

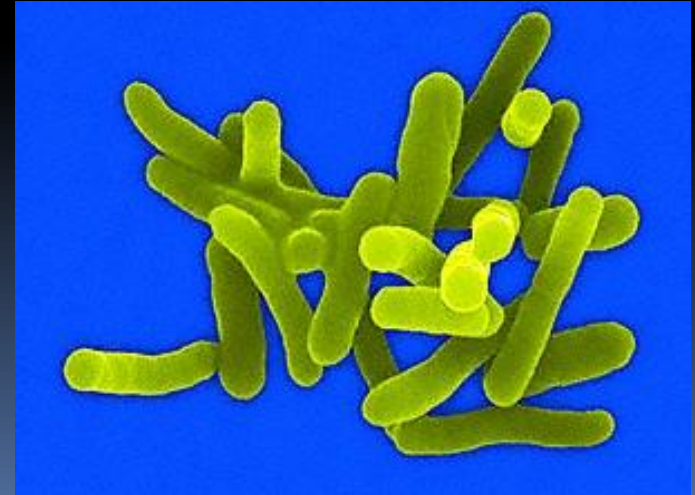


ДИЗЕНТЕРИЯ (ШИГЕЛЛЕЗ)

- **Дизентерия** - кишечное заболевание, вызываемое шигеллами разных видов, с преимущественным поражением слизистой
- оболочки толстой кишки, характеризующееся развитием интоксикации, учащением и болезненностью дефекаций с появлением патологических примесей в виде слизи и крови в стуле, тенезмами.

Этиология

- Возбудители дизентерии – бактерии из рода *Shigella*
 1. *Shigella dysenteriae* (Григорьева-Шига, Штуцера-Шмитца, Лардж-Сакса)
 2. *Shigella flexneri* (Ньюкастл)
 3. *Shigella boydi*.
 4. *Shigella sonnei*.



- 
- 
- В республиках Северного Кавказа преобладает шигелла Флекснера

- 
- 
- Антигенная структура представлена О-антигеном - соматический, термостабильный, групповой и К-антигеном - типовым, термолабильным.

- 
- 
- *Shigella* Григорьева - Шига может продуцировать нейротоксин.
 - Эндотоксин является липидопротеиновым комплексом - вызывает развитие общетоксических явлений.

- Шигеллы устойчивы в окружающей среде и могут сохранять свою жизнеспособность от 10 дней до 3 мес. Хорошо сохраняются в высушенных фекалиях, почве, воде.
- Степень вирулентности шигелл определяется способностью продуцировать токсины, выраженной инвазивностью, колициногенностью (способностью вырабатывать антибиотические вещества, подавляющие рост определенных штаммов бактерий кишечной группы), продуцировать вещества токсического характера и ферменты (гиалуронидазу, плазмакоагулазу, фибринолизин, гемолизины и др.).

Эпидемиология

- Наибольшую опасность как источники заражения окружающих представляют больные с легкими и стертыми формами болезни, которые длительно остаются бактериовыделителями шигелл не соблюдающие гигиенических правил.
- Механизм передачи инфекции фекально-оральный, контактно-бытовой.
- Путь передачи – пищевой и водный.. Заражение при шигеллезе Григорьева-Шиги происходит в основном контактно-бытовым путем, Шигеллез Флекснера - водным, шигеллез Зонне — пищевым.
- Также возможно распространение болезни с помощью мух.
- Заболеваемость дизентерией имеет выраженную сезонность: август – сентябрь. Заболеваемость шигеллезом возрастает среди детей старше 1 года и становится максимальной в возрасте 2-6 лет.

Патогенез

- В патогенезе дизентерии различают две фазы: тонкокишечную и толстокишечную. От выраженности их и будет проявляться клинический вариант течения заболевания.
- Шигеллы прикрепляются к энтероцитам в тонкой кишке, секретируя энтеротоксины и цитокины. При гибели шигелл выделяется эндотоксин содержащий ЛПС – комплекс, абсорбция которого вызывает синдром интоксикации.
- В толстой кишке происходит активное размножение шигелл в клетках кишечника выделяющийся гемолизин вызывает развитие местного воспалительного процесса Воспаление поддерживается цитотоксическим энтеротоксином, ЛПС – комплексом.
- В результате развиваются нарушения функциональной деятельности кишечника и микроциркуляторных процессов, серозный отёк и деструкция слизистой оболочки толстой кишки. Под действием токсинов шигелл в толстой кишке развивается острое катаральное или фибринозно – некротическое воспаление с образованием эрозий и язв.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В КИШКЕ

- 1. Катаральное воспаление: слизистая набухшая, гиперемирована, с подслизистыми кровоизлияниями. В ряде случаев подобные изменений можно видеть и на слизистой тонкой кишки.
- 2. Фибринозно-некротическое воспаление: стенка кишки утолщена, слизистая некротизируется до подслизистого или даже мышечного слоя. Некротические массы покрывают стенку кишки в виде грязно-серой или серо-зеленой пленки. В более легких случаях развивается крупозное воспаление, в более тяжелых - гангренозное.
- 3. Стадия образования язв: к 8-10 дню болезни фолликулы нагнаиваются, вскрываются и образуются мелкие, но глубокие язвочки, а вот когда начинаются отторгаться фибринозно-некротические массы, то образуются обширные язвы.
- 4. Стадия заживления. Как правило, не имеет четких временных рамок, поскольку процессы репарации при дизентерии идут параллельно процессам повреждения и нет параллелизма между выраженностью клинических проявлений и глубиной патоморфологических изменений.

Дизентерия

Формы колита



Катарально-фолликулярный колит



Фибринозно-язвенный колит

Ректороманоскопическая картина



Нормальный вид
слизистой
толстой кишки



Катарально-
фолликулярный
колит



Эрозио-
язвенный
колит

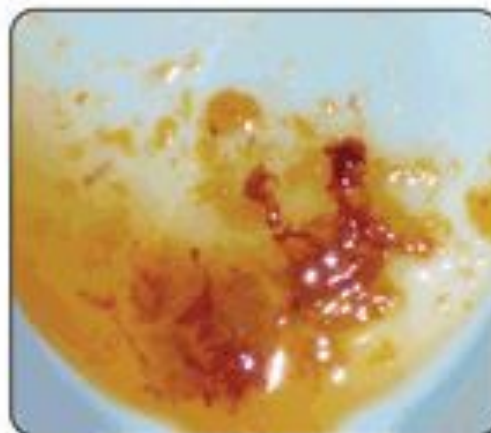


Атрофический
колит

www.Labstend.ru

Дизентерия

Тенезмы —
болезненное натуживание.
Возникает в результате
спазма нижнего отдела
толстого кишечника и
сфинктера заднего прохода



Стул с примесью слизи и прожилками крови

- В основу классификации **клинических форм шигеллезов** положено деление шигеллеза по этиологии (шигеллез Зонне, шигеллез Флекснера и др.), типу, тяжести и течению (табл.1.).
- Типичная форма шигеллеза характеризуется, колитическим синдром с явлениями «дистального колита» и синдром токсикоза. От наличия и выраженности проявлений инфекционного токсикоза и глубины поражения желудочно-кишечного тракта выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы болезни.

Варианты течения острой дизентерии

- Колитический вариант
- Гастроэнтероколитический вариант
- Гастроэнтеритический вариант
- Стертое течение дизентерии
- Затяжное течение острой дизентерии
- Бактерионосительство



Хроническая дизентерия

- Атипичная форма
 - Бессимптомная форма
 - Стертая форма
- 

- **Легкая форма** встречается в 50-60% случаев . ,Симптомы интоксикации отсутствуют или слабо выражены, а частота стула не превышает 5-8 раз в сутки, испражнения не теряют калового характера, жидкие, с отсутствием или небольшой примесью мутной слизи, зелени. Пальпируется спазмированная уплотненная сигмовидная кишка, болезненная или чувствительная при пальпации. Боли в животе отсутствуют или возникают только при дефекации.

- **Среднетяжелая форма** характеризуется наличием умеренно выраженных симптомов интоксикации и развернутым колитическим синдромом. Температура тела повышается до 38,0-39,0°C, повторная рвота, стул до 9-15 раз в сутки, теряет каловый характер, скудный, с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови («гемоколитный»). Характерны схваткообразные боли в животе, тенезмы, податливость или зияние ануса.

- 
- **Тяжелая форма.** Начало заболевания острое с гипертермического синдрома, многократной, иногда неукротимой, рвоты.
- 

Лечение

- Необходим постельный режим.
- стол №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.
- Больным легкой дизентерией назначают один из следующих препаратов:
 1. нитрофураны (фуразолидон, фурадонин по 0,1 г 4 раза в день, эрсефурил (нифуроксазид) 0,2 г 4 раза в сутки),
 2. котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день,
 3. оксихинолины (нитроксолин по 0,1 г 4 раза в день, интетрикс по 1-2 таблетки 3 раза в день).

- При среднетяжелом течении дизентерии назначают препараты группы фторхинолонов: офлоксацин по 0,2 г 2 раза в сутки или цiproфлоксацин по 0,25 г 2 раза в сутки; котримоксазол по 2 таблетки 2 раза в день; интетрикс по 2 таблетки 3 раза в день.
- При тяжелом течении дизентерии назначают офлоксацин по 0,4 г 2 раза в сутки или цiproфлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки; фторхинолоны в комбинации с аминогликозидами; аминогликозиды в комбинации с цефалоспори́нами. В первые 2—3 дня лечения препараты вводят парентерально, затем переходят на энтеральное их введение.
- Больным со среднетяжелой формой острой кишечной инфекции рекомендуется обильное питье сладкого чая или одного из готовых растворов (цитроглюкосалан, регидрон, гастролит и др.) до 2-4 л/сут.
- Для связывания и выведения токсина из кишечника назначают один из 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.

- В течение всего периода лечения больным назначают комплекс витаминов, состоящий из аскорбиновой кислоты (500-600 мг/сут), никотиновой кислоты (60 мг/сут), тиамина и рибофлавина (по 9 мг/сут). В разгаре болезни стандартные поливитамины, выпускаемые фармацевтической промышленностью (гексавит, аскорутин и др.), даются по 2 драже 3 раза в день, в период выздоровления — по 1 драже 3 раза в день.
- С целью коррекции биоценоза кишечника назначают биоспорин, бактиспорин, бактисубтил, флонивин-БС по 2 дозы 2 раза в день в течение 5—7 дней. При выборе препарата предпочтение следует отдавать современным комплексным препаратам — линекс, бифидумбактерин-форте, витафлор и др. Препараты назначают в стандартной дозировке. При хорошей переносимости в периоде выздоровления показаны кисломолочные лечебно-диетические бифидо- и лактосодержащие продукты, которые обладают высокой лечебной эффективностью.

Диагностика

- Диагноз дизентерии ставится на основании клинико-эпидемиологических данных.
- Из лабораторных методов диагностики используют бактериологический, серологический. Копрологический метод – макро- и микроскопия кала. В периферической крови отмечается умеренный лейкоцитоз, нейтрофильный и палочкоядерный сдвиг (иногда до 30% и более), ускорение СОЭ.