энтеросорбенты (смекту, энтеросорб, «Энтерокат-М» и др.), спазмолитики, вяжущие средства.
- В период реконвалесценции у больных с выраженными воспалительными изменениями и замедленной репарацией слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки положительный эффект оказывают лечебные микроклизмы с настоями эвкалипта, ромашки, масел шиповника и облепихи, винилина и т.д.

- При выраженных нарушениях моторной функции кишечника, особенно в острый период дизентерии, показаны спазмолитические средства. Лучшими из них являются метацин, спазмолитин, а также атропин и другие препараты красавки, дающие и обезболивающий эффект.
- Не утратили своего значения вяжущие, обволакивающие, антисептические и адсорбирующие средства, в том числе лекарственные травы и плоды (цветки ромашки аптечной, трава зверобоя, плоды черемухи, листья и плоды черники, корневища лапчатки прямостоячей, корневище кровохлебки лекарственной и др.)

- **II этап. Медсестринская диагностика:**

- Боль в животе
- Тенезмы
- Диарея
- Лихорадка
- Озноб
- Риск обезвоживания

Особенности сестринского ухода:

- 1. Контроль соблюдения постельного режима в течение всего периода клинических проявлений, который продолжается обычно не более 3 дней.
- 2. Обеспечение в период диареи и рвоты максимального комфорта с ведением учёта выделяемой жидкости. (следует контролировать каждые 2-4 ч).
- 3. Обеспечение соблюдения пациентом диеты в острый период заболевания соответствует столу №4 по Певзнеру, с улучшением состояния, уменьшением дисфункции кишечника и появлением аппетита больных переводят на стол №2, а за 2—3 дня перед выпиской из стационара — на общий стол №15.

- 4. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) препаратов: нитрофураны (фуразолидон, фурадонин по 0,1 г 4 раза в день, эрсефурил (нифуроксазид) 0,2 г 4 раза в сутки), котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день, оксихинолины (нитроксолин по 0,1 г 4 раза в день, интетрикс по 1-2 таблетки 3 раза в день).
- 5. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) энтеросорбентов — полифепан по 1 столовой ложке 3 раза в день, активированный уголь по 15-20 г 3 раза в день, энтеродез по 5 г 3 раза в день, полисорб МП по 3 г 3 раза в день, смекта по 1 пакетик 3 раза в день или др.

- 6. Обеспечение контроля приёма пациентом (в присутствии медицинской сестры) дротаверина гидрохлорида (но-шпа) по 0,04 г 3 раза в сутки, препаратов красавки (белластезин, бесалол, беллалгин) 3 раза в день, папаверина гидрохлорида по 0,02 г 3 раза в день.(для купирования спазма толстой кишки)
- 7. Профилактика обезвоживания введение жидкости, лучше всего в виде питья. При отказе ребёнка от питья или рвоте у детей жидкость вводится в клизмах.

- 8. При частом стуле и тенезмах у детей до 3-х лет ни в коем случае не сажать ребенка на горшок, так как при этом происходит выпадение прямой кишки. Для уменьшения тенезмов нужно делать теплые ванны или применять лекарственные свечи.
- 9. Контроль за состоянием кожи и предупреждение развития опрелостей.
- 10. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

Рецепты народной медицины для внутреннего употребления

- ⊗ Яблоки - 12 плодов среднего размера. Давать больному по 1 яблоку каждый час (даже ночью). Яблоко надо очистить от кожуры и натереть на терке. Больной, кроме 12 яблок, не должен ничего ни есть, ни пить в течение суток. Лекарства давать ему также не следует.
- ⊗ Черешня - 100 г свежих ягод, крепкое красное виноградное вино. Настаивать на солнце 2 дня, затем настойку процедить, не выбрасывая ягод. Принимать: взрослым - 1 рюмка настойки на прием, детям - 1 наперсток 3 раза в день.
- ⊗ Слабо-розовый раствор марганцовки принимать взрослым по 1 стакану на прием, детям - по полстакана. Достаточно 1-2 приемов. Детям с этим же раствором делать КЛИЗМЫ.

- Реконвалесцентов после дизентерии выписывают не ранее чем через 3 дня после нормализации стула и температуры тела при отрицательном результате контрольного однократного бактериологического исследования, проведённого не ранее чем через 2 дня после окончания лечения.
- Работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним, выписывают после 2-кратного отрицательного контрольного бактериологического исследования и допускают к работе по справке врача.
- Детей младшего возраста, посещающих и не посещающих детские учреждения, выписывают с соблюдением тех же требований, что и для работников питания, и допускают в коллективы сразу после выздоровления.
- После выписки реконвалесценты должны находиться под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний поликлиники.

- За лицами, страдающими хронической дизентерией и выделяющими возбудитель, а также бактерионосителями устанавливают диспансерное наблюдение на 3 мес. с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием.
- Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, перенёсшие острую дизентерию, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 мес., а перенёсшие хроническую дизентерию - 3 мес. с ежемесячным бактериологическим обследованием. По истечении этого срока при полном клиническом выздоровлении эти лица могут быть допущены к работе по специальности.
- Переболевшие дизентерией дети, посещающие детские дошкольные учреждения, школы-интернаты, детские оздоровительные учреждения, также подлежат наблюдению в течение 1 мес. с двукратным бактериологическим обследованием и клиническим осмотром в конце этого срока.

- За лицами, контактировавшими с больным дизентерией или носителем, устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней.
- Работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним, подвергают однократному бактериологическому обследованию. При положительном результате обследования их отстраняют от работы.
- Детей, посещающих детские дошкольные учреждения и проживающих в семье, где имеется больной дизентерией, допускают в детское учреждение, но за ними устанавливают медицинское наблюдение и проводят однократное бактериологическое обследование.

- Проводится специфическая профилактика, которая заключается в применении поливалентного специфического бактериофага в неблагополучных по заболеваемости дошкольных учреждениях



Как избежать заражения дизентерией

Предупреждение заражения дизентерией сводится к соблюдению правил личной гигиены:

- Перед едой и после туалета мытье рук.
- Дети младшего возраста наиболее подвержены подобным инфекциям; родителям необходимо обучать ребенка с самого раннего возраста правилам личной гигиены.
- Соблюдение правил приготовления и хранения продуктов питания.
- При уходе за больным важно производить дезинфекцию испражнений и постельного белья. После контакта с ним необходимо мыть руки.

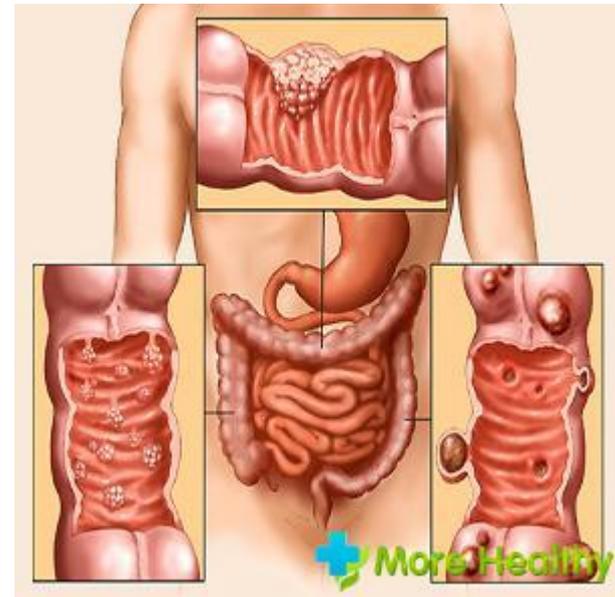




36% kobiet i 70% mężczyzn
po wyjściu z toalety nie myje rąk

szokis.pl





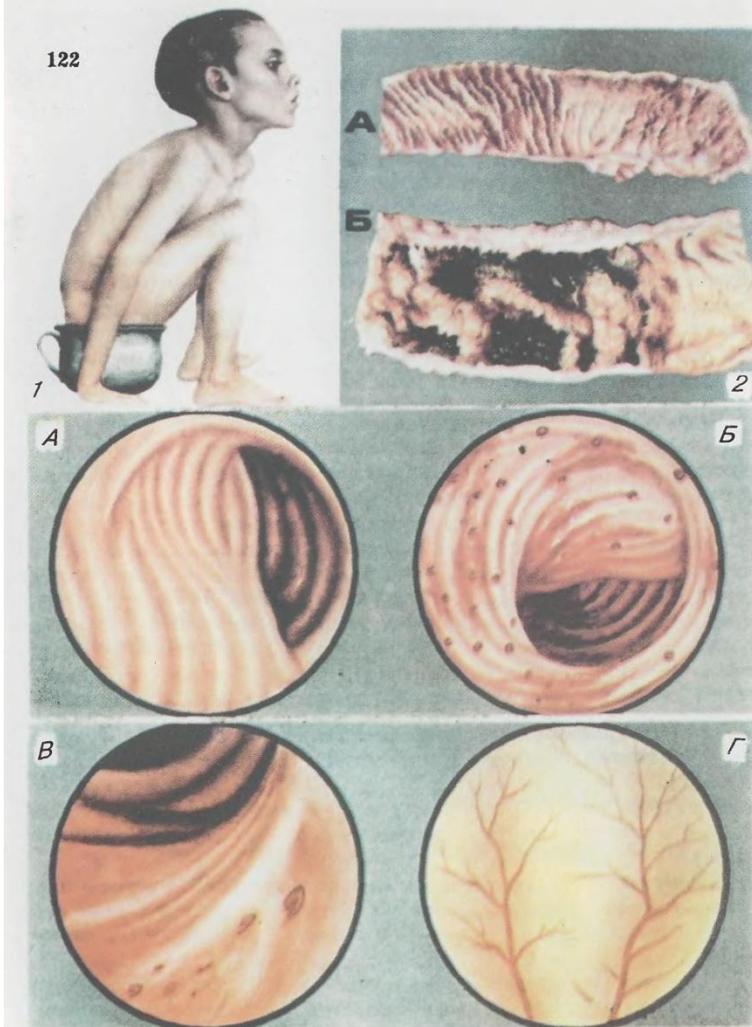


наиболее
распространенные
зоны высыпания

Опоясывающий лишай







Мал. 122.

Дизентерія:

1 — тенезми; 2 — форми коліту: катарально-фолікулярна (А) і фібринозно-виразкова (Б); ректороманоскопія: А — нормальний вигляд слизової оболонки товстої кишки; Б — катарально-фолікулярний коліт; В — ерозивно-виразковий коліт; Г — атрофічний коліт