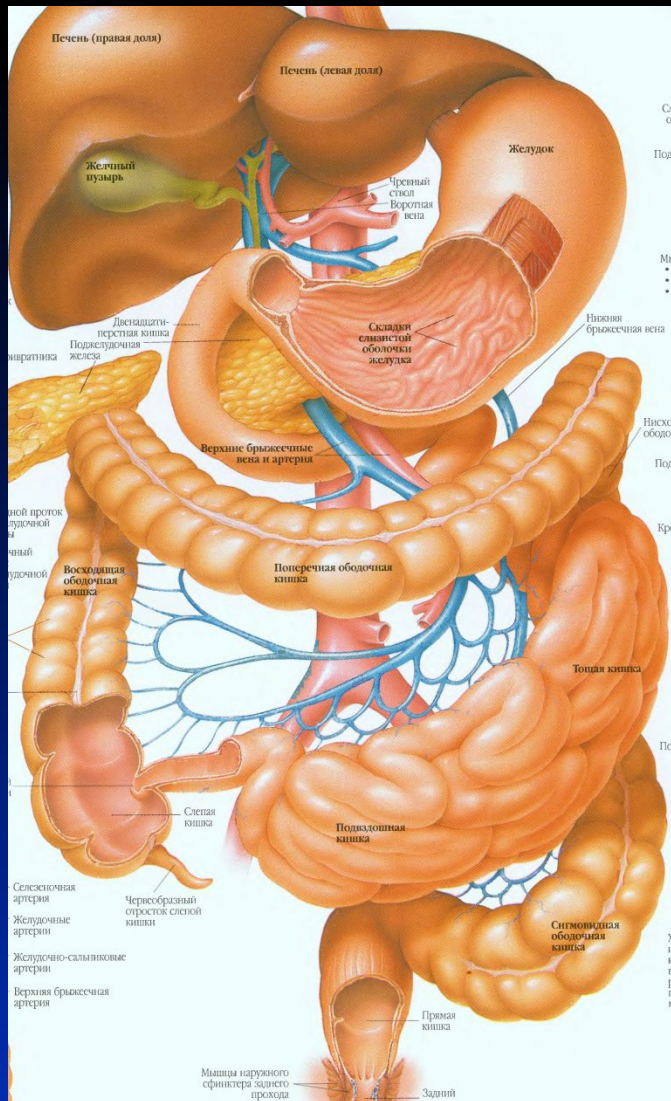


Бактериальная дизентерия (шигеллёз)



■ Бактериальная дизентерия (шигеллёз) -

антропонозное кишечное инфекционное заболевание, вызываемое шигеллами, протекающее с явлениями интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстого кишечника

ЭТИОЛОГИЯ.

Возбудители дизентерии относятся к роду *Shigella*, семейства *Enterobacteriaceae*. В настоящее время насчитывается свыше 50 разновидностей дизентерийных бактерий. Согласно международной классификации, принятой в нашей стране, с учётом биохимических и серологических свойств возбудителей, различают 4 вида шигелл:

1. *Shigella dysenteriae*, с 10 серологическими вариантами, к которым относятся шигеллы Григорьева-Шига, Ларджа-Сакса, Шмитца-Штуцера.
2. Шигелла Флекснера с 5 серологическими вариантами, в том числе шигелла Ньюкестл.
3. Шигелла Бойда.
4. Шигелла Зонне.

Основными фракциями экзотоксина являются:

цитотоксин - способный повреждать эпителиальные клетки;

энтеротоксин – усиливающий секрецию жидкости эпителием кишечной стенки;

нейротоксин – оказывающий токсическое действие на периферическую и ЦНС.

Возбудители хорошо переносят высушивание и низкие температуры, быстро погибают под действием прямых солнечных лучей и нагревания (при температуре 60 градусов - через 30 минут, при 100 градусах – почти мгновенно).

На поверхности различных предметов шигеллы сохраняются до 2 недель. В почве, канализационных водах, выгребных ямах при температуре плюс 5-15 градусах - до двух месяцев. Шигеллы Зонне в молоке и молочных продуктах способны не только длительно переживать, но и размножаться.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источником инфекции являются больные острой и хронической дизентерией, реконвалесценты и бактерионосители. Больной человек становится заразным с первого дня болезни, выделяя возбудителя в огромных количествах.

Дизентерия - инфекция с фекально-оральным механизмом передачи и осуществляется:

- пищевым (Зонне);
- водным (Флекснера);
- контактно-бытовым путём (Григорьева Шига).

Факторами передачи шигелл являются:

- пищевые продукты;
- вода;
- предметы обихода;
- руки;
- почва.

Восприимчивость к дизентерии высокая. Ведущей возрастной группой среди больных дизентерией являются дети дошкольного возраста (более трети всех случаев этой инфекции).

Сезонность - летне-осенняя.

Постинфекционный иммунитет непродолжительный (от 1-3 месяцев до 2 лет) и типоспецифичен.

В настоящее время на территории России дизентерия вызывается преимущественно шигеллами Зонне и Флекснера. Дизентерия Григорьева-Шига регистрируется редко.

ПАТОГЕНЕЗ.

Дизентерийные бактерии проникают в организм через рот. Минуя защитные барьеры организма (желудочный, пищеварительные соки и другие) бактерии поселяются преимущественно в дистальных отделах толстого кишечника, вызывая различные повреждения её слизистой.

Возбудитель дизентерии действует местно, в кишечнике.

Поступление бактерий в кровь, как правило, не наблюдается или носит кратковременный характер и большого значения не имеет.

Эндотоксины шигелл, всасываясь в кровь, повреждают различные органы и ткани и в первую очередь центральную нервную систему.

Клинически это проявляется синдромом интоксикации, нарушением обмена веществ (белкового, углеводного, водного, минерального, витаминного и других).

Кроме того, образующийся при разрушении бактерий токсин оказывает и местное воздействие в кишечнике.

Он способствует накоплению жидкости и электролитов в кишечном содержимом, вместе с микробом сенсibiliзирует слизистую оболочку кишечника и способствует образованию эрозий и язв.

Нарушение иннервации кишечника, воспалительные изменения её слизистой оболочки, вызывают судорожное сокращение мышц сигмовидной и прямой кишок, что клинически проявляется резкими спастическими болями в животе, задержкой содержимого кишечника и появлением скудного бескалового содержимого, болезненными ложными позывами.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗЕНТЕРИИ

1. Острая дизентерия (с вариантами течения - стёртая, затяжная)

- колитическая форма;
- гастроэнтероколитическая форма;
- гастроэнтеритическая форма.

2. Бактерионосительство (субклиническое, реконвалесцентное)

3. Хроническая дизентерия (рецидивирующая, непрерывная).

По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжёлая.

КЛИНИКА.

Длительность инкубационного периода при дизентерии колеблется от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня). При дизентерии, протекающей по типу пищевой токсикоинфекции, инкубационный период составляет не более суток.

Характерные признаки дизентерии выявляются при колитическом варианте болезни.

В большинстве случаев заболевание начинается остро. У некоторых больных наблюдается короткий продромальный период с чувством дискомфорта в животе, легким познабливанием, небольшой головной болью, недомоганием, слабостью.

Обычно первым признаком развития острой дизентерии является боль в животе и частый жидкий стул. Боль в животе имеет схваткообразный характер, реже постоянная или периодическая, локализуется в подвздошных областях, больше слева.

Осложнения острой дизентерии:

- ИТШ и гиповолемический шок;
- острая сердечная недостаточность;
- рецидив болезни;
- выпадение прямой кишки;
- трещины заднего прохода;
- обострение геморроя;
- прободение язв кишечника с развитием перитонита;
- дисбактериоз;
- пневмония.

Исходы дизентерии:

- выздоровление;
- формирование бактерионосительства;
- переход в хроническую форму;
- летальный.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Бактериологический метод - наиболее достоверный и решающий метод диагностики.

Положительные результаты при бактериологическом исследовании составляют от 10 до 85%, что зависит от сроков обследования больного и качества забора материала. На бактериологическое исследование берут: кал, а также рвотные массы и промывные воды при гастроэнтероколитической форме дизентерии. Окончательный материал получают на 3-5 день от начала исследования.

2. Серологический метод.

Сыворотки больных исследуют для выявления в них специфических антител к шигеллам с помощью РПГА. РПГА ставиться с сыворотками, взятыми на 5-7 день и повторно на 10-17 дни от начала заболевания.

3. Общий анализ крови.

ОАК изменяется при дизентерии с выраженной интоксикацией. При этом определяется: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг формулы влево, эозинопения, ускоренная СОЭ.

4. Копрологический метод - микроскопическое исследование испражнений больного с целью обнаружения патологических примесей.

При копроцитоскопии испражнений больного дизентерией обнаруживаются слизь, скопления лейкоцитов с преобладанием нейтрофилов, эритроциты, клетки цилиндрического эпителия, непереваренные волокна.

5. Ректороманоскопия - простой и доступный метод эндоскопической диагностики.

Применяется для осмотра прямой и дистального отдела сигмовидной кишок в целях выявления патологии слизистой (воспалительные процессы, изъязвления, атрофия), злокачественных и доброкачественных опухолей, инородных тел. С обязанностями фельдшера при проведении ректоскопии студенты знакомятся на практическом занятии.

ЛЕЧЕНИЕ И УХОД

Госпитализация больных дизентерией осуществляется выборочно, с учётом клинических и эпидемиологических показаний.

По клиническим показаниям госпитализируются больные с тяжёлыми и осложнёнными формами болезни, с отягощённым преморбидным фоном, лица престарелого возраста, при обострении хронической дизентерии.

По эпидемиологическим показаниям

госпитализируются больные, которым невозможно создать необходимый противоэпидемический режим по месту жительства, обеспечить уход, работники декретированных групп (пищевых и детских учреждений, системы водоснабжения).

При гастроэнтеритических формах дизентерии (так же как и сальмонеллёза) проводится зондовое промывание желудка. Промывание повторяют до отхождения чистых вод, что требует достаточного объёма воды (6-7 литров).

Больным назначают постельный, полупостельный режим в зависимости от тяжести болезни.

Хороший эффект даёт назначение:

- Фторхинолонов (ципрофлоксацин или ципробай по 0,5 два раза в день, норфлоксацин, перфлоксацин по 0,4 два раза в день, курс 5 дней).
- Тетрациклина по 0,25 – 4 раза в день;
- Цефтриаксона по 2,0 (в/м или в/в);
- Гентамицина по 80 мг (в/м);
- Нитрофурановых препаратов (фуразолидон по 0,1-четыре раза в день после еды, курс 7 дней);
- Сульфаниламидов (салофальк по 0,5 -4 раза в день)

Для пероральной регидратации наиболее удобны официальные препараты: «Регидрон», «Оралит», «Цитраглюкосолан». Глюкозоэлектролитные растворы назначают небольшими порциями (по 1 стакану -200 мл за 8-12 минут), с объемной скоростью 1-1,5л/ч. Температура растворов – 40С.

В случаях выраженного обезвоживания наиболее полное устранение дефицита воды и электролитов достигается применением полиионных растворов: «Квартасоль», «Трисоль», «Ацесоль», «Дисоль» и других.

Хороший эффект даёт применение энтеросорбентов - энтеродез (по 1 столовой ложке в 100 мл кипячённой воды, 3 раза в день) и полифепан (по 1 столовой ложке в виде водной пасты, 3-4 раза в день).
Активированный уголь по 0,5 – 4 раза в день.
Энтеросорбенты назначают между приёмами пищи.

Противодиарейные средства: смекта – 9-12 г в сутки курсом 5 дней, имодиум по 2 мг – 2-4 раза в день 3 дня.

При лечении дизентерии могут быть использованы вяжущие средства:

препараты висмута по 0,5 X 3-4 раза в день за 30-20 минут до еды;

отвары черники, дубовой коры, черемухи, корок граната.

Антисептические средства - ромашка аптечная, зверобой по $\frac{3}{4}$ стакана 2-3 раза в день за 30 минут до еды.

Важное место в лечении дизентерии занимает витаминотерапия (аскорбиновая кислота, викасол), неспецифическое стимулирующее действие оказывает также пентоксил и метилурацил. Первый назначают внутрь по 0,2-0,4г, второй - по 0,5г х 3-4 раза в день.

Назначают ферментные препараты (панкреатин, мезим-форте), спазмолитики (но-шпа), препараты калия, кальция, магния (аспаркам, панангин, кальция глюконат).

Проблемы пациентов при острой форме дизентерии

- боль в животе;
- понос;
- тошнота, рвота;
- ложные позывы;
- судорожная боль в области ануса;
- головная боль;
- слабость;

- потеря аппетита;
- плохой сон;
- головокружение;
- жажда, сухость во рту;
- чувство «холода»;
- судороги;
- психологический дискомфорт в палате;
- соблюдение санитарно-гигиенических навыков.

ПРОФИЛАКТИКА ДИЗЕНТЕРИИ

Успешная борьба с дизентерией обеспечивается комплексом санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Мероприятия, направленные на источник инфекции:

- раннее выявление и изоляцию больных;
- обязательная регистрация больных («Экстренное извещение» Ф-058\у);
- лечение больных на дому и в стационаре;

- соблюдение правил выписки больных и диспансерное наблюдение за ними;
- плановое и внеплановое обследование декретированных профессиональных групп;
- выявление, изоляция и санация носителей,
- бактериологическое обследование контактных (декретированные лица) и наблюдение за ними в течение 7 дней.

Мероприятия, направленные на пути передачи инфекции

- контроль за водоснабжением и канализованием населённых мест;
- контроль за предприятиями пищевой промышленности, торговли, общественного питания;
- дезинфекция (профилактическая и очаговая);
- соблюдение санитарно-гигиенических требований.