

М.Д. Чемич

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ШИГЕЛЬОЗУ

Сумський державний університет

*Досліджено особливості шигельозу при епідемічному спалаху, спричиненому *S. sonnei* (243 хворих). У структурі уражених переважали діти, серед госпіталізованих дорослих – жінки. Вивчено структуру 85 епідосередків. Встановлено основний шлях передачі – харчовий. Переважна кількість пацієнтів мала середньотяжкий ступінь хвороби. Найчастіше діагностували гастроентероколітну форму, яка переважала у жінок, у чоловіків – колітна.*

Кишкові захворювання є найактуальнішою проблемою інфекційної патології. Шигельоз займає в цій групі хвороб чільне місце. Питання епідеміології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування шигельозу вимагають постійного вивчення, формування нових підходів. Відбувається поступова зміна етіологічної структури шигельозу [1, 2]. Причини зміни етіології, а відповідно і причини еволюції шигельозного процесу, залишаються недостатньо розкритими. Про це свідчать намагання прогнозувати близькі та віддалені напрямки змін епідемічного процесу і клінічного патоморфозу цього захворювання [3-6]. Постійно реєструються епідемічні спалахи [7] з утягуванням великої кількості людей: у Сумській області – у 1996, 1999, 2000, 2001 рр. Залишаються недостатньо вивченими особливості епідемічного шигельозу.

Мета роботи – вивчити епідеміологічні, клінічні та лабораторні особливості сучасного епідемічного шигельозу.

Матеріали і методи

Обстежено 243 хворих на шигельоз. Захворювання мали епідемічний характер. Досліджували анамнестичні та клінічні дані, лабораторні показники. Вивчали загальний аналіз крові (аналізатор *Cobas-Micros*), показники гемоглобіну (Hb) та гематокриту (Ht), об'єму еритроцитів (MCV), вмісту (MCH) та концентрації гемоглобіну в еритроцитах (MCHC); біохімічний аналіз крові (аналізатор *Cobas-E-Mira*). Розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Кальфа-

Кальфа [8], гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), а також індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарний індекс (Лім) [9]. Аналіз результатів здійснювали на ЕОМ з використанням програми *Microsoft Excel*.

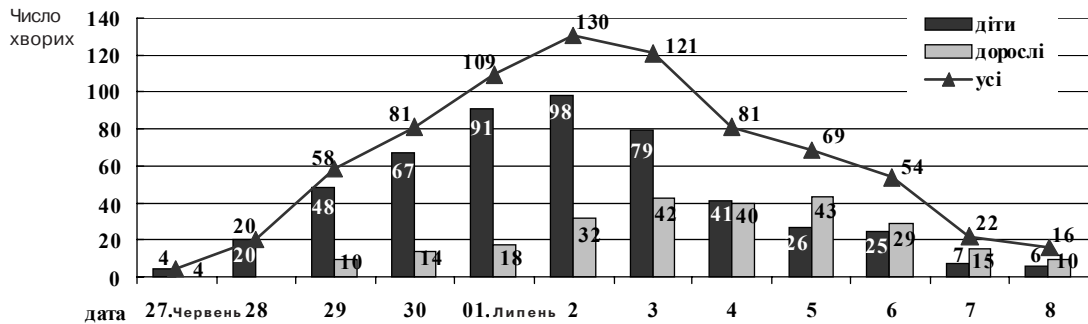
Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі епідемічного спалаху шигельозу (ЕШ) встановлено, що протягом 12 днів за медичною допомогою звернулось 765 осіб, з них 512 дітей та 253 дорослих. Госпіталізовано у стаціонари 654 особи, для 111 організовано стаціонар на дому. Протягом 6 днів (мал. 1) спостерігався стрімкий ріст кількості захворілих на ЕШ, найбільше їх число звернулось за допомогою на 6-й день від початку спалаху. У наступні 6 днів відбулось поступове зниження кількості захворілих на ЕШ зі значним падінням на 11-12-й дні. Слід відмітити, що при наростанні спалаху у щоденній структурі переважали діти і лише при значному зменшенні кількості захворілих з 9-го дня почали переважати дорослі особи. В подальшому зберігалась ця тенденція та щоденно протягом місяця реєструвалось від 10 до 30 хворих на ЕШ.

Обстежено 243 хворих на ЕШ, середній вік (25 ± 1) рік, до групи включені дорослі пацієнти, в яких не було супутньої хронічної патології органів травлення та інших захворювань. Діагноз ЕШ був встановлений на підставі епідеміологічних і клінічних даних, бактеріологічне підтвердження діагнозу досягнуте у 230 (94,7 %) пацієнтів. У всіх виділена *S. sonnei*. Найбільш ймовірно, причиною масових захворювань на ЕШ стало споживання сметани АТ ШММК. Встановлено, що культури *S. sonnei*, виділені від хворих, носіїв, працівників молокозаводу та зі сметани, ідентичні за культуральними, біохімічними, серологічними властивостями й антибіотикограмами.

Найбільше хворих на ЕШ звернулося за стаціонарною допомогою в 1-й та 2-й дні захворювання незалежно від ступеня тяжкості та статі. При легкому ступеню в першу добу госпіталізовано

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 1. Динаміка захворювань на шигельоз.

дещо більшу кількість хворих, ніж при середньотяжкому (1-а доба – 46,6 та 40,0 %, 2-а доба – 33,0 та 42,1 % відповідно). Час госпіталізації не залежав від клінічної форми: при колітній формі ЕШ легкого ступеня хворі госпіталізовувались на $(1,98 \pm 0,18)$ -й день, при гастроентероколітній – на $(1,73 \pm 0,14)$, при ентероколітній – на $(1,89 \pm 0,28)$ -й дні, при середньотяжкому ступеню – відповідно на $(2,00 \pm 0,13)$, $(1,82 \pm 0,12)$ і $(1,82 \pm 0,12)$ -й дні.

Факторами передачі при ЕШ, на які найчастіше вказували хворі, були сметана та інші молочні продукти у 145 обстежених, у кожного п'ятого це були фрукти й овочі, спожиті з додаванням сметани (47). Кожний десятий пацієнт вказував на контакт з подібними хворими (25). Контактували з подібними хво-

рими переважно чоловіки з різним ступенем тяжкості ЕШ та жінки з легким ступенем. Незначна частина обстежених думала, що захворювання спричинили спожиті м'ясні продукти (6), некип'ячена вода (2). Не вказували на будь який фактор передачі 18 хворих.

Зареєстровано 85 осередків, в яких було 173 хворих, індекс осередковості склав 0,11. При легкому ступеню ЕШ було 34 осередки, що склало 33,0 % від кількості захворілих цього ступеня, або 14,0 % від усіх, з них серед жінок – 18 осередків (22,5 %), серед чоловіків – 16 (37,2 %). При середньотяжкому ступеню ЕШ зареєстровано 51 осередок (36,4 % від кількості захворілих цього ступеня, або 21,0 % від усіх), з них серед жінок – 30 осередків (36,6 %), серед чоловіків – 21 (36,2 %).

Таблиця 1

Інтегративні показники ендогенної інтоксикації при ЕШ у гострому періоді залежно від ступеня тяжкості та клінічної форми

Група		ЛПІ	ГПІ	ІЗЛК	Ілімф	
Здорові	Чоловіки	$0,73 \pm 0,06$	$0,73 \pm 0,06$	$1,73 \pm 0,09$	$0,534 \pm 0,030$	
	Жінки	$0,68 \pm 0,08$	$0,68 \pm 0,07$	$1,39 \pm 0,07$	$0,633 \pm 0,040$	
	Разом	$0,70 \pm 0,05$	$0,70 \pm 0,05$	$1,53 \pm 0,07$	$0,587 \pm 0,030$	
Хворі на ЕШ різної тяжкості, клінічні форми	легкий, n=103	Коліт	$0,89 \pm 0,04^*$	$0,94 \pm 0,05^*$	$1,71 \pm 0,09$	$0,535 \pm 0,050$
		ЕК	$0,73 \pm 0,07$	$0,78 \pm 0,05$	$1,55 \pm 0,06$	$0,551 \pm 0,040$
		ГЕК	$0,72 \pm 0,05$	$0,80 \pm 0,04$	$1,66 \pm 0,08$	$0,512 \pm 0,030$
		Разом	$0,79 \pm 0,04$	$0,85 \pm 0,03^*$	$1,64 \pm 0,08$	$0,533 \pm 0,040$
	середній, n=140	Коліт	$1,70 \pm 0,11^{*,***}$	$1,79 \pm 0,12^{*,***}$	$4,48 \pm 0,18^{*,***}$	$0,227 \pm 0,050^{*,***}$
		ГЕК	$1,77 \pm 0,09^{*,***}$	$1,85 \pm 0,09^{*,***}$	$2,60 \pm 0,12^{*,***}$	$0,373 \pm 0,040^{*,***}$
		Разом	$1,74 \pm 0,08^{*,***}$	$1,82 \pm 0,09^{*,***}$	$3,54 \pm 0,13^{*,***}$	$0,301 \pm 0,040^{*,***}$
	разом, n=243	Чоловіки	$1,01 \pm 0,08^*$	$1,08 \pm 0,09^*$	$2,04 \pm 0,15^*$	$0,482 \pm 0,040^*$
		Жінки	$1,31 \pm 0,09^{*,**}$	$1,38 \pm 0,10^{*,**}$	$2,78 \pm 0,16^{*,**}$	$0,401 \pm 0,030^{*,**}$
		Разом	$1,16 \pm 0,08^*$	$1,23 \pm 0,09^*$	$2,41 \pm 0,13^*$	$0,440 \pm 0,030^*$

Примітки (тут і далі): * – різниця відносно норми достовірна; ** – відносно даних у чоловіків; *** – відносно даних відповідних клінічних форм легкого ступеня ($P < 0,05$).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Серед обстежених переважали хворі жіночої статі (58,4 %). Середній вік був однаковий. Переважна кількість пацієнтів мала середньотяжкий ступінь ЕШ – 140 (57,6 %) осіб, легкий ступінь встановлений у 103 (42,4 %) хворих. Статевий склад не залежав від ступеня тяжкості. При порівнянні вікової структури залежно від ступеня тяжкості та статі встановлено наступне: при легкому ступеню така залежність відсутня, при середньотяжкому пацієнти чоловічої статі були молодшими – (29,35±2,13) року – жінки, (20,97±1,77) року – чоловіки, $P < 0,001$.

У хворих на ЕШ найчастіше діагностували гастроентероколітну форму – в 109 (44,9 %), колітну – в 95 (39,1 %), гастроентеритну – в 21 (8,6 %), ентероколітну – в 18 (7,4 %) пацієнтів. Встановлено переважну реєстрацію колітної форми серед осіб чоловічої статі (47,5 % чоловіків та 33,1 % жінок), тоді як ентероколітну (відповідно у 3,9 і 9,8 %) та гастроентеритну (5,0 і 11,3 %) форми вдвічі частіше діагностували у жінок. Гастроентероколітну форму реєстрували однаково часто – 43,6 і 45,8 %.

Серед клінічних форм ЕШ при легкому ступеню недуги найчастіше діагностували колітну (38,8 %) та гастроентероколітну (34,0 %), а ентероколітну – вдвічі (17,5 %) і гастроентеритну – в чотири рази (9,7 %) рідше, ніж попередні форми. Привертає увагу відсутність ентероколітної форми при середньому ступеню, також значна кількість пацієнтів з гастроентероколітом (52,9 %) та колітом (39,3 %). Хворих з гастроентеритом була лише десята частина (7,8 %). У чоловіків як при легкому, так і при середньому ступеню частіше, ніж у жінок, була колітна форма шигельозу. Навпаки, гастроентерит виявляли частіше у жінок незалежно від ступеня тяжкості. Гастроентероколіт при легкому ступеню частіше був у чоловіків, при середньотяжкому – у жінок.

Практично у всіх хворих легкого ступеня ЕШ незалежно від клінічної форми були підвищення температури (у 99,0 %), тахікардія (у 97,1 %), діарея (у 97,1 %). У 3/4 пацієнтів виявляли больовий синдром, спазм сигми, слабкість. Кожен другий госпіталізований скаржився на біль голови, патологічні домішки у калі, у кожного п'ятого була збільшена печінка. При легкому ступеню гастроентероколітної форми, крім закономірного, переважного реєстрування нудоти, блювання та болю в епігастрії, найчастішими були скарги на запаморочення, підвищення температури тіла, у всіх виявляли тахікардію. Найбільшу кількість скарг мали хворі з колітом, у яких переважали діарея, біль у гіпогастрії, біль голови. Також частіше, ніж при інших клінічних формах, вони вказували на домішки слизу й крові

в калі. Слабкість і біль у мезогастрії частіше відмічали хворі з ентероколітом. При об'єктивному обстеженні болі в животі, ознаки зневоднення, гарячку, домішки слизу та еритроцитів у калі (лабораторно) виявляли у хворих з ентероколітом. Спазм сигми та наявність лейкоцитів у калі були більш характерними для осіб з колітом.

Клінічна симптоматика при легкому ступеню ЕШ під час госпіталізації не залежала від статі й клінічної форми. Частота випорожнень коливалась від 5 до 6 разів на добу, підвищення температури було в межах 38 °С, тахікардія не виражена. При вимірюванні артеріального тиску виявляли помірну гіпотензію, показники знаходились на одному рівні, за винятком систолічного показника при гастроентероколіті, який був нижчим, ніж у хворих з колітом, хоча кількість пацієнтів із систолічним показником артеріального тиску нижче 100 мм рт. ст. була більшою при ентероколітній та гастроентероколітній формах. Збільшення печінки було помірним і не перевищувало 2 см.

При епідемічному спалаху середньотяжкого шигельозу не реєстрували ентероколітної форми. З клінічних симптомів у всіх хворих були діарея, гарячка, тахікардія. Найчастішими були скарги на біль у гіпогастрії (у 82,1 %), слабкість (у 82,1 %), біль голови (у 69,3 %), запаморочення (у 60,7 %). При об'єктивному огляді найчастіше виявляли больовий синдром при пальпації живота (у 90,7 %), спазм сигмоподібної кишки (у 82,1 %), наявність домішок слизу в калі (у 74,3 %).

Гастроентероколіт супроводжувався в усіх хворих блюванням, нудотою, болями в епігастрії. У більшості випадків при цій формі ЕШ були скарги на біль у мезогастрії, біль голови, слабкість, запаморочення. При огляді частіше виявляли збільшення печінки, ознаки зневоднення. При коліті ж частіше виявляли притаманні цій формі симптоми: біль у гіпогастрії, спазм сигми, домішки у калі слизу, лейкоцитів, еритроцитів.

Ступінь клінічної симптоматики при середньотяжкому перебігу ЕШ не залежав від клінічної форми – за винятком підвищення температури, яке було значне у хворих з гастроентероколітною формою. Слід відзначити, що більше ніж у половини хворих систолічний показник артеріального тиску був нижче 100 мм рт. ст.

Порівняно з чоловіками більша кількість жінок мала всю масу скарг за винятком болю в мезогастрії та наявності патологічних домішок у калі. Об'єктивна симптоматика також переважала у пацієнтів жіночої статі, лише спазм сигмоподібної кишки частіше

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

виявлявся у чоловіків. Відзначено більший відсоток скарг при гастроентероколіті у хворих чоловіків на нудоту, біль в епігастрії, домішки слизу і крові в калі, решта ж скарг та об'єктивні зміни переважали у жінок. При коліті у чоловіків переважали скарги на болі в мезогастрії та гіпогастрії, патологічні домішки в калі, запаморочення. Здійснюючи внутрішньогруповий аналіз різних клінічних форм у хворих чоловіків, бачимо, що частота виявлення клінічних симптомів, особливо об'єктивних змін, переважає при коліті. У жінок при коліті кількість скарг була меншою, ніж при гастроентероколіті, і, навпаки, об'єктивна симптоматика переважала при коліті.

Ендогенна інтоксикація при ЕШ у загальної маси хворих була досить вираженою, на що вказує підвищення інтегративних показників ЛПІ, ГПІ, ІЗЛК, причому в жінок ці показники досягали вищих значень, ніж у чоловіків. Ілімф, навпаки, знижувався у жінок більш інтенсивно (табл. 1). Інтоксикаційний синдром при легкому ступеню ЕШ за інтегративними показниками (ЛПІ, ГПІ) був виражений лише при колітній формі, при легкому ступеню ентероколіту та гастроентероколіті зміни з боку формули крові були незначні. Середньотяжкий шигельоз супроводжувався вираженим інтоксикаційним синдромом, про що свідчило збільшення ЛПІ, ГПІ, ІЗЛК та зменшення Ілімф у всіх хворих. Підвищення перших трьох інтегративних показників ендогенної інтоксикації було достовірним порівняно з відповідними клінічними формами легкого ступеня. Це ж стосується й Ілімф. При коліті середнього ступеня тяжкості інтегративні показники достовірно зміню-

вались (ІЗЛК – підвищувався, а Ілімф – знижувався) відносно показників при гастроентероколіті.

Вивчення гематологічних показників у гострому періоді ЕШ (табл. 2) виявило зменшення об'єму еритроцитів у всіх хворих, яке не залежало від клінічної форми та ступеня тяжкості. Відбувалось також збільшення гемоглобіну, середньої концентрації гемоглобіну в еритроцитах у всіх хворих при легкому та середньотяжкому ступенях тяжкості шигельозу. Гематокрит підвищувався у хворих при коліті, гастроентероколіті середнього ступеня ЕШ та ентероколіті легкого ступеня. Виявлені зміни свідчать про згущення крові внаслідок втрати рідини, які більш інтенсивні при середньому ступеню ЕШ.

Встановлена чітка прямопропорційна залежність симптоматики від ступеня тяжкості епідемічного шигельозу. Така залежність спостерігається при реєстрації більшості клінічних симптомів за винятком діареї, болю голови та слабкості. Останні спостерігались практично в однаковій кількості хворих незалежно від ступеня тяжкості. Скарги на нудоту (при легкому ступеню – у 38,8 %, при середньому – в 55,0 % хворих), блювання (у 40,8 і 60,7 % відповідно), запаморочення (у 34,0 і 60,7 %), біль в епігастрії (у 40,8 і 55,0 %), мезогастрії (у 48,5 і 60,0 %), гіпогастрії (у 72,8 і 82,1 %), домішки слизу (у 44,7 і 56,4 %) та крові в калі (у 14,6 і 23,6 %) значно частіше виявляли при середньому ступеню ЕШ ($P < 0,05-0,01$).

З об'єктивних змін у хворих при ЕШ залежності частоти симптомів від ступеня тяжкості не було щодо гарячки (яка спостерігалась практично у всіх хворих), при визначенні частоти пульсу (він був також

Таблиця 2

Гематологічні показники у гострому періоді ЕШ залежно від ступеня тяжкості та клінічної форми

Група		MCV, мкм	MCH, пг	MCHC, г/л	Ht, л/л	Hb, г/л	
Здорові		88,32±0,47	30,45±0,24	316,39±1,59	0,390±0,004	126,11±1,62	
Хворі на ЕШ різної тяжкості, клінічні форми	Легкий ступінь, n=103	Коліт	79,91±0,89*	32,00±0,74*	329,01±1,19*	0,400±0,008	131,88±1,84*
		ЕК	80,36±0,95*	31,15±0,84	330,12±1,24*	0,410±0,009*	130,84±1,85*
		ГЕК	81,25±0,96*	31,01±0,45	329,44±0,94*	0,400±0,009	131,48±1,95*
		Разом	80,51±0,81*	31,39±0,55	329,52±0,98*	0,400±0,008	131,41±1,78*
	Середній ступінь, n=140	Коліт	81,10±0,86*	32,15±0,34*	330,06±1,01*	0,410±0,004*	134,77±1,84*
		ГЕК	83,99±0,51*	33,91±0,28*	333,01±1,15*	0,420±0,006*	136,54±1,66*
		Разом	82,55±0,44*	33,03±0,29*	331,54±0,93*	0,420±0,004*	135,66±1,34*
	Разом, n=243	Чоловіки	81,15±0,38*	31,88±0,39*	330,00±0,94*	0,410±0,005*	134,16±1,20*
		Жінки	81,49±0,51*	32,20±0,41*	330,67±0,98*	0,410±0,003*	132,04±1,28*
		Всього	81,32±0,41*	32,04±0,34*	330,33±0,81*	0,410±0,004*	133,10±1,14*

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

прискорений у всіх хворих). Спазмовану сигмоподібну кишку однаково часто пальпували як при легкому, так і при середньому ступеню тяжкості. Гепатомегалія (при легкому ступеню – у 20,4 %, при середньому – в 40,0 % хворих), симптоми зневоднення (у 24,3 і 44,3 % відповідно), больовий синдром (у 85,4 і 90,7 %), наявність патологічних домішок у калі (слизу – у 54,4 і 74,3 %, лейкоцитів – у 41,7 і 49,3 %, еритроцитів – у 25,2 і 37,1 %) значно частіше виявляли при середньому ступеню тяжкості недуги ($P < 0,05-0,01$).

Яскравість клінічної симптоматики при госпіталізації хворих на ЕШ залежала від ступеня тяжкості. Це чітко простежується при порівнянні частоти блювання і діареї, ступеня підвищення температури та збільшення печінки, які були значно вищі при середньому ступеню тяжкості ($P < 0,01$).

Зміни з боку серцево-судинної системи також залежали від ступеня тяжкості за винятком частоти серцевих скорочень, яка була помірно підвищена у всіх хворих. Спостерігали чітке зниження, порівняно з легким перебігом, як систолічного, так і діастолічного показника артеріального тиску при середньому ступеню тяжкості хвороби ($P < 0,01$). Слід відзначити, що при середньому ступеню хвороби значно переважала кількість хворих, у яких систолічний показник був нижче 100 мм рт. ст. ($P < 0,01$).

Висновки

1. При ЕШ у структурі хворих переважають діти. Вони уражаються вдвічі частіше, ніж дорослі. Серед госпіталізованих дорослих переважають жінки. Вік дорослих пацієнтів до 30 років. Основний шлях передачі збудника – харчовий. Контактний шлях передачі притаманний чоловікам, що підтверджує переважна кількість їх в епідосередках. Факторами передачі в основному були сметана, молочні продукти. Слід відзначити високу осередкованість при різних ступенях ЕШ. Етіологічним чинником при ЕШ була тільки *S. sonnei*.

2. Госпіталізація хворих при ЕШ відбувалася на 1-2-й день захворювання і не залежала від статі та клінічної форми. Переважав середньотяжкий ступінь Ш. Частіше за інші реєстрували гастроентероколітну форму і незначну кількість ентероколітної при легкому та відсутність її при середньому ступеню тяжкості. Колітну форму діагностували частіше у чоловіків. Встановлена чітка залежність основних клінічних симптомів від ступеня тяжкості недуги. Крім загальновідомих симптомів шигельозу встановлено наявність гепатомегалії, яка може бути критерієм ступеня тяжкості. Ендогенна інтоксикація значніша

у жінок. Гематологічні показники підтверджували згущення крові внаслідок втрати рідини та можуть бути об'єктивною ознакою зневоднення.

Література

1. Луцук О.С. Сучасне лікування шигельозів // Інфекційні хвороби. – 1999. – № 2. – С. 59-61.
2. Рямова Е.Л., Тельминов А.В., Земеров В.Б. и др. Клинико-патоморфологические особенности дизентерии Флекснера // Інфекційні хвороби в практиці терапевта. – Харків, 2001. – С. 227-228.
3. Савицкая К.И., Миронов А.Ю., Аваш Ю.Б. и др. Мониторинг возбудителей острых кишечных инфекций в регионе Московской области // Журн. микробиол. – 2002. – № 6. – С. 10-13.
4. Сергеевнин В.И., Сармометов Е.В., Комков Б.Д., Скородин А.Н. Роль различных путей передачи возбудителей при вспышках дизентерии Зонне и Флекснера, зарегистрированных в последние годы // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – № 6. – С. 18-20.
5. Солодовников Ю.П. Водные эпидемии (крупные вспышки) дизентерии Зонне – миф или реальность? // Журн. микробиол. – 1998. – № 5. – С. 112-118.
6. Юшук Н.Д., Бродов Л.Е. Дифференциальная диагностика и лечение острых кишечных инфекций // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – № 5. – С. 13-16.
7. Лапушенко О.В., Бережнов С.П., Мухарська Л.М. та ін. Стан захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби в Україні у 2003 році // Сучасні інфекції. – 2004. – № 2. – С. 4-8.
8. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачеб. дело. – 1941. – № 1. – С. 31-35.
9. Васильев В.С., Комар В.И., Шейко М.И. Оценка тяжести интоксикации при острых инфекционных болезнях // Здравоохранение Белоруссии. – 1984. – № 3. – С. 46-49.

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND LABORATORY FEATURES OF EPIDEMIC SHIGELLOSIS

M.D. Chemych

SUMMARY. The research of shigellosis features at epidemic flash caused by *S. sonnei* is carried out. The children prevailed in the structure of being stroked. Among the hospitalized adults the women prevailed. It was investigated the structure of 85 epidemiological centres. The basic way of transfer was established to be alimentary one. The prevailing quantity of patients had a medium-severe degree of shigellosis. The gastroenterocolitic form, which prevailed at women, was diagnosed most of all. At men it was a colitis form.