



ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ.

Юлдашева Зиёдахон Шавкатбековна

Андижанский техникум общественного
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины,
преподаватель кафедры педиатрии
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10073992>

Аннотация

Причина возникновения данного заболевания — шигеллы, которые проникают в желудочно-кишечный тракт, и там выделяют токсины, негативно влияющие на пищеварение и функцию внутренних органов. Дизентерия считается одной из самых распространенных форм острых кишечных инфекций.

Ключевые слова: *Дизентерия, Шигеллы, инфекция.*

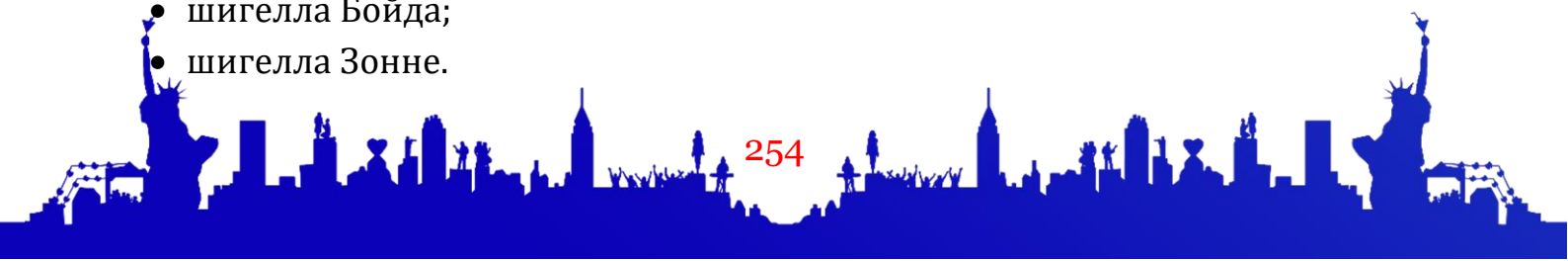
Дизентерия — это острое инфекционное поражение дистальных отделов толстой кишки. Вызывается бактериями рода *Shigella*, поэтому более корректно называть данную патологию шигеллезом. Болезнь наиболее распространена у детей в возрасте от 6 месяцев до пяти лет, что связано с высокой восприимчивостью организма ребенка и отсутствием гигиенических навыков.

Название «дизентерия» было предложено еще Гиппократом. Оно дословно переводится как «расстройство кишечника». Однако к такому расстройству приводят амебы, балантидий и другие микроорганизмы, поэтому это обозначение нозологии устарело.

Причина возникновения данного заболевания — шигеллы, которые проникают в желудочно-кишечный тракт, и там выделяют токсины, негативно влияющие на пищеварение и функцию внутренних органов. Дизентерия считается одной из самых распространенных форм острых кишечных инфекций.

Возбудитель дизентерии принадлежит к группе грамотрицательных бактерий. Шигеллы — факультативные анаэробы. Это значит, что им необходим кислород, но в критических случаях микроорганизмы обходятся и без него. Возбудителя классифицируют на четыре группы, различные по своей патогенности и способности выделять токсины:

- шигелла дизентерии;
- шигелла Флекснера;
- шигелла Бойда;
- шигелла Зонне.





Источник инфекции — больной человек или бессимптомный носитель. Пациент распространяет шигеллы уже с первого дня заболевания. Пик заразности наблюдается на 3–6 сутки. Подтвердить безопасность такого больного для окружающих можно только лабораторным путем, сделав посев образца кала.

Возбудитель проникает в пищеварительный тракт фекально-оральным путем. У детей до 3 лет возможен контактный механизм передачи (через загрязненные предметы быта, игрушки, посуду). Также возможно заражение после употребления инфицированной воды, молочных продуктов, мясных изделий и т.д. Значимую роль в распространении шигелл играют механические переносчики — мухи.

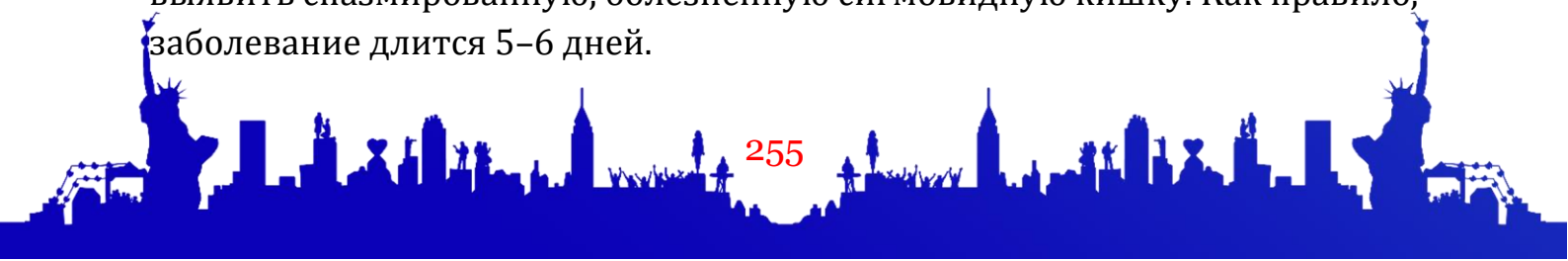
Развитие данного заболевания начинается с попадания возбудителя в тонкую кишку. Там бактерии интенсивно размножаются, и через 12 часов достигают огромной концентрации. Благодаря действию иммунитета и ферментов часть микроорганизмов гибнет, выделяя токсины, которые вызывают интоксикацию организма, боль в животе и повышение температуры. Затем бактерии мигрируют в дистальный отдел толстого кишечника, где и начинают негативно влиять на слизистую. Шига-токсин производит патологическое воздействие на энтероциты, клетки эпителия и нервные сплетения кишки. Из-за этого возникает воспаление, нарушается перистальтика, образуются язвы. Шигеллы прячутся в криптах (складках) кишечника, не давая возможности иммунным клеткам их уничтожить.

Кроме локального воздействия, экзотоксины этих бактерий способны всасываться в кровь, поражая центральную нервную систему и нефроны почек.

По характеру течения выделяют две формы данного заболевания: острую и хроническую.

Острая форма дизентерии. В зависимости от выраженности симптомов существует три степени тяжести.

Легкая. Характерны эпизоды повышения температуры до 38°C, плохой аппетит, незначительная слабость. Рвота отсутствует или возможна 1–2 раза. Стул — 5–8 раз в сутки. Сохраняется каловый характер испражнений. Прожилки крови со слизью либо отсутствуют, либо присутствуют в незначительном количестве. При пальпации можно выявить спазмированную, болезненную сигмовидную кишку. Как правило, заболевание длится 5–6 дней.





Среднетяжелая. Проявления интоксикации и нарушения пищеварения особенно выражены. Наблюдается частая рвота, лихорадка достигает 38–40°C, возникает схваткообразная боль в животе, ложные позывы в туалет (тенезмы). Испражнения становятся скудными, с большим количеством слизи и прожилками крови. Длится такая форма дизентерии около двух недель.

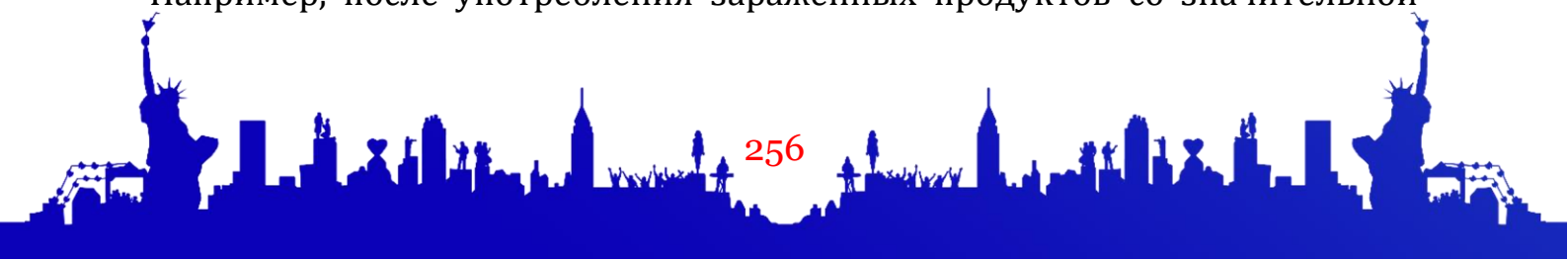
Тяжелая. Главным признаком является развитие тяжелого инфекционного токсикоза. Болезнь начинается остро и характеризуется резким повышением температуры до 40°C. Рвота многократная, иногда непрерывная. Нередко наблюдаются признаки вовлечения в процесс нервной системы: обморочные состояния, судороги, бредовые расстройства, галлюцинации. Кроме выраженного колита, возникает сердечная и почечная недостаточность. При этом артериальное давление и температура тела падают, кожные покровы бледные, пульс учащенный.

Кроме вышеперечисленных вариантов, существуют еще субклиническая и стертая формы, которые выявляются только лабораторно. Очень редко возникает гипертоксическая дизентерия, при которой интоксикационный синдром и глубокое угнетение нервной системы опережают проявления колита.

Хроническая дизентерия разделяется на рецидивную и непрерывную формы. Для рецидивной дизентерии характерна цикличность с чередованием обострений и периодов благополучия, во время которых не наблюдается никаких симптомов. Клиническая картина рецидива напоминает острую дизентерию легкой или средней степени тяжести. Кроме расстройств пищеварения, у детей наблюдаются выраженные нервно-психические нарушения в виде плохого сна, головной боли и раздражительности.

Непрерывная форма у детей встречается очень редко. Болезнь протекает без ремиссий, состояние непрерывно ухудшается, усугубляются расстройства пищеварения, возникает анемия и гиповитаминоз, а также тяжелый дисбактериоз.

Это заболевание возникает в любом возрасте, однако чаще всего ей страдают дети 2–3 лет. Инкубационный период длится от семи часов до семи дней (в среднем, 2–3 дня). Симптомы и их выраженность зависят от массивности инфицирования, а также от фактора передачи возбудителя. Например, после употребления зараженных продуктов со значительной





концентрацией шигелл инкубационный период очень короткий, а клиническая картина тяжелая.

Диагностика заболевания начинается с выяснения анамнеза и осмотра больного. Затем назначают лабораторные исследования:

Общий анализ крови. Для дизентерии характерно увеличение числа лейкоцитов за счет нейтрофилов.

Анализ кала позволяет косвенно оценить воспалительные изменения в кишечнике и уровень его дисфункции. Микроскопически выявляют лейкоциты, эритроциты и слизь, а также большое количество нейтральных жиров и кислот.

Бактериологический метод. Для исследования берут образец кала. Затем материал сеют на живительные среды, на которых спустя 3–4 дня вырастает колония микроорганизмов. Ее идентифицируют и ставят окончательный диагноз.

Серологическая диагностика. С ее помощью определяют антитела к шигеллам по различным методикам. Чаще всего применяют реакцию агглютинации, реакцию пассивной гемагглютинации, иммуноферментный анализ. Диагностически значимым считается нарастание титра антител в динамике.

Эндоскопическое исследование кишечника (колоноскопия, энтероскопия) проводится по показаниям, когда нужно оценить степень поражения кишечника.

Госпитализация в стационар необходима при дизентерии среднетяжелой и тяжелой степени, наличии сопутствующих заболеваний или затяжном течении. Дети до 3 лет также лечатся стационарно.

В первые дни назначают строгий постельный режим, который при улучшении состояния расширяют. Важным компонентом лечения является диета. Детям рекомендован стол №4, где исключается жирное, соленое, копченое, а также продукты, в составе которых имеется лактоза.

Медикаментозное лечение включает в себя регидратационную терапию на первом этапе болезни. Нормальный водно-солевой обмен восстанавливают путем введения внутривенных растворов или приема оральных регидратационных смесей (ОРС). В первый день рекомендуется использовать сорбенты для выведения токсинов из пищеварительного тракта.

Антибактериальную терапию при шигеллезе назначают только в тяжелых случаях. Определяют чувствительность штамма бактерий к





антибиотикам бактериологическим методом. В детской практике применяют цефалоспорины, макролиды, пенициллины.

В периоде выздоровления рекомендуется использовать пробиотики, ферментные препараты и поливитаминные комплексы для восстановления моторики кишечника.

Прогноз для здоровья и жизни больных этим заболеванием в большинстве случаев благоприятный. Летальный исход случается редко, и возможен у младенцев и детей с ослабленным иммунитетом.

Использованная литература:

1. Бакрадзе М.Д. Диагностические и терапевтические подходы при остром гастроэнтерите у детей / М.Д. Бакрадзе, В.К. Таточенко, Е.В. Старовойтова // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 3. – С.18-23.
2. Ныркова О.И. Клинические и патобиохимические особенности интоксикационного синдрома при дизентерии у детей и тактика терапии // О.И. Ныркова : дисс... канд. мед. наук. – 2005. – 132 с. / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/klinicheskie-i-patobiokhimicheskie-osobennostiintoksikatsionnogo-sindroma-pri-dizenterii-u-> (дата обращения: 20.11.2016).
4. Toshpo'latova, M. (2023). INNOVATIVE METHODS OF TEACHING ENGLISH TO YOUNG PEOPLE AT HOME. Solution of social problems in management and economy, 2(11), 107-111.
5. Тихомирова О.В., Бехтерева М.К., Хусейн Дж., Кветная А.С. и др. Особенности течения дизентерии Флекснера и рациональная этиотропная терапия у детей на современном этапе // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 2002. № 6. с. 46–52.
7. Халиуллина С.В., Анохин В.А. Терапия острых кишечных инфекций у детей. Доказанная эффективность (обзор литературы) / С.В. Халиуллина, В.А. Анохин // Журнал инфектологии. – 2013. – № 4. – С. 5-13.

