

Дизентерія

Дизентерія — інфекційна хвороба людини із запаленням дистального відділу товстої кишки, яка супроводжується явищами інтоксикації та проносом. Збудниками є шигели: 1) *Sh. dysenteriae* (Григор'єва-Шига, Штуцера-Шмітца, Ларджа-Сакса); 2) *Sh. flexneri*; 3) *Sh. boydii*; 4) *Sh. sonnei*.

Розрізняють гостру і хронічну дизентерію. У творах стародавніх лікарів, які дійшли до нас, описано гострі шлунково-кишкові захворювання людини, що нагадують дизентерію. Вже в XVII ст. дизентерія дістала досить чітку клінічну характеристику. В першій половині минулого століття лікарі були добре ознайомлені з клінічним перебігом і патологічною анатомією «кривавого поносу», проте тільки в кінці XIX ст. (після відкриття бактеріологічних збудників хвороби), вона була чітко розмежована М. С. Соловйовим (Томськ) від подібного до неї захворювання — амебіази. Збудника — дизентерійну бак-терію — вперше описав у 1898 р. О. В. Григор'єв, а більш докладно — а 1898 р. японський дослідник К/Шига, який вивчив ряд важливих біологічних властивостей цих мікробів. Пізніше було описано й інші види збудника. До 1940 р. для лікування дизентерії, збудників якої тоді ще відносили до токсигених видів бактерій, крім симптоматичних засобів, широко застосовувалась антитоксична сироватка. Потім цей засіб витіснили сульфаніламідні препарати, а тепер широко використовуються синтоміцин, лево-міцетин, стрептоміцин, біоміцин та інші антибіотики.

1. Етіологія та епідеміологія

Дизентерію можуть викликати різноманітні види дизентерійних бактерій. До збудників дизентерії належать, зокрема, бактерії Григор'єва—Шига, Флекснера, Зонне, Ньюкестл та деякі інші. Всі представники цієї групи бактерій за морфологічними ознаками — це палички до 3 ц, завдовжки, з заокругленими кінцями; вони нерухливі, грамнегативні, Бактерії виду Григор'єва—Шига мають здатність утворювати сильний екзотоксин. Тепер збудниками хвороби найчастіше є бактерії Флекснера (кількох серотипів) і Зонне, іноді хворобу викликають бактерії Ньюкестл, тоді як бактерії Григор'єва—Шига майже ніколи не виділяються з випорожнень хворих на дизентерію.

Дизентерійні бактерії досить чутливі до дії низьких і високих температур, до впливу різних дезинфікуючих речовин (10% прояснений розчин хлорного вапна, 2% розчин хлораміну, 3% розчин лізолу та ін.). В зовнішньому середовищі (випорожнення або білизна, забруднена калом) дизентерійні бактерії можуть зберігати життєздатність протягом тривалого часу при температурі 18—25° С. У зовнішньому середовищі при високій температурі повітря під дією прямого сонячного світла і при висиханні дизентерійні бактерії швидко гинуть. У вологому ґрунті, у вигрібних ямах при температурі 5—15° С вони можуть зберігатися до 1,5—2 місяців. У молоці й молочних продуктах, на поверхні плодів, ягід і овочів бактерії дизентерії зберігають життєздатність до 2 тижнів. Протягом того самого часу вони залишаються живими на поверхні паперових і металевих грошей, забруднених фекаліями. Нагрівання до 60° С, а також дія 1 % розчину карболової кислоти вбиває бактерії дизентерії за 25—30 хвилин.

Завдяки ферментативній активності дизентерійні бактерії розкладають моноцукри, що використовуються для лабораторної діагностики. Вони можуть набувати лікарської стійкості, на штучних живильних середовищах — бактоагарі Ж — середовищі Плоскірева — добре культивуються. Тепер доведено широку біологічну мінливість збудників дизентерії — утворення атипичних кулястих Б-форм і фільтрівних форм бактерій.

В природних умовах джерелами інфекції є люди, хворі на гостру або хронічну дизентерію, а також бактеріоносії. Носійність інфекції, як правило, поєднується з хронічним дизентерійним процесом, який час від часу дає рецидиви.

З випорожненнями хворих і носіїв дизентерійні бактерії виділяються в зовнішнє середовище.

Людина заражується внаслідок потрапляння дизентерійних бактерій через рот у шлунково-кишковий тракт. Збудник оселяється в складках слизової оболонки нижнього відрізка товстого кишечника. Зараження людини може відбуватися насамперед через брудні руки, частіше через предмети, інфіковані випорожненнями хворих на дизентерію або носіїв. Дуже часто захворювання настає від вживання води, молока, харчових продуктів, інфікованих дизентерійними бактеріями. Відому роль у поширенні дизентерії відіграють також мухи.

Захворювання трапляються протягом усього року, проте максимум їх припадає на період липень — серпень, що пов'язано з більш широким вживанням у цей період необмитих сирих овочів

і фруктів, питтям сирі води, а також почасти пояснюється збільшенням виплоду мух і їхньою активною життєдіяльністю.

Порушення правил особистої гігієни відіграє важливу роль в епідеміології дизентерії. Серйозного значення в епідеміології надають хворим з атиповими і стертими формами гострої дизентерії, хворим на хронічну дизентерію і бактеріоносіям.

2. Клінічна картина

Інкубаційний період триває від 12 год до 7 діб (у середньому 2-3 доби).

У більшості випадків дизентерія починається гостро. Лише у деяких хворих протягом кількох годин можуть спостерігатись продромальні явища у вигляді мерзлякуватості, нездужання, головного болю, до яких незабаром приєднуються типові ознаки періоду розпалу. Частіше захворювання починається з болю в животі та проносу. В розпалі захворювання на фоні загальної інтоксикації з підвищенням температури тіла домінують ознаки ураження травного каналу — колітний, ентеритний і, рідше, гастритний синдроми, наявність яких визначає той чи інший клінічний варіант.

Згідно з сучасною класифікацією, прийнято розрізняти гостру і хронічну дизентерію, а також шигельозне бактеріовиділення. Гостра дизентерія триває від декількох днів до 3 міс. Виділяють її колітну і гастроентероколітну форми, які можуть мати стертий, легкий, середньої важкості, важкий і дуже важкий перебіг.

Колітна форма гострої дизентерії супроводжується інтоксикацією різного ступеня і дисфункцією кишок. Температура тіла може бути субфебрильною або підвищуватись до 38—39 °С. Шкіра бліда. Язик вологий, вкритий білим нальотом. Живіт запалий. Біль різної інтенсивності, частіше переймоподібний, більше в ділянці сигмоподібної і прямої кишок, посилюється при дефекації (тенезми), може поєднуватись із несправжніми покликами. Сигма пальпується у вигляді болючого, щільного, потовщеного тяжа.

Дефекація від 6-7 до 20 разів за добу і більше. Випорожнення поступово втрачають каловий характер, з'являються домішки слизу і крові. Інколи випорожнення мізерні і складаються лише з густого слизу з домішками крові або гною ("ректальний плювок"). Дефекація не приносить хворому полегшення.

У більшості хворих виражені ознаки ушкодження нервової (слабкість, розбитість, головний біль, пригнічений настрій) і серцево-судинної (лабільність пульсу, приглушеність тонів серця, гіпотензія, у важких випадках — розвиток колапсу) систем.

Гастроентероколітна форма гострої дизентерії характеризується коротким інкубаційним періодом (у межах доби) і бурхливим перебігом, що обумовлено надходженням з їжею масивної дози збудника. Спочатку домінують явища гастроентериту (блювота, біль в епігастрії), потім — колітний синдром і зневоднення організму. Якщо явища коліту не розвиваються, то формується гастроентеритний варіант хвороби.

При стертому перебігу дизентерії клінічна симптоматика досить бідна. Тільки цілеспрямоване обстеження допомагає виявити слабке нездужання, дисфункцію кишок (дефекація 1—2 рази, кал напіврідкий), спазмовану сигмовидну кишку. Такі особи вважають себе практично здоровими.

Важка форма дизентерії супроводжується вираженою загальною інтоксикацією і високою температурою (до 39-40 °С і вище). Хворий загальмований, апатичний. Шкіра бліда, з ціанозом. Частота випорожнень досягає 30-50 разів за добу.

Дефекація супроводжується нестерпними тенезмами. Анус зіє. Кал слизисто-кров'янистий. Ексікозу, як правило, не буває; навіть при багаторазовій дефекації об'єм випорожнень не перевищує 0,5—1 л. У дітей та при дизентерії, викликаній бактеріями Григор'єва — Шига, можливе зневоднення. Можливі загальні корчі. Може виникнути інфекційно-токсичний шок: пульс дуже частий, стає ниткоподібним, падає артеріальний тиск крові, різко збільшується ціаноз, знижується температура тіла до субнормальної, припиняється діурез.

Тривалість періоду розпалу дизентерії коливається від 1-2 до 8-9 днів. Період реконвалесценції характеризується зменшенням і зникненням інтоксикації та симптомів коліту. Однак необхідно відмітити, що клінічне одужання значно випереджає повне відновлення функції і морфологічної структури кишок, яке настає лише через 1—3 міс. У зв'язку з цим при грубому порушенні дієти, вживанні алкоголю, нераціональному лікуванні на післягоспітальному етапі можливі затяжний перебіг хвороби і рецидиви.

У 2-3 % випадків і рідше гостра дизентерія переходить у хронічну, її тривалість, як правило, перевищує 3 міс. При безперервній формі хронічної дизентерії на фоні клінічної картини, подібної

до гострої форми, розвиваються глибокі порушення травлення, гіповітаміноз, анемія, виснаження, дисбактеріоз. Рецидивуюча форма зустрічається частіше, ніж безперервна, і характеризується зміною періодів ремісії новими спалахами хвороби.

Тривале виділення шигел з калом (бактеріоносійство) може спостерігатись безпосередньо після одужання (реконвалесцентне) або при субклінічному перебігу хвороби (при відсутності в попередні 3 міс дисфункції кишок, негативних результатах ректороманоскопічного і серологічного досліджень). Одноразове виділення шигел у осіб без будь-яких проявів хвороби прийнято вважати транзиторним носійством.

Діагноз, лікування та профілактика

Для розпізнавання дизентерії потрібен ретельний аналіз епідеміологічних даних і всієї клінічної картини хвороби з використанням лабораторних методів. Уточненню діагнозу сприяє дослідження нижнього відрізка (25—30 см) товстої кишки за допомогою ректороманоскопа, який являє собою оптичний прилад — металева труба (тубус) з освітлювальною лампочкою. Ректороманоскоп вводять у пряму і сигмовидну кишку. До першого ректороманоскопічного дослідження вдаються після зникнення найгостріших явищ, потім повторюють його через 3-4 дні.

Слід підкреслити, що дані ректороманоскопії не є суворо специфічними для дизентерії, проте можуть підтвердити діагноз.

Найбільш вірогідним лабораторним підтвердженням діагнозу є виділення дизентерійних бактерій із випорожнень хворих.

В разі гострої дизентерії I в період загострення хронічного дизентерійного процесу обов'язкова госпіталізація з постільним режимом. Щадна дієта: кефір, кисле молоко, ацидофілія, свіжий сир, некруто зварене яйце, білі сухарі, невеликі кількості червоної або зернистої ікри, вершкове масло до 30 г на добу, слизуваті супи з вівсянки, суп з фрикадельками, парові (перші 4 дні хвороби) котлети, добре проварені каші з рису або гречаної крупи, свіжа відварена риба, кисіль, овочеve пюре, протерті й печені яблука, фруктові, ягідні й виноградний соки, апельсини, мандарини. В міру затихання хворобливих явищ дієту можна розширювати.

Необхідно виявляти і проводити лікування супровідних гельмінтозів: в разі аскаридозу з 6—7 дня хвороби можна проводити оксигенотерапію, пізніш застосовують пиперазин. Великого значення надають насиченню організму вітамінами, загальнозміцнювальним організм препаратом, компенсуванню по-рушених травних функцій (розведена соляна кислота по 8 крапель до їжі за офіційним приписом, панкреатин по 1 г 3 рази на день у проміжках між прийманням їжі).

Для лікування гострої дизентерії і рецидивів хронічної дизентерії використовують антибіотики: левоміцетин, біоміцин, тетрациклін, тераміцин. Загальна тривалість курсу лікування будь-яким із зазначених препаратів становить 6—7 днів; її встановлюють на підставі клінічного ефекту. Широко використовують вітаміни.

Застосовують середнє терапевтичне дозування антибіотиків: для левоміцетину по 0,5 г 5 разів на день, для біоміцину, тетрацикліну й тераміцину — по 300 000 ОД (що відповідає 0,3 г препарату) 4 рази на день. Для стимуляції імунних властивостей організму і десенсибілізуючої дії на організм рекомендується крім лікування антибіотиками застосовувати вакцинотерапію. Для цього спиртову дивакцину з бактерій Флекснера — Зон-не, приготовлену за методом Чернохвостова, вводять підшкірне в дозах: у 1-й день лікування 0,5 мл, а на 3, 5, 7-й дні — по 1 мл. Для неспецифічної десенсибілізації організму призначають димедрол, діазолін або дипразин.

Якщо немає антибіотиків, можна застосовувати сульфаніламідні препарати — сульгін, фталазол, дисульфформін (по 1 г 4 рази на день протягом 5—7 днів); проводячи лікування цими препаратами, хворому дають багато пити.

У лікуванні токсичних форм дизентерії поряд з антибіотиками слід застосовувати антитоксичну протидизентерійну сироватку (внутрішньом'язово по 50 000—60 000 АО на день протягом 2—3 днів).

Під час загострення хронічної дизентерії дуже важливий індивідуалізований підхід до кожного хворого, оскільки хронічна дизентерія, як правило, поєднується з ускладненнями, а також із іншими процесами (ахілія, гастрити, гельмінтози тощо). Після купірування гострих явищ (загострення, рецидив) треба лікувати супровідне захворювання.

У період загострення хронічної рецидивуючої дизентерії антибіотики призначають за тими самими схемами, що й під час лікування гострої дизентерії. Крім того, через день вводять спиртову дивакцину Чернохвостова. Її впорскують підшкірне, починаючи з дози 0,2 мл у перший день лікування, поступово підвищуючи дозування протягом наступних п'яти днів до 1,5 мл.