

УДК 616.995.132.2

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/24>

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЁЗА ПРИ РАЗНОЙ ВИДОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

©**Мамырова К. К.**, ORCID: 0000-0001-5874-5281, SPIN-код: 5598-8475,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, kmamyrova@oshsu
©**Жолдошев С. Т.**, ORCID: 0000-0003-3922-6659, SPIN-код: 1614-5165, Scopus 57216210507,
ResearcherID: HHC-7069-2022, д-р мед. наук, Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызстан, sjoldoshev@oshsu.kg

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF SHIGELLOSIS WITH DIFFERENT SPECIES OF THE PATHOGEN IN MODERN CONDITIONS

©**Mamyrova K.**, ORCID: 0000-0001-5874-5281, SPIN-code: 5598-8475,
Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, kmamyrova@oshsu.kg
©**Zholdoshev S.**, ORCID: 0000-0003-3922-6659, SPIN-code: 1614-5165, Scopus 57216210507,
ResearcherID: HHC-7069-2022, Dr. habil., Osh State University,
Osh, Kyrgyzstan; sjoldoshev@oshsu.kg

Аннотация. Представлены результаты эпидемиологического анализа заболеваемости шигеллёзом среди городского и сельского населения Кыргызской Республики за период 2013–2025 гг. Изучены особенности распространения различных видов *Shigella* и их влияние на клиническое течение заболевания. Цель исследования — провести анализ распространенности *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Shigella boydii* и *Shigella newcastle* у пациентов с шигеллёзом, госпитализированных в инфекционные стационары, а также определить влияние отдельных видов возбудителя на клинические проявления и развитие осложнений. Под наблюдением находились 584 пациента с подозрением на острый шигеллёз, из которых у 517 (88,5%) диагноз был подтвержден бактериологически. Наиболее часто выделялась *Shigella flexneri* — у 312 (60,3%) пациентов, *Shigella boydii* — у 92 (17,8%), *Shigella sonnei* — у 81 (15,7%) и *Shigella newcastle* — у 32 (6,2%) пациентов. Среди обследованных преобладали мужчины (64,3%), а большинство больных относилось к возрастной группе 15–40 лет. Установлено, что инфекция, вызванная *Shigella flexneri*, характеризовалась более тяжелым клиническим течением, сопровождалась более высокой частотой осложнений и являлась основным этиологическим фактором тяжелых форм шигеллёза. В то же время дизентерия, обусловленная *Shigella sonnei*, чаще протекала в легкой форме. Заболевания, вызванные *Shigella boydii* и *Shigella newcastle*, нередко имели стертое или атипичное течение, занимая промежуточное положение между инфекциями, вызванными *Shigella flexneri* и *Shigella sonnei*, что затрудняло своевременную клиническую диагностику. Полученные результаты свидетельствуют о доминирующей роли *Shigella flexneri* в структуре возбудителей шигеллёза в Кыргызской Республике и подтверждают необходимость учета видовой принадлежности возбудителя при прогнозировании тяжести заболевания, развитии осложнений и выборе лечебно-профилактической тактики.

Abstract. The article presents the results of an epidemiological analysis of shigellosis incidence among the urban and rural population of the Kyrgyz Republic for the period 2013–2025. The distribution patterns of various *Shigella* species and their impact on the clinical course of the disease were studied. The aim of the study was to analyze the prevalence of *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Shigella boydii*, and *Shigella newcastle* in patients with shigellosis hospitalized in infectious disease

hospitals and to determine the impact of individual species on clinical manifestations and the development of complications. A total of 584 patients with suspected acute shigellosis were observed, of whom 517 (88.5%) had the diagnosis confirmed bacteriologically. *Shigella flexneri* was the most frequently isolated bacterium, occurring in 312 (60.3%) patients, followed by *Shigella boydii* (92) (17.8%), *Shigella sonnei* (81) (15.7%), and *Shigella newcastle* (32) (6.2%). Males predominated among the examined patients (64.3%), and most patients were aged 15–40 years. It was established that infection caused by *Shigella flexneri* was characterized by a more severe clinical course, accompanied by a higher frequency of complications, and was the main etiologic factor in severe forms of shigellosis. At the same time, dysentery caused by *Shigella sonnei* often had a mild course. Diseases caused by *Shigella boydii* and *Shigella newcastle* often had an insidious or atypical course, occupying an intermediate position between infections caused by *Shigella flexneri* and *Shigella sonnei*, which hampered timely clinical diagnosis. The obtained results indicate the dominant role of *Shigella flexneri* among shigellosis pathogens in the Kyrgyz Republic and confirm the need to consider the pathogen species when predicting disease severity, the development of complications, and the selection of treatment and prophylactic strategies.

Ключевые слова: шигеллы, эпидемиологический анализ, заболеваемость, клинические формы.

Keywords: Shigella, epidemiological analysis, incidence, clinical manifestations.

Индустрия общественного питания в настоящее время очень развита. Ежедневно миллионы людей посещают рестораны, кафе и предприятия быстрого питания, рассчитывая на безопасность и качество предлагаемых блюд. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в сфере общественного питания во многом зависит от состояния здоровья персонала, соблюдения санитарно-гигиенических требований и своевременного прохождения обязательных медицинских осмотров. Работники предприятий общественного питания могут стать источником распространения возбудителей кишечных инфекций, если являются бессимптомными носителями или больны инфекционными заболеваниями [1-5].

Одной из наиболее значимых кишечных инфекций, представляющих потенциальную угрозу для посетителей, остается шигеллёз. Частота заболеваний дизентерией в мире не поддается учету в связи со сложной диагностикой заболевания и невозможностью контролировать случаи болезни в развивающихся странах. Заражение происходит при непосредственном соприкосновении с больным, через загрязненные руки больного или бактерионосителя, инфицированные им пищевые продукты, посуду и предметы обихода. Острая кишечная инфекция — одна из актуальных проблем современного здравоохранения, в частности, дизентерия [6-12].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), диарейные заболевания остаются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения во всём мире. Острые бактериальные кишечные инфекции, в том числе шигеллёз, продолжают представлять серьёзную проблему для общественного здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Инфекция, вызванная *Shigella*, является одной из основных бактериальных причин острой кровавой диареи (дизентерии) и передаётся преимущественно через загрязнённую воду, пищевые продукты и контактно-бытовым путём. Распространению заболевания способствуют неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия и ограниченный доступ к безопасной питьевой воде [13].

Особую обеспокоенность вызывает рост антибиотикорезистентности *Shigella* spp. и сохранение высокой распространенности *Shigella flexneri* в странах с низким уровнем дохода, где данный серотип чаще ассоциируется с более тяжелым течением заболевания и развитием осложнений. В связи с этим ВОЗ подчеркивает необходимость совершенствования эпидемиологического надзора, мониторинга циркулирующих серотипов и повышения эффективности лабораторной диагностики шигеллёза [13].

В данной работе рассматриваются возбудители дизентерии, пути заражения, методы диагностики, а также проводится сравнение *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Shigella boydii* и *Shigella newcastle*.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности шигеллёза в зависимости от видовой принадлежности возбудителя в Кыргызской Республике.

Материалы и методы исследования

Работа основана на данных официальной статистики Центра профилактики и Госсанэпиднадзора Кыргызской Республики за 1990–2025 гг. Анализировались все зарегистрированные случаи дизентерии: абсолютное число и интенсивные показатели (на 100 тыс. нас.). Возрастная структура (15–20, 21–30, 31–40, 41–50, 51–60, 61–70, 71–79, ≥80 лет), клинические формы (гастроэнтерическая, гастроэнтероколитическая, колитическая) и половой состав изучены с расчётом удельных весов (%). По данным эпидемиологических исследований анализировали предполагаемые пути передачи инфекции (водный, пищевой, контактно-бытовой и неустановленный). Лабораторная диагностика включала бактериологическое исследование кала с выделением копрокультуры *Shigella* spp., бактериологическое исследование промывных вод желудка (при наличии показаний), а также серологические методы исследования. Серологическую диагностику проводили с использованием реакции связывания комплемента (РСК) и иммуноферментного анализа (ИФА). Диагностически значимым считали титр антител ≥1:200 или не менее чем четырехкратное нарастание титра антител в парных сыворотках крови, полученных в конце первой недели заболевания и повторно через 7–10 суток.

Статистическую обработку данных выполняли с использованием Microsoft Excel 2021. Анализ носил описательный характер: рассчитывали интенсивные показатели заболеваемости (на 100 тыс. населения), относительные показатели (%), среднемноголетние значения, а также темпы прироста и убыли. Анализ динамики заболеваемости проводили на основе агрегированных данных без применения методов аналитической статистики. Все этапы соответствуют принципам доказательной медицины.

Исследование включало ретроспективный и проспективный анализ клинико-лабораторных проявлений шигеллёза у пациентов в возрасте 15–80 лет, госпитализированных в период с 1990 по 2025 г. в четыре стационарных учреждения Кыргызской Республики: Ошскую межобластную объединенную клиническую больницу, Джалал-Абадскую областную клиническую больницу, Баткенскую областную больницу и Ошскую городскую клиническую больницу. Анализу подвергались данные клинического обследования, результаты лабораторной диагностики, особенности клинического течения заболевания, частота развития осложнений и исходы инфекции.

В исследование включено 517 пациентов с диагнозом дизентерия (шигеллёз), соответствующим кодам МКБ-10: A03.0, A03.1, A03.2, A03.3. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины — 332 (64,3%), женщины составили 185 (35,7%). Диагноз «дизентерия» установлен на основании результатов лабораторной диагностики, клинико-эпидемиологической характеристики и анамнеза болезни. Обследование больных

проводилось согласно клиническому руководству по диагностике и лечению дизентерийной инфекции, а также результатам непосредственного участия автора-аспиранта в изучении эпидемиологических и клинических закономерностей острой бактериальной дизентерии и острых кишечных инфекций.

Результаты и их обсуждение

Сохраняющаяся высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ), включая шигеллёз, изменение циркулирующих серотипов *Shigella* и выраженный клинический полиморфизм заболевания определяют актуальность изучения его этиологических, эпидемиологических и клинических особенностей в современных условиях. С целью оценки интенсивности эпидемического процесса проведён анализ динамики заболеваемости ОКИ в Кыргызской Республике за период 2013–2025 гг.

Полученные результаты представлены на Рисунке. На диаграмме отражена динамика нозологической структуры (удельного веса) ОКИ в Кыргызской Республике за 2013–2025 гг.

Анализ структуры заболеваемости проводился по трём основным категориям: бактериальная дизентерия (шигеллёз), ОКИ установленной этиологии и ОКИ неустановленной этиологии. На протяжении большей части исследуемого периода (2013–2019 гг.) общая заболеваемость демонстрировала стабильно высокие показатели, колеблясь в пределах 25–31 тыс. случаев ежегодно, с пиковыми значениями в 2017 и 2019 гг.

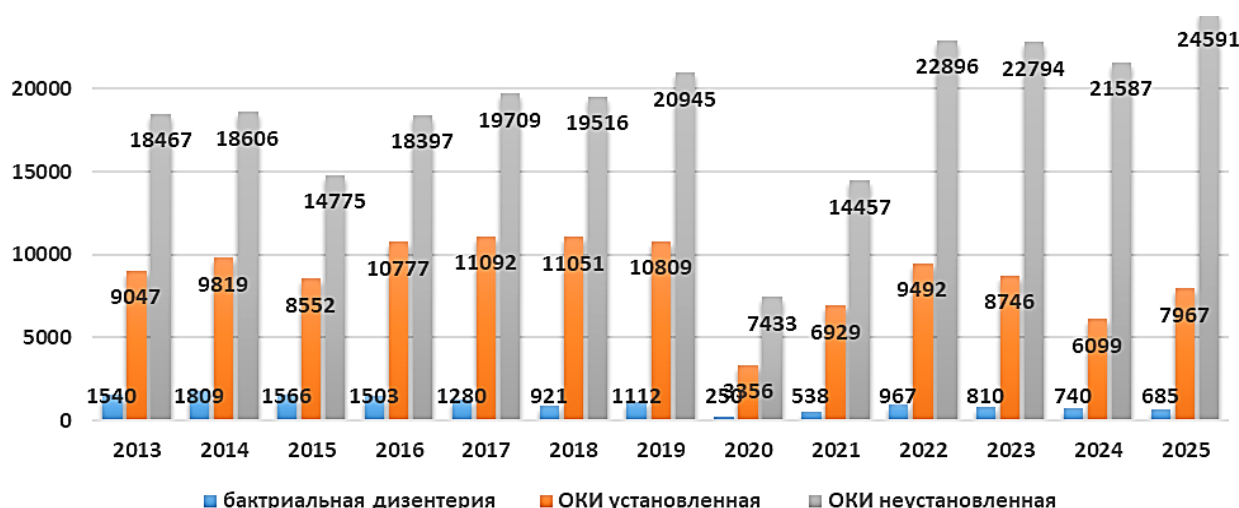


Рисунок. Видовой состав (удельный вес) разных нозологических единиц в структуре острых кишечных инфекций Кыргызской Республике за период 2013–2025 гг

Во всей структуре острых кишечных инфекций доминирующее положение стабильно занимали инфекции с неустановленным возбудителем, в то время как доля бактериальной дизентерии оставалась минимальной. В 2020 г. зафиксировано резкое снижение общего числа зарегистрированных случаев острых кишечных инфекций (до минимального значения за весь период наблюдения), при этом число острых кишечных инфекций неустановленной этиологии снизилось до 7435 случаев. Данная аномалия, очевидно, обусловлена введением жестких противоэпидемических мероприятий и ограничительных мер в период пандемии COVID-19. В постпандемийный период (2021–2024 гг.) отмечается выраженная тенденция к возвращению показателей к исходному уровню. Так, например, к 2022–2023 гг. общая заболеваемость вновь приблизилась к отметке в 30 тыс. случаев, а число острых кишечных инфекций неустановленной этиологии составило 22 896 и 22 794 случая соответственно.

Под наблюдением находились 584 пациента с подозрением на острую дизентерию (шигеллёз). У 517 (88,5%) пациентов диагноз был подтвержден бактериологически. Среди выделенных возбудителей преобладала *Shigella flexneri* — у 312 (60,3%) пациентов, *Shigella boydii* выявлена у 92 (17,8%), *Shigella sonnei* — у 81 (15,7%), а *Shigella newcastlei* — у 32 (6,2%) пациентов.

Среди обследованных преобладали мужчины — 332 (64,3%), женщины составили 185 (35,7%). У 67 (11,5%) пациентов бактериологического подтверждения получить не удалось, однако диагноз шигеллёза был установлен на основании совокупности клинических, эпидемиологических и лабораторно-инструментальных данных.

При диагностике учитывали характерное острое начало заболевания, наличие синдромов интоксикации и колита, эпидемиологический анамнез, результаты копрологического исследования, ректороманоскопии, общеклинических лабораторных исследований, а также серологических методов обследования. Комплексная оценка клинических и лабораторных данных позволяла верифицировать диагноз в случаях отрицательных результатов бактериологического исследования или невозможности выделения возбудителя вследствие предшествующего приема антибактериальных препаратов.

Наибольшая частота бактериологического подтверждения диагноза дизентерии отмечена среди пациентов в возрасте 15–20 лет — 143 (27,6%) больных. Среди пациентов возрастной группы 21–30 лет бактериологическое подтверждение выявлено у 64 (12,3%) больных, 31–40 лет — у 131 (25,3%), 41–50 лет — у 128 (24,7%), 51–60 лет — у 31 (5,9%), 61–70 лет — у 13 (2,5%) и 71–80 лет — у 7 (1,4%) пациентов. Таким образом, основная доля бактериологически подтверждённых случаев дизентерии приходилась на лиц молодого и среднего возраста (15–50 лет), что составило более 90% всех подтверждённых случаев. Наиболее высокий показатель отмечен в возрастной группе 15–20 лет, что может свидетельствовать о большей эпидемиологической уязвимости данной возрастной категории. Частота бактериологического подтверждения шигеллёза была ниже у пациентов старших возрастных групп: 61–70 лет — 13 (2,5%) случаев и 71–80 лет — 7 (1,4%) случаев. Одним из возможных факторов, влияющих на снижение высеваемости возбудителя, является применение антибактериальной терапии на догоспитальном этапе, что могло привести к уменьшению вероятности выделения *Shigella* при бактериологическом исследовании.

Таблица

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ШИГЕЛЛЁЗА (n=517)

гастроэнтерический		гастроэнтероколитический		колитический	
n	%	n	%	n	%
116	22,4	234	45,3	167	32,3

При анализе клинических вариантов течения шигеллёза отмечалось, что наиболее часто регистрировался гастроэнтероколитический вариант — у 234 (45,3%) пациентов, тогда как колитический вариант наблюдался у 167 (32,3%), а гастроэнтеритический — у 116 (22,4%) пациентов. Полученные данные свидетельствуют о преобладании смешанного поражения желудочно-кишечного тракта в клинической структуре заболевания. При гастроэнтеритическом варианте острой дизентерии болезнь сопровождалась обычно желудочно-кишечными расстройствами: тошнота наблюдалась у 82 (70,6%), рвота — у 68 (58,6%) пациентов, повышение температуры тела — у 86 (74,1%) пациентов, поносы — в 32 (27,5%) случаях. Причем нередко рвота возникала через несколько часов, а в некоторых случаях через несколько дней после появления жидкого стула, что напоминает клинику

сальмонеллёза. Многократная рвота отмечалась у 37 (31,8%) пациентов. В большинстве случаев её продолжительность составляла 24–48 часов, а кратность не превышала 4–5 эпизодов в сутки у 21 (18,1%) пациента. Болевой синдром в животе наиболее часто регистрировался при шигеллёзе, вызванном *Shigella flexneri* (312; 60,3%).

Локализация болей была разной: в эпигастральной области боли отмечались у 47 (40,5%) пациентов, в подвздошных областях — у 27 (23,2%), в околопупочной области — у 23 (19,8%) и в гипогастральной области — у 19 (16,3%) пациентов. Диарея наблюдалась у всех обследованных пациентов. У 19 (16,3%) пациентов в испражнениях определялись патологические примеси, такие как слизь и кровь, у 42 (36,2%) — только слизь, тогда как у 55 (47,4%) патологические примеси отсутствовали, несмотря на наличие абдоминального болевого синдрома. Частота дефекаций не превышала 7–8 раз в сутки у 42 (36,2%) пациентов, у 53 (45,6%) пациентов — 9–10 раз в сутки и достигала 11–15 раз в сутки у 21 (18,1%) пациента. Однако сроки нормализации стула затягивались на более продолжительный срок — 15–20 дней — при дизентерии, вызванной *Shigella flexneri*, тогда как при дизентерии, обусловленной *Shigella sonnei*, *Shigella Newcastle* и *Shigella boydii*, дисфункция с желудочно-кишечными расстройствами продолжалась не более 6–8 дней. Дополняет клиническую картину дизентерии спазмированная, утолщенная, болезненная сигмовидная кишка, наблюдаемая при *Shigella flexneri* у 312 (60,3%) больных, *Shigella sonnei* — у 81 (15,7%) пациента, *Shigella Newcastle* — у 32 (6,2%) пациентов, *Shigella boydii* — у 92 (17,7%) больных. Судороги икроножных мышц — у 33 (28,4%) пациентов. Первая степень обезвоживания — у 78 (67,2%), а вторая степень обезвоживания — у 17 (14,6%) пациентов. Интоксикация легкой степени была у 28 (24,1%) обследованных, а средней степени — у 88 (75,9%).

Гастроэнтероколитический вариант заболевания диагностирован у 234 (45,3%) пациентов. В дебюте болезни клиническая симптоматика во многих случаях имитировала сальмонеллёз или пищевые токсикоинфекции, что затрудняло проведение дифференциальной диагностики. На момент госпитализации клинические проявления и данные эпидемиологического анамнеза не позволяли с достаточной уверенностью исключить сальмонеллёз и пищевые токсикоинфекции. Однако на 3–4-е сутки стационарного лечения у 142 (60,6%) пациентов в клинической картине начинал преобладать колитический синдром, что проявлялось появлением типичных признаков поражения дистальных отделов толстой кишки и позволяло уточнить диагноз шигеллёза. При поступлении в стационар признаки поражения сигмовидной кишки (спазмированность, утолщение и болезненность при пальпации) выявлялись у 74 (31,6%) пациентов. Через 3–4 суток эти изменения отмечались уже у 173 (73,9%) пациентов. Примесь слизи в испражнениях при поступлении регистрировалась у 32 (13,7%) пациентов, а через 3–4 суток — у 176 (75,2%). Примесь крови в кале в первые сутки госпитализации выявлялась у 26 (11,1%) пациентов.

Тенезмы, сопровождающиеся тянущими схваткообразными болями в области прямой кишки, отмечались у 138 (58,9%) пациентов, а через 72 часа — у 70,9% больных. Лихорадочная реакция наблюдалась практически при всех вариантах дизентерии, за исключением случаев инфекции, вызванной *Shigella Newcastle*. Однако следует отметить, что более высокая (38,7–39–40⁰C) и продолжительная по времени повышение температуры тела 27–28 дней, периодическими снижением и подъёмом наблюдалась при заболеваниях обусловленных *Shigella Flexneri* у 91 (29,1%) пациентов и *Shigella sonnei* у 23 (28,3%) больных, лихорадочная реакция чаще носил не правильный характер, ознобы у 147 (67,7%), головная боль у 152 (29,4%). У пациентов с другими серотипами *Shigella* продолжительность лихорадочного периода не превышала 3–4 дней. При бактериологическом исследовании испражнений у пациентов с подтвержденным шигеллёзом наиболее часто выделялась *Shigella*

flexneri — у 312 (60,3%) пациентов. Реже выявлялись *Shigella boydii* — у 92 (17,8%), *Shigella sonnei* — у 81 (15,7%) и *Shigella Newcastle* — у 32 (6,2%) пациентов. Полученные данные свидетельствуют о преобладании в структуре возбудителей *Shigella flexneri*.

Шигеллёз характеризуется значительным клиническим полиморфизмом, что может затруднять своевременную диагностику заболевания. В современных условиях отмечается увеличение частоты атипичных вариантов течения с преобладанием колитического синдрома, что, вероятно, связано с изменением клинических проявлений инфекции и широким применением антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе (самолечение, неконтролируемая терапия). Под наблюдением находились 167 (32,3%) пациентов с колитическими вариантами течения острой дизентерии. Среди них гастроэнтероколитический вариант выявлен у 86 (51,4%) пациентов, энтероколитический — у 81 (48,6%) пациента. В данной группе преобладали мужчины — 91 (54,5%), а женщины составили 76 (45,5%) пациентов. Возраст пациентов с колитическими вариантами острой дизентерии варьировал от 15 до 75 лет. Наибольшую долю составляли пациенты возрастной группы 21–30 лет — 48 (28,7%) случаев и 15–20 лет — 34 (20,3%) случая. В возрасте 31–40 лет заболевание зарегистрировано у 27 (16,1%) пациентов, 41–50 лет — у 21 (12,5%), 51–60 лет — у 19 (11,3%), 60–69 лет — у 15 (8,9%), старше 70 лет — у 3 (1,8%) пациентов. Таким образом, основная часть пациентов приходилась на лиц молодого и среднего возраста (15–40 лет), которые составили большинство наблюдений. При анализе сезонного распределения случаев острой дизентерии установлено, что большинство пациентов — 97 (58,1%) — были госпитализированы в теплое время года.

Полученные данные свидетельствуют о сезонном подъеме заболеваемости в весенне-летний период, что может быть связано с активизацией факторов передачи инфекции, включая водный и пищевой пути. При анализе диагнозов при направлении пациентов в стационар установлено, что большинство больных — 121 (72,4%) — были госпитализированы с предварительным диагнозом острой дизентерии. У 22 (13,1%) пациентов первоначально диагностирован острый гастроэнтероколит, у 8 (4,7%) — острый энтероколит. В отдельных случаях больные были направлены с диагнозами сальмонеллёза — 9 (3,6%) пациентов и пищевой токсикоинфекции — 7 (4,2%) пациентов. Сроки госпитализации пациентов зависели от продолжительности заболевания до момента обращения за медицинской помощью. В первые 1–3 суток от начала заболевания были госпитализированы 57 (34,1%) пациентов, на 4–6-е сутки — 51 (30,5%), на 7–10-е сутки — 31 (18,5%). Поздняя госпитализация (11–12-е сутки заболевания и позже) отмечалась у 28 (16,7%) пациентов.

По степени тяжести заболевания преобладали среднетяжелые формы шигеллёза, которые диагностированы у 122 (73,0%) пациентов. Легкое течение отмечалось у 29 (17,3%) пациентов, тяжелые формы — у 16 (9,5%) пациентов. Таким образом, в исследуемой группе доминировали среднетяжелые формы заболевания, что отражает особенности клинического течения шигеллёза у госпитализированных пациентов. Продолжительность инкубационного периода у пациентов с колитическим вариантом острой дизентерии была различной. У 68 (40,7%) пациентов она составляла 4–5 суток, у 36 (21,5%) — от 3 до 14 часов, у 63 (37,7%) пациентов продолжительность инкубационного периода достигала 6–7 суток.

У всех обследованных пациентов отмечались признаки интоксикационного синдрома различной степени выраженности. Наиболее характерными проявлениями являлись головная боль, озноб, головокружение, общая слабость, артралгии, миалгии и снижение аппетита. Повышение температуры тела наблюдалось у 141 (84,4%) пациента. Лихорадка характеризовалась различной степенью выраженности, с максимальным повышением температуры до 39,2–40,0°C. Продолжительность лихорадочного периода до 3 суток

отмечалась у 72 (43,1%) пациентов, 4–5 суток — у 39 (23,3%), 5–6 суток — у 27 (16,1%), 7–10 суток — у 23 (13,7%), а длительная лихорадка продолжительностью 11–14 суток и более зарегистрирована у 6 (3,5%) пациентов. Абдоминальный болевой синдром являлся одним из ведущих клинических проявлений заболевания. Наиболее часто боли локализовались по ходу толстого кишечника — у 83 (49,7%) пациентов. Болевые ощущения в эпигастральной области отмечались у 17 (10,1%) пациентов, разлитая болезненность в животе — у 13 (7,8%), в околопупочной области — у 18 (10,7%), в левой подвздошной области — у 21 (12,5%), в нижних отделах живота — у 9 (5,3%) пациентов. Спазмированная и болезненная сигмовидная кишка определялась у 76 (45,5%) пациентов.

Характер испражнений также имел определенные особенности. Жидкий каловый или кашицеобразный стул отмечался у 11 (6,5%) пациентов, примесь слизи и крови в испражнениях выявлялась у 103 (61,6%) пациентов. Частота дефекаций варьировала: 3–4 раза в сутки — у 16 (9,5%) пациентов, 5–6 раз — у 33 (19,7%), 7–10 раз — у 42 (25,1%), 11–15 раз — у 55 (32,9%), 16–20 раз — у 9 (5,3%) пациентов. У 13 (7,8%) пациентов частота стула не поддавалась подсчету вследствие выраженной диареи.

Продолжительность диарейного синдрома также различалась. Диарея до 2 суток наблюдалась у 31 (18,5%) пациента, 3–4 суток — у 48 (28,7%), 5–6 суток — у 61 (36,5%), 7–10 суток — у 4 (2,4%), 11–15 суток — у 7 (4,2%), 16–20 суток — у 5 (2,9%) и более 20 суток — у 11 (6,5%) пациентов. При микроскопическом исследовании испражнений, выполненном при поступлении пациентов в стационар до начала медикаментозной терапии, патологические изменения в копрограмме выявлялись у всех обследованных. Патологические примеси в виде слизи и крови обнаружены у 108 (64,6%) пациентов. Наличие слизи во всем поле зрения отмечалось у 54 (32,3%) пациентов. Лейкоциты в количестве 16–20 в поле зрения выявлены у 24 (14,3%) пациентов, лейкоциты во всем поле зрения — у 47 (28,1%). Эритроциты в большом количестве определялись у 58 (34,7%) пациентов, а во всем поле зрения — у 8 (4,7%) пациентов.

При анализе показателей периферической крови у большинства пациентов отмечалась нормограмма. У 42 (25,1%) пациентов выявлялся умеренный лейкоцитоз, у 62 (37,1%) — ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). При ректороманоскопии обнаружены патологические изменения слизистой дистального отдела толстой кишки у 57 пациентов в виде проктосигмоидита (34,1%), катарально – эрозивного изменения у 8 (4,8%) пациентов, и у 6 (3,6%) катарально-геморрагического изменений слизистой. Со стороны сердечно-сосудистой системы чаще отмечались приглушение сердечных тонов у 98 (58,6%) пациентов, у 12 (7,2%) тоны сердца были глухими. Осложненное течение дизентерии было отмечено у 49 (9,45%) больных. Наиболее частым осложнением являлся дисбактериоз, выявленный у 28 (5,5%) пациентов, с благоприятным прогнозом. Инфекционно-токсический шок наблюдался у 3 (0,6%) больных, инфекционно-токсическая энцефалопатия — у 2 (0,3%), перфорация кишечника — у 1 (0,2%), выпадение слизистой оболочки прямой кишки — у 2 (0,3%), парапроктит — у 1 (0,2%) пациента. Полиартрит отмечен у 9 (1,8%) больных. Переход заболевания в хроническую форму дизентерии наблюдался у 3 (1,7%) пациентов. Мегаколон выявлен у 1 (0,2%) больного, миокардит — у 2 (0,3%), пневмония — у 1 (0,2%) пациента. В настоящее время в Кыргызстане летальность при осложненных и неосложненных формах дизентерии отсутствует, что свидетельствует о благоприятных результатах проводимой диагностики и лечения. Эти данные отличаются от результатов, опубликованных другими авторами. По данным Ж. П. Поплавской при дизентерии Флекснера летальность в Санкт-Петербурге составляла 6,04% в 1993 г и 4,3% в 1994 г [7].

Анализ распределения случаев острой дизентерии по источникам инфекции за период 1990–2025 гг. выявил выраженную неравномерность структуры путей заражения. Основными причинами инфицирования являлись водный путь — у 393 (76,0%) больных, употребление пищевых продуктов: яиц — у 3 (0,5%), молочных продуктов — у 73 (14,1%), овощей и фруктов — у 12 (2,4%) пациентов. Контактнo-бытовой путь передачи инфекции установлен у 17 (3,3%) больных, а в 19 (3,7%) случаях путь заражения остался не установленным. В 76,0% (393) случаев ведущим фактором передачи инфекции являлась вода, что составляет абсолютное большинство среди выявленных причин заражения и значительно превышает показатели других установленных факторов передачи. Такая высокая доля водного пути передачи может свидетельствовать о значимой роли качества водоснабжения в распространении инфекции, а также о трудностях эпидемиологического расследования, связанных с установлением конкретного источника контаминации воды или пищевого продукта при множественных контактах населения. Дополнительными факторами могли являться алиментарные заражения через продукты, приобретённые на стихийных рынках, при отсутствии достоверных сведений об их происхождении. В 3,7% (19) случаев источник инфекции установить не удалось, что указывает на сохраняющиеся сложности эпидемиологического поиска и необходимость совершенствования методов сбора эпидемиологического анамнеза.

Заключение

Таким образом, в структуре клинических проявлений острой дизентерии выявлены гастроэнтероколитический и колитический варианты течения заболевания. Установлена определённая зависимость клинической картины от вида возбудителя *Shigella*. У большинства больных дизентерия протекала в среднетяжёлой форме, особенно при инфекции, вызванной *Shigella flexneri*. Лёгкие формы заболевания значительно чаще наблюдались у пациентов с дизентерией, вызванной *Shigella sonnei*, *Shigella boydii* и *Shigella Newcastle*: они встречались более чем в два раза чаще, тогда как среднетяжёлые формы — примерно в два раза реже по сравнению с больными, инфицированными *Shigella flexneri*. Дизентерия, вызванная *Shigella boydii* и *Shigella Newcastle*, нередко протекала в стёртых и атипичных формах, занимая промежуточное положение между инфекциями, обусловленными *Shigella flexneri* и *Shigella sonnei*, что может затруднять раннюю диагностику заболевания. Острая дизентерия, вызванная *Shigella sonnei*, по сравнению с дизентерией, обусловленной *Shigella flexneri*, чаще характеризовалась лёгким течением и нередко протекала по типу гастроэнтерита, энтерита или гастроэнтероколита. При этом степень интоксикации у больных с инфекцией *Shigella sonnei* была менее выраженной, чем у пациентов с дизентерией, вызванной *Shigella flexneri*. Анализ характера испражнений и данных копрологического исследования позволяет заключить, что наиболее выраженные патологические изменения слизистой оболочки кишечника наблюдались у больных дизентерией, вызванной *Shigella flexneri*.

Список литературы:

1. Лобзина Ю. В. Руководство по инфекционным болезням. СПб.: Фолиант, 2003.
2. Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 816 с.
3. Онищенко Г. Г. Современные проблемы эпидемиологии кишечных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2005. №5. С. 3-8.
4. Горелов А. В., Усенко Д. В. Острые кишечные инфекции у взрослых и детей: современные подходы к диагностике и лечению // Инфекционные болезни. 2015. Т. 13. №3. С. 5-12.

5. Матякубова Ф. Современные аспекты клинико-эпидемиологических особенностей шигеллеза у взрослых // *South Aral Region Medical Journal*. 2026. Т. 2. №3/1. С. 944-951.
6. Ющук Н. Д., Бродов Л. Е. Острые кишечные инфекции: диагностика, и лечение. М.: Медицина, 2001. С. 55-60.
7. Dupont H. L. *Shigella species (Bacillary dysentery)* // Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2010. V. 7. P. 2905-10.
8. Kotloff K. L., Winickoff J. P., Ivanoff B., Clemens J. D., Swerdlow D. L., Sansonetti P. J., Levine M. M. Global burden of *Shigella* infections: implications for vaccine development and implementation of control strategies // *Bulletin of the World Health Organization*. 1999. V. 77. №8. P. 651.
9. Livio S., Strockbine N. A., Panchalingam S., Tennant S. M., Barry E. M., Marohn M. E., Levine M. M. *Shigella* isolates from the global enteric multicenter study inform vaccine development // *Clinical Infectious Diseases*. 2014. V. 59. №7. P. 933-941. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu468>
10. Von Seidlein L., Kim D. R., Ali M., Lee H., Wang X., Thiem V. D., Clemens J. A multicentre study of *Shigella* diarrhoea in six Asian countries: disease burden, clinical manifestations, and microbiology // *PLoS medicine*. 2006. V. 3. №9. P. e353. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030353>
11. Baker S., The H. C. Recent insights into *Shigella*: a major contributor to the global diarrhoeal disease burden // *Current opinion in infectious diseases*. 2018. V. 31. №5. P. 449. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000475>
12. Niyogi S. K. Increasing antimicrobial resistance—an emerging problem in the treatment of shigellosis // *Clinical Microbiology and Infection*. 2007. V. 13. №12. P. 1141-1143. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2007.01829.x>
13. World Health Organization. Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1. 2005.

References:

1. Lobzina, Yu. V. (2003). *Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam*. St.Petersburg. (in Russian).
2. Pokrovskij, V. I., Pak, S. G., Briko, N. I., & Danilkin, B. K. (2007). *Infektsionnye bolezni i epidemiologiya*. Moscow. (in Russian).
3. Onishchenko, G. G. (2005). *Sovremennye problemy epidemiologii kishhechnykh infektsij. Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii*, (5), 3-8. (in Russian).
4. Gorelov, A. V., & Usenko, D. V. (2015). Ostrye kishhechnye infektsii u vzroslykh i detej: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. *Infektsionnye bolezni*, 13(3), 5-12. (in Russian).
5. Matyakubova, F. (2026). *Sovremennye aspekty kliniko-epidemiologicheskikh osobennostej shigelleza u vzroslykh. South Aral Region Medical Journal*, 2(3/1), 944-951. (in Russian).
6. Yushchuk, N. D., & Brodov, L. E. (2001). Ostrye kishhechnye infektsii: diagnostika, i lechenie. Moscow, 55-60. (in Russian).
7. Dupont, H. L. (2010). *Shigella species (Bacillary dysentery)*. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7, 2905-10.
8. Kotloff, K. L., Winickoff, J. P., Ivanoff, B., Clemens, J. D., Swerdlow, D. L., Sansonetti, P. J., ... & Levine, M. M. (1999). Global burden of *Shigella* infections: implications for vaccine development and implementation of control strategies. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8), 651.

9. Livio, S., Strockbine, N. A., Panchalingam, S., Tennant, S. M., Barry, E. M., Marohn, M. E., ... & Levine, M. M. (2014). Shigella isolates from the global enteric multicenter study inform vaccine development. *Clinical Infectious Diseases*, 59(7), 933-941. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu468>
10. Von Seidlein, L., Kim, D. R., Ali, M., Lee, H., Wang, X., Thiem, V. D., ... & Clemens, J. (2006). A multicentre study of Shigella diarrhoea in six Asian countries: disease burden, clinical manifestations, and microbiology. *PLoS medicine*, 3(9), e353. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030353>
11. Baker, S., & The, H. C. (2018). Recent insights into Shigella: a major contributor to the global diarrhoeal disease burden. *Current opinion in infectious diseases*, 31(5), 449. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000475>
12. Niyogi, S. K. (2007). Increasing antimicrobial resistance—an emerging problem in the treatment of shigellosis. *Clinical Microbiology and Infection*, 13(12), 1141-1143. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2007.01829.x>
13. World Health Organization. (2005). Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae type 1.

Поступила в редакцию
27.07.2026 г.

Принята к публикации
06.08.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Мамырова К. К., Жолдошев С. Т. Особенности клинического течения шигеллёза при разной видовой принадлежности возбудителя в современных условиях // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №10. С. 213-223. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/24>

Cite as (APA):

Mamyrova, K., & Zholdoshev, S. (2026). Features of the Clinical Course of Shigellosis with Different Species of the Pathogen in Modern Conditions. *Bulletin of Science and Practice*, 12(10), 213-223. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/24>