**Дизентерия (дизентерия бактериальная, шигеллез)**

**Дизентерия (дизентерия бактериальная, шигеллез)** - инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи, вызывается бактериями рода шигелл. Протекаете преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки.

**Этиология, патогенез**

Возбудителями являются 4 вида шигелл:

1. шигелла дизентерии;
2. шигелла Флекснера (с подвидом Ньюкастл);
3. шигелла Бойда;
4. шигелла Зонне.

Наиболее распространенными являются шигеллы Зон-не и Флекснера. Возбудители могут длительно сохраняться во внешней среде (до 1,5 мес). На некоторых пищевых продуктах они не только сохраняются, но могут и размножаться (молочные продукты и др.). Отмечается возрастание резистентности шигелл к различным антибиотикам, а к сульфаниламидам резистентно большинство штаммов. Получены авирулентные штаммы шигелл, которые используются для разработки живых ослабленных вакцин для энтеральной иммунизации. Инфицирующая доза при дизентерии мала. Доказана возможность паразитирования шигелл в эпителии кишечника. Заболевание возникает при проникновении в кровь токсинов шигелл. Дизентерийные токсины действуют на стенку сосудов, ЦНС, периферические нервные ганглии, симпатико-адреналовую систему, печень, органы кровообращения. При тяжелых формах дизентерии больные обычно умирают от инфекционно-токсического шока.

Чаще всего болеют дети в возрасте до 2-3 лет, поскольку у них еще отсутствуют гигиенические навыки. Значительно реже наблюдается водный путь передачи инфекции. Инкубационный период от 1 до 7 дней, чаще 2-3 дня.

**Симптомы, течение**

Начало обычно острое, особенно при тяжелых формах. Частый жидкий стул (до 10-15 раз в сутки) с небольшим количеством каловых масс и примесью слизи и крови, чаще в виде прожилок. Характерны схваткообразные боли в животе разной интенсивности, обычно в левой нижней трети, частые ложные позывы на низ, причем после опорожнения кишечника отсутствует ощущение облегчения. Симптомы общей интоксикации (разбитость, общая слабость, головная боль, понижение аппетита) отсутствуют либо выражены слабо. Температура тела повышается умеренно и не на длительный срок (от 2 до 3-5 дней), но может оставаться и нормальной, особенно при легком течении. У детей в возрасте до 2 лет течение дизентерии имеет свои особенности: стул жидкий, но сохраняет каловый характер; при наличии слизи примесь крови наблюдается значительно реже (слизь и кровь в стуле могут отсутствовать).

В последнее время отмечается рост числа стертых и легких форм дизентерии, протекающих при удовлетворительном самочувствии и нормальной температуре, отсутствии крови, слизи или с их небольшой примесью к испражнениям, нечастым (3-4 раза в сутки) стулом без болезненных позывов на низ. Это заставляет любой острый колит (воспаление толстой кишки) считать подозрительным на дизентерию. Одновременно наблюдается рост числа случаев заболеваний с длительным бактериовыделением, затяжным течением или переходом в хроническую форму, поскольку при легком течении больной своевременно к врачу не обращается, нередко занимается самолечением, затягивая этим болезнь, делая ее трудноизлечимой и становясь источником дальнейшего распространения инфекции.

Инкубационный период от 1 до 7 дней (чаще 2-3 дня). По клиническим проявлениям дизентерию можно разделить на следующие формы.

* I. Острая дизентерия:
	+ типичная (разной тяжести);
	+ атипичная (гастроэнтероколитическая);
	+ субклиническая.
* II. Хроническая дизентерия:
	+ рецидивирующая;
	+ непрерывная (затяжная).
* III. Постдизентерийные дисфункции кишечника (постдизентерийный колит).

Типичные формы дизентерии начинаются остро и проявляются симптомами общей интоксикации (лихорадка, ухудшение аппетита, головная боль, адинамия, понижение АД) и признаками поражения желудочно-кишечного тракта. Боль в животе вначале тупая, разлитая по всему животу, постоянная, затем становится более острой, схваткообразной, локализуется в нижних отделах живота, чаще слева или над лобком. Боль усиливается перед дефекацией. Появляются также тенозмы - тянущие боли в области прямой кишки, отдающие в крестец. Они возникают во время дефекации и продолжаются в течение 5-15 мин после нее. Тенеэмы обусловлены воспалительными изменениями слизистой оболочки ампулярной части прямой кишки. С поражением дистального отдела толстого кишечника связаны ложные позывы и затянувшийся акт дефекации, ощущение его незавершенности. При пальпации живота отмечаются спазм и болезненность толстого кишечника, более выраженные в области сигмовидной кишки. Стул учащен (до 10 раз в сутки и более). Испражнения вначале каловые, затем в них появляется примесь слизи и крови, а в более тяжелых случаях при дефекации выделяется лишь небольшое количество кровянистой слизи.

При легких формах (до 80% всех заболеваний) самочувствие больных удовлетворительное, температура тела субфебрильная или нормальная, боль в животе незначительная, тенезмы и ложные позывы могут отсутствовать. Стул 3- 5 раз в сутки, не всегда удается обнаружить примесь слизи и крови в испражнениях. Субклинические формы дизентерии обычно выявляются при бактериологическом исследовании, клинические симптомы выражены слабо. Подобные больные нередко считают себя здоровыми и никаких жалоб по предъявляют. При атипичных формах на фоне приведенной выше симптоматики отмечаются явления острого гастрита (боль в эпигастрии, тошнота, рвота), что создает трудности для диагностики.

Тяжелая форма дизентерии встречается у 3-5% заболевших. Она протекает с высокой лихорадкой или, наоборот, с гипотермией. Отмечаются резкая слабость, адинамия, аппетит полностью отсутствует. Больные заторможены, апатичны, кожа бледная, пульс частый, слабого наполнения. Может развиться картина инфекционного коллапса (прогрессирующее падение АД, цианоз, чувство холода, головокружение, пульс едва прощупывается). Стул до 50 раз в сутки, слизисто-кровянистый. При тяжелом течении может иногда наступать парез сфинктеров, зияние заднего прохода, из которого выделяется кровянистая слизь.

Для диагностики, помимо клинической симптоматики, большое значение имеет ректороманоскопия. В зависимости от тяжести выявляются разной степени выраженности изменения слизистой оболочки толстого кишечника (катаральные, катарально-геморрагические, эрозивные, язвенные, фибринозные). Наиболее характерны для дизентерии геморрагические и эрозивные изменения на фона воспаления слизистой оболочки.

Доказательством дизентерийной природы заболевания является выделание шигелл из испражнений, однако это удается лишь у 50% больных (во время вспышек чаще). Для диагноза хронической дизентерии важно указание на перенесенную острую дизентерию в течение последних 6 мес.

Хроническая дизентерия вначале протекает в виде отдельных обострении (рецидивов), в дальнейшем переходит в непрерывную (затяжную) форму, когда периоды ремиссии отсутствуют. Постдизентерийные дисфункции кишечника формируются спустя 2 года после перенесенной дизентерии. В этот период шигелл от больного выделить уже не удается.

Дизентерию нужно дифференцировать от острого колита другой этиологии (сальмонеллезные и др.), а также амебиаза, балантидиаза, неспецифического язвенного колита, рака толстой кишки.

**Лечение**

Больных дизентерией можно лечить как в инфекционном стационаре, так и а домашних условиях. Госпитализируют больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами, детей в возрасте до 3 лет, ослабленных больных, а также при невозможности организовать лечение на дому; по эпидемиологическим показаниям госпитализируются дети, посещающие дошкольные учреждения, работники питания, лица, проживающие в общежитиях. В качестве этиотропных препаратов назначают антибиотики, сульфаниламиды, производные нитрофурана 8-оксихинолина. Из антибиотиков чаще используют тетрациклины (по 0,2- 0,4 г 4 раза в сутки) или левомицетин (по 0,5 г 4 раза в сутки). Более эффективен ампициллин (по 1 г4-6 раз в супм). Курс лечения 5-7 дней. Нитрофураны (фуразолидон, фурадонин, фураэолин) назначают по 0,1 г 4 раза в день в течение 5-7 суток. Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, мексаза) дают по 2 таблетки 4 раза в сутки в течение 5-7 дней. Сульфаниламиды (сульфазол, супьфатиаэол, сульфадимезин) можно назначать по 1 г 3-4 раза в день в течение 5-6 сут. Назначают комплекс витаминов. Для предупреждения рецидивов дизентерии необходимы тщательное выявление и лечение сопутствующих заболеваний.

**Прогноз**

Благоприятный. Переход в хронические формы наблюдается при совершенной терапии относительно редко (1-2%).

**Профилактика**

Общие принципы применимы и для других кишечных инфекций. Больному выделяют отдельные принадлежности туалета и посуду для еды, питья (хранят отдельно от остальной посуды). Необходимо принять меры по отдельному хранению и стирке грязного белья (предварительно кипятить в 2%-ном растворе соды), ограничить число предметов, которыми пользуется больной, резко сократить общение его со здоровыми людьми. Велико значение общесанитарных и гигиенических мероприятий (обеспечение нормального функционирования канализационных сооружений, строгий санитарный контроль за источниками водоснабжения, объектами общественного питания, местами торговли пищевыми продуктами, детскими учреждениями); соблюдение в очаге правил личной гигиены (тщательное мытье рук перед едой, после возвращения из туалета с последующим обеззараживанием рук 0,25%-ным раствором хлорамина, с улицы, короткая стрижка ногтей; обязательное промывание чистой проточной водой сырых овощей, фруктов, ягод с последующим ошпариванием их кипятком, так как микробы, попадая на их поверхность, могут сохранять свою активность до 3-5 дней). Воду из колодца, молоко следует кипятить; молочные продукты хранить в закрытой посуде в холодильнике. Правила личной гигиены должны особенно тщательно соблюдать лица, непосредственно ухаживающие за больным, если он остается дома (надевание поверх одежды легкого халата, который остается в комнате больного; смоченный дезраствором коврик на пороге, тщательное мытье и дезинфекция рук после каждого общения с больным). Гигиенические навыки необходимо прививать уже с раннего детства в семье, детских учреждениях, школе. Не следует забывать о борьбе с мухами, способствующими распространению кишечных инфекций. Немаловажную роль играет выявление бактерионосителей среди лиц в окружении больного с отстранением их от работы на предприятиях общественного питания, сооружениях водоснабжения, в детских учреждениях.

Реконвалесценты после дизентерии выписываются не ранее чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации стула, температуры тепа и однократного отрицательного бактериологического исследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания этиотропного лечения. Диспансерному наблюдению подлежат работники питания и лица, к ним приравненные, а также больные хронической дизентерией. Срок диспансерного наблюдения 3-6 мес. При оставлении больного дома в квартире проводят текущую дезинфекцию. За лицами, находившимися в контакте с больными, устанавливают медицинское наблюдение в течение 7 дней.

Литература: Медицинский справочник, 2008г, журнал «Медицинская панорама», 2007г