

2026.09.25

Шигеллёз

- Учебник и Нац.руководство - КОНСПЕКТ 09.2026

Источники:

1. Инфекционные болезни : Учебник / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 704 с.
2. Инфекционные болезни : Национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с.
3. Справочники лекарственных средств (ВИДАЛЬ, РЛС и пр.) – дата обращения - 09.2026

2026.09.25 Шигеллёз - Учебник и Нац.руководство -
КОНСПЕКТ 09.2026

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СИНОНИМЫ

ИСТОРИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

ЭТИОЛОГИЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Патогенез

Патоморфология

КЛАССИФИКАЦИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период

Колитический вариант (наиболее типичный)

Гастроэнтероколитический вариант

Гастроэнтеритический вариант

Стертое течение

Затяжное течение острой дизентерии

Хронический шигеллез

Бактерионосительство

Особенности шигеллеза Григорьева-Шиги [2]

Осложнения

Летальность и прогноз

ДИАГНОСТИКА

Клиническая диагностика

Ректороманоскопия

Бактериологический метод (наиболее достоверный)

Серологические методы (вспомогательные)

ПЦР

Копрологическое исследование (вспомогательное)

Картина крови

Инструментальные методы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к госпитализации

Режим и диета

Этиотропная терапия

Патогенетическая и симптоматическая терапия

Лечение хронической дизентерии

Выписка и контроль

Сроки нетрудоспособности [2]

Диспансерное наблюдение [2]

ПРОФИЛАКТИКА

Специфическая профилактика [2]

Неспецифическая профилактика [1; 2]

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ

ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА

(Источники: справочники лекарственных средств (ВИДАЛЬ, РЛС), дата обращения — 09.2026)

1. Шигеллвак

2. ФЛЕКСВАК

3. Бактериофаг дизентерийный поливалентный

4. Интестифаг (Intestifag)

Сравнительная сводка

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СИНОНИМЫ

Шигеллез (синонимы: **бактериальная дизентерия, Shigellosis dysenterya**) — антропонозная бактериальная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся преимущественным поражением **толстой кишки** с развитием синдрома **дистального спастического колита** и **интоксикацией** [1; 2].

Термин «**дизентерия**» введён **Гиппократом** и первоначально подразумевал заболевания с «кровавым, или натужным поносом»; позже стал применяться для обозначения заразных болезней кишечника. В связи с многообразием возбудителей и различиями в клинической картине в настоящее время используется родовое название «**шигеллез**» [1].

Коды по МКБ-10: A03.0 — Sh. dysenteriae; A03.1 — Sh. flexneri; A03.2 — Sh. boydii; A03.3 — Sh. sonnei; A03.8 — другой шигеллез; A03.9 — неуточнённый [2].

ИСТОРИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

- Болезнь известна с глубокой древности [1].
- **1891 г. — А.В. Григорьев** впервые выделил возбудителя дизентерии [1].
- **1898 г. — Shiga K.** провёл более детальные исследования [1].
- **1900 г. — Kruse W. и Flexner S.** выделили другие возбудители [1].

- 1915 г. — **Sonne C.** выделил возбудителя [1].
- 1917 г. — **Штуцер** и **Schmitz K.** [1].
- 1934 г. — **Large D.**, 1943 г. — **Sachs H.**, 1932–1942 гг. — **Boyd** [1].
- Шигеллез относится к числу **широко распространённых** инфекционных болезней, встречается **повсеместно** [1; 2].
- **Заболеваемость в мире превышает 100 млн случаев в год** по данным ВОЗ, реальное количество заболевших значительно выше (многие в развивающихся странах не обращаются за медпомощью) [2].
- **В РФ с 2009 по 2015 гг.** — тенденция к **снижению** заболеваемости [2].
- Наиболее высоки **заболеваемость и смертность** среди **детского населения развивающихся стран** [1; 2].
- Заболеваемость преобладает в развивающихся странах среди населения с **неудовлетворительным социально-экономическим и санитарно-гигиеническим статусом** [2].
- Последствиями перенесённой болезни, особенно у лиц с **отягощённым преморбидным фоном** или получавших **нерациональное лечение**, могут быть **хронические заболевания органов пищеварения**, в частности **постдизентерийный колит** [1].

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудители принадлежат к роду **Shigella** семейства **Enterobacteriaceae**. Известно 39

сероваров шигелл, подразделённых на четыре вида [1; 2]:

Серогруппа	Вид	Серовары / подвиды
A	Sh. dysenteriae	1 — Григорьева-Шиги; 2 — Штутцера-Шмитца; 3–7 — Ларджа-Сакса
B	Sh. flexneri	серовары 1–6 (подразделены на подсеровары a и b), серовары X и Y; подвид Sh. flexneri 6 — Newcastle
C	Sh. boydii	серовары 1–18
D	Sh. sonnei	—

Морфологические и культуральные свойства:

- **Неподвижные грамотрицательные палочки, факультативные аэробы [1; 2].**
- **Содержат К- и О-антигены [1].**
- **Хорошо растут на питательных средах [1].**

Устойчивость в окружающей среде:

- **Наименее устойчивы — шигеллы Григорьева-Шиги, наиболее устойчивы — шигеллы Зонне и Флекснера [1; 2].**
- **На посуде и влажном белье — сохраняются месяцы, в почве — до 3 мес, на продуктах — несколько суток, в воде — до 3 мес [2].**
- **Все шигеллы термолабильны: при 60 °С гибнут через 10 мин, при кипячении — немедленно, в дезинфицирующих растворах — в течение нескольких минут [1; 2].**
- **Шигеллы Зонне хорошо сохраняются в пищевых продуктах и могут интенсивно размножаться (например, в молоке) [1].**

Заражающая доза (минимальная): наименьшая — для **Sh. dysenteriae** (Григорьева-Шиги), бóльшая — для **Sh. flexneri**, наибольшая — для **Sh. sonnei** [2].

Патогенность обусловлена:

- Способностью к **адгезии** к энтероцитам, **инвазии** в них и **размножению** [1].
- Наличием **эндотоксина (ЛПС)** [1; 2].
- Продукцией **экзотоксина** некоторыми видами. С наибольшим постоянством **шигитоксин (токсин Шига, цитотоксин)** вырабатывается **Sh. dysenteriae** (Григорьева-Шиги) [1; 2].
- Токсин Шига вызывает **необратимое нарушение синтеза белка** и гибель клетки, нарушает всасывание натрия и воды, способствует скоплению жидкости в **подслизистом слое** [1].

Чувствительность к антибиотикам in vitro:
наибольшая — к **фторхинолонам (100%)** [2].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Источник и резервуар возбудителя:

- Единственный резервуар и источник — **человек** (больной манифестной или стёртой формой, бактерионоситель — реконвалесцентный или транзиторный/субклинический) [1; 2].
- Особо велика эпидемиологическая роль лиц со **стёртыми и лёгкими формами**, которые часто не диагностируются [1].

- Наибольшую опасность представляют больные, связанные по роду работы с **приготовлением, хранением, транспортировкой и продажей пищевых продуктов** [2].
- Выделение возбудителя — с **испражнениями** [1].

Механизм и пути передачи:

- **Фекально-оральный** механизм [1; 2].
- Преобладающие пути в зависимости от вида:
 - **Sh. dysenteriae (Григорьева-Шиги)** — преимущественно **контактно-бытовой** [1].
 - **Sh. flexneri (Флекснера)** — преимущественно **водный** [1].
 - **Sh. sonnei (Зонне)** — преимущественно **алиментарный (пищевой)** [1].

Этиологическая структура (в России):

- Доминировавшая в прошлом дизентерия **Григорьева-Шиги** встречается **редко**, хотя может вызывать **эпидемические вспышки** [1].
- Доминируют **шигеллез Зонне** и **Флекснера** [1].
- В последние годы получил распространение **шигеллез Флекснера 2a**, характеризующийся **тяжёлым течением и высокой летальностью** [1; 2].

Восприимчивость и иммунитет:

- Восприимчивость **высока во всех возрастных группах**, наиболее часто болеют **дети** [1; 2].
- Иммунитет после перенесённой болезни **непродолжительный** [1; 2].

⚠ **Противоречие:** В [1] иммунитет охарактеризован как **видоспецифический**, в [2] — как **типоспецифический**. Терминологическое различие может отражать разный уровень специфичности иммунного ответа (видовой vs. типовой).

- Повторные заражения **нередки** [1].

Сезонность: в регионах с высоким уровнем заболеваемости и в странах с умеренным климатом — **летне-осенняя** сезонность с максимумом в тёплое время года [1; 2].

ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Патогенез

- Попадая через рот, возбудитель **преодолеывает желудочный барьер**: шигеллы могут находиться в желудке **в течение суток и дольше**, частично распадаясь с выделением **эндотоксина** [1; 2].
- В **тонкой кишке** шигеллы определяются в течение **нескольких суток**, могут **размножаться**, но из-за отсутствия у энтероцитов соответствующих **рецепторов адгезии** не происходит, и анатомические изменения в тонкой кишке **слабо выражены** [1; 2].
- **Интенсивное размножение** возбудителя происходит в **толстой кишке** [1; 2].
- **Определяющий момент** патогенеза — **адгезия** и последующая **инвазия** шигелл в **колоноциты** [1; 2].
 - Адгезия обусловлена наличием у шигелл **крупномолекулярной плазмиды** [1].

- Способность к инвазии связана с **белками наружной мембраны**, взаимодействующими с рецепторами плазматической мембраны колоноцитов [1].
- Шигеллы, проникая в колоноциты, **активно размножаются**, вызывают их **гибель**, колонизируют соседние клетки → образование характерных **анатомических повреждений** [1].

Роль токсинов:

- Стимулируют выработку биологически активных веществ: **простагландинов, интерлейкинов, циклических нуклеотидов, кининов, гистамина** и др. [1].
- Вызывают **расстройства микроциркуляции** в кишечной стенке [1].
- Воздействуют на **нервно-мышечный аппарат** кишки, нарушают **биоэлектрическую активность** всех отделов ЖКТ → **гипермоторная дискинезия и спастический синдром** [1].
- Нарушают секрецию пищеварительных ферментов, **пристеночное пищеварение и всасывание** [1].
- Приводят к **нарушению микроэкологии кишечника** → **дисбиоз** [1].
- Циркулирующие в крови токсины оказывают воздействие на **ЦНС, сердечно-сосудистую систему, гемостаз, обменные процессы** → **интоксикационный синдром** [1].
- **Бактериемия** возможна, но **малохарактерна** для дизентерии [1]. При шигеллезе **Григорьева-Шиги** возможен **сепсис** с высеvom возбудителя из крови [2].

Защитные механизмы:

- **Местные:** секреторные **IgA**, естественные киллеры, фагоцитирующие клетки, **γ - и α -интерфероны**, **лизоцим** и **β -лизины** слизистой оболочки толстой кишки [1; 2].
- **Гуморальные:** бактерицидная активность, **комплемент** крови [1; 2].
- Существенная роль **нормальной микрофлоры**, препятствующей колонизации возбудителя [1].
- Степень неспецифической резистентности определена **генетически**, но зависит также от **возраста, полноценности питания, сопутствующих заболеваний** [2].

Патоморфология

- Изменения локализуются преимущественно в **дистальном отделе толстой кишки** (сигмовидная и прямая кишка, сфинктер заднего прохода); в тяжёлых случаях — поражение вплоть до **пищевода** [1].
- Морфологические изменения **соответствуют тяжести** течения [1].
- **Лёгкие случаи:** катаральное и катарально-геморрагическое воспаление [1; 2].
- **Тяжёлые случаи:** фибринозно-некротическое воспаление → формирование **язв** [1; 2].
- Процессы **репарации** слизистой оболочки происходят **позже клинического выздоровления** [1].
- При хроническом шигеллезе — **умеренные воспалительные и атрофические** изменения слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишки [2].

Причины летальных исходов:

- **Местные:** перфорация, перитонит, кишечное кровотечение, инвагинация [1; 2].
- **Общие:** инфекционно-токсический шок (ИТШ), гиповолемический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония [1; 2].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Шигеллез классифицируют по [1; 2]:

1. **Этиологическому признаку:** Зонне, Флекснера, Григорьева-Шиги, Бойда, Ларджа-Сакса, Штутцера-Шмитца и др.
2. **Длительности течения:**
 - **Острая** — до 3 мес
 - **Хроническая** — свыше 3 мес
3. **Преимущественной локализации процесса:**
 - **Колитический** вариант
 - **Гастроэнтероколитический** вариант
 - **Гастроэнтеритический** вариант
4. **Тяжести течения:** стёртое, лёгкое, среднетяжёлое, тяжёлое
 - Для гастроэнтероколитического и гастроэнтеритического вариантов дополнительно указывается **степень обезвоживания** (I–II при лёгком и среднетяжёлом; III–IV при тяжёлом) [2].
5. **Особенности течения:** стёртое, затяжное (для острого); рецидивирующее, непрерывное (для хронического) [2].

6. **Бактерионосительство** как форма инфекционного процесса: **субклиническое и реконвалесцентное** [1; 2].

Пример формулировки диагноза: A03.9

Неуточнённый шигеллез, колитический вариант, течение средней тяжести [2].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период

⚠ **Противоречие:** В [1] указан диапазон **от нескольких часов до 7 сут, чаще 2–3 сут**; в [2] — **2–5 сут** (в большинстве случаев). Различие может объясняться тем, что [1] включает гастроэнтероколитический вариант с укорочением инкубации до **6–8 ч** при алиментарном пути заражения.

Колитический вариант (наиболее типичный)

Общая характеристика:

- **Острое начало** [1; 2].
- У некоторых больных — кратковременный **продромальный период** (дискомфорт в животе, лёгкий озноб, головная боль, слабость) [2].
- Характерно сочетание **синдрома интоксикации** и **синдрома дистального колита** [1; 2].

Основные симптомы:

- **Схваткообразные боли** в нижней части живота, преимущественно в **левой подвздошной области**; иногда — разлитой характер или

- атипичная локализация (эпигастральная, умбиликальная, правая подвздошная) [1; 2].
- Особенность болевого синдрома — **уменьшение или исчезновение после дефекации** [2].
 - Стул первоначально **каловый**, затем объём каловых масс уменьшается, появляется **примесь слизи и крови**, частота нарастает [1; 2].
 - В разгаре — испражнения теряют каловый характер, вид **«ректального плевка»** (скудное количество слизи и крови) [1; 2].
 - **Тенезмы** (тянущие судорожные боли в заднем проходе) и **ложные позывы** [1; 2].
 - Ощущение **неполного опорожнения кишечника** [1].
 - При пальпации — **спазм**, через несколько дней — **инфильтрация и болезненность сигмовидной кишки**; живот чаще **втянут**, реже вздут [1; 2].
 - **Интоксикация с первого дня**: лихорадка, недомогание, головная боль, головокружение [1; 2].
 - **Сердечно-сосудистые расстройства**: экстрасистолия, систолический шум, приглушённость тонов сердца, снижение АД, изменения на ЭКГ (диффузные изменения миокарда левого желудочка, перегрузка правых отделов) [2].

Лёгкое течение:

- Внезапные **схваткообразные боли** в левой подвздошной области, предшествующие дефекации [1].

- Стул **3–5 раз/сут**, каловый, часто с примесью **слизи**, иногда незначительные **прожилки крови** [1].
- Общее недомогание **слабо выражено**, температура **нормальная или субфебрильная** [1].
- Ректороманоскопия: **катаральный или катарально-геморрагический проктосигмоидит**, редко эрозии, **катаральный сфинктерит** [1].

Среднетяжёлое течение:

- Внезапные боли или после короткого недомогания → **императивные позывы** [1].
- Стул нарастает до **10–25 раз/сут**, теряет каловый характер → **«ректальный плевок»** [1].
- **Лихорадка до 38–39 °С**, длительность **2–3 сут** [1].
- **Выраженная слабость, головокружение при вставании, тахикардия, артериальная гипотензия** [1].
- Ректороманоскопия: **геморрагии, эрозии, иногда язвы** [1].
- Длительность течения **10–14 сут**, репарация — до **2–3 мес** [1].

Тяжёлое течение:

- **Резко выраженная интоксикация:** озноб, гипертермия, резкая слабость, заторможенность или возбуждение, спутанность сознания, **менингеальный синдром**, глухость тонов сердца, **тахикардия**, частый **сосудистый коллапс** [1].

- Стул **скудный, слизисто-кровянистый, без счёта**, нередко **непроизвольная дефекация** [1].
- В испражнениях — **слизь, кровь, часто гной** [1].
- Ректороманоскопия: **эрозивно-язвенный проктосигмоидит** [1].
- Длительность болезни **2–3 нед**, репарация — до **3–4 мес** [1].

Длительность клинической симптоматики при неосложнённом течении — **5–10 дней** [2]. У большинства больных сначала нормализуется **температура** и исчезают признаки интоксикации, затем — **стул**. Более длительно сохраняются **боли в животе** [2].

Критерий тяжести — выраженность **интоксикации**, поражения ЖКТ, состояние **сердечно-сосудистой системы** и **ЦНС**, характер поражения дистального отдела толстой кишки [2].

Гастроэнтероколитический вариант

- **Укорочение инкубационного периода до 6–8 ч** (алиментарный путь, значительная микробная масса и токсины в продуктах) [1].
- **Бурное начало**: интоксикация и диспепсия в первые часы, боли в **эпигастрии** и средней части живота, **повторная рвота, обильный водянистый стул** [1].
- Со **2–3-х суток** боли смещаются в **левую подвздошную область**, испражнения принимают характер колитического варианта, появляется **уплотнение и болезненность сигмовидной кишки**, рвота прекращается [1; 2].

- Тяжесть определяется **не только** интоксикацией и колитом, **но и степенью обезвоживания** [1; 2].

Гастроэнтеритический вариант

- Начало как при гастроэнтероколитическом, но **симптомы колита не развиваются** [1; 2].
- Клинически **сходен с ПТИ** (пищевой токсикоинфекцией) [1; 2].
- Характеризуется **интоксикацией, кратковременностью, возможным обезвоживанием** [1].
- Морфологические изменения ограничиваются **катаральным воспалением** [1; 2].
- **Этиотропное лечение не показано** [2].

Стертое течение

- **Кратковременное недомогание, дискомфорт в животе, 1–2-кратный кашицеобразный стул без патологических примесей, без интоксикации** [1; 2].
- При ректороманоскопии — **воспалительные изменения** толстой кишки (как правило, катаральные) [1; 2].
- Часто **не распознаётся, имеет существенное эпидемиологическое значение** [1].
- **Антибактериальная терапия не показана** (или назначается фуразолидон) [1].

Затяжное течение острой дизентерии

- При длительности острых проявлений **от 1 до 3 мес** (по [1]) или **от 3 нед до 3 мес** (по [2]) — **затяжное течение острого шигеллеза** [1; 2].

Хронический шигеллез

- Регистрируется **редко**, как правило у лиц с **отягощённым преморбидным фоном** (алкоголизм, неполноценное питание, иммунные нарушения) [1].
- Длительность — **от 3 мес до 2 лет** [1].
- **Рецидивирующая форма**: обострения чередуются с **ремиссиями** [1; 2].
- **Непрерывная форма**: колитический синдром **не стихает**, отмечается **гепатомегалия** [1; 2].
- Интоксикация **выражена слабо**, чаще — **нарушения обмена, пищеварения и всасывания** [1].
- Диагноз должен быть подтверждён **повторным выделением идентичных шигелл** (клинические проявления могут быть обусловлены **постдизентерийным колитом**) [1].
- Ректороманоскопия: **умеренные воспалительные и атрофические изменения** [2].

Бактерионосительство

- **Реконвалесцентное**: остаточные воспалительные изменения в толстой кишке **при отсутствии клинических проявлений** [1; 2].
- **Субклиническое**: отсутствие клинических симптомов, морфологических изменений и иммунологических сдвигов (нарастание титров РНГА в парных сыворотках) [1].
- Диагностируется при отсутствии клинических симптомов на момент обследования и в предшествовавшие **3 мес**, без изменений слизистой при ректороманоскопии [2].

Особенности шигеллеза Григорьева-Шиги [2]

- Протекает **тяжело**, острое начало, интенсивные схваткообразные боли, **озноб**, температура до **40 °С** [2].
- Стул в первые сутки напоминает «**мясные помои**», затем объём уменьшается, появляется **кровь и гной** [2].
- Возможны **ИТШ**, **сепсис** (с высевом из крови), **гемолитико-уремический синдром** [2].
- **Гиповолемический шок** — при обильном стуле и ранней рвоте [2].

Осложнения

- **ИТШ**, коллапс, **серозный** (пропотевание кишечной стенки) и **перфоративный** (при циркулярных некрозах/глубоких язвах) **перитонит**, **острый панкреатит**, **инвагинация кишечника** [1; 2].
- **Кишечные и желудочные кровотечения** [1; 2].
- **Миокардит**, **пневмония**, **токсический гепатит**, **нефрит**, **полиартрит** [1; 2].
- **Иридоциклит**, **полиневрит** [2].
- **Трещины заднего прохода**, **выпадение прямой кишки**, **обострение геморроя** [1].
- **Острая сердечно-сосудистая недостаточность** — одна из основных причин летальных исходов у лиц с неблагоприятным преморбидным фоном [2].

Летальность и прогноз

- При своевременном лечении прогноз **благоприятный** [1].

- Летальность 0,1–0,3% [1] / не превышала 0,2% в 70–80-е гг. [2] — данные согласуются.

⚠ **Дополнительные данные о летальности [2]:** В 90-е гг. за счёт преобладания *Sh. flexneri* 2a летальность **возросла в 5 раз**, при отдельных вспышках (Санкт-Петербург, 1992–1994) достигала 6%. С конца 90-х гг. — **снижение**. В развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки — основное количество летальных исходов в мире, но в последние 10 лет также **снижается в разы** (за счёт уменьшения распространённости *Sh. dysenteriae*).

- Летальность значительно **выше при шигеллезе, вызванном *Sh. dysenteriae*** [1; 2].
- Наиболее высокая летальность среди лиц с неблагоприятным **преморбидным** (алкоголизм, неполноценное питание) и **социальным** (беженцы, переселенцы, бомжи) фоном [1].
- При нерациональном лечении (особенно применении **хлорамфеникола/левомицетина**) могут развиваться **постдизентерийные заболевания** (колиты, энтериты, гастриты, синдром раздражённой толстой кишки) [1].

ДИАГНОСТИКА

Клиническая диагностика

- В **типичных случаях** диагноз устанавливается на основании клинической картины: **схваткообразные боли в левой подвздошной области, тенезмы, ложные позывы, скудный стул со слизью и кровью, болезненная спазмированная сигмовидная кишка** [1; 2].

- При наличии **эпидемиологических данных** (групповой характер заболеваний) и соответствующих **ректороманоскопических данных** — диагностика возможна и при менее типичном течении [1].
- **Гастроэнтеритический и гастроэнтероколитический варианты** диагностируются **только при лабораторном подтверждении** [2].

Ректороманоскопия

- Во всех случаях шигеллеза выявляет картину **колита** (катарального, геморрагического или эрозивно-язвенного) с преимущественным поражением **дистального отдела толстой кишки**, часто **сфинктерит** [1; 2].
- Колонофиброскопия — при отсутствии воспалительных изменений при ректороманоскопии (для исключения опухоли) [1; 2].

Бактериологический метод (наиболее достоверный)

- **Выделение копрокультуры шигелл** [1; 2].
- Забор частиц испражнений, содержащих **слизь и гной (но не кровь)** [2].
- Возможен забор материала **ректальной трубкой** и при **ректороманоскопии** [2].
- **Правила:** забор материала **до начала этиотропной терапии**, посев **непосредственно у постели больного**, качественные питательные среды [1].

- **Питательные среды: 20% желчный бульон, комбинированная среда Кауфмана, селенитовый бульон [2].**
- **Результаты — не ранее 3–4 дней от начала заболевания [2].**
- **Выделение гемокультуры — при выраженном интоксикационно-лихорадочном синдроме, особенно при *Sh. dysenteriae* [1; 2].**
- **В некоторых случаях гастроэнтеритов предположительно шигеллезной этиологии — бактериологическое исследование промывных вод желудка [2].**

Серологические методы (вспомогательные)

- **РНГА со стандартными эритроцитарными диагностикумами [1; 2].**
- **Исследование парных сывороток с интервалом 7–10 сут, нарастание титра антител не менее чем в 4 раза [1; 2].**
- **Также: ИФА, РСК, РКА (реакция коагглютинации), реакция агрегатгемагглютинации [1; 2].**

ПЦР

- **Выявление ДНК шигелл в крови, кале и моче больного [1; 2].**

Копрологическое исследование (вспомогательное)

- **Повышенное содержание нейтрофильных лейкоцитов, их скопления, наличие эритроцитов и слизи [1; 2].**

Картина крови

- Малохарактерна: небольшой лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево, СОЭ увеличивается незначительно [1].

Инструментальные методы

- Основные: эндоскопические (ректороманоскопия, колонофиброскопия) [1; 2].
- УЗИ и рентген — с целью дифференциальной диагностики [2].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Проводится с инфекционными, хирургическими, терапевтическими и гинекологическими болезнями, сопровождающимися болями в животе и диареей с примесью слизи и крови [1; 2].

Ключевые отличительные признаки шигеллеза: **бескаловый стул** в виде «ректального плевка», **тенезмы, ложные позывы, спазм сигмовидной кишки** [1; 2].

Нозоформа	Ключевые отличия от шигеллеза
Сальмонеллез (гастроэнтероколитический)	Испражнения не теряют калового характера, обильные, зеленоватые, с резким запахом; нет тенезмов и ложных позывов; боли разлитые; спазм сигмовидной кишки наблюдается редко [1; 2]

Нозоформа	Ключевые отличия от шигеллеза
Холера	Водянистая диарея , отсутствие патологических примесей, нет болевого синдрома и гипертермии [1]
Вирусные диареи	Более высокая лихорадка в первые дни, многократная рвота , жидкий стул калового характера (иногда со слизью), кратковременность [1]
Острый аппендицит	Боли постоянные , заставляют щадить живот, принимать вынужденное положение; локальная болезненность , не связанная с сигмовидной кишкой; нет тенезмов и ложных позывов ; испражнения без примесей ; аппендикулярные симптомы ; лихорадка появляется позже болей; нарастающий лейкоцитоз , увеличение СОЭ [1; 2]
Мезентериальный тромбоз	Возраст 60 лет и старше , ИБС, атеросклероз; температура вначале нормальная ; боли внезапные, интенсивные, разлитые ; рвота многократная, не приносящая облегчения ; испражнения калового характера с примесью алой крови ; нет тенезмов ; живот мягкий, вздутый ,

Нозоформа	Ключевые отличия от шигеллеза
	перистальтика ослаблена , затем исчезает [1; 2]
Язвенный колит (острый/подострый)	В начале — жидкий стул часто без крови ; лихорадка нарастает , принимает гектический характер ; боли слабо выражены ; испражнения обильные , вид « мясных помоев »; бледность , анемизация , увеличение печени и селезёнки , высокая СОЭ ; ректороманоскопия — резкий отёк, кровоточивость , затем налёт фибрина , эрозии, язвы; антибиотики неэффективны [1; 2]
Рак дистального отдела толстой кишки	Возраст средний, старший ; анамнез — запоры , появление примесей в оформленном кале , похудание ; пальпируется плотная, неподвижная сигмовидная кишка ; кровь — анемия, высокая СОЭ ; при ректороманоскопии — отсутствие воспалительных изменений → показана колоноскопия [1; 2]

Показания к консультации других специалистов
[2]:

- **Хирург и/или гинеколог** — при подозрении на острую хирургическую/гинекологическую патологию.
- **Реаниматолог** — при признаках ИТШ.
- Другие специалисты — при обострении сопутствующих заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к госпитализации

- **Клинические:** среднетяжёлое и тяжёлое течение, выраженные сопутствующие заболевания [1; 2].
- **Эпидемиологические:** лица **декретированных групп** (пищевое производство, торговая сеть, водоснабжение, детские учреждения) [1; 2].
- **Социальные:** больные из неблагоустроенных жилищ, закрытых коллективов, общежитий [1].
- **Дети до 1 года** [1].

Режим и диета

- При тяжёлом и среднетяжёлом — **постельный** режим, при лёгком — **палатный** [2].
- **Стол № 4** (по Певзнеру) в остром периоде, **дробное питание 5–6 раз/сут** [1; 2].
- После купирования диареи — **стол № 2** или **№ 13** [1; 2].
- За 2–3 дня до выписки — **общий стол № 15** [2] / после выписки — **стол № 13**, через 2–3 мес — обычное питание [1].

Этиотропная терапия

Общие принципы:

- Учитывать данные **регионарного мониторинга лекарственной устойчивости** [2].
- При **гастроэнтеритическом** варианте этиотропное лечение **не показано** [1; 2].
- При **стёртом** течении антибактериальная терапия **не показана** или назначается фуразолидон [1].
- Комбинации антибиотиков — **строго ограничены тяжёлыми случаями** [2].
- **Хлорамфеникол (левомицетин)** — **не следует назначать**: способствует дисбиозу, замедляет репарацию, подавляет иммуногенез [1].

Δ Противоречие в длительности этиотропной терапии: [1] указывает **5–7 сут** для среднетяжёлого и тяжёлого течения без разделения. [2] указывает **3–4 дня** при среднетяжёлой форме и **5–7 дней** при тяжёлой.

Лёгкое течение:

- **Фуразолидон** по **0,1 г 4 р/сут** [1; 2]
- **Нифуроксазид** по **0,2 г 4 р/сут** до прекращения диареи (стул 1–2 р/сут без примесей), обычно **2–5 сут** [1].

Среднетяжёлое и тяжёлое течение:

- **Фторхинолоны:** **ципрофлоксацин** по **0,25–0,5 г 2 р/сут**; **офлоксацин** по **0,2–0,4 г 2 р/сут**; при тяжёлом — **офлоксацин 0,4 г 2 р/сут** или **ципрофлоксацин 0,5 г 2 р/сут** [1; 2].
- **Цефалоспорины II–III поколения:** **цефуроксим** по **1 г 3 р/сут**; **цефтазидим** или **цефоперазон** по **1 г 3 р/сут** [1; 2].

- В первые **2–3 дня** — парентерально, затем внутрь [2].
- **Рифаксимин** взрослым и детям старше **12 лет**: **200 мг 3 р/сут** или **400 мг 2–3 р/сут** до **7 сут** [1; 2].
- При тяжёлом — фторхинолоны в комбинации с цефалоспоридами [2].

Шигеллез Григорьева-Шиги (специфическое лечение) [2]:

- **Ампициллин** внутримышечно, суточная доза **100–150 мг/кг** каждые **4–6 ч**, **5–7 дней**.
- **Налидиксовая кислота** по **1 г 4 р/сут**, **5–7 дней**.

Бактериофаг (при шигеллезе Флекснера и Зонне) [1; 2]:

- **Поливалентный дизентерийный бактериофаг**: по **30–40 мл** внутрь или по **2–3 таблетки 3 р/сут** за **1 ч до еды**.
- Возможно **ректальное введение** жидкого бактериофага [2].
- **Противопоказан при тяжёлом течении** (опасность массивного лизиса шигелл и утяжеления интоксикации) [2].

Патогенетическая и симптоматическая терапия

Регидратация:

- При **лёгкой форме** — перорально: **Регидрон, Цитраглюкосолан, Оралит, Циклоглюкосолан**, скорость **1–1,5 л/ч** [1; 2].
- При **среднетяжёлой и тяжёлой** — внутривенно: **Трисоль, Хлосоль, Квартасоль**, скорость **60–100**

мл/мин и выше, с учётом степени обезвоживания и массы тела [1; 2].

Детоксикация (при отсутствии обезвоживания):

- **Коллоидные растворы:** препараты гидроксиэтилированного крахмала, **Реополиглюкин, Альбумин [1].**
- **5% раствор декстрозы (Глюкоза) [2].**
- При **ИТШ** — терапия по общим правилам [1].

Энтеросорбенты:

- **Смекта** по 1 пакетику **3 р/сут [1; 2].**
- **Полифепан** по 1 ст. л. **3 р/сут [1; 2].**
- **Активированный уголь 15–20 г 3 р/сут [2].**
- **Энтеродез** по 5 г **3 р/сут [2].**
- **Полисорб МП** по 3 г **3 р/сут [2].**

Кишечные антисептики:

- **Оксихинолин** по 1 табл. **3 р/сут [2].**
- **Энтерол (*Saccharomyces boulardii*)** по **1–2 капсулы 2 р/сут [2].**

Ферментные препараты (при фоновой секреторной недостаточности, затяжном течении):

- **Пепсин, Абомин, Панкреатин, Ацидин-пепсин, Панзинорм 10 000** в сочетании с препаратами кальция (0,5 г 2 р/сут) [1; 2].

Эубиотики (при дисбиозе, после антибиотиков):

- **Бифидумбактерин, Бификол, Аципол, Бифидумбактерин форте, Пробифор, Линекс, Флорин форте, Биоспорин, Бактиспорин** — до

прекращения диареи и восстановления флоры [1; 2].

- Диетические продукты: **кефир «Био», «Бифидок»** [1].

Спазмолитики и вяжущие:

- **Папаверин, Но-шпа (дротаверин)** по 0,04 г 3 р/сут, препараты **белладонны** (Белластезин, Бесалол) [1; 2].
- **Висмут с танальбином**, отвары **черники, дубовой коры, корок граната** [1].

Микроклизмы (при эрозивно-язвенном проктосигмоидите, сфинктерите):

- Настои **ромашки, эвкалипта**, масло **шиповника и облепихи** [1].

Витамиотерапия:

- **Аскорбиновая кислота 500–600 мг/сут, никотиновая кислота 60 мг/сут, тиамин и рибофлавин по 9 мг/сут** [2].

Промывание желудка (при гастроэнтеритическом варианте):

- Водой или **0,5% раствором натрия гидрокарбоната** [2].

Физиотерапия (при затяжном течении):

- **Диатермия, аппликация парафина или озокерита, тепловые ванны, электрофорез новокаина или папаверина** [1].

Лечение хронической дизентерии

- Антимикробные препараты — **только в период выраженного обострения** [1].
- Основные направления: **диетотерапия, ферментные препараты и соляная кислота, восстановление микрофлоры, лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ** [1].

Выписка и контроль

- Выписка после **клинического выздоровления и бактериологического контроля** через **2 сут** после отмены антимикробных препаратов [1].
- При **бактериологически подтверждённом** диагнозе: декретированным группам — **дважды**, остальным — **однократно** [1].
- При **неподтверждённом** диагнозе: обследуются **только декретированные группы** (однократно) [1].
- Работники пищевых предприятий и приравненные лица — после **двух отрицательных** результатов, взятых **не ранее 3-го дня после лечения**, и отсутствии клинических проявлений [2].

Сроки нетрудоспособности [2]

- Лёгкая форма — **7–10 дней**
- Среднетяжёлая — до **16–18 дней**
- Тяжёлая и осложнения — до **месяца и более**

Диспансерное наблюдение [2]

- Больные **хронической дизентерией**, работники пищевых предприятий и приравненные лица — в течение **3 мес** (при хронической — **6 мес**).

ПРОФИЛАКТИКА

Специфическая профилактика [2]

- Вакцина «Шигеллвак» (очищенный ЛПС культуры *S. sonnei*, консервант — фенол), зарегистрирована в РФ.
- Защита — в течение **1 года**.
- **Подлежат вакцинации:** работники инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий; лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства; дети, посещающие детские учреждения и выезжающие в оздоровительные лагеря (по показаниям).
- **По эпидемическим показаниям:** при угрозе эпидемии/вспышки (стихийные бедствия, аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии — массовая иммунизация населения.
- Прививки предпочтительно проводить **перед сезонным подъёмом** заболеваемости.

Неспецифическая профилактика [1; 2]

- **Контроль водоснабжения**, соблюдение правил приготовления, хранения и реализации пищевых продуктов [1; 2].
- **Гигиеническое воспитание населения**, повышение санитарной культуры [1; 2].
- **Обеззараживание питьевой воды** (хлорирование, кипячение) [2].

- **Бактериологическое обследование** лиц, поступающих на работу на пищевые предприятия, общественного питания, торговли, детских и медицинских учреждений, водоснабжения; детей, поступающих в детские учреждения [1].
- Работники пищевых предприятий допускаются к работе только после **отрицательного бактериологического анализа**; после перенесённого заболевания — после **двух отрицательных результатов** [2].
- При выявлении больного — **экстренное извещение** в органы Госсанэпиднадзора, эпидемиологическое обследование, **изоляция** и бактериологическое обследование [1].
- В очаге — **текущая и заключительная дезинфекция** [1; 2].
- За контактными лицами — **медицинское наблюдение в течение 7 дней** [1; 2].

**ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА**
*(Источники: справочники лекарственных
средств (ВИДАЛЬ, РЛС), дата обращения —
09.2026)*

1. Шигеллвак

Действующее вещество: вакцина для профилактики дизентерии — **низкотоксичный полисахарид *Shigella sonnei*, 0,050 мг** на дозу (*полисахарид, очищенный ферментативными и физико-химическими методами из культуры шигелл Зонне*).

Лекарственная форма: раствор для внутримышечного и подкожного введения, **0,5 мл/доза**. Бесцветная прозрачная или слегка опалесцирующая жидкость с запахом **фенола**.

Вспомогательные вещества: фенол (0,750 мг — консервант), натрия хлорид (4,200 мг), динатрия гидрофосфат гептагидрат, натрия дигидрофосфат дигидрат, вода для инъекций.

Производитель: ООО «ГРИТВАК», Россия.

Регистрационные удостоверения: Р N002660/01 (*действует с 21.05.2008 по 21.06.2028*), ЛП-№(012971)-(РГ-RU) (*действует с 24.12.2025*).

АТХ: J07AX — другие противобактериальные вакцины.

Показания

Профилактика **дизентерии Зонне** у взрослых и детей **от 3 лет**.

Плановая вакцинация:

- работники **инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий;**

- лица, занятые в сфере **общественного питания**, производства пищевых продуктов и **коммунального хозяйства**.

По эпидемическим показаниям:

- при осложнении эпидемической ситуации (**стихийные бедствия**, крупные аварии на коммунальных сетях);
- лица в **эпидемических очагах** дизентерии Зонне;
- лица, отъезжающие в регионы с **высоким уровнем заболеваемости**.

Противопоказания

- **Сильная реакция** на предыдущее введение (*температура выше **40 °С**, отёк и гиперемия свыше **8 см** в диаметре*) или осложнение;
- **беременность**, период **грудного вскармливания**;
- **острые** инфекционные/неинфекционные заболевания, **обострение** хронических — прививки через **2–4 недели** после выздоровления/ремиссии;
- при нетяжёлых **ОРВИ**, острых кишечных заболеваниях — после **нормализации температуры**.

Способ применения и дозы

- **Однократно**.
- Вводят **глубоко подкожно** или **внутримышечно** в наружную поверхность **верхней трети плеча**.
- Прививочная доза — **0,5 мл (50 мкг полисахарида)** для **всех возрастов**.

- **Ревакцинация** — при необходимости **ежегодно** однократно той же дозой.

Побочные действия

Развиваются **редко**, расцениваются как **слабые** (в течение первых суток): покраснение, болезненность в месте введения, повышение температуры (менее **37,6 °C** в **3–5%** случаев в течение **24–48 ч**), головная боль.

Взаимодействие

- **Запрещено** смешивать в одном шприце с любыми препаратами.
- **Допускается** одновременное применение (в один день) с другими **инактивированными** вакцинами — в **разные участки тела**, разными шприцами.

Особые указания

- Может не обеспечить **100% защиту** у всех привитых.
- Перед использованием — выдержать при **комнатной температуре**, встряхнуть шприц.

Условия хранения и срок годности

- **2–8 °C**, не замораживать.
- Срок годности — **2 года**.
- Отпуск — для **лечебно-профилактических** и **санитарно-профилактических** учреждений.

2. ФЛЕКСВАК

Действующее вещество: модифицированные липополисахариды *Shigella flexneri*, 0,125 мг на дозу (суммарно; включает 5 штаммов по 0,025 мг каждый — 2a, 3a, 1b, Y и 6; ЛПС, очищенные ферментативными и физико-химическими методами).

Лекарственная форма: раствор для внутримышечного и подкожного введения, 0,5 мл/доза. Бесцветная прозрачная или слегка опалесцирующая жидкость с запахом **фенола**.

Вспомогательные вещества: фенол (не более 0,75 мг), натрия хлорид (4,2 мг), динатрия гидрофосфат гептагидрат, натрия дигидрофосфат дигидрат, вода для инъекций.

Производитель готовой лекарственной формы: ФГАНУ «ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН» (Институт полиомиелита). Выпускающий контроль качества и упаковка — ООО «ГРИТВАК».

Регистрационные удостоверения: ЛП-008648 (действует с 07.11.2022 по 10.10.2028), ЛП-№(014458)-(РГ-RU) (действует с 14.04.2026 по 14.04.2031).

АТХ: J07AX — другие противобактериальные вакцины.

Фармакологические свойства

Введение приводит к быстрому появлению и интенсивному нарастанию в крови **специфических**

антител, обеспечивающих через 2–3 недели невосприимчивость к инфекции в течение 1 года.

Показания

Профилактика **дизентерии Флекснера у взрослых** (детям не показана — в отличие от Шигеллвака).

Плановая вакцинация и по эпидемическим показаниям — аналогичны Шигеллвак (инфекционные стационары, лаборатории, общественное питание, коммунальное хозяйство; стихийные бедствия, очаги дизентерии Флекснера, отъезд в эндемичные регионы).

Противопоказания

- **Острые** инфекционные и неинфекционные заболевания, **обострение** хронических — прививки не ранее чем через **1 месяц** после выздоровления/ремиссии (у Шигеллвака — **2–4 недели**;
- **беременность**, период **грудного вскармливания**;
- **сильные** (температура выше **40 °С**, отёк и гиперемия свыше **8 см**), **необычные** реакции на предыдущее введение ФЛЕКСВАК.

Способ применения и дозы

- **Однократно.**
- Вводят **глубоко подкожно** или **внутримышечно** в наружную поверхность **верхней трети плеча**.
- Прививочная доза — **0,5 мл (125 мкг** модифицированного ЛПС) для **всех возрастов**.

- **Ревакцинация** — при необходимости **ежегодно** однократно той же дозой.

Побочные действия

Реакции **редкие, слабые**. Часто ($<1/10$, $\geq 1/100$): покраснение (**гиперемия**) и **уплотнение** в месте инъекции — в течение первых суток.

Взаимодействие

- **Запрещено** смешивать в одном шприце с любыми препаратами.
- Можно проводить **в один день** с другими профилактическими прививками **инактивированными** препаратами.

Условия хранения и срок годности

- **2–8 °C**, замораживание не допускается.
- Срок годности — **2 года**.
- Отпуск — только для **лечебно-профилактических** учреждений.

3. Бактериофаг дизентерийный поливалентный

Действующее вещество: стерильный очищенный фильтрат фаголизатов бактерий — **S. flexneri** серотипов **1, 2, 3, 4** (активность по Аппельману не менее 10^{-8}), **S. flexneri 6** (не менее 10^{-6}), **S. sonnei** (не менее 10^{-7}).

Консервант: 8-гидроксихинолина сульфат — **0,0001 г/мл** (содержание расчётное).

Лекарственная форма: раствор для **приёма внутрь** и **ректального введения**. Прозрачная жидкость

жёлтого цвета различной интенсивности, возможен **зеленоватый** оттенок.

Производитель: НПО «**МИКРОГЕН**», АО, Россия.

Регистрационное удостоверение: ЛП-№(000906)-(РГ-RU) от 20.06.22 — **бессрочное**.

АТХ: V03A — другие лечебные средства.

Фармакологическое действие

Вызывает **специфический лизис** бактерий — возбудителей бактериальной дизентерии.

Показания

- **Лечение и профилактика** бактериальной дизентерии, вызванной **S. flexneri** сероваров **1, 2, 3, 4, 6** и **S. sonnei**.
- *Важное условие эффективной фаготерапии — предварительное определение **фагочувствительности** возбудителя.*

Режим дозирования (лечение)

Приём **внутри 3** раза в день **натощак**, за **1 ч** до еды, с **первого дня** заболевания, в течение **7–10** дней.

Возраст	Перорально (мл)	Ректально (мл)
0–6 мес	5	10
6–12 мес	10–15	20
1–3 года	15–20	20–30
3–8 лет	20–30	30–40
от 8 лет и старше	30–40	50–60

При **слабовыраженном колитическом синдроме** и в период **реконвалесценции** — сочетание **двукратного** приёма внутрь с **однократным** ректальным введением (*в виде клизмы после опорожнения кишечника*).

Режим дозирования (профилактика)

- При групповых заболеваниях в **организованных коллективах и семьях**.
- Оптимальная схема — **ежедневный** приём разовой возрастной дозы.
- Продолжительность определяется **эпидситуацией**.

Противопоказания

- **Гиперчувствительность** к компонентам препарата.

Побочное действие

- **Не установлено**.

Применение при беременности и лактации

- Возможно при наличии инфекций, вызванных **фагочувствительными** штаммами (*по рекомендации врача*).

Лекарственное взаимодействие

- Возможно применение **в сочетании** с другими лекарственными средствами, **в т. ч. с антибиотиками**.

Особые указания

- При **помутнении** препарат **не применять**.

- Вскрытый флакон хранить **только в холодильнике**; при использовании малых доз (2–8 капель) отбирать **стерильным шприцем**.
- Препарат из вскрытого флакона при соблюдении правил и отсутствии помутнения может использоваться **в течение всего срока годности**.

Условия хранения и срок годности

- **2–8 °C** (допускается транспортирование при **9–25 °C не более 1 месяца**).
- Срок годности — **2 года**.
- Отпуск — **без рецепта**.

4. Интестифаг (Intestifag)

Действующее вещество: стерильные очищенные фильтраты фаголизатов — ***S. flexneri* 1, 2, 3, 4** (не менее 10^{-6}), ***S. sonnei***, ***S. typhimurium*** (не менее 10^{-5}), ***S. flexneri* 6**, остальных серотипов ***Salmonella***, ***E. coli***, ***Proteus***, ***Enterococcus***, ***Staphylococcus***, ***P. aeruginosa*** (не менее 10^{-4}).

Консервант: 8-гидроксихинолина сульфат — **0,0001 г/мл (расчётное)**.

Лекарственная форма: раствор для **приёма внутрь** и **ректального введения**. Прозрачная **жёлтая** жидкость, допустим **зеленоватый** оттенок.

Производитель: НПО «МИКРОГЕН», АО, Россия.

Регистрационное удостоверение: ЛП-№(004238)-(РГ-RU) от 10.01.24 — **действующее**.

Фармакологическое действие

Вызывает **специфический лизис** бактерий: **Shigella flexneri** 1–4, 6; **Shigella sonnei**; **Salmonella** spp. (*paratyphi A*, *paratyphi B*, *typhimurium*, *infantis*, *choleraesuis*, *oranienburg*, *enteritidis*); **E. coli**; **Proteus** spp.; **Enterococcus**; **Staphylococcus**; **Pseudomonas aeruginosa**.

В отличие от дизентерийного бактериофага, Интестифаг имеет **расширенный спектр** — активен не только против шигелл, но и против сальмонелл, кишечной палочки, протей, энтерококков, стафилококков и синегнойной палочки.

Показания

Лечение и профилактика заболеваний ЖКТ, вызванных перечисленными бактериями или их сочетанием:

- **бактериальная дизентерия**
- **сальмонеллёз**
- **диспепсия**
- **дисбактериоз**
- **энтероколит, колит**

Режим дозирования (лечение)

Приём **внутри 4 раза в день** за **0,5–1 ч до еды**, с **первого дня** заболевания, **7–10 дней**.

В отличие от дизентерийного бактериофага — **4 раза в день**, а не 3.

Доза зависит от **возраста** и схемы лечения (конкретные дозы определяет врач).

Режим дозирования (профилактика)

Ежедневный приём разовой возрастной дозы; продолжительность — по эпидситуации.

Побочное действие

У детей **первых месяцев жизни** в первые **2 дня** — возможны **срыгивания, высыпания** на коже.

Противопоказания

- **Повышенная чувствительность** к компонентам.

Применение у детей

- Применяют **с первых месяцев жизни**.

Лекарственное взаимодействие

- Возможно применение **в сочетании** с другими средствами, **в т. ч. с антибиотиками**.

Особые указания

- **Важное условие** — предварительное определение **фагочувствительности** возбудителя.

Сравнительная сводка

Параметр	Шигеллвак	ФЛЕКСВАК	Бактериофаг дизентерийный	Интестифаг
Тип препарата	Вакцина	Вакцина	Бактериофаг	Бактериофаг

Параметр	Шигеллвак	ФЛЕКСВАК	Бактериофаг дизентерийн ый	Интестифаг
Действующее вещество	Полисахарид <i>S. sonnei</i>	ЛПС <i>S. flexneri</i> (5 штаммов)	Фаголизаты <i>S. flexneri</i> + <i>S. sonnei</i>	Фаголизаты (широкий спектр)
Возраст	от 3 лет	взрослые	с рождения	с рождения
Путь введения	ВМ, ПК	ВМ, ПК	Внутрь, ректально	Внутрь, ректально
Доза	0,5 мл (50 мкг)	0,5 мл (125 мкг)	По возрасту, 5–40 мл внутрь	По возрасту (определяет врач)
Кратность	1 раз, ревакцинация ежегодно	1 раз, ревакцинация ежегодно	3 р/сут, 7–10 дней	4 р/сут, 7– 10 дней
Цель	Профилактика	Профилактика	Лечение + профилактика	Лечение + профилактика
Спектр	Только <i>S. sonnei</i>	Только <i>S. flexneri</i>	<i>S. flexneri</i> + <i>S. sonnei</i>	Шигеллы + сальмонеллы + др.
Срок годности	2 года	2 года	2 года	—
Отпуск	Для учреждений	Для учреждений	Без рецепта	—

Шигеллвак и ФЛЕКСВАК — вакцины для специфической профилактики (соответственно

против шигелл Зонне и Флекснера), применяются **до** контакта с возбудителем. Бактериофаги — препараты для **лечения** и экстренной профилактики, действуют **после** заражения или при угрозе инфицирования, требуют предварительного определения **фагочувствительности**.