Шигеллез

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0 · Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Шигеллез — острое антропонозное кишечное заболевание, вызываемое Shigella и обычно поражающее дистальный отдел толстой кишки. Рекомендация посвящена распознаванию формы и тяжести инфекции, лабораторному подтверждению, регидратации, этиотропной терапии и профилактике передачи инфекции у детей и взрослых.

Главное

- Классический шигеллез начинается остро: лихорадка и интоксикация сопровождаются схваткообразной болью внизу живота, тенезмами, ложными позывами и частым скудным слизисто-кровянистым стулом. Инкубация обычно занимает 2–5 дней, общий срок неосложненного течения — до 5–10 дней.
- Тяжесть определяют по выраженности интоксикации, местных кишечных изменений и обезвоживания; выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. По течению заболевание может быть острым, затяжным или хроническим.
- Наиболее опасное течение связано с S. dysenteriae 1; возможны инфекционно-токсический или смешанный шок, гемолитико-уремический синдром, бактериемия, кишечное кровотечение и прободение язв кишечника с развитием перитонита.
- Группу риска составляют дети первого года жизни, взрослые старше 50 лет, пациенты с белково-энергетической недостаточностью и выраженным обезвоживанием.
- Основной путь передачи — фекально-оральный, через пищу, воду и загрязненные предметы. Источниками являются больные и бактерионосители, особенно пациенты с легкими или стертыми формами и реконвалесценты с длительным выделением шигелл.
- Микробиологическое исследование кала или ректального мазка проводят до начала антибактериальной терапии; контроль у подтвержденных пациентов выполняют однократно не ранее чем через 2 дня после окончания этиотропного лечения, а у декретированных групп — двукратно.
- Вакцины, эффективной против всех вариантов шигеллеза, нет. В РФ специфическая профилактика предусмотрена для дизентерии Зонне; иммунитет после вакцинации сохраняется 1 год.
- Контактных наблюдают 7 дней с термометрией, оценкой стула и пальпацией кишечника; по показаниям выполняют посев кала. Химиопрофилактику и экстренную профилактику контактным не проводят.

Диагностика

1. Уточнить начало и длительность болезни, лихорадку, интоксикацию, боль и спазмы внизу живота, тенезмы, ложные позывы, частоту и характер стула. В эпиданамнезе выяснить контакты с больными диареей, употребление потенциально зараженной воды или молочных продуктов, пребывание в очаге и сезонность.
2. При осмотре оценить температуру, сухость языка, пульс и артериальное давление, массу тела, частоту дыхания, сатурацию, состояние кожи и диурез. Пальпировать все отделы толстой кишки; у детей до 18 лет оценить обезвоживание, в том числе по шкале CDS (УУР С, УДД 5).
3. Всем пациентам выполнить копрологическое исследование и культуральное исследование кала или ректального мазка на Shigella и Salmonella; при гастритическом синдроме исследуют также рвотные массы или промывные воды желудка. Госпитализированным дополнительно назначают общий анализ крови и мочи (УУР С, УДД 5).
4. При гемоколите провести молекулярно-биологическое исследование кала на Shigella, EIEC, EHEC и Campylobacter jejuni/coli (УУР А, УДД 2). Для оценки сочетанной инфекции исследуют кал на ротавирусы и норовирусы (УУР С, УДД 5).
5. При среднетяжелом и тяжелом течении определить АЛТ, АСТ, амилазу, мочевину, калий, натрий, кальций и С-реактивный белок (УУР С, УДД 5). При отрицательных бактериологических и молекулярных тестах возможно

серологическое исследование; диагностично четырехкратное и более изменение титра в парных сыворотках, взятых на 6–8-й день и через 10 дней.

6. Для дифференциальной диагностики исследовать кал на яйца и личинки гельминтов и простейших. При посещении эндемичных территорий за последние 6 месяцев обследовать на Entamoeba histolytica; выявление видовых маркеров амебы имеет диагностическое значение (УУР А, УДД 2).
7. Инструментальные методы не нужны для рутинного подтверждения шигеллеза. УЗИ применяют при подозрении на поражение органов или генерализацию, рентгенографию брюшной полости — при подозрении на хирургическую патологию, ректороманоскопию — при хроническом течении, а также у взрослых из декретированных групп.

Лечение

- Лечение комплексное: щадящий режим и питание, гигиенический уход, этиотропная терапия, регидратация и дезинтоксикация. Эмпирические системные антибактериальные препараты начинают после клинического или клинико-эпидемиологического установления диагноза, учитывая тяжесть болезни и региональную чувствительность (УУР С, УДД 5).
- У взрослых препаратами первой линии указаны фторхинолоны: ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки после еды 3 дня, офлоксацин 0,2–0,4 г 2 раза в сутки внутрь или внутривенно либо пефлоксацин 0,4 г 2 раза в сутки. Альтернативы: цефтриаксон 1–2 г внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки 4–14 дней либо рифаксимин 200 мг 3 раза в сутки или 400 мг 2–3 раза в сутки до 7 дней (УУР С, УДД 5).
- У детей системные или кишечные противомикробные препараты назначают в острую и подострую фазу с учетом чувствительности возбудителя. К стартовым препаратам относятся азитромицин внутрь: 12 мг/кг/сут в первый день, затем 6 мг/кг/сут еще 4 дня, а также цефтриаксон и цефотаксим; при чувствительных штаммах возможны амикацин, цефиксим и сульфаметоксазол/триметоприм (УУР С, УДД 5).
- Комбинацию антибактериальных препаратов применяют только при тяжелом шигеллезе; варианты включают фторхинолон с аминогликозидом или цефалоспорин с аминогликозидом. Длительность антибактериальной терапии, как правило, составляет до 5 дней при среднетяжелой форме и 5–7 дней при тяжелой.
- Оральную регидратацию проводят дробно в два этапа: восполнение дефицита в первые 6 часов, затем поддерживающее введение на всем периоде продолжающихся потерь. У детей используют растворы сниженной осмолярности 200–240 мосмоль/л; при неэффективности переходят к внутривенной инфузии (для детей УУР В, УДД 1; для взрослых УУР С, УДД 5; инфузионная терапия — УУР В, УДД 2).
- Взрослым со среднетяжелым и тяжелым течением для дезинтоксикации могут вводить 800–1200 мл 5% раствора декстрозы внутривенно капельно и меглюмина натрия сукцинат со скоростью до 90 капель/мин, в средней суточной дозе 10 мл/кг; объем и длительность зависят от тяжести и продолжаются до купирования интоксикации (УУР В, УДД 3).
- При диарее допустимы кишечные адсорбенты в возрастных дозировках, включая диосмектит, активированный уголь, коллоидный диоксид кремния и гидролизный лигнин. Препараты, подавляющие моторику кишечника и замедляющие пассаж содержимого, не применяют; при боли у взрослых старше 18 лет возможен дротаверин 0,04 г 3 раза в сутки (УУР С, УДД 5).
- Назначают механически и химически щадящую диету: в первые сутки объем питания уменьшают на 25%, используют стол №4, кисломолочные продукты, жидкие безмолочные каши и слизистые супы. Исключают цельное молоко, свежие овощи и фрукты, мясные и куриные бульоны и свежую выпечку; грудное вскармливание у детей раннего возраста сохраняют.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать в инфекционный стационар пациентов из группы риска, при среднетяжелом или тяжелом течении, осложнениях, обострении затяжного или хронического шигеллеза, тяжелых сопутствующих заболеваниях, принадлежности к декретированным группам или угрозе распространения инфекции. Пациента в тяжелом состоянии направляют в день обращения.
- При неотложном состоянии вызвать анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе в ОРИТ; при интенсивной боли в животе привлечь хирурга для исключения острой хирургической патологии.

- Выписывать после исчезновения клинических проявлений и микробиологического обследования. При подтвержденном шигеллезе контрольный посев выполняют не ранее чем через 2 суток после окончания этиотропной терапии; для работников питания и приравненных групп нужны два отрицательных результата.
- После подтвержденного шигеллеза проводить диспансерное наблюдение 4–6 недель; работников пищевой сферы, военнослужащих и бактерионосителей — 3 месяца, а работников пищевых предприятий с хроническим шигеллезом или длительно неустойчивым стулом — 6 месяцев.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее характерны для шигеллеза?

Острое начало, лихорадка и интоксикация сочетаются со схваткообразной болью внизу живота, тенезмами, ложными позывами и частым скудным стулом со слизью, кровью, позднее иногда с гноем.

Каким исследованием подтверждают шигеллез?

Основное подтверждение — выделение Shigella при культуральном исследовании кала или ректального мазка. При гемоколите дополнительно проводят молекулярное исследование на Shigella и другие инвазивные кишечные инфекции.

Нужно ли ждать результата посева перед началом антибиотика?

Нет. Эмпирическую системную антибактериальную терапию начинают после установления клинического или клинико-эпидемиологического диагноза.

Как проводить регидратацию при шигеллезе?

Сначала используют дробную оральную регидратацию: дефицит восполняют в первые 6 часов, затем продолжают поддерживающее введение при сохраняющихся потерях. При неэффективности перорального метода переходят к внутривенной инфузии.

Когда больного с шигеллезом госпитализировать?

Показания включают среднетяжелое или тяжелое течение, осложнения, выраженное обезвоживание, принадлежность к группе риска, затяжное или хроническое течение в период обострения, работу в декретированной сфере и угрозу распространения инфекции.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/869-shigellez. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/869_1