

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Амурская государственная медицинская академия»

П.К. Солдаткин

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ
КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

учебное пособие

Благовещенск 2016

УДК

Рецензенты:

Т.В.Заболотских, профессор, д.м.н., зав.кафедры педиатрии ФПДО

С.В.Нарышкина, профессор, д.м.н., зав.кафедры факультетской терапии

Авторы:

П.К. Солдаткин, ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологии

Особенности клинического течения острых кишечных инфекций у взрослых и детей: учебное пособие – Благовещенск: 2016г.

Учебное пособие посвящено одной из серьезнейших и широкораспространенных проблем человечества – острым кишечным инфекциям. В пособии дана клиническая характеристика особенностей течения конкретных нозологий острых кишечных инфекций различной этиологии у взрослых и детей, что позволит более точно выставить правильный предварительный диагноз и более квалифицированно определиться в лечебной тактике больных с ОКИ.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских образовательных организаций, обучающихся по специальности Лечебное дело, Педиатрия.

СОДЕРЖАНИЕ

I. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
II. ВВЕДЕНИЕ.....	6
III. Общая характеристика острых кишечных инфекций.....	7
1. ОКИ, вызванные патогенными микроорганизмами	
1.1 Брюшной тиф, паратифы А, В, С	8
1.2 Шигеллезы	12
1.3 Сальмонеллез.....	14
1.4 Эшерихиозы.....	17
1.5 Холера.....	21
1.6 Ботулизм.....	22
2. Пищевые токсикоинфекции.....	24
3. ОКИ, вызванные условно-патогенными микроорганизмами..	
3.1 Клебсиеллез.....	26
3.2 Синегнойная инфекция.....	27
3.3 Кампилобактериоз.....	27
3.4 Хеликобактериоз.....	28
3.5 Протеоз.....	28
3.6 Энтеробактериоз.....	
4. Вирусные диареи	
4.1 Ротавирусная инфекция.....	29

4.2 Калицивирусная инфекция.....	32
4.3 Астровирусная инфекция.....	32
4.4 Аденовирусная инфекция.....	33
4.5 Пикорнавирусная инфекция.....	33
4.6 Коронавирусная инфекция.....	34
4.7 Торовирусная инфекция.....	34
5. ОКИ, вызванные простейшими	
5.1 Амебиаз.....	34
5.2 Балантидиаз.....	36
IV. Заключение.....	38
V. Тестовые задания.....	39
VI. Ответы на тестовые задания.....	62
VII. Рекомендуемая литература.....	63

Список сокращений

АлАТ - аланинаминотрансфераза

АсАТ - аспартатаминотрансфераза

ВД - вирусные диареи

ВДП - верхние дыхательные пути

ГЭ - гастроэнтерит

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

НС - нервная система

ОКИ - острые кишечные инфекции

ОПН - острая почечная недостаточность

ОСН- острая сердечная недостаточность

ПМ - патогенные микроорганизмы

ПТИ - пищевая токсикоинфекция

РГ - ротавирусный гастроэнтерит

ССС - сердечно-сосудистая система

УПМ - условно-патогенные микроорганизмы

ЦНС - центральная нервная система

цАМФ-циклический аденозинмонофосфат

ВВЕДЕНИЕ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются достаточно серьезной проблемой современного здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах. Это большая группа инфекционных заболеваний человека с фекально-оральным (энтеральным) механизмом заражения, вызываемые патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими. Уровень заболеваемости остается достаточно высоким и в некоторой степени за счет появления новых нозологий или редко встречающихся как вирусной этиологии, так и вызываемых, малоизвестными представителями условно-патогенных микроорганизмом (УПМ). Для многих заболеваний из этой группы характерно более тяжелое течение с развитием серьезных осложнений. В структуре инфекционных болезней ОКИ занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций.

По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется от 68 до 275 млн., а по некоторым данным до 1-1,2 млрд. случаев диарейных заболеваний из которых, 60-70% дети в возрасте до 5 лет. В развитых странах смертность от ОКИ составляет 1,4 млн. в год, в развивающихся же странах этот показатель достигает 2,5 млн. Заболеваемость у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых. Около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений, более половины составляют дети дошкольного возраста. В Российской Федерации ежегодно регистрируется до 700-800 тыс. диарейных заболеваний установленной и неустановленной этиологии. Данные показатели в некоторой степени зависят и от усиления миграционных процессов, как в Российской Федерации, так и в мире.

Несмотря на определенные достижения в лабораторной расшифровке диарейных заболеваний, страдает клинико-эпидемиологическая диагностика ОКИ на этапе первичного обращения больного к врачу. Не точная, а тем более не правильная постановка предварительного диагноза отражается на правильности

выбранной лечебной тактики, времени этиологической расшифровки, что соответственно скажется на особенностях течения заболевания и его прогнозе.

Содержание данного учебного пособия позволит обучающимся расширить объем теоретических знаний по данной проблеме.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОКИ

Острые кишечные инфекции—это группа полиэтиологичных заболеваний с определенными различиями в эпидемиологии, разной степени выраженности интоксикационного синдрома и объединенные одной общей чертой – поражением желудочно-кишечного тракта с, практически, обязательным развитием диареи.

Патогенетически принято выделять секреторные, гиперосмолярные, эксудативные и смешанные типы диарей. Секреторные диареи обусловлены активацией секреции жидкости в просвет кишечника энтеротоксином микроорганизмов. Гиперосмолярные диареи формируются на фоне развившейся функциональной ферментопатии, что приводит к нарушению всасывания в тонком кишечнике различных питательных веществ, приводящихся к повышению осмотического давления содержимого кишечника. Эксудативные диареи обусловлены инвазивным действием микроорганизмов с развитием воспалительного процесса слизистой оболочки толстой кишки, что проявляется усилением моторики кишечника. Раньше среди ОКИ доминировали инвазивные диареи, обусловленные патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. В основе таких диарей лежит воспалительный процесс слизистой кишечника и интоксикационный синдром. В настоящее время на первый план выходят секреторные диареи, возбудителями которых являются вирусы (рота-, адено-, астро-, калици-, реовирусы Норфолка, коронавирусы), простейшие (крипто- и микроспоридии, балантидии, изоспоры).

Чтобы говорить об особенностях клинического течения заболевания, а тем более инфекционного, необходимо обозначить факторы, способствующие этим особенностям. Эндогенные факторы: возраст больного и его преморбидный фон (особенно у детей и пациентов в возрасте), хронические заболевания ЖКТ (ст. ремиссии, обострения), сопутствующие заболевания (ст. обострения, ремиссии), иммунодефицитные состояния, физическое состояние больного, и факторы, влияющие на общее состояние организма (стресс, профессия, вредные привычки, наркомания, токсикомания и др. Экзогенные – доза, вирулентность и агрессивность возбудителя.

ОКИ, ВЫЗВАННЫЕ ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А, В и С

Брюшной тиф – острая антропонозная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи с четко обозначенной цикличностью течения, поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, розеолезной экзантемой, бактериемией, интоксикацией, лихорадкой, гепатоспленомегалией.

Возбудитель – брюшнотифозная бактерия *salmonellatyphi* . Источник инфекции человек – больной или бактерионоситель. Путь передачи: контактно-бытовой, пищевой, водный. Механическими переносчиками сальмонелл являются мухи (мушиный фактор). Наибольшая заболеваемость среди людей активного возраста и дошкольников. Иммуниетет продолжительный.

Начало болезни в основном подострое, реже постепенное или острое. В последние годы участились случаи острого развития заболевания. Инкубационный период колеблется в пределах от 3 до 50 дней, чаще всего оставляет 9 – 14 суток. Лихорадка – один из основных симптомов, постоянного или ремиттирующего типа до 2-3 недель. Варианты температурных кривых – Боткина, Кельдюшевского и Вундерлиха. При тяжелом течении заболевания

лихорадка чаще постоянного типа с менее выраженными суточными размахами температуры. Температура тела повышается ежедневно на 1 – 1,5гр., достигая максимума на 4 – 5 день. Ступенеобразное повышение температуры тела при брюшном тифе является одним из ранних кардинальных диагностических признаков. Начальный период (первая неделя) проявляется общим недомоганием, усталостью, познабливанием, снижением аппетита, появлением головной боли. К концу первой недели головная боль усиливается, появляется бессонница, нарастает интоксикационный синдром. Отмечается бледность и сухость кожных покровов, сухие потрескавшиеся губы. Больной разговаривает полуоткрытым ртом. Язык утолщен с отпечатками зубов по боковым поверхностям, обложенный грязно-серым налетом. Особенностью симптома языка при брюшном тифе в начальном периоде является и то, что налет отсутствует на боковых поверхностях и кончике языка в виде треугольника (симптом Морфана). Характерна гиперемия и гипертрофия миндалин, иногда с налетами на них и болью при глотании (ангина Дюге). У некоторых больных увеличенные и чувствительные при пальпации заднешейные и подмышечные лимфатические узлы. Гепатомегалия, реже спленомегалия.

Период разгара (вторая неделя) характеризуется выраженной лихорадкой. Симптомы интоксикации могут проявляться вплоть до нарушения сознания (тиф – туман) с развитием тифозного статуса. На 6 – 10 день болезни появляется розеолезная сыпь, исчезающая при надавливании, чаще на коже живота, реже на передней и боковых поверхностях грудной клетки, спине. Экзантема характеризуется скудностью высыпаний, феноменом подсыпания каждые 3-4 дня. Остается бледность кожных покровов, особенностью является умеренное желтушное окрашивание кожи ладоней и стоп (симптом Филипповича). Живот при осмотре вздут, отмечается метеоризм, гепатоспленомегалия. Характерными являются симптомы: Падалки (укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области); ножниц (брадикардия на фоне лихорадки); перекрестный Штерберга (появление болей в правой подвздошной области при любом

раздражении левых отделов живота). В период разгара могут наблюдаться запоры или диарея (стул с кисловатым запахом, напоминающий «гороховый суп»), которая наблюдается у больных с тяжелым течением примерно в 20% случаев. Иногда диарея в виде кашицы темно-зеленого цвета до 3-5 раз в сутки, сопровождающаяся слабым болевым синдромом без тенезмов и ложных позывов на стул.

Для детей раннего возраста характерно острое начало заболевания, более короткий лихорадочный период, более тяжелое течение с частым диарейным синдромом, с наличием катаральных симптомов, экзантема обильная, распространенная по всему телу. В крайне тяжелых случаях присоединение менингеальных симптомов. Течение заболевания часто сопровождается присоединением специфических и неспецифических осложнений с более высокой летальностью. В то же время, кардинальные признаки заболевания у детей слабо выражены, а некоторые из них могут вообще отсутствовать.

У вакцинированных характерно более легкое течение с частым развитием abortивных форм. Клинической диагностике стертых форм и субклинического течения возможно только при указании пребывания больного в очаге брюшнотифозной инфекции.

Характерными (специфичными) осложнениями брюшного тифа являются – кишечное кровотечение, перфорация язв тонкой кишки с возможным развитием перитонита и ИТШ, иногда как следствие нерациональной этиотропной терапии или при использовании иммунодепрессантов. Заболевание может осложняться пневмонией, паротитом, тромбофлебитом, менингитом, пиелитом, стоматитом, инфекционным психозом и др. Рецидивы встречаются в у 6-9% больных и, как правило, не зависимо от тяжести течения заболевания. Чаще всего рецидивы возникают на 2-3 неделе нормальной температуры. Описан случай рецидива на 96 день нормальной температуры.

ПаратифА – острая инфекционная болезнь, схожая с брюшным тифом по клинико-патоморфологической картине. Инкубационный период в среднем 8-10 дней (от 2 до 21 дня). Начало заболевания чаще острое и проявляется катаральными явлениями в виде першения в горле, кашля, насморка, гиперемии лица и слизистых оболочек зева, склерита, герпетических высыпаний на губах. Лихорадка ремитирующая или неправильного типа от 1 до 3 недель, иногда с ознобами и проливными потами. Экзантема розеолезного, макуло-папулезного реже геморрагического характера появляется на 4-7 день болезни, не редко обильная. Чаще, чем при брюшном тифе иногда с первого дня появляется диарея. К концу начального периода выявляется гепатоспленомегалия. Интоксикация выражена слабо, характерный тифозный статус не развивается. Возможны рецидивы заболевания, осложнения в виде кровотечений, перфорации язв тонкой кишки, пневмоний, пиелонефрита.

ПаратифВ – острая инфекционная болезнь, схожая с брюшным тифом по клинико-патоморфологической картине. Инкубационный период 5-10 дней, иногда до 21 дня. Начало заболевания, как правило, острое. Лихорадка ремитирующая или неправильного типа до 1-3 недель, чаще с ознобом, потливостью и мышечными болями, головными болями, тошнотой, рвотой. Экзантема появляется на 4-5, реже 10 день заболевания макуло-папулезного характера, иногда обильная. К концу первой недели формируется гепатоспленомегалия. Заболевание проявляется диареей (иногда с первого дня заболевания) до 8-10 раз в сутки темно-зеленого цвета, сопровождающейся слабым болевым синдромом. Интоксикационный синдром не выражен, ограничивается начальным периодом (первая неделя). Тифозный статус развивается редко и менее выражен, чем при брюшном тифе. Осложнения как и при паратифе А.

ПаратифС протекает в виде трех форм: тифоподобная, септическая, гастроинтестинальная с соответствующей для каждой характерной клиникой.

ШИГЕЛЛЕЗ

Шигеллез(бактериальная дизентерия) – острое инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое бактериями рода *Shigella*, проявляющееся интоксикационным синдромом и преимущественным поражением слизистой оболочки дистального отдела толстого кишечника.

При дизентерии токсин начинает действовать в тонком кишечнике, всасываясь в слизистую, активирует аденилатциклазу, цАМФ, что приводит к продукции жидкости в просвет тонкого кишечника. Первый симптом – энтеритная диарея. Воздействие токсина на нервные сплетения тонкого кишечника, второй симптом – появление болей в околопупочной области. Очередность появления данных симптомов может меняться. И только при попадании эндотоксина в кровь развивается интоксикационный синдром, повышается температура тела. На фоне описанной клинической картины в течение первых суток шигеллы достигают дистального отдела кишечника (сигмовидная кишка), в кале появляются патологические примеси в виде слизи, прожилок крови, иногда без каловых масс (ректальный плевок). Присоединяются боли в левой подвздошной области спастического характера, отдающие в низ (тенезмы) с ложными позывами на дефекацию. Боли в параумбиликальной области к этому времени исчезают. Факторы, способствующие более острому развитию дизентерии, когда заболевание начинается с интоксикационного синдрома, а диарейный синдром развивается в течение нескольких последующих часов, это: доза возбудителя с его вирулентностью и агрессивностью, состояние слизистой кишечника, пожилой возраст, сопутствующий анамнез, иммунодефицитные состояния, хронические заболевания кишечника. В некоторых случаях заболевание может протекать по типу гастроэнтероколитического варианта. Болевой синдром носит разлитой характер, беспокоит частая рвота, не всегда связанная с приемом пищи. Диарейный синдром будет начинаться с обильного водянистого стула, и присоединяется колитический синдром в виде уменьшения объема выделений с появлением в кале слизи и прожилок крови, присоединяются боли в левой

подвздошной области, развивается обезвоживание организма. При дизентерийном гастроэнтерите, чаще вызываемом шигеллами Зонне, клинические проявления колита не развиваются, хотя может иметь местокатаральное воспаление слизистой толстого кишечника. Заболевание протекает по типу ПТИ с развитием симптомом обезвоживания. Течение в данном случае менее продолжительное. В случае массивной гибели шигелл особенно, при повышенной кислотности желудка развитие дизентерии заканчивается на уровне желудка, клиника складывается из болей в эпигастрии, появление тошноты, рвоты, интоксикационного синдрома и выделением возбудителя из промывных вод желудка. В нашей практике такие случаи имели место.

В последние годы у пациентов с тяжелым течением заболевания наблюдаются серьезные осложнения в виде перфорации язв кишечника с развитием перитонита. В основе перфорации лежат более выраженные воспалительные процессы в кишечнике с преобладанием язвенного, язвенно-некротического, фибринозно-некротического и флегмонозного воспаления с вовлечением патологический процесс подвздошной и тощей кишки.

Стертая форма шигеллезной инфекции проявляется не частой диареей (1-3 раза), урчанием, дискомфортом в животе, болевой синдром не характерен. Для субклинического течения шигеллезозов характерно абсолютное отсутствие каких-либо клинических проявлений. Более длительное бактериовыделение по сравнению с транзиторным (1-3 дня) бактериовыделением, с возможным слабовыраженным катаральным воспалением слизистой сигмовидной кишки и с обязательным обнаружением в крови нарастания титра специфических противошигеллезных антител.

Клинической диагностике стертых форм, субклинического носительства, гипертоксических форм шигеллезозов способствует указание на пребывании больного в очаге шигеллезной инфекции.

Особенности шигеллеза у детей в возрасте до 1 года: чаще постепенное, подострое начало в форме энтерита или энтероколита; синдром дистального колита выражен слабее; тяжесть обусловлена нарушениями гемодинамики, водно-электролитного и белкового обменов; примесь крови в фекалиях встречается реже; течение более длительное, особенно при дизентерии Флекснера; более характерно вздутие живота, зияние ануса, выпадение слизистой прямой кишки. Для детей старше 1 года характерно более острое начало, параллелизм развития интоксикационного и местного синдромов с более быстрым их купированием. У детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном и рядом экзогенных факторов может наблюдаться затяжной характер (1-3мес.) течения заболевания проявляющийся наличием патологических примесей как в оформленном, так и жидком кале с обязательным бактериовыделением.

К грозным, но редким осложнениям относится развитие шока (инфекционно-токсического и дегидратационного), чаще трещины анального сфинктера, обострение геморроя и различные осложнения за счет наслоения или активизации вторичной флоры.

Хроническое течение в настоящее время встречается редко и обусловлено большим количеством причин -отягощенное преморбидное состояние с массой различной соматической патологии и наличие иммунодефицитного состояния.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Сальмонеллез – острая кишечная зоонозная инфекция, вызываемая бактериями рода сальмонелла, протекающая чаще в виде локализованных (гастроинтестинальные формы), реже - генерализованных (септическая, тифоподобная формы) вариантов течения.

Основным источником инфекции являются животные и птицы, реже человек. Главный путь заражения – пищевой, затем контактно-бытовой, реже водный,

возможен воздушно-пылевой. Болеют все, особенно дети в возрасте до 1 года. Иммунитет типоспецифический до 6 месяцев.

В структуре кишечных инфекций удельный вес сальмонеллеза составляет 5-9%. Этиологический фактор – *Salmonella enteritidis* у 66% больных, в возрасте до 40 лет, чаще у женщин (61%). Резистентность возбудителя сальмонеллеза к антибиотикам в 50% (1-3 препаратов), 40% к 4-5., до 8% - к 6 и более. Постоянно отмечается тенденция быстрого формирования резистентности к основным группам антибиотиков. В настоящее время известно более 2500 сероваров сальмонелл.

Основным местом развития патологического процесса при сальмонеллезе является ЖКТ. Воспаление слизистой оболочки желудка и кишечника (особенно тонкой кишки) имеет катаральный характер. При резкой выраженности сосудистых расстройств воспаление принимает геморрагический характер. При септической форме в кишечнике могут формироваться очаги пролиферативного и гнойного воспаления, абсцессы в толстой кишке, метастатические гнойники, признаки дистрофии и очаги некроза в печени, почках и других органах. При тифоподобной форме наблюдаются изменения подобные таковым при брюшном тифе.

При сальмонеллезе кроме токсинемии имеется ещё и бактериемия, что в определённой степени сказывается на более остром, а иногда бурном начале развития заболевания. На первое место выступают общетоксические проявления в виде повышения температуры до 39-40 гр., резкой слабости, вялости, головной боли, болей в мышцах, рвоты без тошноты и несвязанной с приёмом пищи. Начало заболевания внезапное.

Клиническая картина гастроинтестинального синдрома развивается в течение первых, реже вторых, суток заболевания. Появляются боли в эпигастрии, которые за несколько часов распространяются на параумбиликальную, а затем и правую подвздошную область (сальмонеллезный треугольник), иногда

увеличивается печень. Присоединяется тошнота, рвота остатками пищи, чуть позже появляется жидкий, окрашенный желчью, стул. Стул быстро приобретает водянистый характер, иногда в начальном периоде напоминает «рисовый отвар». Для классического варианта течения сальмонеллеза по типу гастроэнтерита стул жидкий, водянистый, обильный, частый, пенистый, зловонный, цвета болотной тины, или темно-зеленого цвета, в виде «лягушачьей икры», иногда с примесью слизи. Появление же примеси крови и обильной слизи наблюдается при вовлечении в процесс толстого кишечника (гастроэнтероколитический вариант). В этом случае заболевание напоминает по течению дизентерию. Более длительная диарея (6-7 дней и более) встречается у лиц с заболеваниями ЖКТ, лиц страдающих алкоголизмом, с иммунодефицитами.

На фоне выраженной диареи и повторной рвоты у больных развивается обезвоживание I-II степени, появляется сухость во рту, жажда, олигоурия, сгущение крови. Заболевание чаще протекает в легкой и среднетяжелых формах. У лиц старше 60 лет с отягощенным анамнезом течение сальмонеллеза тяжелое, летальность выше за счёт обострения сопутствующей патологии и всевозможных осложнений, а также при позднем обращении и неправильной тактике инфузионной терапии.

Генерализованные варианты течения сальмонеллеза – тифоподобный, септический/септикопиемический – стали встречаться чаще и проявляются соответствующей клинической картиной. При данных вариантах течения на первое место выступают общетоксические проявления, лихорадка, поражение внутренних органов. К генерализованным формам относят и менингоэнцефалитическую форму как проявление септической, но с формированием септических очагов только в головном мозге и мягкой мозговой оболочке. Клиническая диагностика генерализованных вариантов течения сальмонеллеза облегчается сведениями о пребывании больного в очаге данного заболевания.

Особенности сальмонеллеза у новорожденных и детей в возрасте до 1 года: наивысшая чувствительность к сальмонеллам; более характерно внутрибольничное заражение и контактный путь инфицирования; клиника разнообразная, чаще в форме энтероколита с постепенным нарастанием всех симптомов – токсикоз, эксикоз, гемоколит, гепатомегалия, более тяжелое течение, выше вероятность септических форм. У некоторых детей начальный период может проявляться нейротоксикозом. У детей раннего возраста развивается обезвоживание 2-3 степени с частыми осложнениями виде ферментопатии, дисбактериоза, пневмонии, отита, анемии, инфекции мочевыводящих путей и др. Для детей характерно вздутие живота, иногда с развитием пареза кишечника. У детей с отягощенным преморбидным состоянием чаще наблюдается тяжелое течение сальмонеллеза, сочетающееся с герпесвирусными и хламидийными инфекциями.

Осложнения многочисленны и разнообразны. При гастроинтестинальных формах возможно развитие сосудистого коллапса, ОСН, ОПН, гиповолемического шока. Больные сальмонеллезом склонны к септическим осложнениям. При всех клинических формах заболевания возможно развитие рецидивов.

ЭШЕРИХИОЗЫ

Эшерихиоз – это группа инфекционных заболеваний, вызываемых диареогенными бактериями рода *Escherichia*, вида *E.coli*, протекающие по типу гастроэнтерита или гастроэнтероколита различной степени тяжести и интоксикационным синдромом.

Источник инфекции – человек (больные и бактерионосители) и животные с фекально-оральным механизмом передачи. Иммуитет нестойкий, типоспецифический.

Различают 5 категорий диареегенных эшерихий. В каждую категорию эшерихий входит множество сероваров.

ЭТКП – энтеротоксигенные кишечные палочки. Для этой группы заболеваний характерен холероподобный вариант течения острого гастроэнтерита или гастроэнтероколита, но чаще у взрослых. Инкубационный период от нескольких часов до 1-2 суток. Острое начало заболевания на фоне нормальной температуры тела или субфебрилитета, озноб, слабость, тошнота, боли в эпигастриальной области, повторная рвота. Стул водянистый, напоминает рисовый отвар, возможно развитие обезвоживания I-II степени. Данная форма называется еще «диареей путешественников», протекающей с лихорадкой, ознобом, головной болью, миалгией. При отсутствии адекватной терапии возможно развитие обезвоживания. Стремительное развитие токсикоза с эксикозом у детей раннего возраста может привести к летальному исходу.

ЭИКП – энтероинвазивные кишечные палочки. Характерен дизентериеподобный вариант течения. У детей старшего возраста более острое начало с выраженными симптомами интоксикации, лихорадкой, головной болью, тошнотой, рвотой, болями в нижней части живота. Стул носит энтеритный характер с эксикозом и токсикозом, быстро присоединяется колитический синдром, утолщена и болезненна сигмовидная кишка. Возможны ложные позывы. В скудном кале имеется примесь слизи и крови. Лихорадка может держаться до 2 недель. У детей раннего возраста данная форма встречается редко. Характерно постепенное начало с выраженными симптомами интоксикации. Стул энтеритный, возможно развитие эксикоза с токсикозом. Лихорадка сохраняется до 7 и более дней.

ЭПКП – энтеропатогенные кишечные палочки. Заболевания встречаются чаще у детей до 1 года. Постепенное начало, волнообразная лихорадка, выраженные симптомы интоксикации, анорексия, срыгивание, упорная рвота, обильная водянистая диарея охряно-желтого цвета иногда в виде рубленого яйца

(белые комочки), угроза развития септической формы у новорожденных и недоношенных детей с возникновением множественных гнойных очагов. У взрослых же на фоне лихорадки, озноба – нечастая рвота, боли в эпигастрии, стул жидкий без патологических примесей. Заболевание протекает легко или даже субклинически.

ЭГКП – энтерогеморрагические кишечные палочки. Заболевания этой группы могут протекать: бессимптомно; в виде легкой диареи; тяжелого геморрагического колита; гемолитико-уремического синдрома; тромбоцитопенической пурпуры. Обычно инфекция начинается остро - боли в животе, тошнота, рвота, понос. Иногда на фоне нормальной температуры тела в первые дни болезни. К 3-4 дню заболевания стул учащается, появляется примесь крови в стуле, фибринозно-язвенные поражения стенки кишечника. Возможно развитие тяжелой формы заболевания (0,5%) с формированием гемолитико-уремического синдрома (синдром Гассера), энцефалопатия (судороги, гипертонус, парезы, сопор, кома). У детей на 3-5 день болезни состояние может ухудшаться за счет нарастание слабости, вялости, присоединения рвоты. Резкая бледность кожных покровов, гемоколит, снижение диуреза. Клиника напоминает картину кишечного кровотечения. При отсутствии адекватной терапии - летальный исход.

ЭАКП – энтероадгезивные кишечные палочки. Данный вариант течения эшерихиозов встречается чаще у лиц с иммунодефицитными состояниями с вовлечением моче-, желчевыводящих путей. Возможен сепсис, менингит.

Прогноз при эшерихиозах обычно благоприятный.

ИЕРСИНИОЗ

Кишечный иерсиниоз – острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями *Yersinia enterocolitica*, проявляющееся симптомами интоксикации, лихорадкой и внекишечными поражениями.

Самой частой из всех вариантов кишечного иерсиниоза является гастроинтестинальная форма. Начало острое с болей в животе схваткообразного характера, в эпигастрии и в околопупочной области, чаще справа в нижних отделах живота. Тошнота, многократная рвота, жидкий стул и симптомы интоксикации (озноб, лихорадка, головная боль, слабость, ломота в теле). Испражнения жидкие, зловонные, иногда со слизью. Возможны боли в суставах. Экзантема при гастроинтестинальных иерсиниозах встречается редко, обычно на 2-4 сутки, а при длительном течении на 2-3 неделе в виде мелкоточечных, пятнисто-папулезных, уртикарных элементов вокруг суставов, на кистях, груди, руках и бедрах, реже по всей поверхности тела. Ладони и стопы могут быть ярко-красными, отечными, характерен «малиновый язык». Заболевание может протекать волнообразно до 3-4 недель.

У детей раннего возраста лихорадка более длительная, тремор, судороги как проявления токсикоза. Характерны боли в правой подвздошной области или разлитые по всему животу. У некоторых больных положительный симптом Щеткина-Блюмберга, Падалки. В кале часто примесь слизи и крови, т.е. характерен вариант течения в виде энтероколита. Может наблюдаться гепатомегалия, иногда с желтушным окрашиванием кожных покровов. У детей с отягощенным преморбидным фоном, особенно при вторичных иммунодефицитах, заболевание начинается остро, бурно, как генерализованная тяжелая форма с длительной лихорадкой с возможным развитием инфекционно-токсического шока.

Наряду с тяжелыми имеют место стертые, атипичные формы заболевания. В нашей практике был случай атипичного течения гастроинтестинальной формы кишечного иерсиниоза. Заболевание проявлялось 2-хкратно разжиженным стулом, болезненностью и урчанием в правой подвздошной области. Основанием для обследования на иерсиниозы послужило выявление при первичном осмотре только «малинового языка» и урчания в правой подвздошной области. Такое легкое течение у данной больной не исключило двух рецидивов.

ХОЛЕРА

Холера – острая инфекционная болезнь, вызываемая *Vibrio cholera*, проявляющаяся обильной диарей, неукратимой рвотой с развитием обезвоживания, нарушениями минерального и водно-электролитного обменов. Холера относится к группе карантинных, конвенционных заболеваний.

Инкубационный период 1-6 дней. Заболевание начинается среди полного здоровья, под утро на фоне нормальной температуры тела с урчания, метеоризма и императивных позывов на дефекацию. Испражнения быстро становятся водянистыми и представляют собой мутновато-белую жидкость с плавающими хлопьями, напоминающие «рисовый отвар» без запаха или с запахом рыбного супа, или запахом сырого тертого картофеля. Интоксикационный синдром отсутствует, болевой синдром не характерен, тенезмы отсутствуют. На 2-3 сутки присоединяется многократная, обильная (полным ртом) рвота, которая напоминает тот же «рисовый отвар». Быстро развиваются симптомы обезвоживания, «обессоливания» и метаболический ацидоз, что служит основой гомеостатических нарушений в организме. При объективном осмотре температура тела снижается до 34,5-35,0 гр.С. У больного поз боксера или гладиатора. Кожа менее эластичная, морщинистая и «висит, как костюм с чужого плеча», «рука прачки». Кожа холодная на ощупь, покрыта холодным липким потом. Разлитой цианоз, иногда развивается общая синюшность. Характерно снижение тургора кожи (не расправляющаяся кожная складка), сухость видимых слизистых. Черты лица заострены, выступают скулы, запавшие глаза с синими кругами вокруг – симптом «темных очков». У детей в возрасте до 1 года западение большого родничка. Склеры инъецированы, тусклые, глазные яблоки обращены вверх, щеки ввалившиеся. При судорогах пальцев рук спазм мышц в виде «руки акушера», у части больных «конская стопа». Судорожные сокращения мышц диафрагмы вызывают мучительную икоту. Пульс не определяется, тоны сердца едва слышны, возникает аритмия. Артериальное давление резко снижено или не определяется. Дыхание может быть типа Куссмауля, афония,

анурия. Живот, как правило, втянут. Вздутие живота развивается при парезе кишечника. Описанная объективная картина укладывается в 4 степень обезвоживания, потеря массы тела составляет 10 и более процентов (стадия холерного алгида).

У детей дефекация может быть болезненной, выраженная рвота характерна для тяжелых вариантов течения. У детей в возрасте до 1 года и новорожденных характерны: болезнь начинается с повышения температуры; тяжелое течение; быстрое развитие интоксикационного синдрома и быстрое развитие обезвоживания; гипокалиемия; гипогликемия; часто возникают осложнения. Характерны признаки энцефалопатии с развитием комы.

Прогноз благоприятный при своевременной и адекватной терапии за исключением молниеносных вариантов течения.

БОТУЛИЗМ

Ботулизм (аллантиазис, ихтиизм) – острое токсико-инфекционное заболевание, вызываемое *Clostridium botulinum* и его токсином с развитием поражений центральной и вегетативной нервной систем в виде парезов и параличей гладкой и поперечнополосатой мускулатуры.

Выделяют три формы ботулизма: пищевой, раневой, «детский» (новорожденных). Две последние формы встречаются редко. При пищевом ботулизме заражение происходит чаще при употреблении продуктов (грибы, овощи, мясо) домашнего консервирования, вяленой, соленой, копченой рыбы некачественного приготовления.

Инкубационный период от 2-4 часов до 2-3 суток, реже до 10 суток. Чаще всего заболевание начинается остро с симптомов гастроинтестинального синдрома. Появляется сухость во рту, тошнота, повторная рвота, не обильный учащенный жидкий стул, отрыжка воздухом, вздутие живота, боли в

эпигастральной области. Температура тела обычно нормальная. На вторые сутки диарея сменяется стойким запором, на фоне усилившейся перистальтики кишечника. Через 2-4 часа, иногда через 1-2 дня от начала заболевания появляются расстройства со стороны зрения (туман, сетка, пелена перед глазами, двоение, снижение остроты зрения, затруднение при чтении обычного текста, ограничение движения глазных яблок во все стороны, мидриаз, горизонтальный нистагм, анизокория, стробизм, птоз век), так называемый офтальмоплегический синдром. Одновременно или через несколько часов развивается фоноларингоневрологический синдром (затруднение глотания и речи, чувство сжатия и сдавления в груди, першение и чувство комка в глотке, снижение глоточного рефлекса, поперхивание, жидкая пища может выливаться через нос, осиплость и гнусавость голоса). Присоединяется мышечная слабость. Голова свисает и больные поддерживают ее руками. В связи со слабостью межреберных мышц дыхание становится поверхностным, едва заметным. При полном параличе межреберных мышц больные ощущают сжатие грудной клетки «как будто обручем». Клинические проявления ботулизма достигают максимальной выраженности не позже 4-5 дня. В нашей практике был случай семейного ботулизма, когда муж и жена употребляли в пищу рыбу кету домашнего посола, запивая крепким алкогольным напитком. Инкубационный период составил менее суток. Только спустя четверо суток, на фоне выраженного диарейного синдрома, появились характерные специфические симптомы ботулизма. Муж больной около 2-х недель находился на аппаратном дыхании. Прогноз в обоих случаях благоприятный.

Ботулизм новорожденных протекает без гастроинтестинального синдрома и общеинфекционной симптоматики.

Прогноз при ботулизме серьезный. Тяжелые формы могут протекать молниеносно с массой различных осложнений. Выздоровление длительное и зависит от тяжести течения ботулизма.

ПТИ – ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ.

ПТИ - большая группа ОКИ, связанная с употреблением продуктов питания, обсемененных различными возбудителями и их токсинами. Этиологически ПТИ представлены УПМ, споровыми анаэробами (*Cl.perfringens*), споровыми аэробами (*B.cereus*), энтеротоксическими штаммами стафилококков (*St.aureus, St.albus*), стрептококками (β - гемолитический стрептококк группы А) и большой массой других редко встречающихся возбудителей.

ПТИ начинаются остро с тошноты, многократной рвоты, болей в эпигастрии. В случае присоединения энтеритного стула болевой синдром захватывает и околопупочную область. Вариантами течения являются гастрит, гастроэнтерит, а иногда и гастроэнтероколит, которые могут привести к симптомам обезвоживания. Интоксикационный синдром характерен не для всех ПТИ. Особенности клинического течения заболевания зависят от этиологического фактора.

ПТИ, вызванные клостридиями, характеризуются тем, что на фоне нормальной температуры тела появляются интенсивного, ноющего характера боли в животе, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, жидким иногда кровянистым стулом.

При *Cl.perfringens* источником инфекции являются человек и животные. Заражение происходит алиментарным путем. Чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста, употребляющие колбасные изделия, дети раннего возраста заболевают при употреблении инфицированного молока и молочных продуктов.

Начало заболевания острое. Повышение температуры тела иногда до фебрильных цифр, присоединяется рвота, быстро нарастает интоксикационный синдром. Диарея энтеритная или энтероколитная с болезненностью толстой

кишки, сфинктерита, начиная с первых суток заболевания. Быстрая нормализация температуры тела, восстановление стула в течение 3-5 суток.

При клостридиозе перфрингенс серотипа С тяжелое течение с высокой летальностью. Заболевание начинается с болей в околопупочной области, нарастает интоксикационный синдром, диарея обильная, водянистая, до 20 и более раз, иногда напоминает «рисовый отвар», Энтерит приобретает некротический характер развития. Развивается выраженная дегидратация организма, ИТШ, острая полиорганная недостаточность, летальность до 30%. При клостридиозе перфрингенс типов Е и F сильные боли в животе, жидкий стул с прожилками крови. Заболевание протекает очень тяжело.

При Cl. Dificille источник инфекции человек, больной или носитель. Заражение происходит контактным путем через предметы.

Заболевание начинается остро на фоне или после приема антибиотиков, а также на фоне развившегося дисбактериоза кишечника после антибиотикотерапии, лучевой терапии, терапии иммунодепрессантами, на фоне ИДС. Резкое повышение температуры тела, срыгивание, повторная рвота. Боли в животе сопровождаются обильным, водянистым, зеленого цвета, с гнилостным запахом, прожилками крови стулом. Это клиника псевдомембранозного колита. Возможен гиповолемический шок. У новорожденных и недоношенных вероятен вариант развития гипертоксической или холероподобной форм течения. Также могут наблюдаться и легкие формы, протекающие по типу обычного энтерита или энтероколита.

ПТИ, вызванные стафилококками, развиваются более остро. Короткий инкубационный период (от 30 мин до 4-6 часов). Тошнота, неукротимая рвота, боли чаще в эпигастрии, реже в околопупочной области, с диареей или без, может быть урчание в илеоцекальной области. Температура тела нормальная или пониженная, реже субфебрилитет. Чаще протекает в виде гастрита,

гастроэнтерита, гастроэнтероколита, иногда с адинамией, головокружением, цианозом, коллапсом, судорогами, потерей сознания.

У детей первого года жизни стафилококковые энтериты и энтероколиты характеризуются острым, реже постепенным началом. Стул водянистый или с примесями слизи и крови с длительной дисфункцией кишечника до 2-3 недель и более. У детей старшего возраста течение данного заболевания более легкое по типу гастроэнтерита (ПТИ).

ПТИ, вызванные стрептококками(энтерококками) серологической группы Д. Механизм заражения фекально-оральный, фактором заражения являются инфицированные пищевые продукты.

Инкубационный период – 4-24 часа. Заболевание протекает легко по типу острого гастроэнтерита или энтерита. Лихорадка или отсутствует, или субфебрильная. Тошнота, ноющие боли в животе диарея без патологических примесей. В редких случаях заболевание протекает в среднетяжелых и тяжелых формах, обусловленных чаще интоксикационным синдромом.

ПТИ, вызванные протеем, проявляются тошнотой, повторной рвотой, метеоризмом, болями в эпигастрии, мезогастррии на фоне субфебрильной или фебрильной температуры. Лихорадка сохраняется 5-7 дней и более. Возможна гепатомегалия. Диарея, чаще зловонная, у детей раннего возраста инвазивного характера с развитием токсикоза с эксикозом 1-2 степени. Для новорожденных характерно бурное начало с лихорадки, повторной рвоты, метеоризма, урчания по ходу кишечника.

ОКИ, ВЫЗВАННЫЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

КЛЕБСИЕЛЛЁЗ

Клебсиеллёз у взрослых характеризуется картиной гастроэнтерита и протекает как ПТИ доброкачественно, без выраженной интоксикации.

У детей старше года в 30% случаев заболевание протекает в форме энтероколита. Заболевание начинается остро, с повышения температуры до субфебрильных или фебрильных цифр в течение 3-4 дней. Острое бурное развитие диареи, чаще инвазивного характера с редким развитием токсикоза с эксикозом. У новорожденных возможен эндогенный механизм заражения (омфалит). Острое начало с быстрым развитием диареи инвазивного характера до 10-20 раз в сутки, быстро развивается токсикоз с эксикозом. Иногда энтероколит приобретает некротический характер с возможной перфорацией кишечника.

СИНЕГНОЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Синегнойная инфекция при поражении ЖКТ протекает по типу ПТИ, иногда развивается картина энтероколита с наличием частого зловонного стула, с большим количеством слизи, зелени, часто с примесью крови.

У новорожденных детей заболевание протекает в форме тяжелого энтероколита с геморрагическим компонентом с развитием эксикоза 2-3 степени. Возможны перфорации слизистой кишечника. Выраженный болевой абдоминальный синдром. Для детей старшего возраста характерно более легкое течение. Заболевание начинается с повторной рвоты, болей в эпигастрии, лихорадка не выражена. Кишечный синдром проявляется слабо. Диарея с небольшим количеством слизи и зелени до 5-8 раз в сутки.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ

Кампилобактериоз начинается с интоксикационного синдрома, на 2-3 сутки развивается диспепсический синдром. У взрослых заболевание встречается редко и протекает в форме энтерита, гастроэнтерита, гастроэнтероколита, колита. У большинства больных развивается дизентериеподобное течение с болезненной спазмированной сигмовидной кишкой, со стулом в виде «ректального плевка», но без патологических примесей или водянистого, пенистого.

У детей раннего возраста поражается тонкий и толстый кишечник. Начало острое с развития инфекционного токсикоза. Диарея с начала водянистая, но со 2-3 дня диарея скудная со слизью и прожилками крови, сигмовидная кишка болезненная, спазмированная. Возможно затяжное, волнообразное течение заболевания.

У детей старшего возраста кампилобактериоз характеризуется поражением верхних отделов ЖКТ. Начало постепенное. Появляется рвота и диарея. Лихорадка присоединяется на 2-3 сутки и сохраняется еще 2-3 дня. Интоксикация выражена умеренно. У большинства больных частая, повторная рвота, стул водянистый до 5-8 раз в сутки. Течение благоприятное, выздоровление в течение недели.

ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ

Хеликобактериоз проявляется болями ноющего, схваткообразного характера в эпигастральной области слева или справа от средней линии связанные с приёмом пищи (ранние через 0,5-1 ч. после еды, поздние через 1,5-2 ч. и голодные, ночные через 2,5-4 часа после еды). Характерны: изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота кислым содержимым желудка.

ЦЕРЕОЗ

Цереоз – ОКИ из группы пищевых токсикоинфекций, вызываемых *Bac. Cereus*.

Инкубационный период от 2 до 16 часов. Клиника складывается из симптомов острого гастроэнтерита, протекающего чаще всего в легкой форме. Схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота, жидкий стул без примесей не более 10 раз в сутки. Температура тела в пределах нормы, ознобы редки. Тяжело цереоз протекает у лиц преклонного возраста и у больных с иммунодефицитом. Описаны случаи течения заболевания с развитием шока и летальными исходами.

ЦИТРОБАКТЕРИОЗ

Цитробактериоз (цитробактерная инфекция) – острое инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое бактериями рода *Citrobacter* и протекающее с поражением различных органов и систем, но с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта.

Источник инфекции – человек и животные. Путь передачи пищевой (молоко, молочные продукты, масло, кондитерские изделия, мясо птиц и животных). У детей раннего возраста особенно с отягощенным преморбидным фоном возможен контактно-бытовой путь заражения через игрушки, предметы ухода, руки ухаживающего персонала.

Инкубационный период в среднем 2-5 часов. Заболевание чаще протекает по типу ПТИ (гастрит, гастроэнтерит).

Гастрит проявляется острым началом с тошноты, многократной рвоты и болей в эпигастральной области. Интоксикационный синдром выражен умеренно. Температура субфебрильная. Купирование симптомов наступает на 2-3 сутки.

Гастроэнтерит характеризуется вышеописанной клинической картиной с присоединением частой водянистой диареи, часто со слизью до 8-10 раз в сутки. Абдоминальные боли в первые дни заболевания достаточно интенсивные. Позднее присоединяются симптомы интоксикации. Температура тела держится в пределах 38 гр. С в течение 3-5 дней. Течение заболевания не более 4-6 дней. Данная инфекция может протекать в виде менингита, или поражения желче- и мочевыводящих путей.

ЭНТЕРОБАКТЕРИОЗ

Энтеробактериоз (энтеробактерная инфекция) – острое инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое бактериями рода *Enterobacter*, протекающее с поражением различных органов и систем.

Источник инфекции – человек и животные. Основной путь передачи пищевой (молоко, молочные продукты). Контактный-бытовой путь передачи возможен у ослабленных людей и у детей раннего возраста в лечебных стационарах.

Кишечный вариант энтеробактериоза протекает по типу энтерита и гастроэнтерита чаще по в виде ПТИ. Тяжелые варианты течения наблюдаются крайне редко. Для энтерита характерно более постепенное начало заболевания с появления не выраженного интоксикационного синдрома. Диарея присоединяется чаще в первые сутки и носит водянистый характер, обильная, без патологических примесей. Метеоризм наблюдается практически у всех больных достаточно выраженной активности. Клиническая картина укладывается в 3-5 дней. Рвота и боли в животе более характерны для гастроэнтеритического варианта течения по типу ПТИ. У детей раннего возраста заболевание может сопровождаться наложением менингита, сепсиса, пиелонефрита и другими осложнениями.

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ

Вирусные диареи (ВД) – группа ОКИ, вызванная различными вирусами, характеризующаяся симптомами интоксикации, поражением ЖКТ по типу гастроэнтерита, энтерита, иногда с поражением ВДП.

Известно более 200 возбудителей, относящихся к 12 семействам РНК- и ДНК-содержащих вирусов. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется около 180 млн. случаев, чаще рота- и норовирусной этиологии.

Клинические и эпидемиологические особенности ВД:

- Острое начало заболевания с быстро прогрессирующим эксикозом
- Быстрое распространение в очаге
- Высокая устойчивость возбудителя и высокая контагиозность
- Бессимптомное носительство и продолжающееся выделение вируса у реконвалесцентов
- Возможен и аэрозольный путь распространения возбудителя.

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Ротавирусная инфекция (РИ). Это широко распространенное во всем мире вирусное заболевание, поражающее чаще детей. Около 530 тыс. детей в возрасте до 5 лет погибает от ротавирусной инфекции и более 80% из которых приходится на развивающиеся страны Африки и Азии. По данным ВОЗ за период 2001-2008 г.г. около 40% случаев госпитализации больных с ОКИ пришлось на ротавирусные

инфекции. Возбудитель РНК-содержащий вирус рода Rotavirus (rota-колесо), семейства Rotaviridae.

Источником инфекции является только человек. Механизм передачи фекально-оральный. Факторами передачи чаще всего служит вода, пищевые продукты, контаминированные ротавирусами загрязненные руки и всевозможные предметы обихода. Не исключен и аэрогенный механизм инфицирования. Среди всех вирусных диарей ротавирусы вызывают наиболее тяжелое течение заболевания у детей в возрасте до 5 лет.

Заболевание протекает по типу гастрита, гастроэнтерита, гастроэнтероколита. Инкубационный период до 48 часов, иногда до 5-7 дней. Острое начало (85%), постепенное же в 15%, продрома – слабость, недомогание, головная боль, познабливание. Клиника развивается в течение 12-24 часов, одновременно с повышением температуры тела появляются рвота и диарея. У взрослых рвота без тошноты, до 3-4 раз, прекращается в течение первых суток, повторная встречается редко. Начало заболевания с рвоты и диареи характерно для более тяжелого течения заболевания. Боли в животе на фоне диареи, слабые, постоянные, схваткообразные, локализуются чаще в эпигастрии, околопупочной области, реже разлитого характера.

Диарея встречается практически у всех больных. Выделения обильные, водянистого характера (75-80%), желтого или желто-зеленого цвета, пенистые, с резким запахом. У некоторых больных в начале заболевания испражнения имеют мутновато-белый цвет, как при холере. Наличие слизи и прожилок крови при РИ лишь в сочетании с бактериальной инфекцией (шигеллами, эшерихиями, кампилобактериями). Позывы к дефекации носят императивный характер, сопровождающиеся громким урчанием, болями в животе с последующим облегчением. Метеоризм при ротавирусной инфекции довольно частое явление, в основе этого лежит ферментативная недостаточность тонкого кишечника, поджелудочной железы, нарушается расщепление углеводов с последующим

развитием процессов брожения. Гепатоспленомегалия не характерна, но может повышаться АЛТ в 1,5-2 раза у 29,4%, АСТ у 11,7%. Гипербилирубинемия не характерна. Синдром обезвоживания развивается уже в начальной фазе заболевания. Тяжесть ротавирусных ГЭ определяется интенсивностью диареи, развивающегося обезвоживания. Интоксикационный синдром встречается более чем у половины больных – резкая общая слабость, головная боль.

Варианты течения – легкая, среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая, которая протекает с развитием обезвоживания IV степени. По тяжести течения обезвоживания (по данным Крамарёва С.О. и Васильева Б.Я.) ротавирусная инфекция уступает только холере. Поражение ВДП встречается у 1/3 больных. Увеличение шейных л/узлов у 1/5 больных. У взрослых при ротавирусной инфекции могут страдать ССС, НС. Клиника укладывается в 7-10 дней, заканчивается выздоровлением. Летальные исходы у взрослых редки.

У новорожденных детей РИ встречается редко, хотя возможны как спорадические, так и групповые вспышки в родильных домах, заражение от матерей или медицинского персонала. Заболевание развивается остро и часто протекает тяжело в большей степени за счет развившего обезвоживания и наслонившихся осложнений. Особого внимания заслуживают больные дети из группы риска. Практически почти у всех больных РГ формируется вторичная лактазная недостаточность, проявляющаяся длительной и интенсивной диареей, беспокойством и болями после приема пищи и глубоким нарушением водно-солевого баланса. У половины больных лактазная недостаточность остается даже после выписки, что требует соответствующей терапии.

У детей раннего возраста ротавирусный гастроэнтерит часто протекает в виде микст-инфекции с ОКИ, вызванными ПМ и УПМ.

КАЛИЦИВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Калицивирусы – calici – кубок – за счет углубления на поверхности вириона. Семейство включает 4 рода. Патогенные для человека норовирусы и саповирусы. Сезонность чаще осеннее-зимне-весенняя.

Норовирусная инфекция (Norwalk-инфекция) и саповирусы занимают второе место после ротавирусной инфекции. Характерно преобладание секреторирующих процессов над абсорбирующими, что приводит к развитию диарейного синдрома. Инкубационный период 12-48 часов. Клиническая картина характеризуется триадой симптомов – лихорадка, рвота, диарея. Начало острое, лихорадка непродолжительная, стул водянистый, иногда со слизью, без запаха, с частотой 2-10 раз/сутки, нормализующийся на 2-3 сутки заболевания, диарейный синдром сопровождается болевым синдромом, у 1/3 больных урчанием. Часты катаральные явления со стороны ВДП. Клиника заболевания у детей и взрослых сходна. Особенностью течения норовирусных ГЭ у детей первого года жизни является отсутствие лихорадочной реакции. Чаще всего страдают этим заболеванием дети в возрасте до 3 лет. У пожилых людей возможен летальный исход. При беременности возможно тератогенное действие возбудителя, гибель плода. У некоторых больных после перенесенного заболевания развивается вторичная дисахаридозная недостаточность или синдром мальабсорбции (нарушение всасывания жиров и Д-ксилозы).

АСТРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Астровирусы (aster– звезда, которую напоминают вирионы). Данная инфекции встречается повсеместно, особенно в зимне-весенний период.

Инкубационный период 3-4 суток. Стул водянистый, умеренная рвота, боли в животе, повышение температуры тела. Течение заболевания легкое,

среднетяжелое. Реконвалесценция через 2-3 суток. Часто сочетается с рота- и норовирусной инфекцией.

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Аденовирусные гастроэнтериты вызываются энтеропатогенными аденовирусами, для которых не характерно поражение носоглотки. Заболевание, по сравнению с РГ, протекает менее остро, но зачастую имеет затяжной, волнообразный характер. Заболевание чаще начинается с рвоты, диарея появляется на 2-3 сутки. Лихорадка в пределах 37,5-38,5. У детей раннего возраста заболевание часто протекает с мезентериальным аденитом. Мезадениты иногда дают картину острого живота и приводят к инвагинации тонкого кишечника.

ПИКОРНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пикорнавирусная инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое энтеровирусами Коксаки и ЕСНО, а также калицивирусами. Piccolo – маленький, RNA – РНК. Диареегенными для человека являются: Parechovirus (от пара-ЕСНО), kobuvirus (kobu- японск. горб), энтеровирусы, гепатовирусы.

Энтеровирусные гастроэнтериты чаще встречаются у детей первого года жизни. Заболевание начинается остро с лихорадки до 38,0-39,0 гр.С и протекает по типу острого гастроэнтерита с умеренно выраженной интоксикацией. Озноб, рвота, боли в области живота, диарея водянистая до 5 раз в сутки, иногда с примесью зелени и слизи. При пальпации живота урчание и болезненность, иногда гепатомегалия. Клиника гастроэнтерита может сочетаться с другими проявлениями энтеровирусной инфекции (миалгия, экзантема, желтуха, герп.ангина, серозный менингит и др.). Длительность заболевания не превышает 10-14 дней с характерным доброкачественным течением.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Имеет воздушно-капельный и фекально-оральный путь передачи. Среди 3 групп возбудителей клинико-диагностическое значение имеют вирусы **HECoV (human enteric coronavirus)**. Болеют лица всех возрастов, но тяжелее заболевание протекает у детей, так как клиническая картина выраженного респираторного синдрома (ТОРС, атипичная пневмония, SARS) сочетается с диарейным на фоне интоксикационного синдрома. Во время вспышки SARS в 2003 году у 21% больных отмечены симптомы острого гастроэнтерита. Описаны вспышки коронавирусных гастроэнтеритов без каких – либо катаральных проявлений сопровождавшиеся быстрым выздоровлением.

ТОРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Торовирусы – обнаружены сравнительно недавно. Выделяются от 3 до 27% больных с острыми диареями. Особенно тяжело протекает инфекция у детей 1 года жизни и лиц со сниженным иммунитетом.

В настоящее время уделяют большое внимание энтеральным микст-вирусам, вызывающих поражение ЖКТ. Имеются данные о выделении 3-х разных вирусов от одного больного с гастроэнтеритом. В нашей практике были случаи сочетания рота- и аденовирусов, рота- и норовирусов.

ОКИ, ВЫЗВАННЫЕ ПРОСТЕЙШИМИ

АМЕБНАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ (АМЕБИАЗ)

Амебиаз – кишечное заболевание человека протозойной этиологии. Заболевание характеризуется язвенным поражением толстого

кишечника с рецидивирующим затяжным хроническим течением склонное к эндемичному (через воду) распространению преимущественно в странах с жарким климатом. В СНГ встречается на Кавказе и Средней Азии.

Этиология. Возбудитель заболевания – дизентерийная амеба (*Entamoeba histolytica*) – открыт отечественным ученым Ф.А. Лешем в 1875 г. в испражнениях дизентерийного больного. Дизентерийная амеба в организме больного человека встречается в трех формах: большая вегетативная форма, малая вегетативная форма и цисты. Вегетативные формы вне человеческого организма быстро погибают, а цисты во внешней среде достаточно устойчивы. Источник инфекции человек – больной острой и хронической формами амебиаза, выздоравливающий и цистоноситель. Механизм передачи фекально-оральный, особенно при неудовлетворительном водоснабжении. Мухи и тараканы занимают не последнее место в рассеивании цист амеб.

Инкубационный период от одной недели до нескольких месяцев. Заболевание чаще развивается постепенно, чем остро. Беспокоит общее недомогание, ухудшается аппетит, тошнота, присоединяются легкие боли в животе. Затем появляется жидкий стул кашицеобразного характера с примесью слизи и крови с кратностью до 6-10 и более раз с резким запахом. В последующем стул может терять каловый характер и напоминает стекловидную массу. Слизь смешивается с кровью и приобретает вид «малинового желе», что в настоящее время встречается редко. Наличие примеси крови в кале отмечается у больных с тяжелым течением заболевания. Слизь вязкая, прилипает ко дну судна и не стекает книзу при наклоне горшка. Болевой синдром чаще постоянный и усиливается при каждом акте дефекации. При вовлечении в патологический процесс сигмовидной и прямой кишки бывают тенезмы. Живот втянут и болезненный по ходу толстого кишечника больше в правых отделах (слепая и восходящий отдел кишечника). Симптомы интоксикации выражены слабо, лихорадка наблюдается чаще при развитии осложнений. Заболевание носит часто волнообразное течение. Рецидивы возобновляются на фоне практически

купированных симптомов заболевания через несколько недель или даже несколько месяцев. Болезнь может продолжаться месяцами, иногда годами и приводит к анемии, кахексии. Одной из серьезнейших причин рецидивирующего течения с переходом в хроническое является отсутствие противоамебной терапии. Хроническое течение (непрерывное или рецидивирующее) проявляется неприятным запахом изо рта, жжением и болезненностью языка, анорексией, диареей до 20-30 и более раз (при обострении). Черты лица заострены, живот обычно запавший, умеренная болезненность (иногда) при пальпации толстого кишечника. Эндоскопически при хроническом течении кроме язв можно обнаружить полипы, кисты, амебомы. Острое течение укладывается в 4-6 недель.

Осложнения обусловлены глубоким язвенным процессом в кишечнике приводящим к перфорации с последующим развитием перитонита, амебома, кишечное кровотечение, выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Сужение кишечника и амебома могут привести к развитию обтурационной непроходимости кишечника. Метастазирование амёб в другие органы - печень, головной мозг, легкие (внекишечные формы) ведет к образованию абсцессов, что естественно ухудшает прогноз заболевания.

Диагноз подтверждается обнаружением в фекалиях или соскобе со слизистой оболочки кишки цист амёб или их вегетативных форм методом микроскопии нативных препаратов. Серологическая диагностика представлена РНГА, ИФМ, ВИЭФ.

БАЛАНТИДИАЗ

Балантидиаз (дизентерия инфузорная) – кишечный зооноз протозойной этиологии, проявляющийся язвенным поражением толстой кишки и симптомами общей интоксикации.

Этиология. Возбудитель – *Balantidium coli* – класс ресничные инфузории, тип простейшие, представлен вегетативной формой, неустойчивой во внешней среде и цистами, которые сохраняют жизнеспособность во внешней среде до нескольких недель. Резервуаром возбудителя являются животные (свиньи) и человек (крайне редко). Механизм заражения фекально-оральный. Определенное место занимают синантропные мухи. Заболевание чаще встречается в странах Азии, Европы, Америки среди сельских жителей, занимающихся свиноводством.

Инкубационный период от нескольких дней до нескольких недель. Начало заболевания острое с интоксикационного синдрома. Головная боль, тошнота, многократная рвота, прогрессирующая общая слабость, резкое повышение температуры до высоких цифр. Лихорадка приобретает неправильный характер. На фоне появившегося интоксикационного синдрома появляется диарея водянистая, гнилостного характера, обильная с примесями гноя и крови. При тяжелом течении диарея до 15-20 и более раз, что в последующем приводит к потере массы тела больных и достаточно серьезному нарушению трудоспособности. При развитии патологического процесса в червеобразном отростке развивается клиника острого аппендицита. Острое течение балантидиаза как правило укладывается в 2 месяца. Запоздалая соответствующая терапия является главным фактором перехода балантидиаза в хроническое течение. Хроническое течение (непрерывное и рецидивирующее) проявляется периодами ремиссии и обострениям, или постоянным монотонным течением с умеренно выраженным интоксикационным синдромом. Осложнения в виде кишечного кровотечения, перфорации язвы толстой кишки с развитием перитонита могут предрешить исход заболевания.

Диагноз подтверждается обнаружением вегетативных форм балантидий в фекалиях или биоптатах края язв, в мазках язвенного содержимого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, широкое разнообразие клинической картины ОКИ, схожесть динамики развития заболеваний между собой и отсутствие лабораторных данных позволяют нам выставить предварительным диагнозом только эмпирический диагноз. Главная задача клиницистов при выставлении эмпирического предварительного диагноза определиться в правильности патогенетической терапии и необходимости назначения антибактериальной терапии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. ДИАРЕИ БЫВАЮТ

- 1) инвазивные
- 2) императивные
- 3) агрессивные
- 4) продуктивные

2. ВИРУСНАЯ ДИАРЕЯ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ ВИРУСАМИ

- 1) гриппа
- 2) парагриппа
- 3) ротавирусами
- 4) тогавирусами

3. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧАЩЕ

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) молниеносное
- 4) латентное

4. СИМПТОМ ЯЗЫКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) невозможность вынуть его далее зубов
- 2) тремором
- 3) девиацией
- 4) отечностью с отпечатками зубов по боковым поверхностям

5. САЛЬМОНЕЛЛЕЗНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК ЭТО БОЛИ В

- 1) эпигастрии, околопупочной области, правой подвздошной области
- 2) эпигастрии, околопупочной области, правой подвздошной, левой подвздошной области
- 3) околопупочная область и правая и левая подвздошные области
- 4) эпигастрии, правая и левая подвздошные области

6. БРЮШНОЙ ТИФ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) сальмонеллы
- 2) шигеллы
- 3) эшерихии
- 4) клебсиеллы

7. ВАРИАНТЫ ТЕМПЕРАТУРНЫХ КРИВЫХ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) Кончаловского, Юргенса, Адесмана
- 2) Боткина, Кельдюшевского, Вундерлиха
- 3) Штерберга, Розенберга, Винокурова
- 4) Лендорфа, Говорого-Годелье

8. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПАРАТИФА С

- 1) гастроинтестинальные, катаральном
- 2) тифоподобная, септическое
- 3) тифоподобное, септическое, гастроинтестинальная
- 4) катаральный, абдоминальный

9. СИМПТОМ ФИЛИППОВИЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЖЕЛТУШНЫМ ОКРАШИВАНИЕМ КОЖИ

- 1) всего тела

- 2) только живота
- 3) только нижних и верхних конечностях
- 4) кистей и стоп

10. ВИРУСНЫЕ ДАРЕИ ВЫЗЫВАЮТСЯ ЧАЩЕ

- 1) вирусами гриппа, парагриппа
- 2) астро, и коронавирусами
- 3) рота,- и норовирусами
- 4) адено,- и тоговирусами

11. ХАРАКТЕР ПОВЕШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

- 1) стремительное
- 2) постепенное
- 3) ступенеобразное
- 4) острое

12. СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ

- 1) скудный со слизью, прожилками крови
- 2) обильный, водянистый
- 3) в виде горохового супа с кисловатым запахом
- 4) зловонный, пенный, темно-зеленого цвета

13. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА

- 1) пневмония, плеврит, пиелонефрит
- 2) менингит, аппендицит, перитонит
- 3) ИТШ, ГШ, ОПН
- 4) Кровотечение, перфорация, ИТШ

14. СИМПТОМ ПАДАЛКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ УКРОЧЕНИЕМ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА

- 1) над легкими
- 2) справа в подвздошной области
- 3) слева в подвздошной области
- 4) в нижних отделах живота

15. РЕЦИДИВЫ БРЮШНОГО ТИФА РАЗВИВАЮТСЯ НА ФОНЕ

- 1) гипертермии
- 2) нормотермии
- 3) гипотермии
- 4) угасание симптомов

16. ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИМПТОМ ШТЕРБЕРГА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области
- 2) укорочение перкуторного звука в левой подвздошной области
- 3) появления болей справа в животе при раздражении левых отделов живота
- 4) появления болей слева в животе при раздражении правых отделов живота

17. СТУЛ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) в виде «рисового отвара»
- 2) скудный со слизью и прожилками крови
- 3) зловонный, темного-зеленого цвета
- 4) в виде горохового супа

18. ХОЛЕРНЫЙ СТУЛ – СТУЛ В ВИДЕ

- 1) «мясных помоев»
- 2) «горохового супа»
- 3) «рисового отвара»
- 4) «лягушачьей икры»

19. ПЕРФОРАЦИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В РАЗГАР БРЮШНОГО ТИФА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гемоколитом
- 2) доскообразным напряжением передней стенки живота
- 3) локальным напряжением в правых отделах живота
- 4) локальным напряжением в левых отделах живота

20. СИМПТОМ НОЖНИЦ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) брадикардия на фоне лихорадки
- 2) тахикардия на фоне нормотермии
- 3) нормокардия на фоне лихорадки
- 4) тахикардия на фоне гипотермии

21. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) шигеллеза
- 2) эшерихиоза
- 3) холеры
- 4) сальмонеллеза

22. ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ПАРАТИФА А

- 1) катаральный
- 2) гастроинтестинальный
- 3) септический
- 4) тифоподобный

23. У ВАКЦИНИРОВАННЫХ ТЕЧЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА

- 1) субклиническое
- 2) латентное
- 3) стертое
- 4) более легкое

24. ЭКЗАНТЕМА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) розеолезная
- 2) папулезная
- 3) геморрагическая
- 4) пятнисто-папулезная

25. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДИЗЕНТЕРИЙНОМ КОЛИТЕ

- 1) спастическая в правой подвздошной области
- 2) спастическая в левой подвздошной области
- 3) спастическая в подвздошных областях
- 4) по ходу кишки

26. РЕЦИДИВЫ БРЮШНОГО ТИФА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ

- 1) 1-2 неделя нормотермии
- 2) 2-3 неделя нормотермии
- 3) 1-2 неделя гипертермии
- 4) 2-3 неделя гипертермии

27. БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

- 1) гастритический
- 2) гастроэнтеритический
- 3) энтероколитический
- 4) колитический

28. ДИАРЕЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

- 1) в виде «рисового отвара»
- 2) скудная со слизью, прожилками крови
- 3) водянистая, зловонная, в виде болотной тины
- 4) в виде «горохового супа»

29. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА ПРИЗНАКАМИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выбухание большого родничка
- 2) западение большого родничка
- 3) зарращения большого родничка
- 4) без визуальных изменений

30. ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ПАРАТИФА В

- 1) тифоподобный
- 2) септический
- 3) гастроинтестинальный
- 4) катаральный

31. СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием клинических проявлений
- 2) наличием выраженных клинических проявлений
- 3) наличием стертых клинических проявлений
- 4) наличием атипичных клинических проявлений

32. ТЕНЕЗМЫ С ЛОЖНЫМИ ПОЗЫВАМИ НА ДЕФЕКАЦИЮ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) брюшного тифа
- 2) холеры
- 3) дизентерии
- 4) сальмонеллеза

33. АНГИНА ДЮГЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) дифтерии
- 2) скарлатине
- 3) инфекционном мононуклеозе
- 4) брюшном тифе

34. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ДИАРЕЯ НАПОМИНАЕТ

- 1) «рисовый отвар»
- 2) «лягушачью икру»
- 3) «гороховый суп»
- 4) «мясные помои»

35. ТИФОПОДОБНЫЙ ВАРИАНТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ
САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гектической лихорадкой
- 2) поражением ЦНС
- 3) поражением почек
- 4) розеолезной экзантемой

36. ЭШЕРИХИОЗЫ ПРОТЕКАЮТ В ВИДЕ

- 1) 3-х вариантов клинических форм
- 2) 4-х вариантов клинических форм

- 3) 5-ти вариантов клинических форм
- 4) 6-ти вариантов клинических форм

37. «ДИАРЕЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ» ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) ЭТКП
- 2) ЭИКП
- 3) ЭГКП
- 4) ЭАКП

38. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ КОЛИТ С СИНДРОМОМ ГАССЕРА ЗЫВАЮТ

- 1) ЭПКП
- 2) ЭТКП
- 3) ЭИКП
- 4) ЭГКП

39. ЭАКП ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ ЭШЕРИХИОЗ

- 1) у лиц иммунодефицитными состояниями
- 2) у детей в возрасте до 1 года
- 3) у детей раннего возраста
- 4) у людей активного трудоспособного возраста

40. СЕПТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лихорадкой
- 2) розеолезной экзантемой
- 3) симптомами Падалки, Штерберга
- 4) менингитом

41.ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ЭШЕРИХИОЗА, ВЫЗВАННОГО ЭТКП

- 1) холероподобный
- 2) дизентериеподобный
- 3) сальмонеллезоподобный
- 4) по типу ПТИ

42. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ

- 1) человек
- 2) животные
- 3) рыбы
- 4) птицы

43. ДЛЯ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) малиновый язык, гиперемия по типу носков и перчаток
- 2) малиновый язык, ангина
- 3) малиновый язык, мелкоточечная сыпь
- 4) географический язык, экзантема

44. СИМПТОМ ГАССЕРА ПРИ ЭШЕРИХИОЗЕ НАЗЫВАЮТ

- 1) острую надпочечную недостаточность
- 2) бронхообструктивный синдром
- 3) гемолитико-уремический синдром
- 4) адрено-генитальный синдром

45. ПРИ ЭПКП ЭШЕРИХИОЗЕ ДИАРЕЯ

- 1) водянистая, грязно-желтого цвета
- 2) в виде «рисового отвара»
- 3) скудная со слизью и прожилками крови

- 4) водянистая, темно-зеленого цвета, в виде «лягушачьей икры»

46. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ЭШЕРИХИОЗОВ, ВЫЗВАННЫХ ЭИКП

- 1) холероподобный
- 2) дизентериеподобный
- 3) сальмонеллезоподобный
- 4) по типу ПТИ

47. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

- 1) человек
- 2) животные
- 3) рыбы
- 4) человек и животные

48. ИСПРАЖНЕНИЯ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ

- 1) жидкие, зловонные, иногда со слизью
- 2) скудные со слизью и прожилками крови
- 3) обильные, водянистые, мутно-белого цвета
- 4) по типу «мясных помоев»

49. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЕРСИНИОЗ ЧАЩЕ ПРОТЕКАЕТ В ФОРМЕ

- 1) гастрита
- 2) гастроэнтерита
- 3) колита
- 4) энтероколита

50. СТУЛ ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) в виде «горохового стула» с кисловатым запахом

- 2) водянистый темно-зеленого цвета, зловонный
- 3) водянистый с белыми хлопьями без запаха
- 4) скудный, со слизью и прожилками крови

51. «РУКА АКУШЕРА.», «КОНСКАЯ СТОПА» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) ботулизма
- 2) столбняка
- 3) бешенства
- 4) холеры

52. ПРИ ХОЛЕРЕ ПОЗЫВЫ НА СТУЛ

- 1) императивные
- 2) оперативные
- 3) ложные
- 4) монотонные

53. БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) схваткообразные кратковременные
- 2) монотонные, разлитые
- 3) острые, приступообразные
- 4) отсутствует

54. ХОЛЕРНЫЙ ВИБРИОН НАЗЫВАЮТ

- 1) палочка Коха
- 2) Коховская запятая
- 3) палочка Фридлендера
- 4) палочка Леффлера

55. МОРЩИНИСТАЯ КОЖА И «ВИСИТ КАК КОСТЮМ» С ЧУЖОГО ПЛЕЧА ПРИ

- 1) дизентерии
- 2) аденовирусном гастроэнтерите
- 3) ПТИ
- 4) холере

56. СТУЛ ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) без запаха
- 2) без запаха или с запахом рыбного супа или сырого тертого картофеля
- 3) в виде «горохового супа» с кисловатым запахом
- 4) с плесневым запахом

57. АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ ПРИ ХОЛЕРЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У

- 1) у всех больных
- 2) у больных пожилого старческого возраста
- 3) у людей с иммунодефицитом
- 4) у детей в возрасте до 1 года

58. «РУКА ПРАЧКИ» ПРИ ХОЛЕРЕ ЭТО

- 1) сухая кожа на руках
- 2) влажная кожа на руках
- 3) сморщенная кожа на руках
- 4) дряблая кожа на руках

59. ХОЛЕРА НАЧИНАЕТСЯ С ПОЯВЛЕНИЯ

- 1) диареи
- 2) рвоты

- 3) абдоминальных болей
- 4) лихорадки

60. ХОЛЕРА НАЧИНАЕТСЯ КАК ПРАВИЛО

- 1) утром
- 2) днем
- 3) вечером
- 4) ночью под утро

61. ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ХОЛЕРЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1) инфекционно-токсического шока
- 2) дегидратационного шока
- 3) анафилактического шока
- 4) цитратного шока

62. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) НС
- 2) ССС
- 3) костно-суставной аппарат
- 4) мочеполовая система

63. БОТУЛИЗМ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

- 1) «детский» (новорожденных)
- 2) раневой
- 3) пищевой
- 4) смешанный

64. ПЕРВЫЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БОТУЛИЗМА

- 1) тошнота, рвота, боли в животе
- 2) головная боль, боль в мышцах и суставах, боли в глазных яблоках
- 3) снижение остроты зрения, двоение, туман-сетка перед глазами
- 4) симптомы поражения ССС, мочеполовой системы

65. ОЩУЩЕНИЕ СЖАТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ «КАК БУДТО ОБРУЧЕЙ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) столбняке
- 2) бешенстве
- 3) полиомиелите
- 4) ботулизме

66. ПИЩЕВАЯ ТОКСИКО ИНФЕКЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ

- 1) тошнота, рвота, боли в эпи,- мезогастрии , диарея без патологических примесей
- 2) тошнота, рвота, боли в мезогастрии , диарея водянистая со слизью
- 3) лихорадка, боли в мезо,- эпигастии , диарея калового характера, со слизью, прожилками кровью
- 4) лихорадка, боли в подвздошной области, диарея

67. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИЕ

- 1) clostridium perfringens
- 2) clostridium botulinum
- 3) clostridium difficile
- 4) clostridium tetani

68. ХАРАКТЕРНЫЙ СИНДРОМ БОТУЛИЗМА

- 1) интоксикационный
- 2) менингеальный
- 3) лихорадочный
- 4) фоноларингоневрологический

69. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ БОТУЛИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) лихорадку, птоз, поперхивание, чувство комка в горле
- 2) кашель, насморк, боли в горле, затрудненное глотание
- 3) тошноту, рвоту, диарею, боли в животе
- 4) боли в мышцах и суставах, головную боль, боли в грудной клетке при дыхании

70. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРИТ С ВЫРАЖЕННОЙ ДЕГИДРАТАЦИЕЙ, ШОКОМ, ПОЛИОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) cl. difficile
- 2) cl. Perfringens серотип С
- 3) cl. botulinum
- 4) cl. tetani

71. ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ БОТУЛИЗМА

- 1) диспепсический
- 2) астеновегетативный
- 3) офтальмоплегический
- 4) респираторный

72. ПОРОЖЕНИЯ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ БОТУЛИЗМЕ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженной мышечной слабостью
- 2) выраженным напряжением
- 3) судорожным подергиванием
- 4) атрофией

73. ПТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

- 1) ПМ и их эндотоксинами
- 2) УПМ
- 3) УПМ и их экзотоксинами
- 4) ПМ

74. ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПТИ, ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) стрептококками
- 2) стафилококками
- 3) клостридиями
- 4) протейями

75. БОЛИ «РАННИЕ», «ПОЗДНИЕ», «НОЧНЫЕ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) хеликобактериоза
- 2) кампилобактериоза
- 3) клебсиеллеза
- 4) клостридиоза

76. ДИАРЕЯ ПРИ ПТИ

- 1) водянистая, зловонная
- 2) водянистая по типу «рисового отвара»
- 3) водянистая зловонная, пенистая, болотного цвета

4) скудная, со слизью и прожилками крови.

77. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦЕРЕОЗА ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- 1) детей раннего возраста
- 2) детей старшего возраста
- 3) взрослых
- 4) лиц преклонного возраста и больных с иммунодефицитом

78. РОТАВИРУСНАЯ ДИАРЕЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

- 1) весной
- 2) летом
- 3) осенью
- 4) зимой

79. ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ ДИАРЕЯ ИНОГДА МОЖЕТ
НАПОМИНАТЬ

- 1) холеру
- 2) дизентерию
- 3) сальмонеллез
- 4) ПМК

80. ВИРУС ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ НАПОМИНАЕТ

- 1) звезду
- 2) кубок
- 3) колесо
- 4) эллипс

81. ПТИ ВЫЗВАННЫЕ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРОТЕКАЮТ

- 1) доброкачественно, гастроэнтерит без выраженной интоксикации.
- 2) с гастроэнтеритом, дегидратацией, интоксикацией
- 3) тяжело с дегидратацией и интоксикацией
- 4) тяжело с энтероколитом

82. ХАРАКТЕРНОЕ ТЕЧЕНИЕ КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) дизентериеподобное
- 2) холероподобное
- 3) сальмонеллезоподобное
- 4) по типу ПТИ

83. ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ДИАРЕЯ ЧАЩЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) весной
- 2) летом
- 3) осенью
- 4) зимой

84. МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ

- 1) фекально-оральный и парентеральный
- 2) трансмиссивный и парентеральный
- 3) аэрозольный и парентеральный
- 4) фекально-оральный и аэрозольным

85. ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАРЕЯ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ НАПОМИНАЕТ

- 1) дизентерию
- 2) холеру
- 3) сальмонеллез
- 4) кампилобактериоз

86. ПО ВЫРАЖЕННОСТИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ РГ МОЖНО СРАВНИТЬ С

- 1) дизентерией
- 2) сальмонеллезом
- 3) эшерихиозом
- 4) холерой

87. ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАЩЕ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) астровирусной инфекции
- 3) коронавирусной инфекции
- 4) торовирусной инфекции

88. АСТРОВИРУСЫ НАПОМИНАЮТ

- 1) кубок
- 2) звезду
- 3) колесо
- 4) эллипс

89. ХАРАКТЕРНАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ПРИ КАЛИЦИВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ

- 1) тошнота, рвота, диарея

- 2) лихорадка, диарея, боли в животе
- 3) тошнота, рвота, боли в животе
- 4) лихорадка, рвота, диарея

90. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ С ВОЗМОЖНЫМ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) калицивирусной инфекции
- 2) ротавирусной инфекций
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) торовирусной инфекции

91. У НОВОРОЖДЕННЫХ РОТОВИРУСНЫЙ ГЭ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) редко
- 2) часто
- 3) как у взрослых
- 4) не встречается

92. КАЛИЦИВИРУСЫ ПОХОЖИ НА

- 1) кубок
- 2) звезду
- 3) колесо
- 4) эллипс

93. ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- 1) ротавирусы
- 2) аденовирусы
- 3) астровирусы
- 4) калициврисы

94. АСТРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В

- 1) зимне-весенний период
- 2) весенне- летний период
- 3) летне- осенний период
- 4) осенне- зимний период

95. МЕЗАДЕНИТЫ С КАРТИНОЙ ОСТРОГО ЖИВОТА С ИНВАГИНАЦИЕЙ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) ротавирусов
- 2) аденовирусов
- 3) калицивирусов
- 4) астровирусов

96. ДЛЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

- 1) интоксикационный и гастроинтестинальный
- 2) интоксикационный с явлениями энтероколита
- 3) интоксикационный с явлениями гастроэнтерита
- 4) гастроинтестинального синдрома с менингеальным, желтушным, экзантемой и тд.

97. ЭНТЕРОВИРУСНЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ ЧАЩЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) весной
- 2) летом
- 3) осенью
- 4) зимой

98. МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОМ
ГАСТРОЭНТЕРИТЕ

- 1) трансмиссивный
- 2) воздушно-капельный и фекально-оральный
- 3) воздушно-капельный
- 4) фекально-оральный

99. ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ПРОТЕКАЕТ В ФОРМЕ

- 1) гастрита
- 2) гастроэнтерита
- 3) энтероколита
- 4) колита

100. ДЛЯ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОГО СИНДРОМА
ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1) интоксикационного синдрома
- 2) гидратационного синдрома
- 3) гастроинтестинального синдрома
- 4) гастроинтестинального и интоксикационного синдромов

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

	1 -1	11 -3	21 -4	31 -1	41 -1	51 -4	61 -2	71 -3	81 -4	91 -1
	2 -3	12 -4	22 -1	32 -3	42 -1	52 -1	62 -1	72 -1	82 -1	92 -1
3 -2	13 -4	23 -4	33 -4	43 -1	53 -4	63 -3	73 -3	83 -2	93 -4	
4 -4	14 -2	24 -1	34 -2	44 -3	54 -2	64 -3	74 -4	84 -4	94 -1	
	5 -1	15 -2	25 -2	35 -4	45 -1	55 -4	65 -4	75 -1	85 -3	95 -2
	6 -1	16 -3	26 -2	36 -3	46 -2	56 -2	66 -1	76 -1	86 -4	96 -4
	7 -2	17 -2	27 -2	37 -1	47 -4	57 -4	67 -3	77 -4	87 -1	97 -2
	8 -3	18 -3	28 -3	38 -4	48 -1	58 -3	68 -4	78 -4	88 -2	98 -2
	9 -4	19 -3	29 -2	39 -1	49 -4	59 -1	69 -1	79 -1	89 -4	99 -2
10 -3	20 -1	30 -3	40 -4	50 -3	60 -4	70 -2	80 -3	90 -1	100 -4	

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- основная:

1. Казанцев А.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей /А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. – М.:ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013.- 496с.
2. Острые кишечные инфекции: руководство /Н.Д. Ющук, Ю.В.Мартынов, М.Г.Кулагина, Л.Е.Бродов. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 400с.
3. Вирусные диареи у детей и взрослых /под ред. проф. В.П.Малого.- СПб.: 2011.- 104с.
4. Инфекционные болезни /под ред. Н.Д. Ющук.- М.:ГЭОТАР -Медиа, 2011.- 692с.
5. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под ред. проф. В.Н.Тимченко.- СПб.: СпецЛит, 2008.- 607с.

- дополнительная:

1. Малов В.А. Острые инфекционные диарейные заболевания/ А.В.Малов, А.Н.Горобченк.- Лечащий врач.- М.: 2005.-№ 2.-с.6-8.
2. Руководство по инфекционным болезням/под ред. ЛобзинаЮ.В.- СПб.: ФОЛИАНТ, 2003.- 1037с.
3. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология/В.И. Покровский, С.Г.Пак, Н.И.Брико, Б.К.Данилкин.– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2003.- 811с.

4. Нисевич Н.И. Инфекционные болезни у детей/ НисевичН.И., УчайкинВ.Ф.- М.: Медицина, 1985.- 296с.
5. Тимофеева Г.А.Острые кишечные инфекции у детей/ ТимофееваГ.А., ЦинзерлингА.В.- Л.: Медицина, 1983.- 304с.
6. Дунаевский О.А. Особенности течения инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста/ О.А.Дунаевский, В.А.Постовит.- Л.: Медицина, 1982.- 272с.