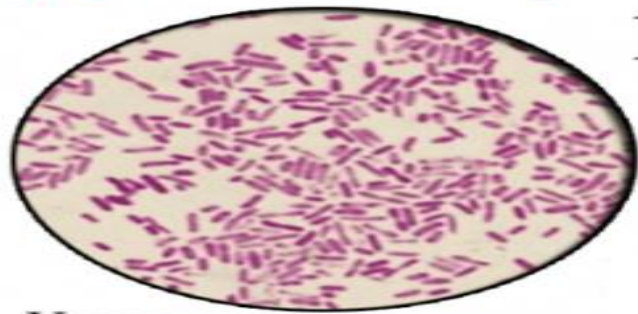


# дизентерии

Содержание:

## Дизентерия у детей:

- вызывается несколькими видами шигелл;
- передаётся с грязными руками и заражёнными продуктами.



Характерны:

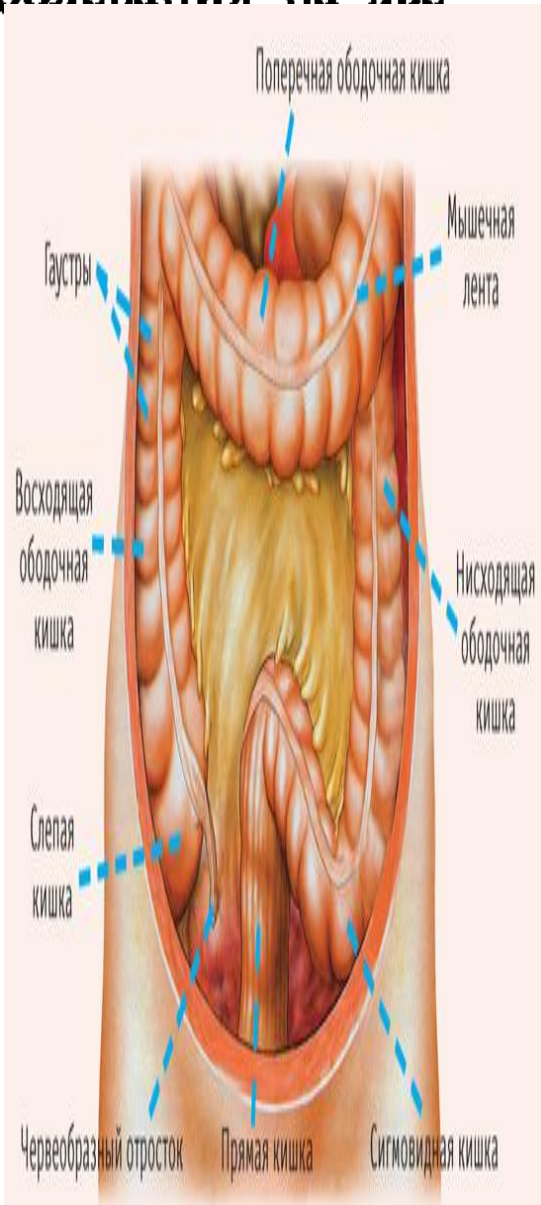
- токсикоз;
- тенезмы;
- стул со слизью и кровью.



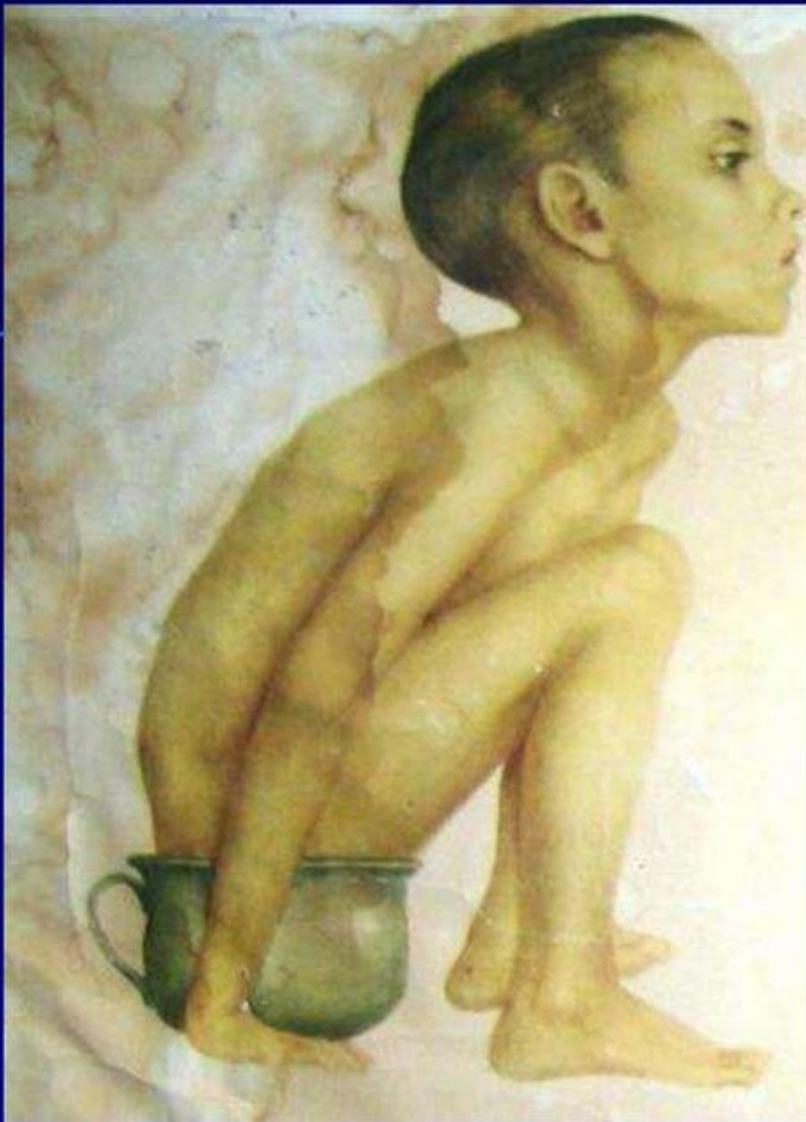
**Дизентерия (Dysentery)** — инфекционное заболевание, вызываемое шигеллами, протекающее с явлениями интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

**Исторические сведения.** Термин «дизентерия» введен еще в эпоху Гиппократ, который разделил все кишечные заболевания на две группы: диарею, характеризующуюся поносом, и дизентерию, отличающуюся главным образом болями в животе (греч. *dys* — нарушение, расстройство, *enteron* — кишка). Первое подробное описание болезни под названием «натужный понос» дал греческий эскулап Аретей (I в. до н.э.). Заболевания, сходные по клинической картине с дизентерией, нашли отражение в трудах Авиценны (X—XI вв.). В древнерусской письменности есть описание этой болезни под названием «утроба кровавая, или мыт».

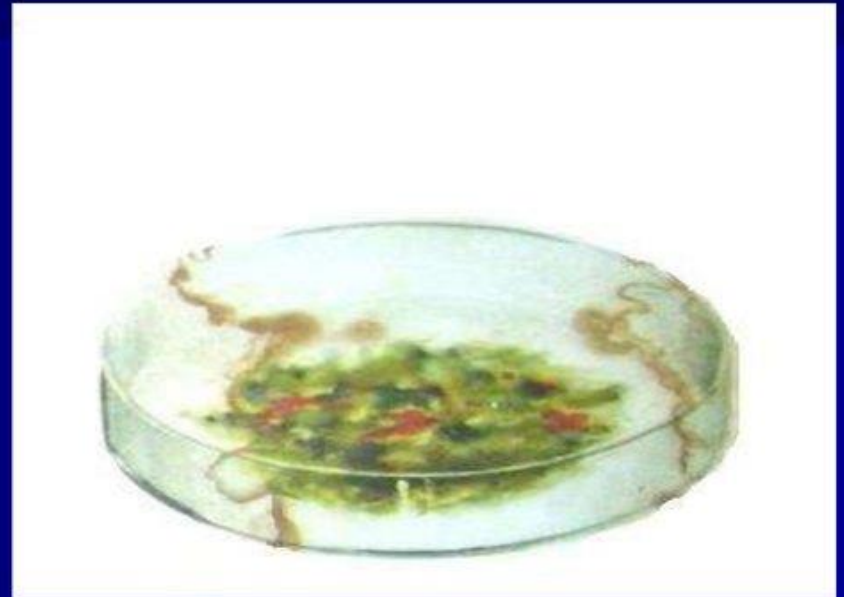
Впервые возбудители дизентерии были описаны во второй половине XIX в. [Раевский А. С., 1875; Шантемесс Д., Видаль Ф., 1888; Кубасов П.И., 1889]. В 1891 г. армейский врач А.В. Григорьев выделил грамотрицательные бактерии из органов умерших от дизентерии, изучил их морфологию и патогенные свойства в опытах на кроликах, морских свинках и котятках. В 1898 г. японский ученый К. Шига о том же возбудителе дизентерии сообщил некоторые новые данные.



# Дизентерия



**Тенезмы**



**Стул с примесью  
слизи и прожилками  
крови**

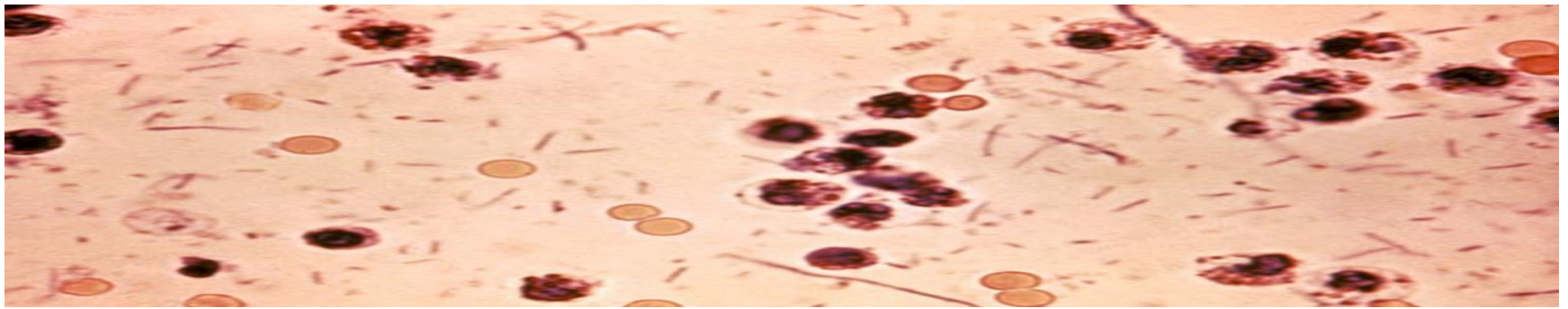
# Дизентерия

- Острая кишечная инфекция, вызываемая патогенными штаммами кишечных палочек, протекающая с симптомами общей интоксикации и поражения ЖКТ.
- Протекает с преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстого кишечника, характеризуется симптомами интоксикации, схваткообразными болями в животе, частым жидким стулом, содержащим примесь слизи и крови и сопровождается тенезмами.

# Этиология

## Виды возбудителей

1. Григорьева - Шига, Штуцера - Шмидта, Ларджа - Сакса.
2. Флекснера.
3. Бойда - Новгородской.
4. Зонне и др.



бактерий колеблется от нескольких дней до месяцев. Благоприятной средой для бактерий являются пищевые продукты. Шигеллы Зонне в молоке и молочных продуктах способны не только длительно существовать, но и размножаться.

Возбудители дизентерии хорошо переносят высушивание и низкие температуры, но быстро погибают под действием прямых солнечных лучей и нагревания (при 60 °С — через 30 мин, 100 °С — почти мгновенно). Дезинфицирующие средства (гипохлориты, хлорамины, лизол и др.) в обычных концентрациях убивают дизентерийные бактерии в течение нескольких минут.

удельный вес имела дизентерия Григорьева — Шиги (60—80 %), то с 40-х годов преобладающей стала дизентерия Флекснера, удельный вес которой в Европе составлял 60—80 %. С 60-х годов доминирующее положение в Европе и на территории бывшего Советского Союза занимала дизентерия Зонне, хотя в ряде районов по-прежнему преобладал вид Флекснера.

# Эпидемиология

## Эпидемиология



# Эпидемиология

**Эпидемиология.** Источником инфекции являются больные острой или хронической дизентерией, реконвалесценты и лица с субклинической формой инфекционного процесса (бактериовыделители). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные острой дизентерией, выделяющие в период разгара болезни в окружающую среду возбудителей.

Дизентерия — инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей, реализация которого осуществляется пищевым, водным и контактно-бытовым путями. Факторами передачи шигелл являются пищевые продукты, вода, руки и предметы обихода, мухи, почва.

Главным путем передачи при дизентерии Григорьева — Шиги является контактно-бытовой, Флекснера — водный, Зонне — пищевой (особенно молочный). Основными причинами неравнозначности путей распространения при различных этиологических формах дизентерии являются существенные различия в патогенности и инфицирующей дозе возбудителей, а также их устойчивость во внешней среде.

Дизентерию, как и другие острые кишечные заболевания, характеризует выраженная осенне-летняя сезонность. Число заболеваний, регистрируемых в июле — сентябре, составляет, как правило, половину всей суммы заболеваний за год.

Постинфекционный иммунитет непродолжителен и носит видо- и типоспецифический характер в пределах года.



# Эпидемиология

## Механизмы передачи инфекции

### I. Фекально-оральный

#### Факторы передачи

- Инфицированная вода.
- Пищевые продукты.
- Грязные руки.

### II. Контактной-бытовой

- Предметы обихода.

# Патогенез

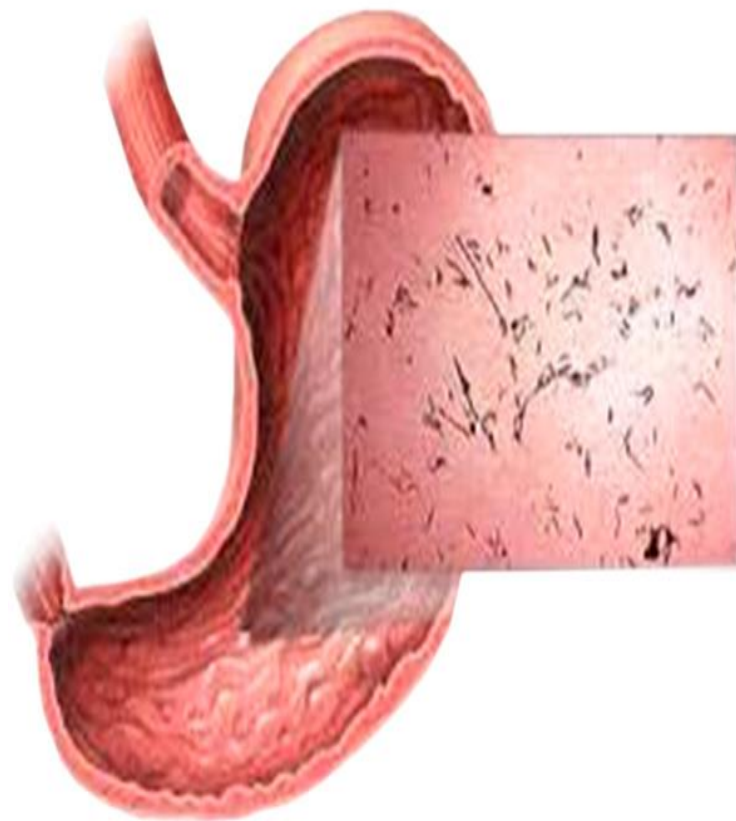
## Патогенез



# Патогенез

**Патогенез и патологоанатомическая картина.** Поступление шигелл в организм сопровождается гибелью части бактерий в желудке и кишечнике вследствие воздействия желудочного и других пищеварительных соков, секреторных иммуноглобулинов, антагонистического влияния кишечной микрофлоры.

Жизнедеятельность шигелл в тонкой кишке сопровождается продукцией энтеро- и цитотоксинов, а их разрушение — выделением эндотоксинов. Симптомы интоксикации, а также боли в мезогастрии, возникающие в начальном периоде болезни, во многом обусловлены действием эндотоксина, пирогенных субстанций и биогенных аминов. Эти вещества выделяются при разрушении части фагоцитов, инфицированных шигеллами. Повышение секреции жидкостей и солей в просвет тонкой кишки определяет развитие диарейного синдрома. Стул в этом периоде заболевания обильный, содержит большое количество жидкости.



## Патогенез

Параллельно с этими процессами происходит инвазия шигелл в эпителиальные клетки толстой кишки с последующим развитием типичной для дизентерии симптоматики колита.

Преимущественное поражение дистальных отделов толстой кишки может быть обусловлено сравнительно продолжительным скоплением в ней кишечного содержимого, токсинов и бактерий, создающих благоприятные условия для массивной инвазии возбудителя в колоноциты. Этому способствует и дисбактериоз кишечника.

# Патогенез

При инвазии шигеллами слизистой оболочки толстой кишки эпителиоциты поражаются неравномерно, при этом уменьшается количество бокаловидных клеток, отторгаются эпителиальные клетки, что ведет к появлению поверхностных микроэрозий. Тяжелое течение заболевания может сопровождаться выраженной инфильтрацией слизистой оболочки кишки нейтрофилами и развитием вторичных абсцессов в криптах.

В большинстве случаев шигеллеза основная часть бактерий задерживается фагоцитирующими клетками на уровне базальной мембраны. Лишь при тяжелых формах заболевания возбудители могут в значительном количестве распространяться в подслизистую основу и брыжеечные лимфатические узлы.

# Патогенез

представления о дизентерии как о «локализованной инфекции». Основное значение в патогенезе дизентерии имеют токсины бактерий. Шигеллы, находящиеся в слизистой оболочке внеклеточно, подвергаются фагоцитозу нейтрофилами и макрофагами с образованием токсичных веществ, оказывающих на организм системное и местное воздействие.

Действие токсинов шигелл в организме больного человека неоднозначно. Экзотоксин бактерии Григорьева — Шиги и белковая часть эндотоксина оказывают выраженное нейротоксическое действие. Всасываясь в кровь, нейротоксины повреждают различные ткани и органы, в первую очередь центральную нервную систему, периферические ганглии вегетативной нервной системы и симпатико-адреналовую систему. Клинически это проявляется синдромом интоксикации и нарушением всех видов обмена.

Липополисахаридная часть эндотоксина и цитотоксина обладает выраженным энтеротропизмом и поражает слизистую оболочку толстой кишки. Энтеротоксины, активируя аденилатциклазу, способствуют накоплению жидкости и электролитов в кишечном содержимом.

Возбудитель и его токсины при повреждении ими фагоцитов и клеток слизистой оболочки способствуют выходу биологически активных веществ (гистамин, серотонин, кинины, простагландины), которые нарушают микроциркуляцию в кишечной стенке, повышают интенсивность воспалительного процесса и расстройств функций кишечника (моторики, секреции, всасывания).

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).



# Патогенез

В период разгара болезни достигает максимального развития местный патологический процесс, продолжается воздействие токсинов, нарастает кишечный дисбактериоз.

При тяжелом течении дизентерии, особенно у детей, возникают явления токсикоза и эксикоза с развитием острой сосудистой недостаточности с возможным смертельным исходом заболевания.

Характер и тяжесть течения дизентерии определяются и видом возбудителя. Наиболее тяжелым течением с ярко выраженным симптомокомплексом нейротоксикоза и колитического синдрома отличается дизентерия, обусловленная шигеллами Григорьева — Шиги и Флекснера. Шигеллы Зонне могут вызывать гастроэнтерит, имеющий много общих клинических черт с токсикоинфекциями.

В некоторых случаях болезнь принимает затяжное и хроническое течение. Этому способствуют иммунодефицитные состояния, обусловленные сопутствующими заболеваниями, неблагоприятным преморбидным фоном и др.



# Патологическая анатомия

Патологоанатомические изменения при дизентерии наиболее выражены в дистальном отделе толстой кишки. При дизентерии наблюдаются четыре стадии поражения кишечника: 1) острое катаральное воспаление; 2) фибринозно-некротическое воспаление (рис. 4; см. цв. вклейку); 3) стадия образования язв; 4) заживление язв.

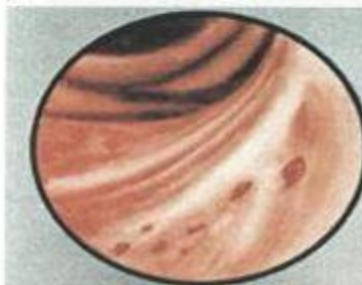
Катаральное воспаление характеризуется отеком, гиперемией слизистой оболочки и подслизистой основы толстой кишки; нередко наблюдаются мелкие кровоизлияния и эрозии. На поверхности слизистой оболочки и в просвете кишки обнаруживается слизистый или слизисто-геморрагический экссудат.

Фибринозно-некротические изменения проявляются в виде грязно-серых плотных налетов на слизистой оболочке кишечника. Некроз может достигать подслизистой основы и мышечного слоя стенки кишки. Подслизистая основа утолщена, инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами. Гнойное расплавление и отторжение некротических масс приводят к образованию язв. Язвы при дизентерии чаще поверхностные, с плотными краями.

# Патогенез

- **Поражение кишечника протекает в четыре стадии:**
- Катаральное воспаление (отек, гиперемия слизистой оболочки);
- Фибринозно-некротическое воспаление;
- Образование язвенных дефектов;
- Заживление язв.

# Шигеллез



# Клиника

Форма	Степень тяжести	Особенности течения
Острая дизентерия Колитический	Легкая, средняя, тяжелая.	Стертое, затяжное.
Гастроэнтероколитический	Легкая, среднетяжелая с обезвоживанием 1 – 2 степени; тяжелая с обезвоживанием 2 – 4 степени.	Стертое, затяжное.
Хроническая дизентерия	Легкая, средняя, тяжелая.	Стертое, затяжное.
Шигеллезное бактерионосительство		Рецидивирующее, непрерывное, субклиническое, реконвалесцентное.

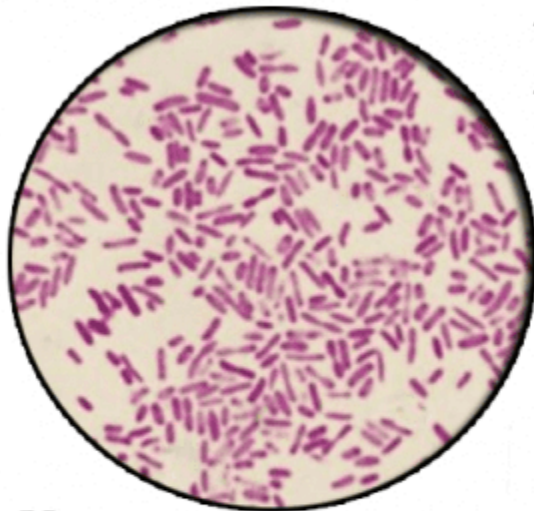
# Классификация

Тип	Тяжесть	Течение
<b>Типичные формы</b>	Легкая Среднетяжелая Тяжелая: <b>А</b> - с преобладанием симптомов токсикоза; <b>Б</b> - с преобладанием местных нарушений; <b>В</b> - смешанная.	<b><u>А. По характеру:</u></b> <b>Гладкое.</b>  <b>Негладкое:</b> - с осложнениями; - с наложением вторичной инфекции; - с обострением хронических заболеваний.
<b>Атипичные формы:</b> ✓ - бессимптомная, ✓ - стертая, ✓ - транзитное бактерионосительство, ✓ - диспептическая, ✓ - гипертоксическая.		<b><u>Б. По длительности:</u></b> <b>Острое</b> (до 1 месяца). <b>Затяжное</b> (до 3 месяцев). <b>Хроническое</b> (свыше 3 месяцев)

# Клиническая картина

## Дизентерия у детей:

- вызывается несколькими видами шигелл;
- передаётся с грязными руками и заражёнными продуктами.



*Характерны:*

- токсикоз;
- тенезмы;
- стул со слизью и кровью.



# Клиническая картина

## Клинические проявления

Инкубационный период от нескольких часов до 7 суток.

### Поражается:

1. желудочно-кишечный тракт (схваткообразные боли в животе, при пальпации- болезненная сигмовидная кишка, стул в виде слизи с прожилками крови – «ректальный плевок»);
2. сердечно-сосудистая система (глухость сердечных тонов, тахикардия, гипотензия, сосудистый коллапс);
3. нервная система (головная боль, бессонница, заторможенность или возбуждение).

# Клиническая картина

**Клиническая картина.** Длительность инкубационного периода колеблется от 1 до 7 дней (чаще составляет 2—3 дня).

Выделяют дизентерию острую и хроническую. Острая дизентерия протекает в нескольких вариантах (колитический, гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический), каждый из которых может быть представлен в легкой, средней тяжести и тяжелой формах. Хроническая дизентерия имеет рецидивирующее или непрерывное течение и также может протекать в легкой, средней тяжести и тяжелой форме. Существует также шигеллезное бактерионосительство (бактериовыделение), которое рассматривают как субклиническую форму инфекционного процесса.

Дизентерия характеризуется цикличностью течения. При этом в течении заболевания можно выделить 4 периода: начальный, разгара, угасания симптомов и выздоровления (остаточных явлений или перехода в хроническую форму).



# Клиническая картина

В клинической картине колитического варианта (типичный шигеллез) представлены два основных синдрома — интоксикационный и колитический. Гастроэнтероколитический вариант синдрома сопровождается, кроме того, симптомами острого гастрита и энтерита. При гастроэнтеритическом варианте колитической симптоматики в клинической картине не наблюдается.

В большинстве случаев заболевание начинается остро. Больные жалуются на озноб и жар. Температура тела быстро повышается до максимальных цифр (38—40 °С), держится на этом уровне от нескольких часов до 2—5 дней и снижается обычно по типу ускоренного лизиса. Дизентерия может протекать с субфебрильной температурой, а иногда без ее повышения.

Нервная система поражается очень рано. У большинства больных с самого начала появляются слабость, разбитость, апатия, подавленность настроения, головная боль, которые достигают наивысшей степени на высоте подъема температуры.

# Клиническая картина

При типичном классическом течении дизентерии ведущим является симптомокомплекс колита. 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. Часто пальпация усиливает спазм мышц кишечника и провоцирует позывы к дефекации.



# Клиническая картина

При манифестированных формах шигеллеза наблюдается учащение стула до 20—30 раз в сутки и более. Дефекация, как правило, не приносит облегчения. Несмотря на многократность стула при типичном колитическом варианте течения дизентерии, количество каловых масс, выделяемых больными за сутки, невелико, редко превышает 0,5—1 л. В первые часы стул довольно обильный, каловый, полужидкий или жидкий, часто слизистый. При его учащении испражнения теряют каловый характер. Стул состоит из густой, прозрачной слизи, к которой в дальнейшем присоединяются примесь крови, а позже и гноя («ректальный» или «дизентерийный плевок»). Испражнения могут приобрести вид мясных помоев, в котором взвешены «саговые» комочки слизи.

# Клиническая картина

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.

# Клиническая картина

Гематологические сдвиги в разгар болезни характеризуются небольшим повышением СОЭ, умеренным лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, моноцитозом.

Длительность периода разгара болезни колеблется от 1–2 до 8–9 дней. При угасании симптомов болезни стихают проявления интоксикации и колита.

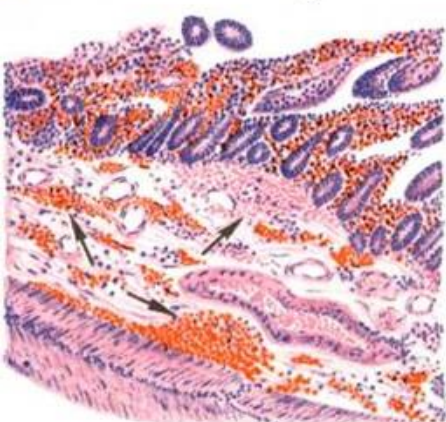
# Клиническая картина

**Острая дизентерия. Колитический вариант с легким течением** болезни характеризуется умеренно или слабо выраженной интоксикацией. Начинается обычно остро с кратковременным подъемом температуры до 37—38 °С. В первые часы болезни наблюдаются слабость, снижение аппетита, в дальнейшем появляются умеренные боли в животе. Стул от 3—5 до 10 раз в сутки. Испражнения полужидкие или жидкие, часто со слизью, а иногда и с прожилками крови. Больные остаются трудоспособными и часто прибегают к самолечению. При осмотре язык обложен. Сигмовидная кишка болезненная и спазмированная, при ее пальпации отмечается урчание. При ректороманоскопии можно обнаружить катаральный или катарально-геморрагический проктосигмоидит и сфинктерит. Изменения в гемограмме незначительны. Заболевание продолжается 3—5, реже 7—8 дней и заканчивается выздоровлением.

# Клиническая картина

**Колитический вариант со средней тяжестью течения** обычно начинается остро, с озноба, чувства «ломоты» и разбитости во всем теле. Температура повышается до 38—39 °С и держится на этом уровне 3—5 дней, редко дольше. Часто наблюдаются анорексия, головная боль, тошнота, иногда рвота, резкие схваткообразные боли в животе, тенезмы. Частота стула 10—20 раз в сутки. Испражнения быстро теряют каловый характер и состоят из слизи, окрашенной кровью. Они могут быть скудными, в виде «ректального плевка» или более обильными, слизистыми. Явления гемоколита наблюдаются у 70—75 % больных. Острые явления на 3—5-й день болезни постепенно ослабевают. В испражнениях уменьшается количество слизи и крови, нормализуется стул, но копрограмма остается патологической. При ректороманоскопии выявляется катарально-эрозивный проктосигмоидит. Клиническое выздоровление наступает к концу 2-й недели болезни.





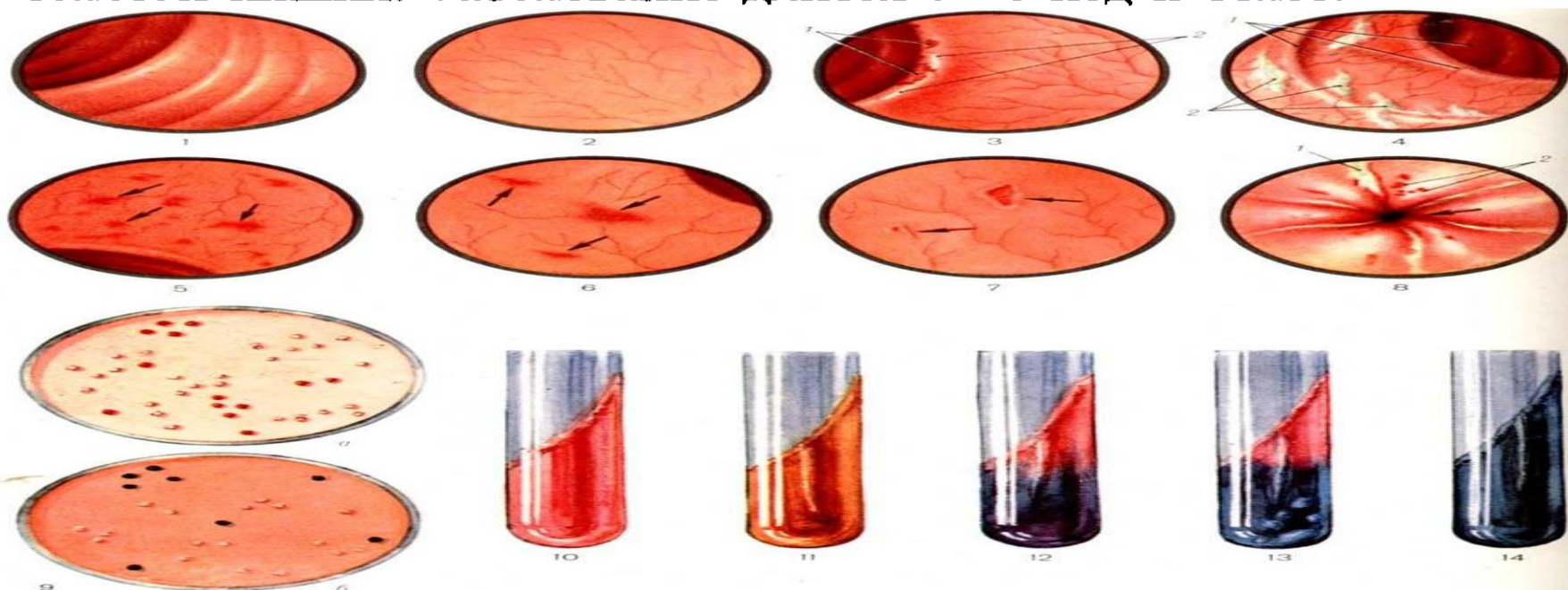


# Клиническая картина

**Тяжелое течение колитического варианта дизентерии** характеризуется острым началом с подъемом температуры до 39 °С и выше, резко выраженной интоксикацией. Могут наблюдаться обморочные состояния, бред, тошнота, рвота. Боли в животе резко выражены и сопровождаются мучительными тенезмами и частыми позывами на мочеиспускание. Стул от 20—25 до 50 раз в сутки, скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый. Иногда испражнения имеют вид мясных помоев. Больные вялые, адинамичные. Кожа и слизистые оболочки сухие, артериальное давление снижено, отмечается постоянная тахикардия. К концу 1—2-х суток может развиваться коллаптоидное состояние. Тенезмы и спазмы кишечника могут сменяться его парезом, вздутием живота, зиянием ануса и непроизвольной дефекацией. В крови наблюдается лейкоцитоз или лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью в лейкоцитах. При пальпации живота обнаруживаются спазмированность, болезненность и урчание толстого отдела кишечника (или только сигмовидной кишки), метеоризм. Тяжелое состояние больных сохраняется в течение 7—

# Клиническая картина

10 дней. При ректороманоскопии в случае дизентерии Зонне определяются катарально-геморрагические, катарально-эрозивные, реже язвенные изменения слизистой оболочки (рис. 5; см. цв. вклейку). При тяжелом течении дизентерии Флекснера обнаруживают фибринозно-некротическое, фибринозно-язвенное и флегмонозно-некротическое поражение слизистой оболочки толстой кишки. Заболевание длится 3—6 нед и более.



# Клиническая картина

*Гастроэнтероколитический вариант* дизентерии протекает по типу пищевой токсикоинфекции с коротким инкубационным периодом, бурным началом болезни. Основным синдромом в начале заболевания является гастроэнтерит, который сопровождается выраженными симптомами интоксикации. В дальнейшем начинают доминировать симптомы энтероколита. Для начального периода типичны рвота, профузный понос, обильные водянистые испражнения без примеси крови и слизи, диффузные боли в области живота. В последующем стул становится менее обильным, в нем обнаруживаются примеси слизи и крови.

Этот вариант может иметь легкое, средней тяжести и тяжелое течение. При оценке тяжести течения болезни учитывают степень обезвоживания организма. В случае легкого течения дизентерии симптомы дегидратации отсутствуют. Средней тяжести течение болезни сопровождается дегидратацией I степени (потеря жидкости составляет 1—3 % массы тела). При тяжелом течении дизентерии развивается дегидратация II—III степени (потеря жидкости составляет 4—9 % массы тела).

# Клиническая картина

*Гастроэнтеритический вариант* близок по течению к начальному периоду гастроэнтероколитического варианта. Его отличие заключается в отсутствии симптомов колита в более позднем периоде заболевания (после 2—3-го дня болезни). Ведущими являются симптомы гастроэнтерита и признаки дегидратации.

*Стертое течение* дизентерии встречается при всех вариантах болезни. Оно характеризуется незначительными болями в животе и кратковременным (в течение 1—2 дней) расстройством функции кишечника. Испражнения полужидкие, без крови и часто без слизи. Температура тела нормальная, но может быть субфебрильной. Нередко при пальпации определяется повышенная чувствительность сигмовидной кишки. В копрограмме количество лейкоцитов превышает 20 в поле зрения. При ректороманоскопии выявляется катаральный проктосигмоидит. Диагноз устанавливается после тщательного сбора анамнеза болезни, эпидемиологического анамнеза, а также своевременного лабораторного обследования.

## Атипичные формы

---

- Стертая (к/о стул 1-2 раза в течение 1-2 дней).
- Бессимптомная (в очаге).
- Транзиторное бактериовыделение.
- Диспепсическая (у детей 1-ого года жизни).
- Гипертоксическая.

# Клиническая картина

**Бактериовыделение.** Принципиальной является трактовка бактериовыделения как формы дизентерийной инфекции с субклиническим течением. При этом отсутствуют интоксикация и дисфункция кишечника. Однако факт выделения шигелл, а также обследование с использованием всего комплекса современных методов диагностики подтверждают наличие инфекционного процесса.

Случаи, характеризующиеся отсутствием кишечной дисфункции в период обследования и в предшествовавшие ему 3 мес при наличии выделения шигелл с калом, относятся к *субклиническому бактериовыделению*. Выделение шигелл после клинического выздоровления называется *реконвалесцентным бактериовыделением*.

## Особенности клиники

---

- **Шигеллез Sh. Sonneae** – острое начало с явлениями гастрита или гастроэнтерита (боли в правой половине живота, диарея);  
Течение – острое, выздоровление - к 5-7 дню.
- **Шигеллез Sh. Flexneri** – колитический синдром и гемоколит.  
Выздоровление - на 7-10 день. Длительное бактериовыделение.
- **Шигеллез Sh. Boydij** – слабо выраженные интоксикационный и колитический синдромы (легкая или стертая форма).
- **Шигеллез Sh. Dysenteria** – клиника первичного нейротоксикоза и выраженного колитического синдрома.

# Клиническая картина

**Хроническая дизентерия. Различают две формы хронической дизентерии — рецидивирующую и непрерывную.**

***Рецидивирующая форма* встречается значительно чаще непрерывной и характеризуется чередованием ремиссий и рецидивов дизентерии. Длительность каждого нового возврата болезни и светлых промежутков может быть различной. Преобладают симптомы поражения дистального отдела толстой кишки. Однако при системном обследовании больного хронической дизентерией можно выявить признаки вовлечения в патологический процесс желудка, тонкого отдела кишечника, поджелудочной железы, гепатобилиарной системы.**

**Клиническая картина рецидива сходна с таковой при легком или средней тяжести течении острой дизентерии. Дисфункция кишечника при этом отличается упорством и продолжительностью.**

**В большей или меньшей степени страдает центральная нервная система. Больные раздражительны, возбудимы, работоспособность их снижена, сон нарушен, часты головные боли. У некоторых из них выражены вегетативные нарушения (чаще встречаются симптомы ваготонии).**



# Клиническая картина

При ректороманоскопии обнаруживаются полиморфные изменения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки. Во время обострения ректороманоскопическая картина напоминает изменения, характерные для острой дизентерии. Однако их интенсивность на различных участках неодинакова. Возможно чередование яркой гиперемии с более бледными участками слизистой оболочки, на которых отчетливо видна расширенная сосудистая сеть. Слизистая оболочка в этих местах истонченная, тусклая, легкоранимая.

В межрецидивном периоде состояние больных удовлетворительное. Работоспособность сохранена, но почти постоянно беспокоят тупые боли и ощущение распирания в животе, тяжесть в эпигастрии, запор. При ректороманоскопии в периоде ремиссии видна бледная, атрофическая слизистая оболочка с выраженной сосудистой сетью.

# Клиническая картина

При *непрерывной* форме хронической дизентерии практически отсутствуют светлые промежутки, самочувствие больных постоянно плохое, состояние их ухудшается. Развиваются глубокие нарушения пищеварения, истощение, появляются признаки гиповитаминоза, анемия, присоединяется выраженный дисбактериоз. В настоящее время эта форма встречается редко, главным образом у лиц пожилого и старческого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией.

Острая дизентерия сравнительно редко переходит в хроническую (при дизентерии Флекснера в 2—5 %, при дизентерии Зонне — в 1 % случаев).

состояние в течение болезни).

**Прогноз.** При дизентерии прогноз зависит от возраста больного, тяжести заболевания, сопутствующей патологии, осложнений и своевременного лечения. В целом его можно оценить как благоприятный при дизентерии Зонне, более серьезным надо считать прогноз при дизентерии Флекснера и особенно при дизентерии Григорьева — Шиги.

# Диагностика

1. Эпидемиологические данные.
2. Клинические данные.
3. Лабораторные методы исследования:
  - общий анализ крови;
  - общий анализ мочи;
  - общий анализ кала;
  - посев кала;
  - реакция непрямой гемагглютинации.

**Диагностика.** В типичных случаях диагностика дизентерии затруднений не вызывает, за исключением атипичного течения болезни. Диагноз устанавливается на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинического течения дизентерии, инструментальных и лабораторных исследований.

# Диагностика

## Лабораторная диагностика

**Клиническая**

- Общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма.

**Идентификация возбудителя**

- Бак. посев кала на шигеллы, салмонеллы, эшерихии – 2-хкратно.
- Бак. посев кала на УПФ.
- Посев промывных вод желудка.
- ПЦР.

**Серологическая**

- РНГА.
- ИФА.



**Ведущим остается бактериологическое исследование. Однако высеваемость возбудителей варьирует от 22 до 80 % и в значительной степени от метода, срока и кратности забора материала, выбора среды и др. Наряду с бактериологическими исследованиями для диагностики дизентерии используется серологический метод — реакция непрямой гемагглютинации с эритроцитарным диагностикумом (РНГА). Положительные ответы РНГА могут быть получены с 5-го дня болезни. На 2-й неделе титры антител нарастают, а с 4—5-й недели наблюдается тенденция к их снижению. Минимальный диагностический титр антител в РНГА 1:200.**

# Диагностика

В качестве экспресс-диагностики эпидемических вспышек дизентерии используются метод флюоресцирующих антител (МФА), РНГА с иммуноглобулиновыми (антительными) диагностикумами, иммуноферментный анализ (ИФА) и др. В последние годы разработаны серологические методы обнаружения антигенов шигелл, дополняющие, но не заменяющие бактериологическую диагностику шигеллезов.

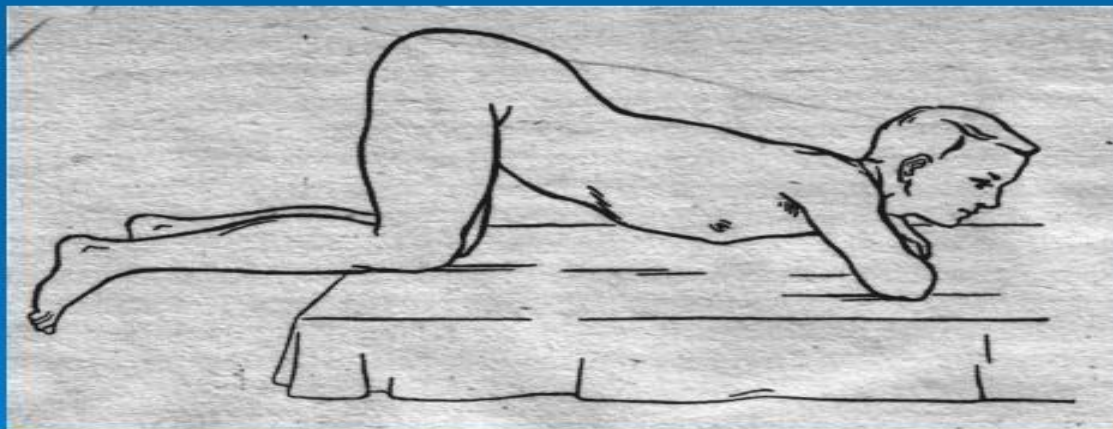
Простым, повсеместно доступным вспомогательным методом диагностики дизентерии является копрологическое исследование. При копроцитоскопии испражнений больного дизентерией с большим постоянством обнаруживаются слизь, скопление лейкоцитов с преобладанием нейтрофилов (более 30—50 в поле зрения), эритроциты и различное количество измененных эпителиальных клеток.

# Диагностика

Ректороманоскопия остается ценным методом, расширяющим диагностические возможности врача и позволяющим следить за ходом выздоровления.

Аллергологическим методом (кожно-аллергическая проба с дизентерином Цуверкалова) в диагностике дизентерии принадлежит сугубо вспомогательная роль.

4. Инструментальный метод исследования:  
● ректороманоскопия.





# Дифференциальный диагноз

## Дифференциальная диагностика

### Ротавирусный гастроэнтерит

#### Общее

1. Явления интоксикации.
2. Боль в животе.
3. Диарея.

#### Отличие

4. Стул обильный, жидкий, водянистый, желтого цвета, без примеси слизи и крови.
5. Громкое урчание в животе.
6. При пальпации болезненность в эпигастральной и околопупочной области, громкое урчание в правой подвздошной области.
7. Зимняя сезонность.
8. Гиперемия зева.

# Дифференциальный диагноз

## Рак прямой кишки

### ➤ Общее

1. Боль в животе.
2. Наличие крови в стуле.

### ➤ Отличие

1. Отсутствие явлений интоксикации.
2. Преобладание кровотечения над диареей.
3. Возможно отравление употребляемой пищей, потеря веса, анемия.
4. Начало постепенное, без признаков остро нарастающей интоксикации.

# Дифференциальный диагноз

**Дифференциальная диагностика.** Дизентерию необходимо дифференцировать от сальмонеллеза, эшерихиоза, пищевых токсикоинфекций, холеры, амебиаза, балантидиоза, лямблиоза, трихомониаза кишечника, некоторых гельминтов, кандидоза. Сходные с дизентерией симптомы могут наблюдаться при отравлении грибами и солями тяжелых металлов, уремии, колите, туберкулезе кишечника, хроническом энтероколите, неспецифическом язвенном колите. Нередко возникает необходимость дифференцировать дизентерию от острых хирургических заболеваний (острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов, непроходимость кишечника) и острой гинекологической патологии (внематочная беременность, аднексит, пельвиоперитонит). Хорошо собранный анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез и тщательное клинико-лабораторное обследование больного позволяют правильно и своевременно распознать дизентерию.

# Дифференциальный диагноз

## Неспецифический язвенный колит

### Общее

1. Боль в животе.
2. Кровь в стуле.

### Отличие

3. Длительность заболевания
4. Бледность кожных покровов, истощение.
5. Болезненность по ходу толстого кишечника.
6. Увеличение печени и селезенки.
7. Отсутствие терапевтического эффекта от антибактериальных препаратов.
8. Анемия.

# Лечение

**Лечение острой дизентерии.** Основными принципами терапии больных дизентерией остаются возможно раннее начало лечения, индивидуальный подход к лечебным мероприятиям у каждого больного, комплексность терапии.

Больных дизентерией можно лечить как на дому, так и в стационаре. Вопрос о госпитализации решается на основании клинико-эпидемиологических данных. Госпитализации подлежат больные со средней тяжести и тяжелым течением дизентерии, лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также больные, представляющие повышенную эпидемиологическую опасность (пищевики и приравненные к ним контингенты).

Принцип комплексности терапии больных дизентерией включает лечебно-охранительный режим, диету, этиотропную, патогенетическую и иммунорегулирующую терапию.

Лечебно-охранительный режим предполагает уменьшение воздействия раздражителей, постельное или полупостельное содержание больных, удлиненный физиологический сон.

# Лечение

## Лечение

- Легкие формы заболевания лечат на дому.
- Средние и тяжелые в стационаре.
- 1. Диета №2, 4.
- 2. Режим определяется степенью тяжести пациента.
- 3. Этиотропная терапия
  - Нитрофурановые (фуразолидон 0,1г 4 раза в сутки).
  - Сульфаниламиды (бисептол 2таб. 2 раза в сутки).
  - 8-оксихинолоны (ципрофлоксацин 0,5г 2 раза в сутки).
  - Антибиотики (цефуроксим 1г 3 раза в сутки).
  - Ферменты (панкреатин, фестал, дигестал).
  - Энтеросорбенты (активированный уголь, смекта).

# Лечение

## Лечение

1. Госпитализируют по клиническим, эпидемиологическим показаниям.
  - ☐ Среднетяжелые формы: фурадонин, фуразолидол 0,1 4 раза в день, котримоксазол (бактрим, бисептол) 2 таб 2 раза в день, фторхинолоны: офлоксацин 0,2 г 2 раза в день. Курс лечения 3-5 дней.
  - ☐ Тяжелое течение: фторхинолоны (офлоксацин 0,2 г 2 раза в день или цефалоспорины 3 поколения: цефтриаксон 1,0- 2,0 в сутки в/в, курс лечения 5-7 дней).
  - ☐ Дезинтоксикационная терапия: оральная регидратация (оралит, регидрон), внутривенно-капельно (трисоль, квартасоль).
  - ☐ Ферменты, энтеросорбенты.

# Лечение

Питание больным дизентерией назначают в зависимости от периода болезни и степени выраженности поражения кишечника. Вначале применяется диета № 4 (или № 4б), которая обеспечивает химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта. После нормализации стула показана диета № 4в с последующим переводом на диету № 2.



# Лечение

Из этиотропных средств при лечении больных легкой формой дизентерии наилучший эффект дают препараты нитрофуранового ряда. Фуразолидон (фуразолин, фурадонин, фурагин) назначают по 0,1—0,15 г 4 раза в сутки после еды в течение 5—7 дней. Другой группой препаратов при лечении легкой формы дизентерии являются производные хинолина. Хлорхинальдол назначают внутрь по 0,2 г 4 раза в день после еды, интетрикс — по 2 капсулы 3 раза в день во время еды. Длительность курса 5—7 дней. Нитрофурановые препараты и производные хинолина не только оказывают угнетающее действие на шигелл, но и способствуют сохранению нормальной кишечной флоры, что чрезвычайно важно для лиц, перенесших дизентерию.

# Лечение

Для лечения больных дизентерией средней тяжести используют препараты группы сульфаметоксазола (бактрим, септрин, бисептол-480, grosептол) по 2 таблетки 2 раза в день (утром и вечером после еды) или производные хинолона: ципрофлоксацин (ципробай, цифран) по 0,25—0,5 г 2 раза в сутки, офлоксацин (таривид) по 0,2—0,4 г 2 раза в день, норфлоксацин (нолицин) по 0,4 г 2 раза в течение дня. Больным с тяжелой сопутствующей патологией, нарушениями питания, пожилым людям наряду с хинолонами назначают антибиотики, предпочтительно из группы аминогликозидов (гентамицина сульфат, сизомицина сульфат, тобрамицин, амикацина сульфат), которые вводят парентерально. Сохраняют свое значение левомицетин, который назначают по 0,5 г 4—6 раз в сутки, и тетрациклины в дозе 0,3 г 4 раза в день.

# Лечение

При средней тяжести и тяжелом течении заболевания, сопровождающемся многократной рвотой, парентерально вводят левомицетина сукцинат в суточной дозе 3—4 г или антибиотики тетрациклинового ряда (морфоциклин, гликоциклин). Хороший терапевтический эффект дает и полусинтетический пенициллин широкого спектра действия — ампициллин в суточной дозе 4—6 г, распределяемой на 4—6 приемов.

При тяжелом течении заболевания наилучший эффект достигается при парентеральном назначении хинолонов (например, офлоксацин по 200 мг 2 раза внутривенно капельно) в сочетании с аминогликозидами (например, гентамицина сульфата по 80 мг 3 раза в день внутримышечно), а также комбинации этих препаратов с цефалоспорины.

# Лечение

## **Лечение**

### Болевой синдром

Аналгетики (морадол).

Спазмолитики (папаверина гидрохлорид, спазмол).

### Гипертермический синдром

Жаропонижающие (парацетамол).

Патогенетическая терапия больных тяжелой, а иногда и средней тяжести дизентерией должна включать дезинтоксикационные средства. Применяют изотонические солевые растворы (раствор Рингера, растворы «Трисоль», «Ацесоль», «Лактасол»), которые вводят внутривенно в объеме 1—2 л. Наряду с кристаллоидами при тяжелом течении заболевания назначают коллоидные растворы (гемодез, реополиглюкин и др.) в суточной дозе 400—800 мл, а иногда и кортикостероиды (короткий курс).

### Инттоксикационный синдром

1. Инфузионная терапия (альбумин, солевые растворы) перорально и внутривенно.
2. По особым показаниям - глюкокортикоиды (преднизолон).
3. Биопрепараты (бифидумбактерин).
4. Витамины (В, С).
5. Биостимуляторы (метилурацил, пентоксил).

С дезинтоксикационной целью используется и метод энтеросорбции. Из энтеросорбентов назначают полифепан, лигносорб, энтеросорб, энтерокат М и др.

# Лечение

Большое значение в лечении больных дизентерией имеет витаминотерапия, которая способствует ускорению процессов регенерации и дезинтоксикации. Кроме того, введение витаминов необходимо для покрытия их дефицита при дизентерии, особенно в условиях антибактериальной терапии и кишечного дисбактериоза. Следует применять сбалансированные витаминные комплексы (декамевит, глутамевит и т.п.).

Применение синтетических препаратов пиримидиновых оснований пентоксила и метилурацила (метацил) обусловлено их влиянием на процессы тканевого обмена. Пентоксил назначают внутрь до 0,2—0,4 г, метилурацил — по 1 г 3—4 раза в сутки.

# Лечение

Для устранения кишечного дисбактериоза применяется колибактерин (сухой, жидкий, в таблетках, в капсулах), бифидобактерин, комбинированный препарат бификол или лактобактерин. Назначают их через 24—48 ч после прекращения терапии антибактериальными средствами. Курс лечения 2—4 нед. Восстановление микробного биоценоза в кишечнике ускоряет ассоциация лиофилизированного колибактерина с протейным бактериофагом. Использование указанных препаратов предупреждает рецидивы болезни, развитие бактериовыделительства, а также переход острой дизентерии в затяжную или хроническую.

# Лечение

Местное лечение в острый период дизентерии должно проводиться очень осторожно. В период реконвалесценции применяют средства, усиливающие регенерацию слизистой оболочки толстой кишки. К ним относятся растительные масла, рыбий жир, винилин (бальзам Шостаковского) по 30—50 мл на клизму. Предложен метод орошения прямой и сигмовидной кишки полиглюкином, повышающим резистентность эпителиоцитов. Орошение проводят в течение 5 дней ежедневно или через день (в дозе 50 мл препарата на процедуру).



# Лечение

В целях коррекции и компенсации нарушенных функций желудочно-кишечного тракта используют полиферментные препараты (абомин, панкреатин, ораза, панзинорм форте, полизим, фестал, мезим форте и др.). 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.

# Лечение

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.).

# Лечение

**Лечение хронической дизентерии.** Проводится на основе общих принципов терапии больных острой дизентерией: обеспечение максимального щажения желудочно-кишечного тракта, купирование острых явлений, меры по нормализации функций кишечника, иммунорегулирующие мероприятия.

# Лечение

Течение и исход инфекционного процесса в этом случае во многом определяются воздействием факторов специфической и неспецифической защиты. Из специфических средств, повышающих резистентность организма и обладающих выраженным лечебным эффектом, в прошлом широко использовалась спиртовая лечебная вакцина Чернохвостовой, а в дальнейшем — энтеральная живая вакцина (иммуноген).

Пирогенал, продигиозан и другие липополисахариды бактериального происхождения оказывают неспецифическое стимулирующее действие — способствуют регенераторным процессам, стимулируют фагоцитоз, активизируют систему гипофиз — кора надпочечников.

# Профилактика

## Профилактика

1. Контроль за водоснабжением.
2. Соблюдение правил приготовления, хранения, реализации пищевых продуктов.
3. Гигиеническое воспитание населения.
4. Бактериологическое обследование лиц, поступающих на работу в пищевые предприятия, детские, медицинские.
5. В органы эпидемического надзора посылается извещение.
6. Больных изолируют.
7. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.
8. За контактными наблюдают 7 дней.
9. Специфическая профилактика отсутствует.

# Профилактика

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

Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают в себя раннее выявление, обязательную регистрацию всех больных с острыми кишечными инфекциями и их лечение. Особое значение имеет своевременное распознавание стертых, субклинических форм дизентерии. Поиски источника инфекции осуществляются в очагах дизентерии, при плановом и внеплановом обследовании декретированных профессиональных групп, а также детских коллективов. В очаге дизентерии проводится текущая дезинфекция, а после госпитализации больного осуществляется заключительная дезинфекция. Реконвалесцентов выписывают после полного клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования. После выписки из больницы реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению в кабинете инфекционных заболеваний в поликлинике.

# Профилактика

**В профилактике дизентерии большое значение имеют санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителей: санитарный контроль за источниками водоснабжения, пищевыми предприятиями, проведение санитарно-просветительной работы среди населения.**

**В отношении третьего звена эпидемического процесса, т.е. восприимчивых контингентов, меры направлены на повышение их неспецифической резистентности. Вакцинация населения не проводится в связи с отсутствием эффективных прививочных препаратов.**