

Шигеллѐз

МКБ-10

A03 (чаще A03.1, A03.3)

Определение

Шигеллёз (дизентерия) -
инфекционная болезнь человека,
вызываемая бактериями рода
Shigella. Протекает с синдромом
диареи с преимущественным
поражением слизистой оболочки
дистального отдела толстой кишки.

ЭТИОЛОГИЯ

Бактериальная дизентерия вызывается микроорганизмами, объединенными в род *Shigella*, который по современной классификации подразделяется на 4 вида:

- *Shigella dysenteriae* (Григорьева - Шига, Штутцера-Шмитца, Ларджа-Сакса).
- *Shigella flexneri* с подвидом **Newcastle**.
- *Shigella boydii*.
- *Shigella sonnei*.

Каждый из этих видов, кроме шигелл Зонне, состоит из нескольких серотипов.

Все шигеллы

- неподвижны;
- не окрашиваются по Граму,
- не ферментируют лактозу, за исключением Зонне.

Микроскопически – это палочки с закругленным концом, длиной 2-4 мкм, шириной 0,5 – 0,6 мкм.

Обладают антигенной структурой (О-антиген соматический и К-антиген поверхностный).



Шигеллы относительно устойчивы к воздействию некоторых физических и химических факторов внешней среды:

при воздействии УФО погибают через 10 мин, прямого солнечного света – через 30 мин.;

быстро прекращают жизнедеятельность под действием дезинфицирующих средств;

могут сохранять свою жизнеспособность во внешней среде до 3-4 месяцев, в воде до 7 дней и пищевых продуктах 5-14 дней и дольше.

При температуре 100 С погибают мгновенно, при температуре 60С – через 20-30 минут.

Эпидемиология

Источник возбудителя - больной человек или бактериовыделитель.

Больной наиболее опасен в первые дни болезни, когда с частым жидким стулом выделяется большое количество шигелл.

Механизм передачи – фекально-оральный.

Основные пути передачи для дизентерии

- Григорьева-Шига – бытовой,
- Флекснера, Ньюкастля – водный,
- Зонне – пищевой.

Факторы передачи:

- ▣ инфицированная вода,
- ▣ молоко,
- ▣ сметана,
- ▣ а также те блюда, куда эти продукты входят в виде составных частей (пюре, салаты и прочее).

Клиника

Продолжительность болезни составляет от нескольких дней до трех месяцев.

Инкубационный период – 2-5 дней, но может сокращаться до 3-12 часов и удлиняться до 7-10 дней.

Классификация бактериальной дизентерии:

1. по форме:

- острая до 1-1,5 месяцев
- хроническая от 3 месяцев до 1-2 лет (в 2-3% случаев рецидивирующая непрерывная)
- шигеллезное бактерионосительство.

2. по варианту:

- колитический
- гастроэнтероколитический
- гастроэнтеритический

3. по степени тяжести:

- ▣ легкая (до 60-70% всех случаев)**
- ▣ среднетяжелая – с обезвоживанием I-II степени (20-30%)**
- ▣ тяжелая с обезвоживанием III-IV степени (1,5-2%)**

4. по течению:

- ▣ стертое**
- ▣ затяжное (1,5-3 месяца)**
- ▣ рецидивирующее**
- ▣ непрерывное**
- ▣ субклиническое**
- ▣ реконвалесцентное**

5. по этиологии:

- ▣ шигеллы Зонне**
- ▣ Флекснера**
- ▣ Григорьева-Шига и др.**

Осложнения:

чаще у детей:

- дисфагия,
- отит,
- нистагм,
- выпадение прямой кишки.

у взрослых: ИТШ, ОССН, обострение геморроя, трещины анального отверстия.

Летальность до а/б терапии 10-15%.

Летальность у детей 0,2-0,6% у детей, лиц пожилого и старческого возраста.

Заболевание начинается остро.

Может присутствовать короткий продромальный период, проявляющийся непродолжительным чувством дискомфорта в животе или легким познабливанием, головной болью, недомоганием, слабостью.

Первым признаком развития острой дизентерии обычно является постоянная или периодическая боль в животе, локализуемая в нижней его части, преимущественно слева в области сигмовидной кишки.

Особенностью болевого синдрома является его связь с актом дефекации, интенсивность боли снижается и даже она на некоторое время исчезает после дефекации.

Вслед за болевым синдромом, либо одновременно с ним появляются расстройства стула и признаки интоксикации – выраженная лихорадка, головная боль, нарастающая слабость.

Стул первоначально имеет кашицеобразный характер, затем быстро уменьшается его количество, становится скудным.

В каловых массах появляются примеси крови и слизи (кровянистые тяжи, прожилки, точечные включения).

В разгаре заболевания стул скудный и состоит из небольшого количества слизи с кровью — «ректальный плевок».

Частота стула зависит от тяжести заболевания.



Хроническая дизентерия

Дизентерия Флекснера переходит в хроническую форму в 2 – 5%, дизентерия Зонне в 1% случаев.

Хроническая дизентерия продолжается более 3 месяцев.

Обусловлена присутствием в организме человека одного и того же возбудителя.

Иммунитет не стойкий специфический.

Диагностика

Диагноз дизентерии в типичном случае может быть поставлен по клиническим и эпидемиологическим данным, до получения результатов специальных исследований.

Специальные методы диагностики:

1. Бактериологическая диагностика:
исследование фекалий (от 22 до 80%).

2. Серологическая диагностика (РНГА,
диагностический титр 1:200). Кровь нужно
брать с 5 – го дня, максимальные титры на 2
– ой неделе болезни. Исследование
проводится в динамике.

Неспецифические методы имеют вспомогательное значение, но могут установить этиологию:

- **копрологическое исследование (слизь, лейкоциты, эритроциты, эпителиальные клетки);**
- **ректороманоскопия.**

Лечение

Вопрос о госпитализации решает врач, выявивший больного.

Если больной оставлен на дому, то необходимо поставить в известность территориальный центр Госсанэпиднадзора.

Обычно госпитализируются более 60% больных.

Показания к госпитализации:

клинические
эпидемиологические
социально-бытовые.

Среди всех больных должны быть обязательно госпитализированы:

- лица со среднетяжелой и тяжелой формами болезни,
- больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями,
- люди преклонного возраста,
- дети в возрасте до 1 года,
- лица, представляющих повышенную эпидемическую опасность,
- дети и взрослые из закрытых организованных коллективов,
- а также при отсутствии необходимых условий для лечения на дому.

Лечение дизентерии должно быть комплексным, включающим этиотропную и патогенетическую терапию, лечебно – охранительный режим, диетотерапию и иммуностимулирующую терапию.

Диета больных дизентерией:

- Вначале назначается диета №4, которая обеспечивает механическое и химическое щажение пищеварительного тракта.
- После нормализации стула показана диета №4в.
- С появлением аппетита и стиханием колитического синдрома больных переводят на диету №2.
- Перед выпиской – на диету №15.

Антибактериальная терапия

Наименование медикамента	Форма применения	Суточная доза	Доза на курс лечения
Фуразолидон	Табл. 0.1	0.4	2.0-2.8
Ципрофлоксацин	Табл. 250мг	1,0	5,0
Ко-тримоксазол	Табл.	4 табл.	20-28табл.
Доксициклин	Капс. 0.1	0.2-0.1	0.6
Гентамицин	80мг. 40мг.	160-240мг	960мг.

Дезинтоксикационная терапия

Наименование медикамента	Форма применения	Суточная доза	Доза на курс лечения
Оралит, регидрон, цитроглюкосолан	Пакет на 1 литр воды	30-70мл/кг.	До 2-3 литров сутки
Трисоль, квартасоль, хлосоль, лактосоль	Флаконы по 400.0 и 200.0 мл	60-120мл/кг	2-3 флакона

Ферментные препараты

Наименование медикамента	Форма применения	Суточная доза	Доза на курс лечения
абомин, панкреатин, фестал, дигестал	Драже	3-4	60

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование медикамента	Форма применения	Суточная доза	Доза на курс лечения
Дизентерийный бактериофаг	Флакон Per os В клизме	100.0	500.0
Настои и отвары трав (зверобой, ромашка, кора дуба, черника, черемуха)	Стакан	2-3 стакана	6-10 стаканов
Активированный уголь	Табл.	15 табл.	45-50 табл.
Клизмы с растительным маслом, рыбьим жиром, винилином	Флаконы	50 мл	100-200мл

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование медикамента	Форма применения	Суточная доза	Доза на курс лечения
Витамины гр. А	Драже	3-4	40
Витамины гр. В	Драже	3-4	40
Витамины гр.С	Драже	3-4	40
Эубиотики (бификол, бифидумбакте рин)	Флаконы 5 доз	15 доз	360 доз

Критерии выздоровления

- Исчезновение симптомов интоксикации и нормализация функции желудочно-кишечного тракта.
- Выздоровление лиц декретированной группы подтверждается отрицательными результатами бактериологического исследования кала.

Прогноз

При лечении больных дизентерией, как правило, прогноз благоприятный.

Однако, при тяжёлой форме заболевания у лиц старческого возраста, особенно с сопутствующими хроническими заболеваниями возможны и летальные исходы.

При нарушении функции иммунной системы в 20 – 25% заболевание носит затяжной характер.

Из числа таких больных, как правило, у 2 – 5% острая дизентерия переходит в хроническую форму.

Профилактика и мероприятия в очаге

Переболевшие острой дизентерией выписываются из стационара не ранее, чем через 3 дня после клинического выздоровления и отрицательного результата однократного контрольного бактериологического исследования кала, которое производится не ранее 2 – го дня после окончания этиотропной терапии (декретированная группа лиц).

Работники пищевых предприятий допускаются к работе при наличии справки врача из стационара о выздоровлении без дополнительных бактериологических исследований.

Все они подлежат диспансерному наблюдению сроком до 1 месяца, с двукратным бакпосевом в конце наблюдения с интервалом в 2 – 3 дня.

За лицами, находившимися в контакте с больными дизентерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней.

При выявлении больного дизентерией в организованном коллективе, контактные с ним лица подвергаются контрольному бактериологическому исследованию.

Химиопрофилактика у контактных с больным лиц не проводится.

БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ!