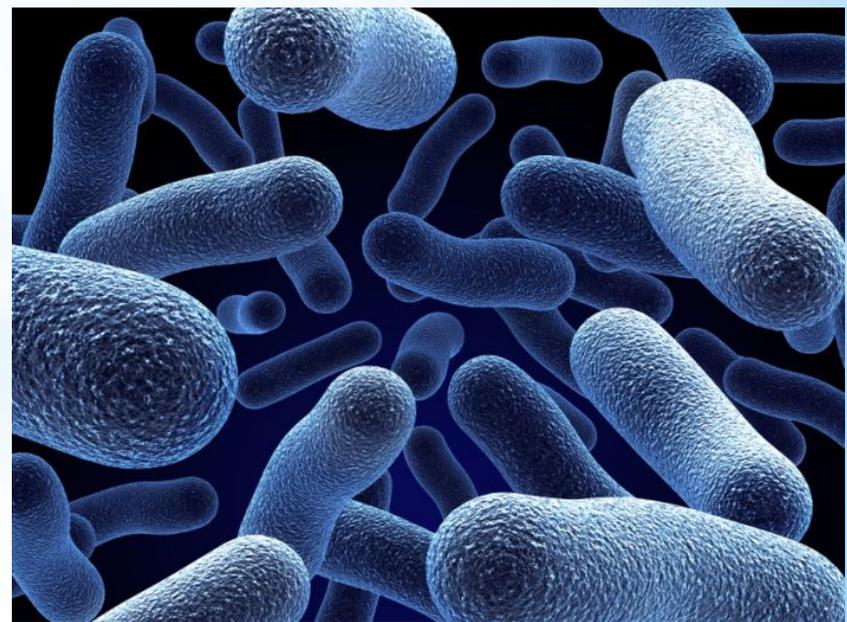


* ШИГЕЛЛЕЗ

ЛЕКТОР:

**Доцент кафедры инфекционных болезней
Гипаева Галина Рашидовна**

* Шигеллёз (бактериальная дизентерия, Shigellosis, dysenterya) – острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода *Shigella* с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя и характеризующаяся картиной дистального колита и интоксикацией.



По современной классификации,
род *Shigella* подразделяют на четыре вида:

- * 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;
- * группа С: *Shigella Boydi*, серовары 1-18;
- * группа D: *Shigella Sonnei*.

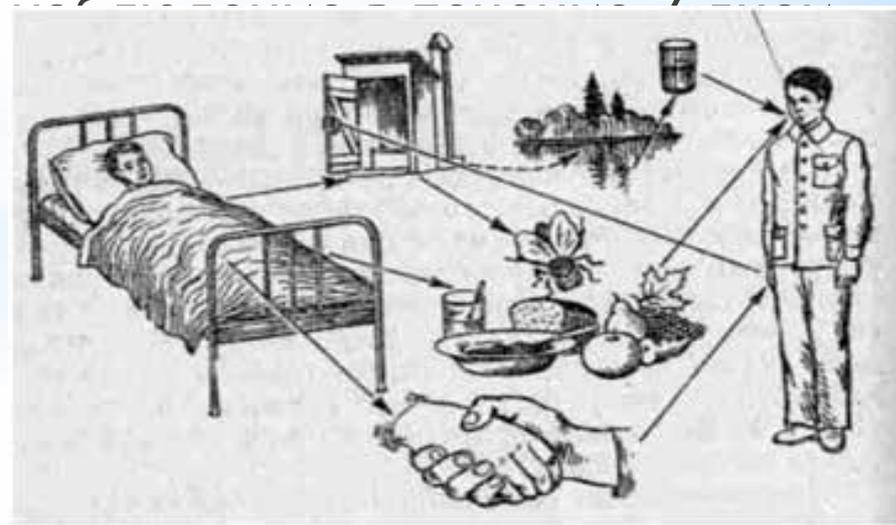
- * Шигеллы — грамотрицательные неподвижные палочки, факультативные аэробы. Содержат соматический O-антиген.
- * При их разрушении выделяется эндотоксин. Шигеллы способны вырабатывать экзотоксины - энтеротоксин и цитотоксин. Палочка Григорьева-Шиги, кроме того, продуцирует сильнодействующий нейротоксин.
- * 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, влажном белье, в воде, в почве - до 3 мес, на продуктах питания —несколько суток. При нагревании до 60 °С - гибнут через 10 мин, при кипячении — немедленно, в дезинфицирующих растворах — в течение нескольких минут.
- * Из антибактериальных препаратов наибольшая чувствительность *in vitro* отмечена к фторхинолонам (100%).

* ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- * Источник возбудителя — человек, больной манифестной или стёртой формой болезни, а также бактериовыделитель.
- * Наибольшую опасность представляют больные, которые по роду своей работы связаны с приготовлением пищи, хранением, транспортировкой и продажей пищевых продуктов.
- * Механизма передачи возбудителя - фекально-оральный.
- * Пути передачи: контактно-бытовой, водный, пищевой.
- * Характерна летне-осенняя сезонность.
- * Восприимчивость населения к шигелл высока во всех возрастных группах, чаще болеют дети.
- * После перенесённого заболевания формируется непродолжительный типоспецифический иммунитет.



- * Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, допускаются к работе только после отрицательного бактериологического анализа на шигеллёз, а после перенесённого заболевания – после двух отрицательных результатов анализов, взятых не ранее чем на 3-й день после лечения и при отсутствии клинических проявлений.
- * В случае пребывания больного в домашних условиях в квартире проводят текущую дезинфекцию.
- * За лицами, находившимися в контакте с больными, устанавливают медицинское

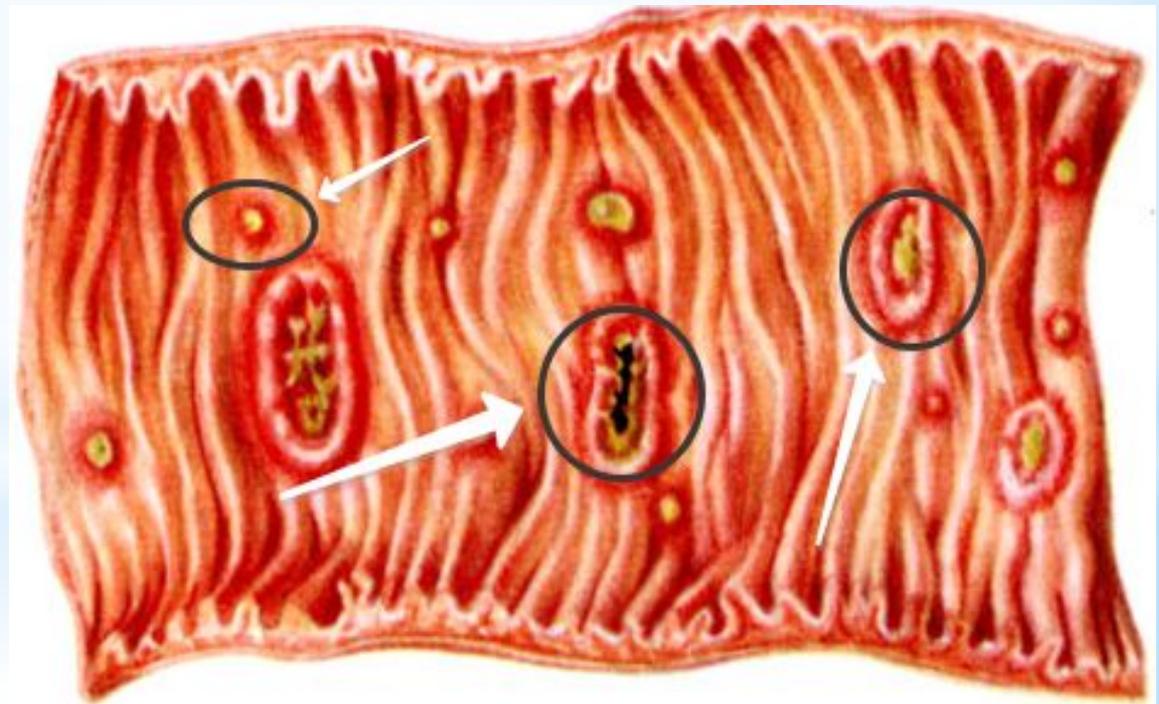


* Патогенез

- * В течение суток (иногда и дольше) шигеллы могут находиться в желудке. При этом некоторые из них здесь же распадаются, выделяя эндотоксин.
- * Оставшиеся бактерии попадают в тонкую кишку, где могут задерживаться до нескольких суток и даже размножаться.
- * Далее шигеллы продвигаются в нижележащие отделы кишечника, где также размножаются и распадаются в большем количестве, чем в тонкой кишке.
- * Определяющий момент в развитии инфекционного процесса при шигеллёзе – способность шигелл к внутриклеточной инвазии и продукции в них экзотоксина.

- * При инвазии шигеллами слизистой оболочки толстой кишки эпителиоциты поражаются неравномерно, при этом уменьшается количество бокаловидных клеток, отторгаются эпителиальные клетки - образование микроэрозий.
- * Тяжелое течение заболевания сопровождается выраженной инфильтрацией слизистой оболочки кишки нейтрофилами и развитием вторичных абсцессов.
- * Патологоанатомически наблюдается 4 стадии поражения кишечника:
 1. Острое катаральное воспаление;
 2. Фибринозно-некротическое воспаление;
 3. Образование язв.
 4. Заживление язв.

* Фибринозно-некротические изменения проявляются в виде грязно-серых плотных налетов на слизистой оболочке кишечника. Некроз может достигать подслизистого и мышечного слоев стенки кишки. Гнойное расплавление и отторжение некротических масс приводят к образованию язв (чаще поверхностные с плотными краями).



* Клиническая картина

- * Инкубационный период при остром шигеллёзе 2-5 сут.
- * Продолжительность заболевания составляет от нескольких дней до 3 мес.
- * Шигеллёз длительностью свыше 3 мес расценивают как хронический.



* Классификация шигеллеза

Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения	Этиология
Острый шигеллёз	Колитический	Лёгкое; среднетяжёлое; тяжёлое	Стёртое и затяжное	Любые виды шигелл
	Гастроэнтеритический	Лёгкое; среднетяжёлое с обезвоживанием I-II степени; тяжёлое с обезвоживанием III-IV степени		
	Гастроэнтероколитический	Лёгкое; среднетяжёлое с обезвоживанием I-II степени; тяжёлое с обезвоживанием III-IV степени		
Хронический шигеллёз	-	-	Рецидивирующее и непрерывное	
Шигеллёзное бактерионосительство	-	-	Субклиническое и реконвалесцентное	

* Клиническая картина колитического варианта острого шигеллёза

- * Начало острое, иногда с кратковременного продромального периода (чувство дискомфорта в животе, озноб, головная боль, слабостью).
- * После продромы (чаще на фоне полного здоровья) появляются схваткообразные боли в нижней части живота, преимущественно в левой подвздошной области.
- * Особенность болевого синдрома – его уменьшение или кратковременное исчезновение после дефекации.
- * Стул первоначально каловый, постепенно объём каловых масс уменьшается, появляется примесь слизи и крови, частота дефекаций нарастает.
- * В разгаре болезни испражнения имеют вид ректального плевка, т.е. состоят лишь из скудного количества слизи и крови.

- * Дефекация может сопровождаться тенезмами (тянущими судорожными болями в заднем проходе), часто возникают ложные позывы.
- * Примесь крови чаще всего незначительна (в виде кровавых точек или прожилок).
- * При пальпации живота отмечают спазм, реже – болезненность сигмовидной кишки, метеоризм.
- * С первого дня заболевания появляются признаки интоксикации: лихорадка, недомогание, головная боль.
- * Возможны сердечно-сосудистые расстройства, связанные с синдромом интоксикации (экстрасистолия, систолический шум на верхушке, приглушённость тонов сердца, колебания АД).



Кал с примесью слизи и крови «ректальный плевок»

- * Длительность клинической симптоматики при неосложнённом течении острого шигеллёза – 5-10 дней.
- * У большинства больных сначала нормализуется температура и исчезают другие признаки интоксикации, а затем нормализуется стул.
- * Более длительно сохраняются боли в животе.
- * Критерии тяжести течения у больных шигеллёзом – выраженность интоксикации, поражения ЖКТ, состояние ССС, ЦНС и характер поражения двенадцатиперстной кишки.

Патологические виды стула



«рисовый отвар»
характерен для холеры
(стул утратил каловый
характер)



«ректальный плевок»
характерен для дизентерии
(слизь с кровью)

* Гастроэнтероколитический вариант острого шигеллёза

- * Начало болезни напоминает ПТИ, а в разгар заболевания появляются и выходят на первый план симптомы колита.
- * Гастроэнтеритический вариант острого шигеллёза по течению соответствует начальному периоду гастроэнтероколитического варианта и клинически этот вариант течения более сходен с ПТИ.
- * При ректороманоскопии обычно наблюдают менее выраженные изменения.

* Стёртое течение острого шигеллёза

- * Характеризуется кратковременными и невыраженными клиническими симптомами (1-2-кратное расстройство стула, кратковременные боли в животе), отсутствием симптомов интоксикации.
- * Подобные случаи заболевания диагностируют при определении ректороманоскопических изменений (как правило, катаральных) и выделении шигелл из испражнений.
- * О затяжном течении острого шигеллёза говорят, когда основные клинические симптомы не исчезают или возобновляются после кратковременной ремиссии в течение 3 нед.-3 мес.

*Бактерионосительство

- *К этой форме инфекционного процесса относят случаи, когда отсутствуют клинические симптомы (на момент обследования и в предшествовавшие 3 мес.), при ректороманоскопии и выделении шигелл из испражнений не выявляют изменений на слизистой оболочке толстой кишки.
- *Бактерионосительство может быть реконвалесцентным (сразу после перенесённого острого шигеллёза) и субклиническим, если шигеллы выделяют у лиц, не имеющих клинических проявлений и изменений в слизистой оболочке дистального отдела толстой кишки.

*Хронический шигеллёз

- *Хроническое течение - патологический процесс более 3 мес.
- *Хронический шигеллёз по клиническому течению подразделяют на две формы — **рецидивирующую и непрерывную.**
- *При рецидивирующей форме периоды обострений сменяются ремиссией. Обострения характеризуются клинической симптоматикой, характерной для колитического или гастроэнтероколитического варианта острого шигеллёза, но слабой интоксикацией.
- *При непрерывном течении колитический синдром не стихает, отмечают гепатомегалию.
- *При хроническом шигеллёзе при ректороманоскопии обнаруживают умеренные воспалительные и атрофические изменения.

* Особенности шигеллёза Григорьева-Шиги

- * Протекает в основном тяжело - острое начало, интенсивные схваткообразные боли в животе, озноб, повышение температуры тела до 40 °С. Стул в первые сутки по внешнему виду напоминает мясные помои, затем объём испражнений уменьшается, появляется примесь крови и гноя. Отмечают тенезмы.
- * В ряде случаев наблюдают ИТШ, сепсис с высевом возбудителя из крови.
- * Гиповолемический шок встречается при обильном стуле и раннем присоединении рвоты.

* Осложнения

- * ИТШ, серозный или перфоративный перитониты, острый панкреатит.
- * Расстройства моторики могут привести к инвагинации кишечника.
- * Описаны кишечные и желудочные кровотечения, миокардит, полиартрит, нефрит, иридоциклит, полиневрит, токсический гепатит.
- * У больных с неблагоприятным преморбидным фоном и тяжёлым течением шигеллёза развиваются пневмония и острая сердечно-сосудистая недостаточность, представляющие собой одну из основных причин летальных исходов.

Диагностика

- * Наиболее достоверный метод лабораторной диагностики шигеллёза — выделение копрокультуры шигелл. Для исследования проводят забор испражнений, содержащих слизь и гной, возможен забор материала из прямой кишки ректальной трубкой.
- * Результаты бактериологического исследования можно получить не ранее чем через 3-4 дня от начала заболевания.
- * Диагноз может быть подтверждён также серологическими методами. Из них наиболее распространён метод со стандартными эритроцитарными диагностикумами.
- * Диагностическим считают нарастание титра антител в 4 раза в парных сыворотках, взятых в конце первой недели болезни и через 7-10 сут.
- * Вспомогательный метод диагностики — копрологическое исследование, при котором обнаруживают повышенное содержание нейтрофилов, наличие эритроцитов и слизи в мазке.
- * Из инструментальных методов основное значение имеют эндоскопические (ректороманоскопия и колоноскопия).
- * УЗИ и рентгенологические методы исследования применяются с целью дифференциальной диагностики.

* Лечение

- * При тяжёлом и среднетяжёлом течении показан постельный, при лёгком – палатный режим. В остром периоде - стол №4 по Певзнеру.
- * При улучшении состояния, уменьшении дисфункции кишечника и появлении аппетита больных переводят на стол №2 или №13, а за 2-3 дня до выписки из стационара – на общий стол №15.

* Этиотропная терапия

- * Назначать больному антибактериальный препарат необходимо с учётом чувствительности к нему штаммов шигелл, выделяемых от больных.
- * Продолжительность курса этиотропной терапии – 6-7 дней.
- * При гастроэнтеритическом варианте шигеллёза этиотропное лечение не показано.

- * Больным с лёгкой формой шигеллёза в разгаре заболевания назначают эрсефурил в дозе 0,2г четыре раза в сутки.
- * При среднетяжёлом течении шигеллёза назначают препараты группы фторхинолонов: офлоксацин в дозе 0,2-0,4 г два раза в сутки или ципрофлоксацин в дозе по 0,25-0,5 г два раза в сутки; при тяжёлом течении — офлоксацин в дозе по 0,4 г два раза в сутки или ципрофлоксацин по 0,5 г два раза в сутки; фторхинолоны в комбинации с цефалоспоридами III поколения (цефтриаксон по 1 г - 1-2 раза в сутки).
- * В первые 2-3 дня лечения препараты вводят парентерально, затем переходят на приём внутрь.

- * Для лечения шигеллёза Григорьева-Шиги рекомендуют ампициллин. Ампициллин вводят внутримышечно в суточной дозе 100-150 мг/кг каждые 4-6 ч в течение 5-7 дней.
- * При шигеллёзе Флекснера и Зонне эффективен поливалентный дизентерийный бактериофаг. Препарат выпускают в жидком виде и в таблетках с кислотоустойчивым покрытием. Принимают за 1 ч до еды внутрь в дозе 30-40 мл три раза в сутки или по 2-3 таблетки три раза в сутки. Возможно ректальное введение жидкого бактериофага.
- * При тяжёлом течении препарат не показан из-за опасности массивного лизиса шигелл и утяжеления интоксикации.

* Патогенетические средства

- * Проводят регидратационную терапию. При лёгкой форме — пероральное применение растворов оралит, регидрон, циклоглюкосолан. При среднетяжёлом и тяжёлом течении применяют в/в введение кристаллоидных р-ров - хлосоль, квартасоль, трисоль с учётом степени обезвоживания.
- * При отсутствии выраженного обезвоживания и признаках интоксикации применяют 5% раствор глюкозы и плазмозаменители (гемодез, реополиглюкин).
- * Для связывания и выведения токсина из кишечника назначают энтеросорбенты: полифепан по одной столовой ложке три раза в сутки, лакофильтрум по 2т три раза в сутки, энтеродез по 5 г три раза в сутки, смекту по одному пакетику три раза в сутки.

- * Энтерол – противодиарейный препарат биологического происхождения (из дрожжей *Saccharomyces boulardii*) назначают по 1-2 капсулы два раза в сутки.
- * Для коррекции и компенсации пищеварительной недостаточности применяют ферментные препараты: панкреатин, креон, панзинорм в сочетании с препаратами кальция (в дозе 0,5 г два раза в сутки).
- * В остром периоде для купирования спазма толстой кишки назначают дротаверина гидрохлорид (но-шпа) по 0,04 г три раза в сутки.
- * В течение всего периода лечения рекомендуют комплекс витаминов.
- * С целью коррекции биоценоза кишечника больным с выраженным колитическим синдромом назначают препараты на основе микроорганизмов рода *Bacillus*: пробифор, линекс форте, флорин форте и др.

* Примерные сроки нетрудоспособности

- * При лёгкой форме – 7-10 дней, при среднетяжёлой – до 16-18 дней, при тяжёлой форме и осложнениях – до месяца и более.
- * Пациентов из декретированной группы не допускают к работе, пока не получат двух отрицательных результатов бактериологического исследования испражнений.

* Диспансерное наблюдение

- * Диспансерному наблюдению подлежат больные хронической дизентерией, работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные (в течение 3 мес., а при хронической дизентерии — в течение 6 мес).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!