



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК 616.935-053.8

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИГЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ



Матякубова Феруза Эгамовна- ассистент;

Самаркандский государственный медицинский институт, кафедра инфекционных болезней,

Самарканд, Узбекистан.

fmatakubova@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-2020-447X>

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями требует особого внимания к изучению этиологической структуры их возбудителей, особенностей эпидемиологии и клинических проявлений в современный период. Цель исследования: определить клинко-эпидемиологические характеристики шигеллеза у взрослых в современный период. В настоящее время в эпидемический процесс при шигеллёзе вовлекаются преимущественно лица пожилого возраста, чаще женщины. Доминирующим возбудителем шигеллёза является шигелла Флекснера. Клиническими особенностями шигеллёза в современный период являются наличие скудного стула со слизью (у 93,3% больных), отсутствие тенезмов (у 91% больных) и, в тоже время, наличие ложных позывов у каждого 4-го пациента. Доминирует среднетяжелое и тяжелое течение болезни (85,8%) и превалируют колитические формы шигеллёза (62,5%). В периферической крови лейкоцитоз у 67,1% больных, однако лейкоцитарная формула сохраняет нейтрофильный характер и наблюдается палочкоядерный сдвиг (12,9%).

Ключевые слова: шигеллёз, взрослые, диагностика, *Shigella flexneri*

O'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish darajasining yuqori bo'lib qolishi ularning qo'zg'atuvchilari etiologik tuzilmasi, epidemiologiyasi va klinik namoyon bo'lish xususiyatlarini hozirgi davrda chuqur o'rganishga alohida e'tibor qaratishni talab qiladi. Tadqiqot maqsadi: hozirgi davrda kattalarda shigellyozning klinik-epidemiologik xususiyatlarini aniqlash. Hozirgi vaqtda shigellyozda epidemik jarayonga asosan keksa yoshdagi shaxslar, ko'proq ayollar jalb etilmoqda. Shigellyozning yetakchi qo'zg'atuvchisi *Shigella flexneri* hisoblanadi. Hozirgi davrda shigellyozning klinik xususiyatlari quyidagilardan iborat: bemorlarning 93,3% ida shilliq aralash kam miqdordagi najas kuzatiladi, 91% bemorda tenesmlar mavjud emas, ayni vaqtda har to'rtinchi bemorda yolg'on chaqiriqlar aniqlanadi. Kasallikning o'rtacha og'ir va og'ir kechishi ustunlik qiladi (85,8%), shuningdek, shigellyozning kolitik shakllari ko'pchilikni tashkil etadi (62,5%). Periferik qonda 67,1% bemorda leykotsitoz qayd etilgan, biroq leykotsitar formula neytrofil xususiyatni saqlab qoladi va tayoqchasimon yadroli siljish kuzatiladi (12,9%).

Kalit so'zlar: shigellyoz, kattalar, diagnostika, *Shigella flexneri*.

The persistently high incidence of acute intestinal infections requires special attention to the study of the etiological structure of their pathogens, the characteristics of their epidemiology, and their clinical manifestations in the modern period. Objective of the study: to determine the clinical



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

and epidemiological characteristics of shigellosis in adults in the modern period. At present, the epidemic process of shigellosis predominantly involves elderly individuals, more often women. The dominant causative agent of shigellosis is *Shigella flexneri*. The clinical features of shigellosis in the modern period include scanty stool with mucus in 93.3% of patients, absence of tenesmus in 91% of patients, and at the same time the presence of false urges in every fourth patient. Moderate and severe forms of the disease predominate (85.8%), and colitic forms of shigellosis are more prevalent (62.5%). In peripheral blood, leukocytosis is observed in 67.1% of patients; however, the leukocyte formula remains neutrophilic, and a band shift is noted (12.9%).

Keywords: shigellosis, adults, diagnosis, *Shigella flexneri*.

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями требует особого внимания к изучению этиологической структуры их возбудителей, особенностей эпидемиологии и клинических проявлений в современный период. Шигеллезы занимают одно из самых ведущих мест в инфекционной патологии у детей. Среди них значимый вес принадлежит острой дизентерии до 3-х летнего возраста во всем мире [1,2,3]. Заболеваемость дизентерией в мире трудно поддается учёту из-за недоступности квалифицированной медицинской помощи, но по осторожным подсчётам от ВОЗ ежегодно происходит до 80 миллионов случаев заболевания шигеллёзами, по крайней мере 700 000 из них со смертельным исходом [4,5]. Продолжаются интенсивные исследования клинко-патогенетических механизмов и методов диагностики дизентерии. Однако в этой области остается много нерешенных вопросов. Относительно невысокая бактериологическая подтверждаемость дизентерии обуславливает необходимость дальнейшего усовершенствования существующих и разработку новых методов диагностики. Дизентерия был и остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Активная антибиотикотерапия, проводимые эпидемиологические мероприятия не предупреждают высокую смертность в результате острой дизентерии [3,4,5]. Следует отметить, что прикрепляться к эпителиоциту, проникать в него и размножаться в нем способны только вирулентные штаммы дизентерии, которые контролируются инвазивной активностью этих бактерий. Токсины дизентерии являются самым распространенным токсином в природе. Несмотря на повышенный интерес к изучению дизентерии и их токсинов, в последнее время роль его как фактора вирулентности в патогенезе дизентерии и, особенно в развитии гемоколитического синдрома, остается недостаточно изученными. Решение этой проблемы требует углубленных информативных методов их выявления. Доминирующей нозологической формой шигеллеза в 70-80 годы XX века была дизентерия Зонне [2,3,4,5]. Однако с середины 90-х годов в этиологической структуре шигеллезов преобладают *Sh.Flexneri* [1,5]. За этот период изменилась возрастная структура населения, улучшились качество водоснабжения и питания, жилищно-коммунальные условия жизни людей, что определяет особую актуальность изучения данной инфекции. Успешная борьба с дизентерией, возможна только при тесном взаимодействии медицинских работников участковой сети, инфекционистов, санитарно-эпидемиологической службы.

Цель исследования: определить клинко-эпидемиологические характеристики шигеллеза в современный период.

Материалы для исследования: материалом для исследования послужили больные, обратившиеся в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда за последние 10 лет.

Методы исследования: анамнестические, клинические и лабораторные.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Результаты исследования: Анализ заболеваемости ОКИ проводился в период с 2010-2021 гг по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда.

В соответствие с поставленными целями и задачами нами проводились исследование в следующих направлениях: изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные аспекты острых кишечных инфекций (ОКИ).

Анализ многолетней динамики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Самаркандской области показал, что в последние годы наблюдается выраженная тенденция к росту заболеваемости. Одной из причин роста заболеваемости диарейными заболеваниями явилась более полная регистрация больных диареями. Дополнительным фактором роста регистрации заболеваемости ОКИ, явилось введение регистрации больных с первичным и подтвержденным диагнозом, через систему ИСЭМИЗ, обусловившим улучшение регистрации.

Анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Самаркандской области показал: из всех обработанных историй ОКИ наиболее часто встречался клебсиеллезная инфекция (*Klebsiella pneumoniae*) 1,6%, протеазная инфекция (*Proteus mirabilis*) – 3,6%, стафилококковая инфекция (*Stafilococcus aureus*) – 2,1%, цитробактерная инфекция (*Citrobacter*) – 6,6 %, салмонеллез (*Salmonella*)- 16,4 %, энтеробактерная инфекция (*Enterobacter*) -6,6 %, псевдомоназная инфекция (*Pseudomonas aeruginosa*)-4,1%, шигеллезная инфекция (*Shigella*) -12,8%. (рисунок № 1). Остальные составляют не установленные острые кишечные инфекции (52,8%).

Рис 1. Распределение больных с ОКИ.

Диагнозы выставлялись на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая.

По возрастной анализ больных показал, что дети в возрасте от 0 до 1 года составили – 1,4 %, от 1 до 3 лет – 2,3%, от 3 до 7 лет- 3,8 %, от 7 до 14 лет 11,7%, от 15 до 18 лет 12,2%,



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

старше 19 лет – 68,6%, от общего числа госпитализированных больных (рисунок №3). Как видно из рисунка 3, основной процент больных взрослые (66,6%).

По возрастной анализ больных показало, старше 19 лет – 68,6%, от общего числа госпитализированных больных. Среди взрослых основная масса больных составляли лица старше 19-45 лет.

Анализ возрастной структуру больных показывает 19 - 25 лет (11,4%), 25 - 30 лет (29,9%), 30 - 40 лет (24,7%), 40-50 лет (25,6%), старше 50 лет (8,4%).

Рис 2. Распределение больных по полу.

Из общего числа обследованных больных у взрослых с диагнозом «Дизентерия» мужского пола было 35,6% и женского пола - 65,4% (рисунок № 2).

Рис 3. Распределение больных по возрасту.

Мы также проанализировали основное место жительства больных и установили преимущественное обращение больных из районов Самаркандской области: жителей



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

сельской местности было 54,8%, города - 45,2%. В этой связи мы проанализировали распределение обращаемости больных по районам Самаркандской области (рисунок 5).

Рис 4. Распределение больных по месту жительства

Анализ сезонности, представленный ниже в диаграмме, показал преимущественное обращение больных в летнее-осеннее время (рисунок №5). Наиболее значительный рост заболеваемости зарегистрирован с июля по сентябрь. В указанные месяцы поступило 51,3% больных. Койка дни у больных распределена таким образом: в течение 1 -3 дней - 11,3% больных, 3-5 дней - 25,2%, 5-10 дней-30,5%, 10-15 дней - 22,4%, свыше 15 дней- 10,6 %. У больных с осложнениями заболевания наблюдалось удлинение койка дней (32,7%).

Рис 5. Распределение больных в зависимости от сезонности заболевания.

Как видно из таблицы №1, наиболее многочисленную группу больных шигеллезом составили торговцы, безработные (мардикоры), сельские рабочие, одиноко проживающие пенсионеры, то есть малообеспеченный слой населения, не всегда соблюдающий сроки реализации продуктов, а порой и санитарно-гигиенические условия их хранения. Среди работающих на предприятиях чаще болели лица, которые в обеденное время питались вне дома.

Социальный состав больных с шигеллезом

Таблица № 1

Социальная группа	%
-------------------	---



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

1.	Рабочие	18,3%
2.	Фермеры	5,8%
3.	Студенты	11,5%
4.	Безработные	17,6%
5.	Торговцы	30,6%
6.	Пенсионеры	16,2%

Большинство больных было доставлено в ОИКБ бригадами скорой медицинской помощи - 31,2%, врачами поликлиник направлено 19,2% больных, переведены из других стационаров города и области - 1,9% и 47,7% обратились в приемный покой стационара самостоятельно. Причиной вызова врачей скорой помощи был обусловлен острым началом болезни, наличием болевого синдрома в животе и диареи. Анализ путей и факторов передачи заболеваний показал, что пищевой путь заражения наблюдался в 53,8 % случаев. Из пищевых продуктов наиболее часто в качестве фактора заражения предполагались фрукты и другие продукты молочного происхождения. Причиной заболевания, по данным эпидемиологического анамнеза, чаще всего было употребление больными опасных в эпидемиологическом отношении молочных продуктов, преимущественно сметаны – 32,2%, 12,47% употребление мясных продуктов, преимущественно колбасных изделий. При этом среди лиц пенсионного возраста связывали свое заболевание с употреблением молочных продуктов 61,9% больных и лишь двое указали на употребление колбасных изделий. На контакт с больными, у которых имели место диспепсические расстройства, указали 11,7% больных. 12,3 % больных свое заболевание связали употреблением арбуза и дыни. В остальных случаях путь инфицирования не был установлен. У 54,9% был выявлен неблагоприятный преморбидный фон, в том числе у 22,2% отмечались частые нарушения стула в течение месяца до заболевания. Сопутствующую патологию имели 52,9% больных. Среди сопутствующих патологии преобладали ишемическая болезнь сердца 15,4%, артериальная гипертензия - 14,4%, сахарный диабет - 5,8%, 2,5% случаев хронический бронхит, 4,5% случаев хронический гепатит, 3,4% случаев желчнокаменная болезнь, 6,7% случаев опухоли толстого кишечника, 12,4% случаев ожирение, 8,5% случаев панкреатит, 3,7% случаев хронический запор. У всех больных выявлено анемия (100%). Анализ сроков госпитализации больных с дизентерией показал, что 39,9 % больных были госпитализированы в 1 сутки с начала заболевания, 39,5 % были госпитализированы на 2 сутки от начала заболевания, на 3 сутки с момента заболевания и позднее было госпитализировано 20,6 % больных. У больных которые поступили поздно в стационар отмечались тяжелые осложнения (47,65%).

Больные по степени тяжести распределены таким образом:



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Рис 6. Распределение больных по тяжести

Инкубационный период продолжительностью до 2-х дней наблюдался у 57,7% больных, у остальных - не превышал 5 дней. Среди жалоб больных, предъявляемых при поступлении, наиболее частыми были лихорадка (78,8%), боли в животе (75,0%) и диарея (100%). Субфебрильная температура наблюдалась у 35,0% больных, фебрильная - у 38,5%. У остальных больных температура тела была нормальной. Продолжительность лихорадки в 69,2% случаев не превышала 3-х дней, у остальных лихорадящих - 7 дней. Длительность лихорадочного периода с момента поступления в стационар $2,15 \pm 0,22$ дня. На тошноту жаловались 41,3% больных, на наличие рвоты - 37,5%. Рвота однократно отмечалась у 10,6%, до 5 раз - у 26,9% больных. Головная боль беспокоила 52,9%, а у 17,3% больных, преимущественно пожилого возраста, наблюдались головокружения. Боли в животе у 6,4% носили постоянный характер, у остальных больных с болевым синдромом в животе - схваткообразный - и были умеренными по своей интенсивности, локализовались в левой подвздошной области (43,6%), а у 52,6% больных носили разлитой характер и лишь в последующем смещались в левую подвздошную область. Продолжительность болевого синдрома у 85,9% больных не превышала 5 дней. Позывы на дефекацию сопровождались тенезмами лишь у 9,0% больных, в то время как ложные позывы имели место у 25,0% больных. Скудный стул со слизью был у 93,3% больных, у 50,9% - с прожилками крови. Частота стула до 5 раз в сутки отмечена у 6,7%, до 10 раз в сутки у 65,4%, до 20 раз в сутки - у 27,9% больных. При обследовании пониженный тургор ткани наблюдался у 27,9% больных, тахикардия была отмечена у 72,1%, снижение АД наблюдалось у 25,0% больных, повышение - у 24,0%. Спазмированная и болезненная сигмовидная кишка пальпировалась в 51,9% случаев.

Заболевание протекало в легкой форме у 14,2% в среднетяжелой - у 34,5% в тяжелой - у 51,3% больных. Колитическая форма наблюдалась в 62,5% случаев, гастроэнтероколитическая в 26,9% и энтероколитическая в 10,6% случаев. Бактериологически диагноз шигеллеза подтвержден в 41,7% случаев, в остальных случаях - клинически, эпидемиологически и серологически. Так как, бактериологический метод 100 % не выявляет патогенный агент, это указывает, оптимизацию диагностику шигеллеза на современном этапе. Среди возбудителей в основном выявили *Shigella flexneri*.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

В общем анализе крови установлено, показатели содержания лейкоцитов составили $6,65 \cdot 10^9$ /л. Умеренный лейкоцитоз при поступлении был у 67,1% больных. У большинства больных отмечались нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом (12,9%) и повышение СОЭ до 35 мм/с (57,8%). Длительность инфузионной терапии составила в среднем $3,2 \pm 0,3$ дня, а этиотропной терапии $5,7 \pm 0,2$ дня. Нормализация стула наступила в среднем на $7,5 \pm 0,5$ дня, купирование болевого синдрома в среднем на $6,2 \pm 1,2$ дня. Продолжительность стационарного лечения в среднем составила $8,1 \pm 0,30$ дня. Все случаи закончились выздоровлением. Учитывая существенный рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями, необходимо принять меры к улучшению лабораторной диагностики за счёт расширения спектра применяемых диагностикумов для определения бактериальных патогенов (энтеропатогенные палочки, шигеллы, иерсениоз и другие) с проведением исследований. Поскольку ОКИ не управляются средствами специфической профилактики, их распространение в значимой мере зависит от естественного развития эпидемического процесса в определенных условиях среди обитания населения (коммунального благоустройства, миграции населения, уровня санитарно-гигиенического состояния предприятий общественного питания, торговли продовольственными товарами и др.)

Заключение: таким образом, в современный период в эпидемический процесс при шигеллёзе вовлекаются преимущественно лица пожилого возраста, чаще женщины. Доминирующей возбудителей шигеллёза в современный период является шигелла Флекснера. Клиническими особенностями шигеллёза в современный период являются скудного стула со слизью (у 93,3% больных), отсутствие тенезмов (у 91% больных) и, в тоже время, наличие ложных позывов у каждого 4-го пациента. Доминирует среднетяжелое и тяжелое течение болезни (85,8%) и превалируют колитические формы шигеллёза (62,5%). В периферической крови лейкоцитоз у 67,1% больных, однако лейкоцитарная формула сохраняет нейтрофильный характер и наблюдается палочкоядерный сдвиг (12,9%).

Литература

1. Лобзин Ю. В., Огарков П. И., Сиволодский Е. П. и др. Шигеллёзы и другие острые кишечные диарейные инфекции: инструкция по диагностике, лечению и профилактике в Российской Федерации / под ред. Р. Д. Воронежской. — СПб., 2000.
2. Рахманова А. Г., Жолобов В. Е., Курчанов В. И. и др. Инфекционная заболеваемость в г. Санкт-Петербурге по материалам инфекционных стационаров и поликлиник // Инфекционные болезни — 2003: альманах / под ред. А. Г. Рахмановой, А. А. Яковлева, Е. Н. Виноградовой. — СПб., 2004. — С. 13–29.
3. Полоцкий Ю. Е., Бондаренко В. М. Патогенные свойства энтеробактерий и патогенез кишечных инфекций // Острые кишечные инфекции. Вып. 10: сборник научных работ / под ред. Т. В. Перадзе и др. — Л., 2000. — С. 74–85.
4. Дмитраченко Т. И. Сальмонеллёз, шигеллёз: клинико-эпидемиологические и бактериологические критерии рациональной антибиотикотерапии: автореф. дис. — Минск, 2002. — 40 с.
5. Новокшонова И. В., Зеленская О. И., Гольдберг И. Е. и др. Значение определения устойчивости шигелл к антибиотикам в бактериологической диагностике шигеллёза // Антибиотики и химиотерапия. — 2005. — Т. 50, № 2–3. — С. 30–32.