

Конспект с пояснениями

Клинические Рекомендации

ШИГЕЛЛЕЗ (взрослые и дети)

(в КР включены материалы в т.ч.
по амебной дизентерии как
похожей по клинике
инф.болезни)

ID: 869_1

24.12.2024

КОНСПЕКТ

Коды по МКБ-10: A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.8, A05.9, A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09, B34.1

ОГЛАВЛЕНИЕ

Клинические Рекомендации ШИГЕЛЛЕЗ (взрослые и дети)

(в КР включены материалы в т.ч. по амебной дизентерии как похожей по клинике инф.болезни)

ID: 869_1 24.12.2024 КОНСПЕКТ

Список сокращений

1. Краткая информация по заболеванию

1.1 Определение заболевания

1.2 Этиология и патогенез

1.3 Эпидемиология шигеллеза

Распространённость

Статистика заболеваемости

Крупные вспышки

Сезонность

Группы риска

Пути передачи

Особенности передачи

Иммунитет

1.4.-1.5. Классификация шигеллеза

Типы

По тяжести

По течению

Клинические варианты острого шигеллеза

1.6 Клиническая картина заболевания

Колитический (классический) вариант шигеллеза

Тяжесть течения колитического варианта

Реконвалесценция
Гастроэнтероколитический и
гастроэнтеритический варианты
Стертое течение
Субклиническое течение
Затяжное течение
Хронический шигеллез
Бактерионосительство
Особенности клинического течения по видам
шигелл
Прогноз
Осложнения шигеллеза
Острый кишечный амебиаз
Оценка тяжести токсикоза при шигеллезе
(приложение)

2. Диагностика шигеллеза

1. Анамнестические данные
 2. Жалобы и физикальное обследование
 3. Лабораторные исследования
 4. Инструментальные исследования
 5. Иные диагностические исследования
- ## 3. Лечение острой дизентерии (шигеллеза)
- 3.1 Консервативное лечение
Тактика ведения больных хроническим
шигеллезом
 - 3.2 Диетотерапия
 - 3.3 Иное лечение

3.4 Хирургическое лечение

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Профилактика и диспансерное наблюдение

Организация оказания медицинской помощи при шигеллезе

Критерии оценки качества медицинской помощи:

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с другими острыми диарейными инфекциями

1. Сальмонеллез (*гастроинтестинальная форма*)
2. Кампилобактериоз
3. Ротавирусный гастроэнтерит
4. Иерсиниоз (*гастроинтестинальная форма*)
5. Холера
6. Лямблиоз
7. Амебиаз
8. Балантидиаз
9. Кишечный шистосомоз

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с хирургическими и некоторыми другими заболеваниями ЖКТ

1. Острый аппендицит (*может сопутствовать острому шигеллезу*)
2. Острая непроходимость кишечника
3. Дивертикулит
4. Тромбоз мезентеральных сосудов

5. Неспецифический язвенный колит

6. Рак прямой и сигмовидной кишки

7. Отравление солями тяжелых металлов (*ртуть, свинец и их соли*)

Приложение В. Информация для пациента

Шкалы оценки состояния пациента

Приложение Г1. Шоковый индекс Альговера

Приложение Г2. Шкала дегидратации CDS (Clinical Dehydration Scale)

Список сокращений

Sd1 – *Shigella dysenteriae* 1

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИТШ – Инфекционно-токсический шок

ИФА – Иммуноферментный анализ

КИЗ – Кабинет инфекционных заболеваний

МЗ РФ – Министерство здравоохранения
Российской Федерации

МКБ-10 – Международная классификация
болезней, травм, и состояний, влияющих на
здоровье 10-го пересмотра

ОКОНХ – Общероссийский классификатор отраслей
народного хозяйства

ОМС – Обязательное медицинское страхование
граждан

ПМУ – Простая медицинская услуга

ПТИ – Пищевая токсикоинфекция

ПЦР – Полимеразная цепная реакция

РАГА – Реакция агрегат-гемагглютинации

РИФ – Реакция иммунофлуоресценции

РКоА – Реакция коагглютинации

РЛА – Реакция латекс-агглютинации

УЗИ – Ультразвуковое исследование

ФЗ – Федеральный закон

** - входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

1. Краткая информация по заболеванию

1.1 Определение заболевания

Шигеллез (*бактериальная дизентерия, shigellosis, dysentery*) — **острое антропонозное** инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода **Shigella** с **фекально-оральным** механизмом передачи, характеризующееся **симптомами общей интоксикации** и преимущественным поражением **дистального отдела толстой кишки**.

- Термин «дизентерия» (*Гиппократ обозначал клинический синдромокомплекс с поносом и болями в животе*).

- В **1898 г.** японский исследователь **Kiyoshi Shiga** выделил из испражнений больных бациллу, признанную возбудителем бактериальной дизентерии.
- В настоящее время под **дизентерией** понимаются **только заболевания, вызванные шигеллами**. Относится к **социально значимым** диарейным болезням.

Амебная дизентерия (A06.0) — острый **протозойный антропоноз**, характеризующийся **язвенным поражением толстой кишки** и **общей интоксикационной симптоматикой**; входит в **дифференциально-диагностический ряд** при подозрении на шигеллез.

1.2 Этиология и патогенез

Этиология

Наибольшее эпидемическое значение имеют **S. flexneri** и **S. sonnei**:

- **S. flexneri** — основная причина **эпидемического шигеллеза** в развивающихся странах;
- **S. sonnei** — преобладает в **России** и промышленно развитых странах Северного полушария; заслужил определение «**болезни цивилизации**» (из-за способности вызывать вспышки на предприятиях общественного питания, в школах, дошкольных учреждениях).

Возбудители — неподвижные **грамотрицательные** бактерии рода **Shigella** семейства

Enterobacteriaceae, факультативные аэробы;

хорошо растут на обычных питательных средах, образуя **S-** и **R-колонии**.

Идентификация шигелл осуществляется по **биохимическим и антигенным (O-антигены)** свойствам; выделяют **4 серогруппы**:

Серогруппа	Вид	Серотипы	Особенности
A	<i>S. dysenteriae</i>	1–15	серотип 1 (<i>шигеллы Григорьева-Шиги</i>) — продуцирует Шиги-токсин ; серотип 2 (<i>Штуцера-Шмитца</i>); серотипы 3–7 (<i>Ларджа-Сакса</i>)
B	<i>S. flexneri</i>	1–6 (8 серотипов, 9 подсеротипов)	серотип 1–6 — S. newcastle
C	<i>S. boydii</i>	1–19	Группы A–C физиологически подобны
D	<i>S. sonnei</i>	(серологически однородны)	Выделяется на основании биохимических анализов метаболизма

Общим и важнейшим свойством всех шигелл является **инвазивность** — способность к **внутриклеточному проникновению**, размножению и паразитированию в клетках слизистой оболочки **толстой кишки** (*преимущественно дистальный отдел*) и **резидентных макрофагах**.

Дополнительные факторы патогенности:

- **колециногения** — синтез **колицинов** (веществ, вызывающих гибель родственных видов бактерий);
- продукция **гиалуронидазы, фибринолизина, лецитиназы**.

Шиги-токсин (*S. dysenteriae* 1) — один из мощнейших **экзотоксинов**:

- необратимо **ингибирует синтез белков** рибосомами клеток кишечного эпителия;
- обладает свойствами **энтеротоксина и нейротоксина**;
- способен разрушать **эндотелий капилляров**, вызывать **ишемию** в тканях кишечника;
- следствие системной абсорбции — **гемолитико-уремический синдром и тромботическая микроангиопатия**.

Инфицирующие дозы:

- ***S. dysenteriae* 1** — от нескольких до **200** микробных клеток (*крайне низкая доза*);
- для других видов — на **1–2 порядка выше**.

S. sonnei — низкая вирулентность компенсируется:

- высокой **биохимической активностью** и скоростью **размножения** в продуктах (*салаты, винегреты, варёное мясо, фарш, рыба, молоко, молочные продукты, компоты, кисели*);
- накопление инфицирующей дозы в молоке при комнатной температуре — **от 8 до 24 ч**; в жаркое время — **1–3 часа (для детей)**;
- в процессе размножения накапливается **термостабильный эндотоксин**;

- высокая **антагонистическая активность** к сапрофитной и молочнокислой флоре;
- **устойчивость к антибактериальным препаратам.**

Устойчивость во внешней среде:

- в **воде** — до **2–3 недель** (*S. flexneri*, *S. sonnei*);
- в **высушенном и замороженном состоянии** — до **нескольких месяцев**;
- при температуре **выше 60 °C** — гибель в течение **10 мин**; при **кипячении** — **мгновенно**;
- высокая чувствительность к **дезсредствам, ультрафиолету** и прямым солнечным лучам;
- выделяют **терморезистентные штаммы** (*выживают при 59 °C*).

Амебиаз вызывается *Entamoeba histolytica*; распространён в странах **Юго-Восточной Азии, Африки, Южной и Центральной Америки**. В РФ эндемичны юг Приморского края и Республика Дагестан. Возможны завозы из Грузии, Армении, Таджикистана, Киргизии. Источник — человек (*выделяет цисты*), механизм передачи — **фекально-оральный**, факторы — почва, сточные воды, вода открытых водоемов, предметы быта, пищевые продукты, руки, загрязнённые цистами.

Патогенез шигеллеза

Заболевание может развиваться при **невысокой инфицирующей дозе** (*в отличие от сальмонелл и кишечных палочек*). Благодаря относительной **резистентности к желудочному соку и желчным**

кислотам, шигеллы проходят через **желудочный барьер** и проксимальные отделы тонкой кишки, не теряя вирулентности.

В патогенезе выделяют **тонко-** и **толстокишечные фазы**:

Тонкокишечная фаза — обычно **непродолжительна (2–3 дня)**:

- первичная транслокация шигелл через эпителиальный барьер осуществляется **М-клетками** (*транспортируют бактерии и антигены в лимфатические образования — фолликулы, пейеровы бляшки*);
- высвобождаемые **токсические субстанции** (*экзо- и эндотоксины, энтеротоксины*) инициируют **синдром интоксикации**, который **всегда предшествует** диарейному синдрому;
- у больных с **колитическим вариантом** тонкокишечная фаза **клинически не манифестируется**.

Толстокишечная фаза — ключевая:

- **инвазивность** — шигеллы проникают в цитоплазму эпителиальных клеток посредством **макроцитопиноза**, быстро **лизируют фагосомальную мембрану**, что приводит к гибели клеток;
- распространение через **базолатеральные мембраны**;
- повреждение и разрушение эпителия сопровождаются **воспалительной инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами**, формированием язв и эрозий;

- клинически — **диарея экссудативного типа**;
- **шигеллы не способны к глубокому распространению** — системной диссеминации, как правило, не происходит (*исключение — S. dysenteriae 1 при тяжёлом и крайне тяжёлом течении*).

Местное действие токсинов:

- рефлекторно изменяет **крово- и лимфообращение** в кишке;
- действует на **мейснеровские и ауэрбаховские сплетения** → **спазм кишки, болевой синдром, учащённый стул**.

Общее действие токсинов:

- **интоксикационный синдром** — крайняя степень — **инфекционно-токсический шок**;
- поражение **ЦНС** — очаги возбуждения в центрах вегетативной иннервации;
- угнетение **симпато-адреналовой системы**, развитие **ваготонии** (*гипотония вплоть до коллапса, учащение дефекации*);
- блокирование **клеточного дыхания, окислительного фосфорилирования**, нарушение **углеводного, белкового, жирового обмена**.

Моторика кишечника — важный защитный механизм, ограничивающий прикрепление и инвазию шигелл (*подтверждается затягиванием и утяжелением инфекции у лиц, получающих препараты, подавляющие моторику*).

Дисбиотические изменения в микрофлоре толстой кишки влияют на скорость **репарации слизистой** в стадии реконвалесценции и восстановление функциональной активности кишечника.

Патогенез амёбной дизентерии

- заражение — попадание **зрелых четырёхядерных цист** в пищеварительную систему;
- **эксцистирование** в тонкой кишке → образование **просветных форм** амёб, локализующихся в **проксимальном отделе толстой кишки** (*слепая кишка*);
- патогенные формы продуцируют **трипсин**, разрушающий эпителиальные клетки;
- **тканевая форма** продуцирует **гиалуронидазу, коллагеназу, фосфолипазу А** → расплавление соединительной ткани слизистого, подслизистого и мышечного слоёв;
- размножение в стенке кишки → **микроабсцессы**, вскрывающиеся в просвет с образованием **язв** слизистой оболочки (*преимущественно слепой и восходящего отдела поперечно-ободочной кишки*).

1.3 Эпидемиология шигеллеза

Распространённость

Шигеллёз регистрируется **повсеместно**, но наиболее распространён в **развивающихся странах** (99% случаев). Основные факторы риска:

- неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия;
- низкое качество питьевой воды;
- употребление контаминированных продуктов;
- антисанитарные жилищные условия;
- низкий уровень санитарной культуры.

Статистика заболеваемости

Ежегодно в мире регистрируется около **200 млн случаев** заболеваний, из которых **1,1 млн** приводят к смерти. Реальные цифры могут быть выше:

- на каждый выявленный случай приходится **4 неустановленных**;
- при шигеллезе, вызванном *S. flexneri*, соотношение 1:10–15;
- при дизентерии Зонне — 1:30–50.

Крупные вспышки

В последние десятилетия крупные вспышки были зарегистрированы:

- в Африке (1993–1995);
- в Центральной Америке (1969–1973);
- в Индии и Бангладеш (2000);
- в Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинее, Анголе (1999–2003).

Сезонность

Заболеваемость регистрируется в течение всего года. В странах с умеренным климатом пик приходится на **летне-осенний период**. Факторы:

- увеличение потребления овощей и фруктов;
- купание в загрязнённых водоёмах;

- усиление миграции населения.

Группы риска

Восприимчивость всеобщая, но наиболее уязвимы:

- дети до 5 лет (70% случаев);
- социально неблагополучное население;
- горожане (в 2–3 раза чаще).

Пути передачи

Механизм передачи — фекально-оральный:

- пищевой путь (*S. sonnei*);
- водный путь (*S. flexneri*, *S. boydii*);
- контактно-бытовой путь (*S. dysenteriae*).

Особенности передачи

Для разных видов шигелл характерны:

- контактно-бытовой путь — для *S. dysenteriae*;
- пищевой путь — для *S. sonnei*;
- водный путь — для *S. flexneri* и *S. boydii*.

Иммунитет

После перенесённого заболевания формируется непродолжительный (до 1 года) видо- и типоспецифический иммунитет. Защитная эффективность первичной инфекции — **64%**. Возможно реинфицирование.

1.4.-1.5. Классификация шигеллеза

МКБ-10

A03 Шигеллез

A03.0 Шигеллез, вызванный *Shigella dysenteriae*

A03.1 Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

A03.2 Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

A03.3 Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

A03.8 Другой шигеллез

A03.9 Шигеллез неуточненный

A06.0 Острая амебная дизентерия – для диф.диагноза

Типы

1. Типичные.
2. Атипичные:
 - стёртые;
 - бессимптомные;
 - транзиторное бактерионосительство.

По тяжести

1. Лёгкая форма.
2. Среднетяжёлая форма.
3. Тяжёлая форма:
 - с преобладанием токсикоза;
 - с преобладанием местных нарушений.

По течению

По длительности

1. Острое (до 1 месяца).
2. Затяжное (до 3 месяцев).
3. Хроническое (более 3 месяцев):
 - непрерывное;
 - рецидивирующее;
 - длительное бактериовыделение.

По характеру

1. Гладкое.
2. Негладкое:
 - с осложнениями;
 - с обострениями и рецидивами;
 - с наслоением вторичной инфекции;
 - с обострением хронических заболеваний.

Клинические варианты острого шигеллеза

- Колитический.
- Гастроэнтеритический.
- Гастроэнтероколитический.

1.6 Клиническая картина заболевания

Колитический (классический) вариант шигеллеза

Инкубационный период — от 1 до 7 дней (чаще 2–5 дней).

Продромальный период не характерен или проявляется лёгким **ознобом**, чувством дискомфорта в животе, головной болью.

Разгар болезни

- **Острое начало**, озноб, чувство жара.
- **Схваткообразные боли** внизу живота или слева, в подвздошной области (*иногда разлитого характера*).
- Одновременно с болью — **позывы на дефекацию**, после дефекации —

кратковременное снижение интенсивности болей.

Характер стула

- Сначала испражнения **калового характера**, затем объём уменьшается до «**ректального плевка**».
- Появляется **слизь**, затем **кровь** (в виде точек или прожилок).
- **Тенезмы** (тянущая судорожная боль в ректальной области), **ложные позывы** (бесплодные).
- Учащение стула: при **лёгком** течении — **3–5 до 10 раз**; при **тяжёлом** — **20–30 раз и более** в сутки.
- Дефекация, как правило, **не приносит облегчения**.
- Суточный объём каловых масс редко превышает **0,5–1 л**.
- В дальнейшем стул состоит из **густой прозрачной слизи** с примесью **крови**, затем **гноя**; может приобрести вид «**мясных помоев**» с «**саговыми**» комочками слизи.
- **Гемоколит** наблюдается у **70–75%** больных.

Нарушение функций ЖКТ

- Угнетается **слюноотделение** → **сухость во рту**.
- **Пониженная кислотность** желудочного сока вплоть до **ахлоргидрии**.
- Падает **протеолитическая активность**, извращается **моторика желудка**.

- Нарушаются функции **тонкого отдела кишечника** — моторика, секреция, мембранный гидролиз и резорбция.

Пальпация

- Определяется **спазмированная**, тонически напряжённая **толстая кишка** (*в лёгких случаях — только дистальный отдел*).
- **Сигмовидная кишка** пальпируется в виде **плотного, малоподвижного, резко болезненного шнура**.
- Пальпация может **усиливать спазм** и **провоцировать позывы** к дефекации.

Интоксикация

- **Лихорадка** — температура от **37 °С** до **38–40 °С**, держится от **нескольких часов** до **2–5 дней**, снижается по типу **ускоренного лизиса**.
- **Головная боль, слабость, апатия, анорексия**.
- **Систолический шум, приглушённость тонов сердца, снижение АД, экстрасистолия**.
- В самых тяжёлых случаях — **инфекционно-токсический шок (ИТШ)**.

Нейротоксикоз

Опережает кишечную дисфункцию; характерны:

- **энцефалитический синдром**;
- **менингеальный синдром**;
- **менингоэнцефалитический синдром**;
- **гипертермический синдром** (*злокачественная гипертермия*).

Длительность

Неосложнённый шигеллёз — не более 5–10 дней.

Тяжесть течения колитического варианта

Лёгкое течение

- В гемограмме изменения незначительны.
- При ректороманоскопии — катаральный или катарально-геморрагический проктосигмоидит и сфинктерит.

Среднетяжёлое течение

- В гемограмме — ускорение СОЭ, умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, моноцитоз.
- При ректороманоскопии — катарально-эрозивный проктосигмоидит.

Тяжёлое течение

- В крови — лейкоцитоз или лейкопения со сдвигом влево и токсической зернистостью лейкоцитов.
 - Возможны протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.
 - При дизентерии Флекснера — фибринозно-некротическое, фибринозно-язвенное и флегмонозно-некротическое поражение слизистой толстой кишки.
-

Реконвалесценция

- Полное восстановление функций и освобождение от возбудителя.

- Анатомическое «выздоровление» **отстаёт** от клинического на **2–3 недели**.
 - Поздняя госпитализация, неадекватная терапия, неблагоприятный преморбидный фон могут привести к **хронизации** или **постдизентерийным состояниям** (нарушения секреции, резорбции, моторики ЖКТ, астения).
-

Гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический варианты

- Черты **ПТИ** (пищевой токсикоинфекции) с **коротким инкубационным периодом** и **бурным началом**.
 - В начале — **гастроэнтерит**, признаки **дегидратации** и **интоксикации**.
 - В дальнейшем доминируют симптомы **энтероколита**.
 - Клинические проявления **колита менее выражены**.
-

Стертое течение

- Регистрируется примерно в **10%** случаев.
- **Лёгкое течение** без типичного симптомокомплекса.
- Колит **кратковременный** и слабо выражен.
- Испражнения **полужидкие, без слизи и крови, не более 3–4 раз в день**.
- Боли в животе **незначительные**, сохраняются **1–2 дня**.
- Температура **нормальная** или **субфебрильная**.

- Диагноз чаще ставится по результатам **бактериологического исследования** кала.
-

Субклиническое течение

- Встречается **редко**; клинические симптомы **отсутствуют**.
 - Диагностируют при обследовании **по эпидпоказаниям**.
 - В испражнениях — **шигеллы**, при копрологии — **повышенное количество лейкоцитов и слизи**.
 - При серологии — **динамика титра специфических антител**.
 - При ректороманоскопии изменения **практически не выявляются**, но в **биоптатах** слизистой обнаруживают **характерные морфологические изменения**.
-

Затяжное течение

- Встречается у **0,2–0,5%** больных; наблюдается при любом варианте.
- Сохранение симптомов и **выделение шигелл** в кале: при **лёгкой** форме — **более 2 недель**; при **среднетяжелой** — **более 3 недель**; при **тяжёлой** — **более 4 недель, но менее 3 месяцев**.
- Возможны **периодические ремиссии**.
- Иногда — **длительное (1,5–3 мес) бактериовыделение** с затяжным поражением толстой кишки.
- При **S. flexneri 2a** — общее **истощение**, снижение иммунореактивности, **тяжёлое**

фибринозно-гнойное поражение толстой и дистального отдела тонкой кишки.

- Присоединение **вторичной инфекции** (в т. ч. *анаэробной*) — **гектическая лихорадка** и **глубокие язвы**.
- Прогностический признак — **отсутствие или слабая иммуноморфологическая реакция** в слизистой оболочке при гистологическом исследовании биоптата в разгар болезни.

Хронический шигеллез

Протекает **более 3 месяцев** в виде **непрерывного** или **рецидивирующего** течения. Развивается **редко**: после острого шигеллеза **Флекснера** — в **2–5%** случаев, **Зонне** — в **1%**. Обычно длится не более **1,5–2 лет**.

Непрерывная форма

- Практически **отсутствует ремиссия**, процесс **прогрессирует**.
- Интоксикация **слабо выражена**, больше страдает **нервно-психическая сфера** (*раздражительность, плохой сон, потливость, лабильность вегетативных реакций*).
- Стул до **5–6 раз** в сутки, неустойчивый, с примесью **слизи, гноя, реже крови**.
- Часто — **дисбактериоз, анемия, гиповитаминоз**.
- Вовлечение других органов ЖКТ (*желудок, тонкая кишка, поджелудочная железа*).

Рецидивирующая форма

- Обострения чередуются с **ремиссиями** (от нескольких недель до 2–3 месяцев).
- В период рецидива интоксикация и дисфункция кишечника **выражены слабее**, чем в остром периоде.
- Стул **3–5 раз** в сутки, **кровь** в испражнениях, как правило, **отсутствует**.
- В межрецидивный период — **неустойчивый стул** (после обильной пищи, молока, овощей, физических нагрузок).

Бессимптомная форма

- При ректороманоскопии — признаки хронического процесса: **субатрофия слизистой, полипы, язвы, рубцы, эрозии, грануляции**.

Бактерионосительство

- **Субклиническая форма** инфекционного процесса.
- **Шигеллы в кале** при **отсутствии дисфункции кишечника** в период обследования и в течение предшествующих **5–6 недель** (максимум 3 месяца).
- Диагноз ставится на основании **однократного** выделения шигелл при **отсутствии** клинических проявлений, патологических изменений слизистой, отрицательных **РНГА** и контрольного бактериологического исследования.
- При шигеллезе **Зонне** — **24–25%** случаев, **Флекснера** — **6–7%**.

Дифференцировать от:

- **реконвалесцентного бактерионосительства** (выделение шигелл до 2–4 недель после острой дизентерии);
- больных **стёртой формой** острой дизентерии;
- больных **хронической дизентерией** в стадии ремиссии.

Особенности клинического течения по видам шигелл

Вид	Особенности течения
S. dysenteriae 1 (Григорьева-Шиги)	Тяжёлое течение, выраженная интоксикация, экскоз ; лихорадка до 40 °С , тенезмы ; стул с видимой кровью , затем гноем ; возможны ИТШ , сепсис, гемолитико-уремический синдром
S. flexneri (особенно 2a, 3a)	Среднетяжёлое и тяжёлое течение, резко выраженные интоксикационный и колитический синдромы; чаще — ИТШ и поражение внутренних органов (пневмония, миокардит, гепатит, нефрит, полиартрит)
S. newcastle	Сходно с течением шигеллеза Флекснера
S. sonnei	Чаще у детей старшего возраста ; манифестирует как гастроэнтероколитический вариант ПТИ; гладкое течение, быстрая положительная динамика, низкая летальность ; много стёртых форм и бактерионосительства
S. boydii	Напоминает S. sonnei ; лёгкое течение, незначительно выраженные интоксикация и колитический синдром

У иммунокомпрометированных пациентов может отсутствовать выраженная **лихорадка**, но поражение толстой кишки носит **тотальный** характер.

Прогноз

- Состояние большинства больных улучшается в течение **48 часов**; полное выздоровление — через **7–10 дней** (*без осложнений*).
 - **Благоприятный** — при дизентерии **Зонне**; более **серьёзный** — при **Флекснера**; относительно **неблагоприятный** — при **Григорьева-Шиги**.
 - **Летальность**: менее **1%** (*вне групп риска*); превышает **15%** (*группы риска, позднее лечение, неэффективность антибиотиков*).
-

Осложнения шигеллеза

Наиболее высокий риск — при **S. dysenteriae 1**; прослеживается тенденция к увеличению тяжёлых форм **S. flexneri**.

Тяжёлые осложнения

- **Инфекционно-токсический шок и смешанный шок** (*ИТШ + дегидратационный*).
- **Прободение язв** кишечника с развитием **перитонита** (*от ограниченных серозно-фибринозных до разлитых гнойных*), **кишечное кровотечение**.
- **Энцефалический синдром** (*синдром фатальной энцефалопатии, или синдром Ekiri*) — преимущественно у **детей** и

иммунокомпрометированных пациентов при *S. sonnei*, *S. flexneri*.

- Острая надпочечниковая недостаточность.
- Бактериемия (*при S. dysenteriae 1 — в 8% случаев; крайне редко — у детей до года, ослабленных, иммунокомпрометированных*).
- Гемолитико-уремический синдром (*через неделю от начала; микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения, ОПН*).
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
- Миокардит и тромбоэндокардит.
- Отёк лёгких и отёк-набухание головного мозга.
- Тромбоэмболия мелких и средних ветвей лёгочной артерии.
- Сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Кишечные осложнения

- Кишечное кровотечение, геморрагическое пропитывание стенки подвздошной кишки.
- Токсическая дилатация толстой кишки, парез, непроходимость, инвагинация.
- Прولاпс прямой кишки, образование кишечных или кишечно-пузырных свищей.
- Гангрена стенки кишки, периколит, пери- и парапроктит, трещины анального сфинктера.
- Рубцовое стенозирование кишки.

Осложнения, связанные со вторичной микрофлорой

- Пневмонии, отиты, восходящая инфекция мочевыводящих путей, абсцессы печени.

Редкие осложнения

- Реактивный артрит и синдром Рейтера (около 2% заболевших, экспрессирующих **HLA B27**).
- Обсуждается возможная роль шигеллеза в формировании **синдрома раздражённого кишечника**.

Острый кишечный амебиаз

Инкубационный период

От нескольких дней до нескольких месяцев.

Начальный период

- Общее состояние — **удовлетворительное**, лихорадка **отсутствует**.
- Первые симптомы: **вздутие живота**, **боль в правой подвздошной области**.
- Стул **обильный**, **кашицеобразный**, **3–5 раз в сутки**, с незначительным количеством **слизи и крови**.
- Затем стул становится **жидким**, учащается до **15–20 раз в сутки**, с большим количеством **прозрачной стекловидной слизи**, пропитанной кровью — вид «**малинового желе**».
- **Тенезмы**, **жжение и боль** в дистальном отделе толстой кишки, усиливающиеся при дефекации.
- **Сигмовидная кишка** спазмирована, пальпируется в виде **уплотнённого тяжа**.

Эндоскопическая картина (в динамике)

Период	Изменения
2–3-й день	Участки гиперемии (диаметром 2–5 мм) на фоне нормальной слизистой, некоторые возвышаются
4–5-й день	На месте гиперемии — мелкие узелки и язвы с зоной гиперемии вокруг
6–14-й день	Язвы размером до 20 мм с подрывными краями , заполненные некротическими массами

Течение и осложнения

- Острый период длится не более **4–6 недель**, затем — **ремиссия** (от нескольких недель до 1 месяца и более).
- Осложнения: **перфорация кишечника, перитонит, абсцесс брюшной полости, амёбный аппендицит, амёбные стриктуры кишечника, кишечное кровотечение, формирование амёбомы.**

Оценка тяжести токсикоза при шигеллезе (приложение)

Признак	I степень	II степень	III степень
ЦНС	Ирритативное нарушение сознания, сопор	Кома I–II степени, судороги	Кома II–III степени, серия судорожных припадков, отсутствие эффекта от противосудорожных средств
Кожа, слизистые	Бледная, пепельно-цианотичная	Бледная, цианоз слизистых	Серо-цианотичная, « мраморность »,

Признак	I степень	II степень	III степень
	окраска только губ и ногтевых лож		симптом «белого пятна»
Температура тела	Гипертермия до 39–39,5 °С, соотношение кожной и ректальной температуры в норме	Гипертермия до 40 °С, уменьшается разница между кожной и ректальной температуро й	Неуправляемая гипертермия или, чаще, гипотермия
Пульс	Умеренная тахикардия	Выраженная тахикардия	Относительная брадикардия
Артериальн ое давление	Повышено систолическо е	Понижено (максимальн ое ниже 70 мм рт. ст.)	Понижено (максимальное ниже 70 мм рт. ст.)
Частота дыхания	Тахипноэ	Тахипноэ	Брадипноэ, патологические типы дыхания
Живот	Парез кишечника I степени	Парез кишечника II степени	Парез кишечника III степени
Размеры печени и селезёнки	В пределах нормы или увеличены незначительн о	Увеличены	Значительно увеличены
Диурез	Олигурия	Олигоанури я	Анурия, гемолитико-

Признак	I степень	II степень	III степень
			уремический синдром
Кислотно-основное состояние	pH в норме; BE не ниже 7 ммоль/л; латентный ацидоз	pH 7,25; BE 11 ммоль/л; смешанный ацидоз	pH 7,08–7,14; BE ниже 11 ммоль/л; декомпенсированный смешанный ацидоз
ДВС-синдром	I степень — гиперкоагуляция	II степень — экхимозы на слизистых и коже	III степень — гипокоагуляция, паренхиматозные кровотечения

Симптом «белого пятна» ориентировочно позволяет судить о нарушении микроциркуляции: на месте давления пальцем наблюдается побеление кожи, которое через 4–6 с исчезает (при отрицательном симптоме — быстрее).

2. Диагностика шигеллеза

Диагностика шигеллеза основывается на данных эпидемиологического и клинического анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования.

1. Анамнестические данные

- Употребление инфицированных пищевых продуктов или воды за **8–72 часа** до начала заболевания.
- Контакт с лицами, имеющими инфекционную диарею.

2. Жалобы и физикальное обследование

- Острое начало заболевания.
- Высокая лихорадка.
- Выраженные симптомы интоксикации.
- Колитический синдром: боли внизу живота, спазмы, инфильтрация и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы, ложные позывы, слизисто-кровянистый стул.

3. Лабораторные исследования

- **Общий анализ крови:** умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ.
- **Общий анализ мочи:** незначительная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия (при тяжелом течении).
- **Копрологическое исследование:** оценка функции пищеварения, наличие признаков воспаления.
- **Биохимический анализ крови:** определение активности аминотрансфераз, амилазы, уровня мочевины, электролитов, С-реактивного белка.
- **Микробиологическое исследование** фекалий/ректального мазка на шигеллы и сальмонеллы.
- **Молекулярно-биологическое исследование** фекалий на шигеллы, энтероинвазивные *E. coli*, кампилобактерии.
- **Серологические исследования** для определения уровня антител к различным видам шигелл.
- **Микроскопическое исследование** кала на яйца гельминтов и простейших.

4. Инструментальные исследования

- **Ультразвуковое исследование** органов брюшной полости.
- **Рентгенологическое исследование:**
рентгенография легких, обзорная рентгенография брюшной полости.
- **Ректороманоскопия** у пациентов старше 18 лет для оценки состояния слизистой оболочки толстой кишки.
- **Электрокардиография** для выявления осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.
- **Колоноскопия** у пациентов с болями в животе и признаками кровотечения.

5. Иные диагностические исследования

- Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога при наличии неотложных состояний.
- Консультация врача-хирурга при интенсивных болях в животе.
- Консультация физиотерапевта в периоде реконвалесценции.
- Исследование иммунологического статуса при хроническом течении заболевания.

3. Лечение острой дизентерии (*шигеллеза*)

Комплексное лечение включает: **охранительный режим; щадящее питание; тщательный гигиенический уход; воздействие на возбудителя; дезинтоксикацию и восстановление гомеостаза;**

ликвидацию структурно-функциональных изменений желудочно-кишечного тракта.

Уход за детьми определяется их возрастом и наличием коморбидных состояний.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная терапия

Общие принципы:

- Эмпирическое этиотропное лечение назначается **после установления клинико-эпидемиологического диагноза** — до получения результатов бактериологического исследования.
- Выбор препарата и схемы — с учётом **региональной антибиотикочувствительности шигелл, варианта и тяжести** течения болезни.
- **Комбинированная антибактериальная терапия** — только при **тяжёлом** течении (*фторхинолоны + аминогликозиды; цефалоспорины + аминогликозиды*).
- **Длительность терапии:** при **среднетяжёлой** форме — в пределах **5 дней**; при **тяжёлой** — **5–7 дней**.
- Препараты назначаются с учётом **возрастного ценза**.

Препараты первой линии для взрослых (в т. ч. при *S. dysenteriae*):

Препарат	Дозировка	Длительность
Ципрофлоксацин	0,5 г 2 раза в день после еды	3 дня

Препарат	Дозировка	Длительность
Офлоксацин	0,2–0,4 г 2 раза в день внутрь или в/в	3 дня
Пефлоксацин	0,4 г 2 раза в день внутрь	3 дня

Препараты второй линии для взрослых:

Препарат	Дозировка	Длительность
Цефтриаксон	1,0–2,0 г один раз в сутки в/м или в/в	4–14 дней
Рифаксимин	200 мг 3 раза или 400 мг 2–3 раза в сутки	до 7 суток

Для детей:

Препарат	Дозировка	Длительность
Азитромицин	12 мг/кг/сут в 1-й день, затем 6 мг/кг/сут	4 дня (с 1-го дня суммарно 5 дней)
Цефтриаксон	по показаниям	по показаниям
Цефотаксим	по показаниям	по показаниям

При выделении **чувствительных штаммов** могут быть назначены **амикацин, цефиксим, сульфаметоксазол + триметоприм.**

Замена антибактериального препарата показана, если в течение **48 часов** от начала лечения **нет улучшения:**

- уменьшение частоты дефекации;
- уменьшение крови в стуле;
- снижение температуры тела;
- уменьшение симптомов интоксикации;
- улучшение аппетита.

Резистентность шигелл в РФ:

Препарат	S. flexneri	S. sonnei
Цефотаксим	96,6%	94,2%
Тетрациклин	97,7%	92,8%
Хлорамфеникол	93,2%	50,7%
Ампициллин	95,5%	26,1%
Ампициллин + сульбактам	95,5%	23,2%

Резистентность не выявлена к ципрофлоксацину и норфлоксацину.

По данным ВОЗ (2005), большинство шигелл устойчивы к ампициллину, ко-тримоксазолу, хлорамфениколу, тетрациклину.

Производные нитрофурана, аминогликозиды (гентамицин, канамицин), цефалоспорины I–II поколения (цефазолин, цефалотин, цефокситин) и амоксициллин плохо проникают через слизистую оболочку кишки.

Ципрофлоксацин — препарат выбора для лечения всех взрослых пациентов с «**кровавой диареей**».
Ципрофлоксацин и цефтриаксон — единственные препараты, обычно эффективные против **мультирезистентных** штаммов.

Этиотропная терапия при острой амебной дизентерии (*микроскопически подтверждённой*):

Препарат	Взрослые	Дети	Длительность
Метронидазол	2250 мг/сут (разделить на 3 приёма)	6–15 лет — 500 мг/сут (разделить на 2 приёма); старше 15 лет — взрослая доза	7 дней
Тинидазол	2 г/сут в 1 приём	с 12 лет — 50–60 мг/кг 1 раз в день	взрослые — 2–3 дня; дети — 3 дня
Секнидазол	2 г (2 таблетки) однократно	с 3 лет — 30 мг/кг однократно	1 день

3.1.2 Патогенетическая терапия

Оральная регидратация — всем пациентам с шигеллезом с использованием **пероральных солевых растворов** для восстановления **водно-электролитного баланса** (*у детей — с учётом возраста, массы тела и степени дегидратации*).

Принципы оральной регидратации:

- **Дробность** введения жидкости.
- Применение растворов с **оптимальным составом** (*для детей — со сниженной осмолярностью 200–240 мосмоль/л*).

Два этапа:

1. **I этап** — первые **6 часов**: ликвидация **водно-солевого дефицита**, возникшего до начала лечения.

2. II этап — поддерживающая оральная регидратация в течение всего последующего периода болезни при наличии продолжающихся потерь жидкости и электролитов.

Критерии эффективности оральной регидратации:

- уменьшение объёма потерь жидкости;
- снижение скорости потери массы тела;
- исчезновение клинических признаков обезвоживания;
- нормализация диуреза;
- улучшение общего состояния.

Инфузионная терапия — при неэффективности оральной регидратации с целью регидратации, дезинтоксикации и коррекции водно-электролитного баланса (с учётом возраста и показаний). Парентеральное введение жидкости проводится исходя из расчёта физиологической потребности, текущих патологических потерь и имеющегося дефицита жидкости.

Дезинтоксикация взрослым при среднетяжёлом и тяжёлом течении:

Препарат	Дозировка	Особенности
5% раствор декстрозы	800–1200 мл в/в капельно	до полного купирования симптомов интоксикации
Меглюмина натрия сукцинат	до 90 капель/мин (1–4,5 мл/мин); средняя	объём и длительность

Препарат	Дозировка	Особенности
	суточная доза — 10 мл/кг	зависят от степени тяжести

Кишечные адсорбенты — для связывания и выведения токсинов из ЖКТ (*назначаются до момента купирования диареи*):

Препарат	Уровень убедительности (дети)
Смектит диоктаэдрический	B (доказательность — 1)
Активированный уголь	C (доказательность — 5)
Кремния диоксид коллоидный	C (доказательность — 5)
Лигнин гидролизный	C (доказательность — 5)

Не показано использование препаратов, снижающих моторику ЖКТ, замедляющих пассаж содержимого кишечника, уменьшающих выделение жидкости и электролитов с фекалиями.

Спазмолитики — пациентам старше **18 лет** при болях в животе:

Препарат	Дозировка
Дротаверин	0,04 г 3 раза в день перорально

Цель — купирование спазма толстой кишки.

Противодиарейные микроорганизмы (пробиотики) — с доказанной клинической эффективностью:

- **Bifidobacterium animalis subsp. Lactis**

- **Lactobacillus acidophilus**
- **Saccharomyces boulardii** CNCM I-745
- **Lactobacillus GG**
- **Lactobacillus reuteri**

Назначаются в соответствии с инструкцией как в острую фазу болезни, так и в фазу реконвалесценции.

Бактериофаги — при **стёртых формах, транзиторном или реконвалесцентном бактериовыделении:**

- **Бактериофаг дизентерийный или интести-бактериофаг** — только после определения **чувствительности** выделенного штамма.
- *Антимикробная терапия при транзиторном или реконвалесцентном бактериовыделении шигелл не показана.*

Ферментные препараты — при симптомах поражения поджелудочной железы:

Препарат	Дозировка	Длительность
Панкреатин	в возрастной дозировке внутрь 3 раза в сутки во время еды	10–15 дней

Цель — заместительная терапия.

Фитотерапия — в периоде реконвалесценции при медленном стихании воспалительного процесса:

- **Настой ромашки аптечной (цветков экстракт)**
- **Настой соплодий ольхи**
- **Настой травы зверобоя продырявленного**

Цель — вяжущее и противовоспалительное действие.

Жаропонижающая терапия:

Категория пациентов	Препарат	Дозировка	Показания к применению
Дети	Парацетамол	до 60 мг/кг/сут	Температура выше 39 °С (у здоровых детей ≥3 мес); 38–38,5 °С — детям до 3 мес, при хронической патологии, при дискомфорте
Дети	Ибупрофен	до 30 мг/кг/сут	Те же показания
Взрослые	Ибупрофен	200 мг (1 таблетка) до 3–4 раз в сутки; при необходимости — 400 мг (2 таблетки) до 3 раз в сутки	По показаниям

Регулярный (курсовой) приём жаропонижающих нежелателен; повторную дозу вводят только после нового повышения температуры.

Физические методы у детей: раскрыть, обтереть водой 25–30 °С.

При некупирующейся лихорадке на этапе амбулаторной/скорой помощи — разовое введение метамизола натрия в возрастной дозе.

Тактика ведения больных хроническим шигеллезом

Комплексное и этапное лечение; тактика строится в зависимости от **срока заболевания** и **вовлечения** в процесс других органов и систем ЖКТ.

В ранние сроки (*обострение с чертами острого шигеллеза*):

- терапия **мало отличается** от лечения острой дизентерии;
- **обязательное усиление патогенетической терапии:**
 - **лечебное питание** (*строгий стол №4, откорректированный с учётом сопутствующих заболеваний и индивидуальной непереносимости*);
 - **пищеварительные ферменты;**
 - **эубиотики** (*препараты с эубиотическим действием, стимулирующие репаративные процессы*);
 - **вяжущие противовоспалительные средства;**
 - **физиотерапевтические процедуры.**
- **строгое соблюдение режима питания** как в период обострения, так и в межрецидивный период.

Обязательное лечение сопутствующих заболеваний:

- **глистные инвазии;**
- **холецистит;**

- **язвенная болезнь** желудка и двенадцатиперстной кишки;
- **гастрит**;
- **хронический панкреатит** и др.

Основное внимание — устранению функционально-морфологических изменений со стороны органов пищеварения:

- **дисбактериоз**;
- **нарушение кислотообразующей функции** желудка;
- **лактазная недостаточность**;
- **воспалительные процессы** и т. д.

3.2 Диетотерапия

Общие принципы:

- Назначается с учётом **характера поражений ЖКТ**.
- Вариант диеты с **механическим и химическим щажением**.
- Способствует **ускорению репаративных процессов** в поражённых органах пищеварительной системы.

Дети раннего возраста:

Условие	Рекомендация
Естественное вскармливание	Сохраняется
Искусственное вскармливание,	Безлактозные/низколактозные смеси, кисломолочные смеси с пробиотиками

Условие	Рекомендация
лёгкая/средняя тяжесть	
Тяжёлая степень, выраженный мальабсорбция	Специализированные продукты детского лечебного и диетического питания, заменители грудного молока на основе частично гидролизированных сывороточных белков коровьего молока

Дети старше 2 лет и взрослые:

- В первые сутки объём питания **уменьшают на 25%.**
- Назначают **стол №4.**
- **Рекомендуются:**
 - **кисломолочные продукты;**
 - **жидкие безмолочные каши (рисовая, кукурузная, гречневая);**
 - **слизистые супы.**
- **Исключаются** продукты, усиливающие перистальтику и процессы брожения:
 - **цельное молоко;**
 - **свежие овощи и фрукты;**
 - **мясные и куриные бульоны;**
 - **свежая выпечка.**

Организация диетического лечебного питания при стационарном лечении проводится в соответствии с приказами Минздрава РФ от 05.08.2003 №330, от 12.06.2013 №395н и от 23.09.2020 №1008н.

3.3 Иное лечение

Профилактика боли при медицинских манипуляциях у детей:

- **Аппликация местных анестетиков** для наружного применения (крем/пластырь) за **1 час** до процедуры.
- *Применяется при постановке периферического катетера и других манипуляциях.*

3.4 Хирургическое лечение

Не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

- **Начало реабилитации:** рекомендуется начинать уже в периоде разгара или ранней реконвалесценции.
- **Комплексность:** мероприятия должны быть комплексными с участием различных специалистов.
- **Преемственность:** важно соблюдать последовательность и преемственность на всех этапах реабилитации.
- **Адекватность:** мероприятия должны соответствовать адаптационным возможностям пациента.
- **Контроль эффективности:** постоянный контроль восстановления функционального состояния пациента.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Общие подходы к профилактике

- **Выявление больных:** рекомендуется выявлять больных шигеллезом при обращении за медпомощью, медицинских осмотрах и наблюдении за контактировавшими лицами.
- **Изоляция больных:** изоляция больного в стационаре по клиническим и эпидемическим показаниям.

Специфическая профилактика

- **Вакцинация:** в РФ рекомендована вакцинация против дизентерии Зонне для взрослых и детей, выезжающих в эндемичные районы, работников коммунальных служб и общественного питания.
- **Иммунитет:** иммунитет видоспецифический, сохраняется **1 год**.

Неспецифическая профилактика

- **Изоляция больных:** изоляция в стационаре.
- **Допуск в коллективы:** после выписки из стационара допуск в коллективы на основании справки о выздоровлении и отрицательного бактериологического анализа.
- **Дезинфекция:** текущая и заключительная дезинфекция в очагах инфекции.
- **Лабораторные исследования:** исследование остатков пищи, воды и объектов внешней среды.

- **Мероприятия для контактировавших:**
выявление, осмотр, медицинское наблюдение, лабораторное обследование.

Диспансерное наблюдение

- **Контроль:** обязательное контрольное обследование переболевшего пациента врачом-инфекционистом/терапевтом/педиатром.
- **Периодичность:** ежемесячный осмотр кала, микроскопическое исследование на гельминты, культуральное исследование на шигеллы.
- **Сроки наблюдения:**
 - **4-6 недель:** переболевшие с подтвержденным диагнозом.
 - **3 месяца:** лица, имеющие отношение к производству продуктов питания.
 - **6 месяцев:** лица с хронической дизентерией или длительно неустойчивым стулом.

6. Организация оказания медицинской помощи при шигеллезе

1. Учет и регистрация случаев заболевания:

- Оформляются первичные документы:
 - Карта амбулаторного больного (ф. № 025/у).
 - Медицинская карта (ф. № 026/у).
 - Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. № 060/у).

- Врач обязан направить экстренное извещение (ф. № 058/у):
 - Первичное — устно, в городе в первые **12 ч**, в сельской местности — **24 ч**.
 - Окончательное — письменно, после дифференциального диагноза и получения результатов исследований, не позже **24 ч**.

2. Общие подходы к лечению больных шигеллезом:

- Лечение может проводиться как амбулаторно, так и в стационаре (определяется клиническими и эпидемиологическими показаниями).
- Принципы лечения:
 - Купирование острых приступов болезни.
 - Профилактика обострений и рецидивов.
 - Долечение остаточных явлений.
 - Профилактика отдаленных рецидивов.
- Факторы, влияющие на выбор тактики лечения:
 - Период болезни.
 - Тяжесть состояния.
 - Возраст пациента.
 - Наличие осложнений.
 - Доступность медицинской помощи.

3. Госпитализация:

- Рекомендована госпитализация в инфекционный стационар по клиническим и эпидемическим показаниям.
- Подлежат госпитализации:
 - Лица из группы риска (дети до года, взрослые старше 50 лет).

- Пациенты со среднетяжелой и тяжелой формой болезни.
- При развитии осложнений.
- С затяжным и хроническим течением.
- Декретированные группы (работники пищевой промышленности).
- При угрозе распространения инфекции.

4. Выписка из стационара:

- Критерии выписки:
 - Исчезновение клинических симптомов.
 - Отрицательное микробиологическое исследование кала на шигеллы.
- Особые условия для декретированных групп:
 - Двукратное отрицательное бактериологическое исследование.

5. Медицинская помощь:

- Виды медицинской помощи:
 - Первичная медико-санитарная помощь.
 - Скорая медицинская помощь.
 - Специализированная медицинская помощь.
- Условия оказания:
 - Амбулаторно (без круглосуточного наблюдения).
 - Стационарно (с круглосуточным наблюдением).

7. Дополнительная информация

Группы риска:

- Дети первого года жизни.
- Взрослые старше 50 лет.
- Лица, недавно перенесшие корь.

- Пациенты с белково-энергетической недостаточностью.
- Пациенты с выраженным обезвоживанием.

Критерии оценки качества медицинской помощи:

1. Этап постановки диагноза:
 - Осмотр врачом-инфекционистом не позднее **30 мин.**
 - Другие осмотры (хирург, анестезиолог-реаниматолог) в зависимости от показаний.
2. Этап лечения:
 - Проведение этиотропной терапии.
 - Патогенетическая терапия.
 - Контрольная ректороманоскопия.
 - Выписка после исчезновения клинических симптомов и отрицательного микробиологического исследования.

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с другими острыми диарейными инфекциями

1. Сальмонеллез (гастроинтестинальная форма)

- Более **короткий** инкубационный период.
- Более **бурное начало** без продромального периода.
- Меньшая продолжительность острого периода.
- **Повторная обильная рвота**, водянистый обильный стул **зеленоватого цвета** с резким

зловонным запахом **без примеси крови** (*гастроэнтеритический вариант*).

- Энтеритический характер стула сохраняется на протяжении всего периода болезни.
- Выделение **сальмонелл** из испражнений, рвотных масс.

2. Кампилобактериоз

- Стул **обильный, водянистый**.
- **Тенезмы** и ложные позывы встречаются **редко**.
- Увеличение **печени**.
- Выделение **кампилобактерий** из испражнений.

3. Ротавирусный гастроэнтерит

- Боль в эпигастральной и **умбиликальной** областях.
- **Нет** спазма и болезненности сигмовидной кишки.
- Стул **обильный, водянистый, жёлтого цвета, пенистый, с резким запахом, без патологических примесей**.
- **Гиперемия** и **зернистость** слизистой мягкого нёба.
- **Инъекция** сосудов склер.
- **Лейкопения** (*или норма*), **лимфоцитоз**.

4. Иерсиниоз (*гастроинтестинальная форма*)

- Катаральные явления.
- Арталгии, миалгии.
- «Малиновый» язык.
- **Сыпь**, шелушение кожи кистей и стоп.
- Полиаденопатия.
- Гепатомегалия.

5. Холера

- **Отсутствие лихорадки** (нормо- или гипотермия).
- Рвота **многократная, водянистая**, не приносящая облегчения, появляется **позже диареи**.
- Боли в животе **не характерны**.
- Пальпация живота **безболезненная**.
- **Урчание** в животе звучное, постоянное.
- Дефекация **безболезненная**.
- Кал **водянистый, обильный**, без запаха или с запахом сырой рыбы, обесцвеченный, цвета «рисового отвара».
- **Дегидратация** развивается быстро, вплоть до **алгида (холодного шока)**.

6. Лямблиоз

- Признаки общей **интоксикации отсутствуют**.
- Преимущественно поражается **тонкая кишка**, ведущий синдром — **энтерит** с обильным жидким пенистым стулом **зелёного цвета** с резким запахом. В последующем может вовлекаться толстая кишка.
- Боли **слабые**, локализуются в **верхней половине живота**.
- **Волнообразное** течение, склонность к **рецидивам**.
- Обнаружение **вегетативных форм** лямблий в дуоденальном содержимом.

7. Амебиаз

- **Постепенное** начало.

- Склонность к **волнообразному**, затяжному и хроническому течению.
- Боль в животе, **больше справа**.
- Утолщение **слепой кишки**.
- Кровь и слизь **перемешаны с калом** (*стул в виде «малинового желе»*).
- Увеличение **печени**.
- **Похудание, астенический синдром**.
- **Анемия, эозинофилия**.
- Пребывание в **тропиках и субтропиках**, среднеазиатском регионе.

8. Балантидиаз

- **Волнообразное** течение, склонное к переходу в хроническое.
- Стул **обильный каловый, водянистой консистенции**, серовато-зелёного цвета.
- Вздутие преимущественно **правой половины** живота.
- Потеря **веса, гепатолиенальный синдром**.
- **Анемия, эозинофилия**, увеличение СОЭ.
- При ректоскопии — **белые рыхлые налёты** на слизистой кишки, очаговые изменения в виде инфильтратов и **язв** (*относительно глубоких, округлой формы, с подрывными краями на фоне неизменённой слизистой*).
- Профессиональная деятельность (**свиноводство**).
- Обнаружение **балантидий** в материале из очагов поражения (*не позднее **15–20 минут** после дефекации*).

9. Кишечный шистосомоз

- Обычно начинается с появления **дерматита** и **эозинофильных инфильтратов** в лёгких.
- Через **6–8 недель** появляются симптомы **колита**.
- **Длительное течение**, **лихорадка**.
- **Кашель** с мокротой, **одышка**.
- **Гепатолиенальный синдром**.
- **Портальная гипертензия**.
- **Эозинофилия**.
- Пребывание в **тропическом и субтропическом поясах**, контакты с водоёмами со **стоячей водой**.

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с хирургическими и некоторыми другими заболеваниями ЖКТ

1. Острый аппендицит (может сопутствовать острому шигеллезу)

- Начало болезни с появления **сильных болей** в нижней части живота.
- Боль **предшествует** повышению температуры и расстройству стула, **постоянная**.
- Может появиться кашицеобразный стул **без патологических примесей**, однако его частота и характер не меняются.
- Есть **аппендикулярные симптомы** и нарастают **симптомы раздражения брюшины**.
- **Лейкоцитоз** в пределах $10,0–20,0 \times 10^9/\text{л}$ с тенденцией к нарастанию.

2. Острая непроходимость кишечника

- Смена **схваткообразных** болей **постоянными** разлитыми.
- **Задержка стула и газов** после отхождения остаточного стула.
- **Вздутие живота**, напряжение брюшной стенки.
- **Усиленная перистальтика**.
- Температура тела в начале болезни **нормальная**, повышается при развитии **перитонита**.
- Характерные данные при **обзорной рентгенографии** брюшной полости (*горизонтальные уровни в тонкой кишке*).
- **Быстрое** ухудшение состояния больного.

3. Дивертикулит

- **Тянущая боль** внизу живота, чаще **слева**.
- Чередование **поноса и запора**.
- В кале может появиться **кровь**.
- Чаще у **женщин**.
- **Незначительное** повышение температуры.
- При развитии кровотечения в каловых массах появляются **кровяные сгустки**, стул приобретает **чёрный цвет**.

4. Тромбоз мезентеральных сосудов

- Возникает обычно в возрасте **старше 40–50 лет**, при сопутствующих **сердечно-сосудистых** заболеваниях.
- **Сильная (невыносимая)**, постоянная боль в животе **без определённой локализации**, быстро нарастает.

- **Нет** спазма и болезненности сигмовидной кишки.
- **Ослабление**, затем **исчезновение** перистальтики.
- Ложные позывы и тенезмы **отсутствуют**, в стуле нет слизи или её **мало**.
- **Несоответствие** тяжести состояния и выраженности болевых ощущений со **скудными данными** физикального обследования.
- **Прогрессирующее** ухудшение состояния.

5. Неспецифический язвенный колит

- **Постепенное** начало — слабость, дискомфорт, затем вздутие живота, слабые боли, **непереносимость молока**.
- Сначала примесь **крови** в оформленном кале, затем кал **кашицеобразный** с примесью слизи, часто — **крови и гноя**.
- **Похудание**, **лихорадка**, синдром **анемии**.
- Увеличение **печени**, **селезёнки**.
- **Значительное и длительное** ускорение **СОЭ**.
- Ректороманоскопия: **обширные эрозивно-язвенные** изменения и резко выраженная **контактная кровоточивость** слизистой.
- Рентгенология: **ригидность** кишки, грубая зазубренность контуров, исчезновение **гаустр**, пятнистый рельеф.
- **Отсутствие эффекта** от антибактериальной терапии.

6. Рак прямой и сигмовидной кишки

- Чаще у больных **старше 50 лет**.

- **Постепенное**, в течение длительного времени, нарастание симптомов.
- Частый скудный **кашицеобразный** стул с примесью большого количества **слизи, крови, гноя**.
- Чувство **неполного опорожнения** кишечника, **затруднение** акта дефекации.
- Чередование **запоров и поносов**.
- Боль **постоянная**, соответствующая **локализации опухоли**.
- Ограничение **подвижности** сигмовидной кишки.
- Изменение **лейкоцитарной формулы** и ускорение **СОЭ**.

7. Отравление солями тяжелых металлов (*ртуть, свинец и их соли*)

- Наряду с желудочно-кишечными расстройствами (*схваткообразные боли в животе, повторная рвота, **кровянистый стул***) отмечаются поражения других органов и систем (**ЦНС, печень, почки, кровь**).
- **Контакт** с тяжёлыми металлами в анамнезе.

Приложение В. Информация для пациента

Шигеллёз — острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Shigella*, входит в группу острых кишечных инфекций (ОКИ) и относится к социально значимым диарейным болезням. Ежегодно регистрируется около **200 млн** случаев заболевания.

Причины появления шигеллёза

- **Источник инфекции** — только больной человек или бактерионоситель, особенно те, кто болеют в легкой или стертой форме.
- **Пути передачи** — фекально-оральный: через пищу, воду, предметы обихода, иногда с помощью насекомых (мух и тараканов).
- **Факторы риска:**
 - низкое качество питьевой воды;
 - антисанитарные условия;
 - нарушение утилизации отходов;
 - сезонность (летне-осенний период);
 - употребление некачественных продуктов.

Шигеллы проникают в клетки слизистой оболочки кишки, выделяют токсины, что приводит к образованию язв и эрозий слизистой.

Симптомы шигеллёза

- **Инкубационный период** — **1-7 дней** (чаще 2-3 дня).
- **Клиническая картина:**
 - **Классическое течение (60-80%):**
 - схваткообразные боли внизу живота;
 - позывы на дефекацию;
 - стул от 3-5 до 20-30 раз в сутки;
 - температура 37-40°C;
 - головная боль, слабость.
 - **Гастроэнтеритический вариант:**
 - тошнота, рвота;
 - боль в верхних отделах живота.
 - **Особенности стула:** сначала обильный, каловый, затем густая прозрачная слизь с

примесью крови и гноя («ректальный плевок»).

Осложнения:

- инфекционно-токсический шок;
- перитонит;
- кишечное кровотечение;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- миокардит;
- тромбоэндокардит;
- отёк лёгких;
- отёк мозга;
- тромбоэмболия лёгочной артерии;
- сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Диагностика

- Тщательный опрос пациента.
- Лабораторные методы.
- Консультация врача-инфекциониста.

Лечение

- **Щадящая диета.**
- **Регидратация:** пероральная или внутривенная.
- **Антибактериальная терапия.**
- **Энтеросорбенты.**
- **Спазмолитики.**
- В периоде восстановления: препараты бифидо- и лактобактерий, панкреатические ферменты, противовоспалительные настои, физиотерапия.

Профилактика

- Соблюдение санитарно-гигиенических норм:

- мытьё рук;
- употребление только свежих продуктов;
- тщательное мытьё овощей и фруктов;
- не купаться в неизвестных водоёмах;
- не пить воду из непроверенных источников.
- Вакцинация «Шигеллвак» для взрослых, выезжающих в эпидемически неблагоприятные регионы, работающих в пищевой промышленности и медицинских учреждениях.

Шкалы оценки состояния пациента

Приложение Г1. Шоковый индекс Альговера

Название: Шоковый индекс Альговера

Назначение: Определение величины кровопотери на основе соотношения частоты пульса и уровня систолического артериального давления.

Содержание (шаблон):

- **Величина дефицита ОЦК, % от должного ОЦК:**
 - **0** — индекс шока **0,54** (объем кровопотери **10-20%**)
 - **10-20%** — индекс шока **0,78**
 - **20-30%** — индекс шока **0,99**
 - **30-40%** — индекс шока **1,11**
 - **40-50%** — индекс шока **1,38**

Ключ (интерпретация):

- Индекс Альговера:
 - **0,8** — объем кровопотери **10%**
 - **0,9-1,2** — объем кровопотери **20%**
 - **1,3-1,4** — объем кровопотери **30%**
 - **1,5** — объем кровопотери **40%**

- Примечание: Объем крови у мужчин — **5200 мл**, у женщин — **3900 мл**.

Пояснения: Индекс Альговера помогает оценить степень кровопотери и тяжесть состояния пациента на основе пульса и артериального давления.

Приложение Г2. Шкала дегидратации CDS (Clinical Dehydration Scale)

Название: Шкала дегидратации CDS

Назначение: Оценка степени дегидратации у детей.

Содержание (шаблон):

- **Признаки и баллы:**

- **Внешний вид:**

- Нормальный — **0 баллов**
 - Жажда, беспокойство, раздражительность — **1 балл**
 - Вялость, сонливость — **2 балла**

- **Глазные яблоки:**

- Тургор нормальный — **0 баллов**
 - Слегка запавшие — **1 балл**
 - Запавшие — **2 балла**

- **Слизистые оболочки:**

- Влажные — **0 баллов**
 - Липкие, суховатые — **1 балл**
 - Сухие — **2 балла**

- **Слезы:**

- Слезотделение в норме — **0 баллов**
 - Слезотделение снижено — **1 балл**
 - Слезы отсутствуют — **2 балла**

Ключ (интерпретация):

- **0 баллов** — дегидратация отсутствует

- **1-4 балла** — легкая дегидратация
- **5-8 баллов** — дегидратация средней и тяжелой степени тяжести