

Российская Академия Естествознания
Издательский дом Академии Естествознания



Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кубанский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Д.Л. Мойсова, П.В. Лебедев, Н.Х. Тхакушинова

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ.
ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Учебное пособие

Под редакцией профессора В.В. Лебедева

Москва
2014

УДК 616.34-053.8

ББК 55.141я7

М74

Составители: доценты кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. *Д.Л. Мойсова*, к.м.н. *П.В. Лебедев*, к.м.н. *Н.Х. Тхакушинова*.

Под редакцией заведующего кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., профессора **В.В. Лебедева**.

Рецензенты:

Авдеева М.Г. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней и фтизиопульмонологии КубГМУ;

Горбань В.В. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии с курсом ОВП (семейная медицина) ФПК и ППС КубГМУ

Мойсова Д.Л., Лебедев П.В., Тхакушинова Н.Х.

М74 Дифференциальная диагностика и лечение острых кишечных инфекций у взрослых. Применение бактериофагов для лечения и профилактики кишечных инфекций: учебное пособие / под ред. В.В. Лебедева. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2014 – 78 с.

ISBN 978-5-91327-304-8

Учебное пособие имеет целью повышение знаний врачей по вопросам дифференциальной диагностики и лечения острых кишечных инфекции, включает современный обзор практических вопросов терапии ОКИ с применением бактериофагов. Пособие содержит материалы собственных наблюдений авторов по данной проблеме. Библиография 20 назв.

Издание рассчитано на врачей клинических специальностей (инфекционистов, терапевтов, врачей скорой помощи, врачей общей практики, гастроэнтерологов, хирургов, гинекологов, анестезиологов-реаниматологов), курсантов ФПК и ППС.

Рекомендовано к изданию методической комиссией ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, протокол № 3 от 25.06. 2014 года.

ISBN 978-5-91327-304-8

© Мойсова Д.Л., Лебедев П.В.,
Тхакушинова Н.Х., 2014

© ИД «Академия Естествознания»

© МОО «Академия Естествознания»

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемое учебно-методическое пособие составлено в соответствии с Типовой программой дополнительного профессионального образования врачей по инфекционным болезням (Москва, ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2007).

Пособие является дополнительной литературой и предназначено для самостоятельной подготовки клинических интернов, клинических ординаторов, врачей клинических специальностей (инфекционистов, педиатров, врачей скорой помощи, врачей общей практики, гастроэнтерологов, анестезиологов-реаниматологов), обучающихся на циклах профессиональной переподготовки, общего и тематического усовершенствования по инфекционным болезням на факультетах повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов медицинских вузов.

Пособие включает вопросы клинической дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций, также вопросов комплексной терапии ОКИ у взрослых. В пособии имеются ситуационные задачи и вопросы для самоконтроля по изучаемому предмету.

Материалы издания основаны на данных учебников, руководств для врачей, дополнительной литературы, представленной в конце пособия в виде списка.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время группа острых кишечных инфекций (ОКИ) занимает важное место в структуре инфекционной заболеваемости. По материалам ГБУЗ «СКИБ» г. Краснодара, на долю больных ОКИ ежегодно приходится более 30 % всех госпитализированных. При этом в ряде случаев диагнозы при направлении пациентов на госпитализацию и при выписке не совпадают. Наиболее часто ОКИ приходится дифференцировать между собой, с различными отравлениями, с хирургической патологией. Несмотря на многолетнее изучение, кишечные диарейные заболевания остаются одной из актуальных проблем инфектологии. Наиболее значимыми тенденциями в настоящее время являются: рост среди больных ОКИ лиц пожилого возраста (старше 60 лет), увеличение доли пациентов с хронической алкогольной болезнью, рост антибиотикоустойчивости циркулирующих возбудителей ОКИ, возрастание частоты реконвалесцентного носительства патогенных микроорганизмов и дисбактериозов кишечника. Кроме того, на протяжении последних лет существенно изменились представления о патогенезе и лечении ОКИ. В пособии обобщены современные литературные данные и собственные наблюдения авторов по проблеме дифференциальной диагностики и терапии ОКИ. Перспективным направлением в усовершенствовании лечения и профилактики кишечных инфекций является использование лечебных бактериофагов, которые сами или в комплексе с другими антибактериальными препаратами повышают эффективность этиотропной терапии у больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОКИ

Диарея является основным синдромом большинства ОКИ. По классическому определению Roux, диареей называется клиническое состояние, при котором стул становится более жидким и более частым, чем в норме. В настоящее время различают 4 патогенетических вида диареи (табл. 1).

Таблица 1
Характеристика патогенетических видов диареи

Вид диареи	Патогенетический механизм	Характер испражнений	Заболевания и состояния при которых встречается
Секреторная	Усиление секреции Na^+ и H_2O в просвет кишки	Обильный, водянистый	Холера Сальмонеллез Эшерихиоз, вызываемый ЭТКП ПТИ
Гиперосмолярная	Нарушение всасывания	Обильный, жидкий с непереваренной пищей	Панкреатит Целиакия – спру Дисахаридазная недостаточность Применение солевых слабительных
Гипер- и гипокINETическая	Изменение моторики кишечника	Кашицеобразный, необильный	Неврозы («медвежья болезнь») Синдром раздраженного кишечника Употребление слабительных, прокинетики (церукал)
Гиперэкссудативная (воспалительная)	Выпотевание в просвет кишечника плазмы, крови, слизи, сыровоточных белков	Жидкий, необильный с примесью крови и слизи	Дизентерия Сальмонеллез Амебиаз НЯК Болезнь Крона Туберкулез кишечника Иерсиниоз Ишемическая болезнь кишечника

В основе дифференциальной диагностики любого инфекционного заболевания лежат три классических принципа: оценка жалоб больного, анамнеза болезни и результатов клинического обследования; правильный сбор и анализ данных эпидемиологического анамнеза; анализ результатов лабораторных исследований. При проведении дифференциальной диагностики инфекционных диарей предполагаемый диагноз основывается на преобладании признаков поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта, которые условно подразделяются на верхний, средний и нижний. Это объясняется механизмом инфицирования (фекально-оральный), дозой инфицирующего (токсигенного) агента, тропностью возбудителей (токсинов) к определенным участкам кишечной трубки, преморбидным состоянием желудочно-кишечного аппарата, обеспечивающего всасывание и выделение микроорганизмов, токсинов и продуктов обмена веществ, анатомо-физиологическими особенностями организма (дети и старики), состоянием иммунного статуса вообще и местного иммунитета в частности.

Синдром острого гастрита характеризуется внезапно возникающими болями и тяжестью в эпигастральной области. Болевому синдрому сопутствуют, а иногда предшествуют тошнота и рвота. Рвота приносит облегчение, в тяжелых случаях становится неукротимой, возникает после каждого приема жидкости. При пальпации живота в эпигастральной области отмечается резкая болезненность.

Синдром острого энтерита проявляется урчанием и «переливанием» в животе, нередко слышными на расстоянии, периодическими болями по всему животу или в области пупка, императивными позывами на дефекацию, обильным нечастым жидким стулом. Испражнения водянистые, с комками непереваренной пищи вследствие нарушения ферментативных процессов и всасывания в тонкой кишке. Окраска испражнений светлая, золотисто-желтая или зеленоватая за счет присутствия неизмененных желчных пигментов, повышенной перистальтики и быстрого продвижения содержимого кишечника. При тяжелых острых энтеритах испражнения могут иметь вид полупрозрачной белесоватой мутной жидкости с хлопьевидными или отрубевидными взвешенными частицами, которые после отстоя образуют осадок. При пальпации живота отмечаются урчание, «шум плеска» по ходу тонкой и толстой кишок. Для заболеваний, при которых энтерит является главным синдромом, характерно развитие обезвоживания (холера, сальмонеллез, эшерихиоз и др.).

Синдром острого колита характеризуется периодическими схваткообразными болями в нижней части живота, чаще в левой подвздошной области, ложными позывами на дефекацию, тенезмами, ощущением неполного освобождения кишечника после дефекации. Для колитического синдрома типичны гомогенный характер испражнений, их кашицеобразная или полужидкая консистенция, наличие патологических примесей: слизи, крови, гноя. При тяжелых колитах, сопровождающихся частым стулом, испражнения с каждой дефекацией становятся все более скудными, теряют каловый характер. При развитии геморрагического процесса в терминальных отделах толстой кишки стул состоит из одной слизи с прожилками крови («ректальный плевок»). Когда кровоизлияния и некроз локализуются преимущественно в правой половине толстой кишки, слизь равномерно окрашивается в красный или буро-красный цвет («малиновое желе»). Гной в чистом виде (без слизи) в острый период болезни практически никогда не наблюдается. Его можно обнаружить в период реконвалесценции в последних порциях испражнений или на поверхности оформленных каловых масс, что почти всегда свидетельствует о сохраняющемся очаговом воспалительном или язвенном процессе в прямой и сигмовидной кишках. Алая кровь в испражнениях может появляться в связи с кровотечением из геморроидальных вен, трещин заднего прохода, язв, полипов и распадающейся опухоли нижних отделов толстой кишки. В этих случаях кровь не перемешана с каловыми массами, находится на поверхности, часто в виде отдельных капель, иногда сгустков, слизь и гной отсутствуют или обнаруживаются в очень небольшом количестве. Пальпаторно толстая кишка имеет характер плотной ригидной трубки, тонически сокращается, становится менее подвижной. Диаметр и консистенция кишки примерно одинаковы в отличие от того, что наблюдается при хронических колитах. Важными дифференциально-диагностическими признаками острого и хронического колита являются бугристость кишечной стенки, неравномерность и плотность ее.

Многообразие клинических проявлений ОКИ обуславливает практическую важность дифференциальной диагностики их с рядом инфекционных и неинфекционных заболеваний. В табл. 2 представлены основные дифференциально-диагностические признаки наиболее часто встречающихся ОКИ.

Т а б л и ц а 2
Основные дифференциально-диагностические признаки наиболее часто встречающихся ОКИ

Диагностические признаки	Дизентерия	Сальмонеллез	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
Инкубация	1–7 сут	12–24 часа	1–6 сут	1–3 часа	15 ч – 3 сут	1–5 сут
Фактор переноса	Чаще вода и молочные продукты	Яйца, мясные и рыбные продукты	Овощи, мясо (свинина)	Кондитерские, молочные продукты	Вода, предметы окружающей среды	Вода
Лихорадка	Чаще фебрильная, 2–3 дня	Чаще фебрильная, 3–5 дней	Фебрильная, более 5 дней	Отсутствует	Отсутствует или субфебрильная, 1–2 дня	Чаще отсутствует
Гиперемия и зернистость ротоглотки	–	–	+	–	+	–
Испражнения	Скудные со слизью и кровью	Обильные зловонные зеленоватые	Жидкие необильные иногда со слизью	Чаще нет	Пенистые обильные водянистые желтые с кислым запахом	Обильные водянистые бесцветные без запаха (рисовый отвар)
Частота стула	10–20	5–10	5–10	–	5–10	Более 10
Обезвоживание	Нехарактерно	Чаще 1–2 степени	Редко	Редко 1–2 степени	У взрослых редко	3–4 степени
Тошнота и рвота	Редко	Часто	Редко	Характерны	Характерны	Рвота «фонтаном» без тошноты

Диагностические признаки	Дизентерия	Сальмонеллез	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
Увеличение печени	–	+	+	–	–	–
Боли в животе	Схваткообразные, в нижних отделах, тенезмы, ложные позывы	Постоянные ноющие в пупочной области, в эпигастрии, урчание	Постоянные в правой подвздошной области	В эпигастрии кратковременные	Разлитые в эпигастрии и околопупочной области	Для начала болезни не характерны
Пальпаторная болезненность	Левая подвздошная область, спазмированная сигма	Сальмонеллезный треугольник (эпигастрий, околопупочная и правая подвздошная область)	Правая подвздошная	Чаще болезненный живот	Эпигастрий и околопупочная область	Чаще болезненный живот
ОАК	Лейкоцитоз	Чаще нормоцитоз со значительным палочкоядерным сдвигом	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, иногда эозинофилия, увеличение СОЭ	Чаще не изменен	Лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия	Признаки стула

Для группы **пищевых токсикоинфекций** характерны связь с заведомо недоброкачественным продуктом питания, групповой характер заболевания, короткий инкубационный период, бурное начало, преобладание симптомов гастрита или гастроэнтерита, отсутствие или слабая выраженность интоксикационного синдрома, быстрая положительная динамика. Достоверно установить этиологию ПТИ можно при условии выделения идентичных возбудителей из продуктов, употребленных в пищу, и материала больного (рвотных масс, промывных вод, испражнений). Причем в испражнениях возбудитель должен содержаться в количестве не менее чем 10^6 микробных тел в 1 мл фекалий.

Отравление стафилококковым энтеротоксином. Болезнь начинается очень быстро после приема пищи, содержащей стафилококковый энтеротоксин. Инкубационный период иногда продолжается всего 30 мин, хотя чаще он длится от 1 до 3 ч. Отравления вызывают не только кондитерские изделия, как это принято считать (кремы, пирожные, торты и пр.), но даже мясные блюда и рыбные консервы, хранившиеся в открытом виде. Заболевание начинается с появления сильных режущих болей в эпигастральной области, появляется рвота. Температура тела остается нормальной, реже повышается до субфебрильной. Понос выражен слабо, кратковременный, а у некоторых больных он может отсутствовать. Обезвоживание развивается редко. Наблюдаются выраженная астенизация больного, гипотензия, бледность кожных покровов, холодный липкий пот. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области, реже в пупочной области. Характерна кратковременность заболевания. Уже через сутки больные чувствуют себя хорошо, все проявления болезни исчезают.

Пищевое отравление токсином клостридий возникает после употребления продуктов, обсемененных клостридиями (*Cl. Perfringens*) и содержащих токсины, выработанные этими микробами. Характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. Споры широко распространены в почве. Клостридиальные отравления чаще бывают обусловлены мясными продуктами домашнего приготовления. Инкубационный период 6–24 ч. Заболевание начинается с болей в животе, преимущественно в пупочной области. Быстро нарастает общая слабость, стул учащается (до 20 раз и более), бывает обильным, водянистым, иногда принимает вид рисового отвара. Обильная

рвота и жидкий стул могут привести к выраженному обезвоживанию (судороги, характерное лицо, сухость слизистых оболочек и др.) При отравлениях, вызванных клостридиями типов Е и F, может развиться некротический энтерит (сильные боли в животе, жидкий стул с примесью крови). Заболевание протекает очень тяжело. Помимо дегидратации и гиповолемического шока могут развиваться острая почечная недостаточность, инфекционно-токсический шок.

Для **пищевых токсикоинфекций протейной этиологии** характерна связь заболевания с употреблением недоброкачественных мясных и рыбных продуктов. Заболевание начинается с выраженных режущих болей в животе и обильного зловонного стула, часто с примесью крови. При этом у большинства больных отмечаются признаки интоксикации, вздутие живота, кратковременное снижение остроты зрения. По данным Краснодарской городской инфекционной больницы, ПТИ протейной и клебсиеллезной этиологии регистрируются преимущественно у пациентов с алкогольной болезнью.

В клинике **ботулизма** в начальный период могут быть рвота и понос. Однако гастроинтестинальный синдром не выражен и не продолжителен. Лихорадка при этом чаще субфебрильная. С первых же дней появляются типичные для ботулизма признаки паралитического синдрома (диплопия, миоз, мидриаз со снижением реакции на свет, паралич аккомодации, птоз, амимия, нарушение глотания, дыхания и др.).

Сальмонеллез. При локализованной (гастроинтестинальной) форме сальмонеллеза, в 75% случаев представленного гастроэнтероколитическим вариантом, заболевание развивается после короткого (12–24 ч) инкубационного периода. Болезнь начинается остро с признаков выраженной интоксикации (слабость, головная боль, температура до 38–40°C). Практически одновременно развиваются симптомы гастроэнтерита: боли в эпигастрии или вокруг пупка, тошнота, многократная рвота, обильный зловонный водянистый стул без тенезмов и ложных позывов, причем рвота и понос облегчают состояние больных. Характерен цвет стула – типа «болотной тины». Выраженность и длительность проявлений болезни зависят от ее тяжести. При легкой форме сальмонеллеза температура тела субфебрильная, рвота однократная, стул до 5 раз в сутки. При среднетяжелой форме температура тела повышается до 38–39°C, наблюдается повторная рвота, стул до 10 раз в сутки, может отмечаться обезвоживание I–II степени. При тяжелой форме резко выражены симптомы

интоксикации, нарушается водно-солевой обмен (обезвоживание II–III степени), может развиваться ОПН. При постановке окончательного диагноза необходимо учитывать, что для сальмонеллеза характерно групповое заболевание лиц, одновременно принимавших в пищу инфицированные продукты (чаще всего яйца, майонез, птицу, мясо и мясные изделия), длительно хранившиеся и не подвергавшиеся перед употреблением достаточной термической обработке. Специфическая диагностика осуществляется путем выделения сальмонелл из рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений. В настоящее время диагностика спорадического случая сальмонеллеза должна быть обязательно основана на результатах бактериологического исследования материала от больного. При эпидемиологически доказанной вспышке возможна постановка диагноза клинико-эпидемиологически.

Холера. В начальный период для холеры нетипичны признаки интоксикации и болевой синдром. Первые симптомы болезни связаны с появлением энтерита: стул обильный, водянистый, довольно быстро теряет каловый характер, приобретая вид «рисового отвара», без запаха. При нарастании тяжести болезни присоединяется рвота (гастроэнтерит). Быстро развиваются симптомы обезвоживания и нарушения электролитного обмена. Холере свойствен большой объем испражнений для каждой дефекации, что даже при незначительной частоте стула (3–5 раз) может привести к обезвоживанию. Акт дефекации, как правило, безболезненный. В последующем развивается быстро прогрессирующая гиповолемия. По определению ВОЗ, подозрение на холеру должно возникать в случае любой водянистой диареи, приводящей к быстрому обезвоживанию у пациента старше 5-и лет. Большое значение в диагностике имеет правильно собранный эпидемиологический анамнез (пребывание в неблагополучном по холере очаге в течение не более 5 дней до начала болезни).

Иерсиниоз. Заболевание начинается остро. Нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта предшествуют острое начало, повышение температуры тела до 38–39°C и выше с ознобом, выраженные симптомы общей интоксикации (головная боль, резкая слабость, боли в мышцах и суставах). Затем появляются сильные боли в животе, локализующиеся чаще в правой подвздошной области, стул до 10–15 раз в сутки, обильный, жидкий, зловонный, в последующем приобретает колитический характер. Живот болезнен при глубокой пальпации

в илеоцекальной области. Стенки толстой кишки на отдельных участках уплотнены и болезненны. Дифференциальной диагностике этого заболевания помогает полиморфизм клинических проявлений болезни (экзантема, полиаденопатия, артралгии, синдромы ангины и желтухи, признаки мезаденита, аппендицита) и другие симптомы, а также учет эпидемиологических данных (зимне-весенняя сезонность, групповые случаи болезни, употребление в пищу сырых овощей и корнеплодов). Специфическая диагностика осуществляется путем выделения возбудителя из испражнений, рвотных масс, крови и мочи (при септических формах), брыжеечных лимфоузлов и червеобразного отростка (при оперативном вмешательстве по поводу острого аппендицита). Для серодиагностики применяется РПГА и ИФА, результаты которых имеют решающее значение в связи с невысоким процентом бактериологического подтверждения.

Кампилобактериоз. Наличие у больных диареи инфекционного происхождения с преобладанием синдрома энтерита (гастроэнтерита) требует проведения дифференциальной диагностики с гастроинтестинальной формой кампилобактериоза. Заболевание чаще встречается у детей первого года жизни, но может быть и у взрослых, как в виде спорадических случаев, так и вспышек. Резервуаром и источником инфекции являются многие животные, преимущественно домашние и сельскохозяйственные. Человек заражается в основном через воду и продукты, загрязненные выделениями животных. Наблюдаются профессиональные заболевания лиц, постоянно контактирующих с животными. Инкубационный период продолжается от 1 до 6 дней (чаще 1–2 дня). Заболевание начинается остро. Появляются лихорадка, симптомы общей интоксикации и синдром гастроэнтерита. Больные жалуются на тошноту, боли в эпигастральной области, нередко рвоту. Стул обильный, жидкий, пенистый, примесей слизи и крови у взрослых обычно нет. Длительность диареи 1–1,5 недели. Диагноз должен быть подтвержден бактериологически.

Ротавирусная инфекция. Для ротавирусного гастроэнтерита у взрослых характерна невыраженная интоксикация. Жидкий стул наблюдается практически у всех больных. Синдром гастроэнтерита проявляется снижением аппетита, появлением урчания и болей в животе, тошнотой и рвотой. Водянистый и пенистый стул желтого или желто-зеленого цвета чаще отмечается у больных с легкой степенью тяжести. Частота стула от 5–7 до 10–15 раз в сутки. К концу

первой недели стул нормализуется. Важным дифференциально-диагностическим признаком является наличие у больных ротавирусным гастроэнтеритом катаральных изменений слизистой оболочки мягкого неба, дужек и язычка, еще чаще – воспалительных изменений задней стенки глотки с выраженной зернистостью. Отличительные эпидемиологические признаки ротавирусных гастроэнтеритов – преимущественно зимне-весенняя сезонность, высокая контагиозность. Окончательное разграничение ротавирусных гастроэнтеритов от других вирусных диарей (норовирусной, астровирусной, аденовирусной и др.) достигается методом ПЦР-диагностики.

Аденовирусная инфекция. Одной из клинических форм аденовирусной инфекции является вирусная диарея. Этому заболеванию присущ полиморфизм клинических симптомов, вызванных поражением различных систем, что не свойственно другим заболеваниям (кератоконъюнктивит, ринит, фарингит, полиаденопатия, бронхит, пневмония). Отмечается жидкий водянистый стул до 4–5 раз в сутки без примесей, болевой синдром не выражен, обезвоживание не развивается.

Энтеровирусная инфекция. Для кишечных инфекций, вызываемых энтеровирусами, характерна групповая заболеваемость в зимне-весенний период. Болезнь протекает с нерезко выраженными синдромами общего токсикоза и гастроэнтерита. Довольно специфична гиперемия слизистых оболочек мягкого неба с образованием своеобразной мелкой зернистости, в связи с чем, практически невозможно провести дифференциацию с ротавирусным гастроэнтеритом при спорадических заболеваниях только на основании клинических данных. В случаях эпидемических вспышек ротавирусного гастроэнтерита наблюдается моносиндромная клиническая картина, в которой ведущее место занимает поражение кишечника. При эпидемических вспышках заболеваний энтеровирусной природы, напротив, отмечаются различные клинические формы болезни, «многоформность клиники». Нозологический диагноз устанавливается в настоящее время методом ПЦР. Диагноз может подтверждаться и при нарастании титров антител в парных сыворотках не меньше, чем в 4 раза.

Дизентерия. После короткого инкубационного периода (1–7 дня) развивается синдром общей интоксикации (слабость, головная боль, повышение температуры тела с ознобом), к которому спустя несколько минут (часов) присоединяется синдром диареи. Периодически возникают режущие боли внизу живота, больше в левой

подвздошной области, которые сопровождаются позывами на дефекацию. Стул в первый день может быть обильный, но со 2–3-го дня становится частым, скудным, с примесью слизи и прожилок крови. Свойственны тенезмы, ложные позывы на дефекацию. При нарастании интоксикации присоединяется рвота, которая не приносит облегчения. В тяжелых случаях выделения из кишечника могут носить характер кровотечения. Из осложнений чаще развивается инфекционно-токсический шок. Обезвоживания, как правило, не бывает. Диагноз подтверждается бактериологически или серологически.

Амебиаз встречается преимущественно в Средней Азии и на Кавказе в летне-осенний период. Характерна длительная инкубация (чаще 3–6 недель). Заболевание начинается постепенно. Стул учащается до 3–5 раз в сутки, имеет вид кашицы, сохраняет каловый характер, нередко с большим количеством густой слизи, равномерно окрашенной в малиновый цвет за счет примеси крови. Слизь прилипает ко дну судна и не стекает вниз при его наклоне (при бактериальной дизентерии слизь более жидкая, кровь алая в виде прожилок в слизи). Боли в животе умеренные, явления интоксикации выражены слабо. При отсутствии специфической терапии заболевание обычно принимает длительное, волнообразное течение. При объективном обследовании больных в отличие от дизентерии выявляются уплотненная и болезненная слепая кишка, а также нерезко выраженная, но стойкая болезненность при пальпации других отделов проксимальной части толстой кишки. Печень нередко увеличена. В общем анализе крови часто эозинофилия и анемия. При колоноскопическом исследовании определяются правосторонний гемоколит: язвы различной величины, проникающие через слизистый и подслизистый слои, заполненные гнойным детритом, кровоточащие при дотрагивании и располагающиеся на неизменном фоне окружающей (неповрежденной) слизистой. Специфическая диагностика амебной дизентерии основывается на выявлении в кале больного большой вегетативной (тканевой) формы амебы с фагоцитированными эритроцитами (паразитоскопия). Нахождение в фекалиях просветной формы амебы или ее цист не является абсолютным доказательством заболевания, так как они обнаруживаются и при здоровом носительстве этих простейших.

Балантидиаз чаще всего встречается у жителей сельской местности, особенно у лиц, имеющих контакт со свиньями. Клиническая

картина острой формы инфекции весьма сходна с таковой при амелиазе. Для болезни характерно тяжелое течение с появлением симптомов выраженной интоксикации: тошнота, рвота, лихорадка неправильного типа с ознобами. Возникают резкие боли в животе, частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, крови и резким гнилостным запахом. Отмечаются метеоризм и боли по ходу толстой кишки, гепатомегалия. При ректоскопии обнаруживаются типичные для балантидиаза язвы. Специфическими методами диагностики балантидиаза являются, в основном, микроскопия (паразитоскопия) и, в меньшей степени, посевы испражнений на специальные питательные среды. Оценивая патогенную роль обнаруженных простейших, следует иметь в виду возможность сопутствующего здорового носительства балантидий у больных различными кишечными инфекциями. Диагноз балантидиаза правомерен только в том случае, если у больного есть характерные для данного заболевания эпидемиологические предпосылки, клинические, ректоскопические данные и исключается иная этиология кишечных расстройств.

При **лямблиозе** ведущим синдромом является энтерит: стул обильный, жидкий, пенистый зеленого цвета с резким запахом. Признаки общей интоксикации отсутствуют. Заболевание имеет волнообразный характер, дает рецидивы. Толстая кишка вовлекается в патологический процесс вторично. Боли в животе локализуются преимущественно в мезогастрии. При хроническом течении заболевание длится месяцами и даже годами, периоды ремиссии чередуются с периодами обострения. Возможно развитие неврастенического синдрома и дискинезии желчных путей. Диагностическое значение имеет обнаружение лямблий в содержимом верхних отделов тощей кишки, в дуоденальном содержимом или в испражнениях. Но следует помнить, что наличие лямблий в организме не всегда свидетельствует об активной инфекции. Дополнительным методом дифференциальной диагностики диарей протозойной этиологии может быть терапия «ex juvantibus», когда положительный результат после проведенного антипротозойного лечения может подтвердить предполагаемый диагноз.

Синдром диареи при ВИЧ-инфекции характеризуется возникновением у 50 % больных жидкого стула до 15 раз в день. Описаны случаи значительного обезвоживания, обусловленного развитием криптоспоридиоза. Причиной возникающих кишечных дисфункций служат различные бактерии, простейшие, гельминты, в связи с чем

необходимо тщательное микроскопическое и бактериологическое исследование испражнений. Диагноз ВИЧ-инфекции уточняется выявлением серологических маркеров инфекции и другими методами.

Эшерихиоз чаще напоминает легкие формы дизентерии с преобладанием колитического синдрома. *E. coli* также ответственна за большинство случаев «диареи путешественников» (интенсивная водянистая диарея в течение 1–2 суток без синдрома интоксикации). Инкубационный период при холероподобном эшерихиозе обычно длится 1–2 дня. Заболевание начинается остро. Больные жалуются на недомогание, разбитость, слабость, головную боль. Затем появляются схваткообразные боли в верхней половине живота, особенно в эпигастрии, тошнота, повторная рвота. Через несколько часов стул становится жидким, водянистым, обильным, без патологических примесей, до 6–12 и более раз в сутки. Развиваются симптомы дегидратации. Схожесть клинической картины эшерихиоза с таковой у холеры проявляется отсутствием в начале болезни повышения температуры, болевого синдрома в первые часы, наличием быстро развивающегося обезвоживания. Отличают эти болезни нарастание симптомов интоксикации и в последующем болей в животе, менее выраженные электролитные сдвиги при эшерихиозе, отсутствие осложнений, характерных для тяжелых форм холеры. Дизентериеподобный эшерихиоз начинается остро, отмечаются умеренные явления интоксикации, температура тела чаще нормальная. Рвота бывает редко, стул – до 3–5 раз в сутки, жидкий, с примесью слизи, иногда крови, тенезмы также бывают редко. Этот вариант эшерихиоза очень трудно дифференцировать с легкой формой дизентерии. Диагноз эшерихиоза всегда должен быть подтвержден бактериологически.

По типу ОКИ могут протекать **гельминтозы** (стронгилоидоз, анкилостомидоз, трихоцефалез и др.). Заподозрить гельминтоз позволяют длительное волнообразное течение гастроинтестинального синдрома, наличие астеновегетативных жалоб, аллергических проявлений и эозинофилии в общем анализе крови, эпидемиологические данные (пребывание в эндемичной местности).

Часто ОКИ приходится дифференцировать с отравлениями различными токсическими веществами, хирургическими и терапевтическими заболеваниями.

Для **отравления бледной поганкой** (самого опасного отравления грибами) характерны короткая инкубация, бурное развитие

болезни с появления режущих болей в животе, тошноты и неукротимой рвоты, жидкой обильной диареи, быстро приводящих к обезвоживанию. Повышение температуры наблюдается у 70 % больных, чаще на 2–3 день болезни. Характерно, что на фоне признаков гастроэнтерита или их стихания на первый план выходит почечно-печеночная недостаточность. Помогает в диагностике факт употребления свежеприготовленных грибов (часто путают с шампиньонами и сыроежками) в августе – сентябре.

Для **отравления солями тяжелых металлов** (соли мышьяка, свинца, ртути) характерна полиорганность поражения с наиболее частым вовлечением ЦНС. При отравлении солями мышьяка и ртути больные жалуются на металлический вкус во рту, упорную рвоту, обильный энтеритический стул с резкими тенезмами. Часто развивается картина психоза и признаки ОППН. Выраженность интоксикации не соответствует выраженности гастроинтестинального синдрома. Лихорадка, как правило, присоединяется лишь спустя сутки – двое от начала болезни. При отравлении мышьяком изо рта исходит типичный запах чеснока. Отравление ртутью часто сопровождается гиперсаливацией, язвенным стоматитом. Диагноз подтверждается положительным результатом токсико-химического исследования крови и мочи.

В последнее время актуальным стало проведение дифференциального диагноза ОКИ с **отравлением суррогатами алкоголя**. К ним относят гидролизный и сульфитный спирты, одеколоны и лосьоны, клей БФ, политуру, денатурат, метанол, этиленгликоль и многие другие. Начальными признаками отравления (1 стадия) является кратковременная эйфория; затем резкая головная боль; неукротимая рвота, которая может привести к аспирации содержимого желудка; боль в эпигастральной области. Диарея не является постоянным признаком отравления и может появляться уже в стадии комы. Лихорадка также не является ранним признаком заболевания и, как правило, регистрируется уже в период развития отека мозга и пневмонии. В нейротоксическую фазу (2 стадия) наблюдаются потеря сознания, миофибрилляции, артериальная гипотензия, цианоз, шумное дыхание. Третья стадия характеризуется развитием гепаторенального синдрома. Смерть наступает, как правило, от сердечно-сосудистой недостаточности и/или тяжелой пневмонии с дыхательной недостаточностью.

При **аппендиците** первым и главным симптомом являются боль в животе, в илеоцекальной области. Нередко боли начинаются в эпигастриальной области, затем «спускаются» в правую подвздошную (симптом Кохера-Волковича). Характерно несоответствие между нарастанием болевого синдрома и затиханием явлений гастроэнтерита. Гастроинтестинальный синдром при аппендиците редко бывает выраженным: как правило, это однократная рвота и жидкий стул 2–3 раза. На раннем этапе отсутствуют симптомы общей интоксикации, а в последующем регистрируется субфебрильная температура. При пальпации живота определяются резкая болезненность в илеоцекальной области с защитным напряжением мышц. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга, Ровсинга, Ситковского, Образцова. Определенное значение может иметь признак Леннандера: разность ректальной и подмышечной температуры более 1 °С. В ОАК для аппендицита характерен прогрессивно нарастающий лейкоцитоз. В особо затрудненных случаях показана диагностическая лапароскопия. Следует помнить, что наличие у больного ОКИ не только не исключает острого аппендицита, но и является фактором риска для его развития.

Для **острого панкреатита** характерна связь заболевания с погрешностью в диете: обильный прием разнообразной пищи, употребление алкогольных напитков, большого количества маринованных, копченых и острых блюд. Ведущий признак – это постоянная боль, которая чаще всего локализуется в эпигастрии и носит опоясывающий характер. Нередко характер боли напоминает стенокардитическую. Одновременно с болями появляется повторная и мучительная рвота. Стул, как правило, нечастый, но обильный, с остатками непереваренной пищи. Интоксикационный синдром не выражен. По мере развития деструктивных изменений в железе (панкреонекроз) повышается температура тела до 38–39 °С, учащается рвота, а жидкий стул прекращается. Появляется резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики (симптомы пареза кишечника), развивается гипотония, тахикардия, напряжение мышц брюшной стенки. Для панкреонекрозов характерно развитие рефрактерного шока. В ОАК регистрируется лейкоцитоз с ускорением СОЭ. Обычным для панкреатита являются разнонаправленные изменения содержания сахара в крови (гипо- или гипергликемия). Характерно повышение активности амилазы в крови и моче. Плохим прогностическим признаком при панкреонекрозе является снижение активности амилазы

при прогрессировании клинической симптоматики и нарастании лейкоцитоза. В правильной постановке диагноза определенную помощь могут оказать УЗИ и лапароскопия.

Острая кишечная непроходимость. Странгуляционную непроходимость наиболее часто приходится дифференцировать от острой дизентерии (табл. 3).

Таблица 3

Дифференциально-диагностические признаки странгуляционной
кишечной непроходимости и острой дизентерии

Диагностические признаки	Острая кишечная непроходимость	Острая дизентерия
Анамнез	Наличие операций на органах брюшной полости	Связь заболевания с употреблением молочных, мясных продуктов или воды
Начало заболевания	Внезапное	Острое
Боль в животе	Интенсивная, болевой синдром играет ведущую роль, не связан с актом дефекации	Боль схваткообразная, связанная с актом дефекации
Рвота	В острый период частая рвота, связанная с приступами боли, затем неукротимая с запахом кала	Рвота в начале заболевания, связана с выраженной интоксикацией, не является постоянным симптомом
Стул	Характерна задержка стула, очень редко кратковременная диарея	Частый, скудный, убывающий в объеме, с примесью слизи и крови
Температура тела	В начале болезни нормальная	В первые дни болезни повышенная
Рентгенологическая картина при обзорных снимках брюшной полости	Выявляется рентгенологическая симптоматика кишечной непроходимости	Нет симптомов кишечной непроходимости

Для странгуляционной кишечной непроходимости характерно внезапное развитие заболевания. Чаще всего ему подвержены лица с перенесенными в прошлом оперативными вмешательствами на органах брюшной полости. Обычно первым признаком болезни является боль

в животе, которая носит приступообразный характер и может сопровождаться кратковременным появлением скудного стула с примесью слизи и крови. Состояние быстро ухудшается, боль усиливается, вздутие живота нарастает. Постоянным симптомом является рвота, которая не приносит облегчения. Характерна задержка стула и газов. Важное значение для диагностики имеет рентгенологическое исследование органов брюшной полости. К прямым рентгенологическим симптомам кишечной непроходимости относится появление чаши Клойбера.

Для обострения **хронического гастрита** характерно указание на перенесенный ранее гастрит и возникновение периодически после этого ощущения дискомфорта, связанного с питанием. Ухудшение самочувствия (боли, тошнота, рвота) не сопровождаются повышением температуры. Диагноз позволяет подтвердить ФГДС.

Тромбоз мезентериальных сосудов развивается у лиц, страдающих атеросклерозом, эндокардитом, мерцательной аритмией, тромбозом, постинфарктным кардиосклерозом. Частыми симптомами является интенсивная боль в животе без четкой локализации, упорная «застойная» рвота. Стул может быть жидким, даже с примесью крови, но диарея кратковременна: развиваются симптомы кишечной непроходимости. Характерны гипотония, тахикардия, отсутствие лихорадки. В дальнейшем появляются признаки перитонита. В ОАК высокий лейкоцитоз. При рентгенографии – признаки паралитической кишечной непроходимости.

Для рака прямой кишки характерны запоры. Каловые массы после длительной задержки стула отличаются обилием и зловонием. Больные жалуются на чувство «неполного опорожнения» кишечника, изменение формы кала (ленточный, сплюснутый, шаровидный), рано появляется примесь крови в каловых массах, а затем слизи и гноя.

Для рака правой половины ободочной кишки характерны боли (тупые, ноющие, постоянные), анемия, потеря аппетита, слабость, пальпируемая опухоль. Для диагностики опухоли используется ректороманоскопия, фиброколоноскопия, рентгенологические методы диагностики.

Для **внематочной беременности** характерны указания на задержку менструации, наличие кровянистых выделения из влагалища, боль внизу живота, чаще одностороннюю, иррадиирующую в плечо, коллапс в начале заболевания. Больные жалуются на тошноту, рвоту и очень редко на необильный одно-двукратный жидкий стул.

Почти всегда – умеренная тахикардия и субфебрилитет. При влагалищном исследовании – одностороннее увеличение придатков матки. В ОАК быстро нарастает анемия. Помощь в диагностике могут оказать УЗИ, пункция заднего свода влагалища.

При абдоминальной форме **инфаркта миокарда** наблюдаются боли в эпигастрии, рвота, иногда 1–2-кратный кашицеобразный стул. Зрелый возраст больных, наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, отсутствие симптомов общей интоксикации, глубокий коллапс, не поддающийся лечению, позволяют поставить правильный диагноз. Из-за опасности поздней диагностики инфаркта миокарда, ЭКГ является обязательным исследованием у всех больных ОКИ с признаками шока (коллапса). Желательно проведение ЭКГ в первые часы пребывания в стационаре всем пожилым (старше 60 лет) больным ОКИ. Диагностическую ценность имеет определение активности КФК, ЛДГ₁₋₂, АСТ в динамике.

Определенные трудности в дифференциальной диагностике диарей инфекционного и неинфекционного генеза вызывает острая форма неспецифического язвенного колита. Заболевание начинается остро с расстройства стула, частота которого достигает 10–20–30 и более раз в сутки. Испражнения кашицеобразные или жидкие, с примесью крови, слизи и гноя. Появляются схваткообразные боли в животе. Отмечаются лихорадка и другие явления интоксикации. Но, в отличие от дизентерии, при неспецифическом язвенном колите в испражнениях может быть значительное количество крови (до 5–20 мл и более), причем в начале заболевания в испражнениях содержится только кровь, примесь слизи и гноя появляется позже. Такие симптомы дизентерии, как потеря испражнениями калового характера, малый объем испражнений («ректальный плевок»), ложные позывы и тенезмы не свойственны язвенному колиту. В пользу язвенного колита свидетельствует отсутствие эффекта, а нередко и ухудшение состояния от антибактериальной терапии. Важное дифференциально-диагностическое значение при разграничении острых форм неспецифического язвенного колита и дизентерии имеют результаты ректороманоскопии. Характерный признак язвенного колита – резко выраженные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся диффузной гиперемией, эрозированием и изъязвлением, а также крайней степенью снижения ее резистентности в виде контактной или даже спонтанной кровоточивости, чего практически не наблюдается при других заболеваниях

толстой кишки. В тяжелых случаях в области промежности выявляются мацерация кожи вокруг ануса и нередко выпадение прямой кишки. Из-за вторичного поражения сфинктера больные зачастую не в состоянии удержать жидкий кал, кровь и гной. Дополнительными методами диагностики являются колоноскопия, рентгенологическое и копрологическое исследования, биопсия, а также выявляемые гипопроteinемия, анемия и иммунодефицитное состояние.

Наиболее частыми проявлениями **болезни Крона** являются боли в животе, диарея, снижение массы тела, лихорадка и ректальные кровотечения. При болезни Крона, в отличие от неспецифического язвенного колита, процесс локализуется в подслизистом слое проксимального отдела ободочной кишки и имеет прерывистый характер. Прямая кишка поражается в два раза реже. Чаще выражен болевой синдром, реже кровотечения. Заболевание возникает у лиц в возрасте 15–21 года. Нередко наблюдаются различные внекишечные проявления болезни Крона: артриты, узловатая эритема, пиодермия, афтозный стоматит. При фиброколоноскопии отмечаются очаговые изменения с наличием больших изолированных язв (наподобие амёбного поражения). Для диагностики также используют рентгенографию, гистологические исследования биоптатов кишки.

При **дисбактериозе** кишечника, вызванном рядом причин (ферментативная недостаточность, голодание, авитаминоз, активная терапия гормонами, алергизация организма, применение химиопрепаратов и антибиотиков, снижение иммунологической реактивности организма и др.), в кишечнике развивается длительно текущий воспалительный процесс, приводящий к различным клиническим проявлениям. При отсутствии генерализации инфекции наиболее часто отмечаются тошнота, рвота, повышение температуры, учащенный стул со слизью, реже с примесью крови. Характерно обилие газов, скапливающихся в кишечнике, что при усилении перистальтики сопровождается резкими болями. Отличием диареи при дисбактериозе от других кишечных инфекций является то, что последние проявляются остро признаками нарастающей интоксикации, частым стулом. При дисбактериозе процесс более латентный, развивается постепенно, измененный стул может сохраняться продолжительное время даже при целенаправленной терапии. При ректороманоскопии выявляются признаки катарального или катарально-геморрагического проктосигмоидита, иногда крупноязвенные поражения.

ЛЕЧЕНИЕ ОКИ

Лечение больных ОКИ должно быть комплексным и строго индивидуализированным.

В случаях ПТИ лечение всегда должно начинаться с промывания желудка, независимо от времени, прошедшего с начала заболевания. Для промывания желудка используют 5–10 л воды температуры 20–30°C. Если рвотные массы уже были взяты для бактериологического исследования, промывание желудка можно проводить 0,5% раствором соды.

Важным звеном в лечении ОКИ является **питание**. В разгар заболевания назначают стол щадящую диету. Исключаются молоко, консервы, копчености, острые и пряные блюда, сырые овощи и фрукты.

Примерная диета при ОКИ:

Первый завтрак:

Омлет паровой белковый – 110 г;

Каша манная на воде – 300 г;

Чай – 200 г.

Второй завтрак:

Творог кальцинированный – 100 г.

Обед:

Суп-пюре из мяса – 400 г;

Тефтели мясные паровые – 110 г;

Кисель из черники – 200 г.

Полдник:

Отвар шиповника – 200 г.

Ужин:

Рыба заливная – 100 г;

Вермишель отварная – 100 г;

Чай – 200 г;

Сухари – 200 г.

Этиотропная терапия

Показаниями для назначения этиотропной терапии являются:

- колитический вариант диарейной инфекции (дизентерия, сальмонеллез, эшерихиоз) с тяжелым и среднетяжелым течением;

● сохраняющаяся более 2 суток лихорадка и признаки генерализации инфекции при сальмонеллезе;

- все случаи кишечного иерсиниоза;
- все случаи холеры;
- затянувшееся бактериовыделение в периоде реконвалесценции;
- наличие тяжелых фоновых и сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция и другие).

Следует отметить, что это наиболее широкие показания. Многие ученые признают правомочность применения антибактериальных средств только в случае тяжелых форм шигеллезной инфекции.

К группе кишечных антисептиков, используемых в лечении ОКИ, относят:

- фуразолидон – 0,1 г 4 раза в сутки (2 таб. 4 раза);
- интестопан – 1–2 таб. 4–6 раз;
- интетрикс – 1 капс. 3 раза в сутки;
- энтеро-седив – 1 таб. 3 раза в сутки.

Широко используемым препаратом этой группы является эрцефурил (нифуроксазид), эффективен в отношении большинства возбудителей ОКИ, действует преимущественно в просвете кишечника. Назначают по 0,2 г 4 раза в сутки. В последнее время используется Нифурател (Макмирор) в дозе 2 кап. 2 раза в день

Для лечения ОКИ также применяют:

- ко-тримоксазол (бисептол) по 2 таб. 2 раза в сутки;
- налидиксовую кислоту (невиграмон) 0,5 г 4 раза в сутки;
- пиперамовую кислоту (палин, пимидель) 0,4 г 2 раза в сутки.

Из антибактериальных препаратов наибольшее распространение в лечении ОКИ получила группа фторхинолонов:

- ципрофлоксацин – 0,5 г 2 раза в сутки;
- норфлоксацин – 0,4 г 2 раза в сутки;
- офлоксацин – 0,4 г 2 раза в сутки;
- перфлоксацин – 0,4 г 2 раза в сутки.

Из невоссасывающихся антибиотиков широко используется Рифаксимин (Альфа-Нормикс) по 2 таб. 2 раза в день – 3–5 дней.

Для лечения иерсиниоза традиционно используют левомицетин 0,5 г 4 раза в сутки, кампилобактериоза – эритромицин и другие макролиды, для подавления анаэробной флоры – метронидазол.

При тяжелом течении дизентерии и сальмонеллеза применяют парентеральные фторхинолоны, аминогликозиды (предпочтительно

амикацин и нетилмицин), цефалоспорины III поколения. Комбинации из 2-х и более антибиотиков должны быть строго ограничены тяжелыми и генерализованными случаями заболевания. Антибактериальные препараты из группы аминогликозидов могут быть назначены только при сохранной функции почек.

Продолжительность этиотропной терапии определяется нормализацией температуры и, как правило, ограничивается 3–5 днями. Наличие жидкого стула, астеновегетативного синдрома, болей в животе, метеоризма сами по себе не являются основанием для продолжения антибактериальной терапии.

Беременным и больным с медикаментозной аллергией в неосложненных случаях ОКИ целесообразнее назначать фаготерапию (сальмонеллезный, дизентерийный, коли-протейный бактериофаги, «Интести»-фаг).

Препараты выбора для лечения диареи известной этиологии представлены в табл. 4.

Таблица 4

Препараты выбора для лечения диареи известной этиологии

Возбудитель	Дозировки препаратов у взрослых
<i>Shigella</i> spp.	Фторхинолоны Норфлоксацин внутрь 0,4 г каждые 12 ч 3–5 дней. Ципрофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 3–5 дней. Левифлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 3 дня. Цефалоспорины III поколения Цефиксим внутрь 0,2 г каждые 12 ч 3 дня. Цефотаксим в/м 1 г каждые 8 ч 3 дня. Цефтриаксон в/м 1 г каждые 24 ч 3 дня. Азитромицин внутрь 0,5 г каждые 24 ч 3 дня
Этероинвазивные, энтеротоксигенные и энтеропатогенные <i>E. coli</i> <i>Aeromonas</i> spp. <i>Plesiomonas</i> spp.	Фторхинолоны Норфлоксацин внутрь 0,4 г каждые 12 ч 3 дня. Ципрофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 3 дня. Цефтибутен внутрь 0,4 г каждые 24 ч 3 дня Ко-тримоксазол внутрь 0,96 г каждые 12 ч 3 дня (если штаммы чувствительны)
<i>Salmonella</i> spp.	При легких формах гастроэнтерита у пациентов без факторов риска и при «водянистой» диарее антибиотика не показаны.

Возбудитель	Дозировки препаратов у взрослых
<i>Salmonella</i> spp.	При тяжелых формах и у пациентов с сопутствующими состояниями* – фторхинолоны (внутрь или парентерально). Норфлоксацин внутрь 0,4 г каждые 12 ч 5–7 дней. Ципрофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 5–7 дней. Офлоксацин внутрь 0,3 г каждые 12 ч 5–7 дней. Цефтриаксон 1,0–2,0 г каждые 24 ч 5–7 дней
<i>S. typhi</i> <i>S. paratyphi</i> A, B, C	Ципрофлоксацин в/в 0,5 г каждые 12 ч 10–14 дней. Цефтриаксон в/в или в/м 2,0 г каждые 24 ч 10–14 дней
<i>Campylobacter</i> spp.	Азитромицин внутрь 0,5 г каждые 24 ч 3 дня Эритромицин внутрь 0,5 г каждые 6 ч 5 дней. Ципрофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 5 дней
<i>V. cholerae</i>	Ципрофлоксацин внутрь 1,0 г однократно. Доксициклин внутрь 0,3 г однократно. Ко-тримоксазол внутрь 0,96 г каждые 12 ч 3 дня Фуразолидон внутрь 0,1 г каждые 6 ч 3 дня
<i>V. parahaemolyticus</i>	Эффективность антибиотиков не изучена.
<i>E. coli</i> O157:H7	Избегать назначения антибиотиков, особенно ко-тримоксазола и фторхинолонов, в связи с угрозой развития гемолитико-уремического синдрома
<i>Y. enterocolitica</i>	При тяжёлом течении или развитии бактериемии: Фторхинолоны Ципрофлоксацин в/в или внутрь 0,5 г каждые 12 ч 5 дней Левифлоксацин в/в или внутрь 0,5 г каждые 24 ч 5 дней. Цефтриаксон в/в или в/м 1,0–2,0 г каждые 24 ч 5 дней. Ко-тримоксазол по 0,96 г каждые 12 ч 3–5 дней
<i>C. difficile</i> (токсигенные)	Метронидазол внутрь 0,25–0,5 г каждые 6–8 ч 10–14 дней. Ванкомицин внутрь 125 мг каждые 6–8 ч 10–14 дней
<i>E. histolytica</i>	Метронидазол внутрь по 30 мг/кг/сут в 3 приёма, 8–10 дней
<i>G. lamblia</i>	Метронидазол внутрь 0,25–0,75 г каждые 8 ч 7–10 дней.
<i>Cyclospora</i> spp.	Ко-тримоксазол внутрь 0,96 г каждые 12 ч 7 дней

Примечание. * Гемолитическая анемия, иммунодефициты, бактериемия или очаги инфекции (остеомиелит, менингит), трансплантаты и имплантаты, протезированные клапаны (при наличии пороков сердца, тяжёлых форм атеросклероза, аневризмы), опухоли, в т.ч лимфопролиферативные, уремия.

Основываясь на данных об эффективности антимикробных препаратов, Л.С. Страчунский и соавт. (2007) рекомендуют для проведения эмпирической терапии при острой диарее у взрослых с лихорадкой и признаками воспаления в фекалиях, при средне-тяжёлой и тяжёлой «диарее путешественников» фторхинолоны:

- норфлоксацин внутрь 0,4 г каждые 12 ч 3–5 дней;
- ципрофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 3–5 дней;
- левофлоксацин внутрь 0,5 г каждые 12 ч 3–5 дней.

В случае «водянистой» диареи без признаков воспаления кишечника в фекалиях антимикробная терапия не показана.

Схемы этиотропной терапии холеры с учетом степени обезвоживания представлены в табл. 5 и 6.

Таблица 5

Схемы пятидневного курса антибактериальных препаратов для лечения больных холерой (I–II степень обезвоживания, отсутствие рвоты) в таблетированной форме

Препарат	Разовая доза, г	Кратность применения, в сутки	Средняя суточная доза, г	Курсовая доза, г
Доксициклин	0,2	1	0,2	1
Хлорамфеникол (левомицетин)	0,5	4	2	10
Ломефлоксацин	0,4	1	0,4	2
Норфлоксацин	0,4	2	0,8	4
Офлоксацин	0,2	2	0,4	2
Пефлоксацин	0,4	2	0,8	4
Рифампицин + триметоприм	0,3 0,8	2	0,6 0,16	3 0,8
Тетрациклин	0,3	4	1,2	6
Триметоприм + сульфаметоксазол	0,16 0,8	2	0,32 1,6	1,6 8
Ципрофлоксацин	0,25	2	0,5	2,5

Препараты, применяемые для экстренной профилактики холеры представлены в табл. 7.

Цефтибутен как наименее токсичный рекомендуется назначать беременным и детям. Беременным назначают также фуразолидон, детям бисептол.

Таблица 6

Схемы 5-дневного курса антибактериальных препаратов
для лечения больных холерой (наличие рвоты,
III–IV степень обезвоживания), внутривенное введение

Препарат	Разовая доза, г	Кратность применения, в сутки	Средняя суточная доза, г	Курсовая доза, г
Амикацин	0,5	2	1,0	5
Гентамицин	0,08	2	0,16	0,8
Доксициклин	0,2	1	0,2	1
Канамицин	0,5	2	1	5
Хлорамфеникол (левомицетин)	1	2	2	10
Офлоксацин	0,4	1	0,4	2
Сизомицин	0,1	2	0,2	1
Добрамицин	0,1	2	0,2	1
Триметоприм + сульфаметок- сазол	0,16 0,8	2	0,32 1,6	1,6 8
Ципрофлоксацин	0,2	2	0,4	2

Таблица 7

Схемы применения антибактериальных препаратов
при экстренной профилактике холеры

Наименование препаратов	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Продолжи- тельность курса, сутки
Доксициклин <*>	0,2 в первый день, затем по 0,1	1	4
Ципрофлоксацин <*>	0,5	2	3–4
Цефтибутен <*>	0,4	1	3–4
Тетрациклин	0,3	4	4
Офлоксацин	0,2	2	4
Пефлоксацин	0,4	2	4
Норфлоксацин	0,4	2	4
Ломефлоксацин	0,4	1	4
Левомецетин <*>	0,5	4	4
Сульфаметоксазол/ триме- топрим <*>	0,8/0,16	2	3–4

Наименование препаратов	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Продолжительность курса, сутки
Сульфамонетоксин/триметоприм <*>	0,5/0,2	2	4
Рифампицин/ триметоприм	0,3/0,08	2	4
Фуразолидон <*> + канамицин	0,1 ± 0,5	4 совместно	4

Примечание. * – препараты, которые необходимо иметь в резерве на случай выявления больного холерой.

Ципрофлоксацин назначают в случае множественной лекарственной устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам.

Патогенетическая терапия

Патогенетическая терапия включает в себя регидратацию и дезинтоксикацию. Регидратацию проводят двумя способами (внутривенным и оральным), в два этапа:

1. Регидратация с целью ликвидации имеющихся потерь жидкости.
2. Регидратация с целью коррекции продолжающихся потерь жидкости.

Растворы для оральной регидратации: «Глюкосолан», «Оралит», «Регидрон», «Цитроглюкосолан» подогревают до 37–40°C. Объем раствора определяется степенью обезвоживания и массой тела больного. Для I ст. – это 30–40 мл/кг, для II–III ст. – это 40–70 мл/кг. Рекомендуют дробное применение раствора – по 1 стакану в течение 8–12 минут. Общая продолжительность I этапа обычно 1,5–3 часа, II этапа – до 2 суток.

Показаниями для внутривенной регидратации (растворами «Квартасоль», «Ацесоль», «Трисоль», «Хлосоль», «Дисоль» и др.) являются наличие ИТШ, ОПН, обезвоживания II–III степени с нестабильной гемодинамикой, неукротимая рвота, потери жидкости более 1,5 л/ч, сахарный диабет.

I этап считается завершенным при условии восстановления гемодинамики, прекращения рвоты, восстановления диуреза. Важным критерием для вопроса о прекращении внутривенных инфузий является значительное преобладание количества выделенной мочи над количеством испражнений в течение последних 4 часов.

Для дезинтоксикации используются внутривенные вливания Реамберина, ГЭК, гемодеза, 5% раствора глюкозо-инсулин-калиевой смеси, кристаллоидов общим объемом 1–1,5 л.

Наиболее тяжелые формы ОКИ, заканчивающиеся летальным исходом, по нашим данным, в большинстве случаев регистрируются у больных с отягощенным преморбидным фоном. Причиной смерти явились шок смешанного генеза, рефрактерный к терапии.

Энтеросорбенты. Лучшим является смекта (по 1 пакету 3 раза в день). Применяют также полифепан 1 ст. л. 3 раза (энтегнин, полифан), полисорб, карболен (20–30 таб. в сутки), карболонг (10 г 3 раза в день) альгисорб, энтеросорб, лигносорб, СУКС, бофур, реабан, лактофильтрум.

Для купирования интенсивного болевого синдрома назначают но-шпу, папаверин, платифиллин. Показано также применение миотропных спазмолитиков: метеоспазмил, дюспаталина, дицетела и других.

При восстановлении аппетита показаны ферментные препараты (креон, эрмиталь, микразим, панцитрат, панкреатин, панзинорм и другие). Не показаны ферменты, содержащие желчные кислоты.

При секреторной диарее эффективны индометацин по 2 таб. 3 раза в течение 1 суток, глюконат кальция 10% – 10 мл ежедневно 3 дня или пероральный прием 5 г глюконата кальция однократно.

В отдельных случаях лечения диареи рекомендуются большие дозы висмута (2 таб. 3 раза в сутки). В последнее время используется висмута субсалицилат (десмол) по 2 таб. 3–4 раза в сутки. По нашим данным, препараты, резко тормозящие перистальтику кишечника (лоперамид, имодиум), применяемые как монотерапия в случае воспалительной диареи (о. дизентерия, сальмонеллез), могут привести к удлинению сроков выздоровления.

С целью восстановления микрофлоры кишечника в реконвалесцентный период показаны энтерол, аципол, бифиформ, бион и другие.

Фитотерапия показана с первых дней болезни и включает применение отваров коры дуба, соплодий ольхи, плодов черники, цветков календулы, листьев эвкалипта, корня кровохлебки и лапчатки прямостоячей, гранатовых корок.

Сложной задачей является лечение синдрома гемоколиты.

Нами с успехом применяются дицинон (этамзилат натрия) 12,5% – 2 мл 2 раза в сутки внутримышечно в течение 2–5 дней. Этиотропное и патогенетическое лечение сочетается с местной

терапией: при частых болевых позывах на низ – крахмальные клизмы (2 чайные ложки крахмала на 1/2 ст. воды), марганцовые клизмы (200 мл теплого неинтенсивного раствора), антипириновые клизмы (0,3 г антипирина на 2 ст. л. теплой воды). При выраженных тенезмах и упорном гемоколите наиболее эффективны микроклизмы следующего состава:

- преднизолона – 30 мг;
- раствора новокаина 0,5% – 10 мл;
- дистиллированная вода – до 50 мл.

Тенезмы облегчают свечи с анестезином, новокаином, красавкой.

При упорной изнуряющей гиперосмолярной (реже секреторной) диарее, не купирующейся известными способами, в последнее время стал применяться сандостатин (соматостатин). Это гормон, увеличивающий скорость всасывания воды и электролитов в тонкой кишке, уменьшает число актов дефекации. Вводят подкожно по 0,1 г 1 раз в день.

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Перспективным направлением в усовершенствовании лечения и профилактики кишечных инфекций является использование лечебных бактериофагов, которые сами или в комплексе с другими антибактериальными препаратами повышают эффективность этиотропной терапии у больных.

Перечень применяемых в настоящее время бактериофагов представлен в табл. 8.

Таблица 8

Лечебно-профилактические бактериофаги

Наименование препарата	Спектр антибактериальной активности	Форма выпуска препарата
Интести-бактериофаг	Шигелла Зонне, Шигелла Флекснера 1, 2, 3, 4, 6, Сальмонеллы А, В, С, D, E, энтеропатогенная кишечная палочка, протей вулгарис, протей мирабилис, золотистый стафилококк, синегнойная палочка, энтерококки	флак. 100 мл № 1 флак. 20 мл № 4
Бактериофаг дизентерийный поливалентный	Шигелла Зонне, Флекснера 1, 2, 3, 4, 6 серотипы	флак. тб. № 50 № 10
Бактериофаг сальмонеллезный ABCDE	Сальмонеллы серогрупп А, В, С, D, E	флак. 100 мл № 1
Бактериофаг сальмонеллезный ABCDE	Сальмонеллы серогрупп А, В, С, D, E	флак. 50, тб. № 10
Бактериофаг стафилококковый	Золотистый стафилококк и ряд других видов коагулазоотрицательных стафилококков	флак. 100 мл № 1 флак. 20 мл № 4
Бактериофаг стрептококковый	Стрептококки	флак. 20 мл № 4

Наименование препарата	Спектр антибактериальной активности	Форма выпуска препарата
Бактериофаг протейный	Протей вулгарис, протей мирабилис	флак. 20 мл № 4
Бактериофаг коли	Энтеропатогенная кишечная палочка	флак. 20 мл № 4
Бактериофаг псевдомонас аеругиноза (синегнойный)	Синегнойная палочка	флак. 100 мл № 1
Бактериофаг клебсиелл пневмонии очищенный	Клебсиелла пневмонии, Палочка Фридлендера	флак. 20 мл. № 4
Бактериофаг клебсиелл поливалентный очищенный	Клебсиелла риносклеромы, пневмонии, озы	флак. 20 мл. № 4
Бактериофаг коли-протейный	Энтеропатогенная кишечная палочка, протей вулгарис, протей мирабилис	флак. 100 мл № 1
Пиобактериофаг поливалентный очищенный	Синегнойная палочка, протей мирабилис, протей вулгарис, клебсиелла пневмонии, стафилококки, энтерококки, энтеропатогенная кишечная палочка	флак. 20 мл. № 4
Бактериофаг комплексный	Синегнойная палочка, протей мирабилис, протей вулгарис, клебсиелла пневмонии, стафилококки, стрептококки, энтерококки, энтеропатогенная кишечная палочка, клебсиелла окситока	флак. 100 мл № 1
Секстафаг. Пиобактериофаг поливалентный	Синегнойная палочка, протей, клебсиелла пневмонии, стафилококки, стрептококки, энтерококки, кишечная палочка	флак. 20 мл. № 4

Интести-бактериофаг

Интести-бактериофаг представляет собой смесь стерильных фильтратов фаголизатов шигеллезных (Флекснер сероваров 1, 2, 3, 4, 6 и Зонне), сальмонеллезных (паратиф А, паратиф В, тифимуриум, холера суис, инфантис, ораниенбург, энтеритидис), энтеро-

патогенной кишечной палочки наиболее этиологически значимых серовариантов, протей (вulгарис и мирабилис), стафилококковых, псевдомонас аеругиноза и энтерококковых бактерий.

Интести-бактериофаг обладает способностью специфически лизировать стафилококковые бактерии, возбудителей гнойных инфекций: *S. flexneri* I, II, III, IV и VI типов и *S. sonnei*, *S. paratyphi* A, *S. paratyphi* B, *S. typhimurium*, *S. infantis*, *S. choleraesuis*, *S. oranienburg*, *S. enteritidis*; *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris* и *mirabilis*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Показания к назначению.

Лечение и профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта, вызванных вышеперечисленными микроорганизмами или их сочетанием, в т.ч.: бактериальная дизентерия; сальмонеллез; брюшной тиф; паратиф; дисбактериоз; энтероколит; колит; диспепсия.

Лечение и профилактика заболеваний верхних дыхательных путей, гнойных инфекций кожи, слизистых, висцеральных органов, вызванных стафилококковыми бактериями, а также дисбактериозов.

Способ применения и дозы.

Внутрь (*Per os*) Интести-бактериофаг принимают 4 раза в сутки натощак за 1–1,5 часа до приема пищи.

Ректально (*Per rectum*) в виде клизм назначают 1 раз в день после опорожнения кишечника.

Рекомендуемая дозировка на прием:

- детям до 6 месяцев – 5–10 мл (внутрь), 10 мл (ректально);
- детям от 6 до 12 месяцев – 10–15 мл (внутрь), 20 мл (ректально);
- детям от 1 года до 3-х лет – 15–20 мл (внутрь), 30–40 мл (ректально);
- старше 3-х лет – 20–30 мл (внутрь), 40–60 мл (ректально).

Побочные действия: редко возможны срыгивания (у детей), высыпания на коже.

Применение Интести-бактериофага не исключает применения других лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков.

Бактериофаг дизентерийный поливалентный

Лекарственная форма: Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, раствор для перорального и ректального применения.

Дизентерийный поливалентный бактериофаг содержит стерильный фильтрат фаголизата бактерий *S. flexneri* I–IV и VI типов

и *S. sonnei*. Бактериофаг приводит к специфическому лизису бактерий, вызывающих дизентерию. Дизентерийный поливалентный бактериофаг избирательно действует на штаммы *S. flexneri* I–IV и VI типов и *S. sonnei*, не оказывая влияния на другие бактерии, в частности при применении дизентерийного бактериофага не развиваются нарушения микрофлоры кишечника.

Гибель бактерий происходит за счет способности бактериофага абсорбироваться на поверхности бактериальных клеток и после проникновения внутрь бактериальной клетки размножаться за счет энергетических ресурсов бактерий. После гибели микробной клетки выходят зрелые фаговые частицы, готовые к заражению новых бактериальных клеток.

Бактериофаг дизентерийный поливалентный предназначен для терапии пациентов, страдающих бактериальной дизентерией, обусловленной *S. flexneri* I–IV и VI типов и *S. Sonnei*, также эффективен для профилактики бактериальной дизентерии.

Противопоказаний к применению бактериофага дизентерийного нет, нежелательные реакции при применении не описаны.

Способ применения и дозы. Бактериофаг дизентерийный поливалентный предназначен для перорального применения. Раствор может быть использован также для ректального применения. Эффективность препарата напрямую зависит от времени начала терапии, как правило, при позднем начале терапии эффективность бактериофага снижается. Рекомендуются принимать таблетки и раствор за 1 час до приема пищи.

Продолжительность курса применения и дозы препарата определяет врач.

Детям младше 6 месяцев, как правило, назначают прием 5 мл раствора трижды в сутки.

Детям от 6 месяцев до 1 года, как правило, назначают прием 10–15 мл раствора или 0,5 таблетки трижды в сутки.

Детям 1–3 лет, как правило, назначают прием 15–20 мл раствора или 1 таблетки трижды в сутки.

Детям 3–8 лет, как правило, назначают прием 20–30 мл раствора или 1 таблетки трижды в сутки.

Детям старше 8 лет и взрослым пациентам, как правило, назначают прием 30–40 мл раствора или 2 таблеток трижды в сутки.

Рекомендованная средняя продолжительность терапии составляет 7–10 дней.

Пациентам с дизентерией, которая характеризуется слабым колитическим синдромом, а также пациентам в период реконвалесценции 1 пероральный прием бактериофага можно заменить ректальным использованием (в форме клизмы).

Разовые пероральные дозы в таком случае не изменяются, разовая ректальная составляет:

- для детей до 6 месяцев – 10 мл;
- для детей от 6 месяцев до 1 года – 20 мл;
- для детей 1–3 лет – 20–30 мл;
- для детей 3–8 лет – 30–40 мл;
- для детей старше 8 лет и взрослых пациентов – 50–60 мл.

Применение бактериофага дизентерийного не отменяет использования других лекарственных препаратов, предназначенных для лечения дизентерии.

Особые указания. Беременность: по решению врача можно применять препарат Бактериофаг дизентерийный поливалентный в период беременности.

Передозировка бактериофага дизентерийного не описана, разрешено применение препарата сочетано с другими лекарственными средствами, включая противомикробные препараты.

Бактериофаг сальмонеллезный ABCDE

Бактериофаг сальмонеллезный – иммунобиологический препарат, фаг. Лечебное и saniрующее действие основано на способности вызывать лизис сальмонелл и близких к ним по антигенной структуре бактерий. Применяют при сальмонеллезе у детей и взрослых: лечение сальмонеллеза, санация реконвалесцентов (бактерионосительство), профилактика сальмонеллезом по эпидпоказаниям.

Препарат представляет собой фильтрат фаголизатов, активный в отношении наиболее распространенных сальмонеллезных бактерий: группа А – паратиф А; группа В – паратиф В, тифимуриум, гейдельберг; группа С – ньюпорт, инфантис, холера суис, ораниенбург; группа Д – дублин, энтеритидис, галлинарум; группа Е – анатум, ньюлендс. Видовой состав бактерий, используемых в производстве для приготовления сальмонеллезного бактериофага, может быть изменен в зависимости от изменения микробного пейзажа возбудителей.

Бактериофаг сальмонеллезный групп АВСДЕ выпускается в жидком виде для местного применения и приема внутрь во флаконах

по 100 мл, в таблетках с кислотоустойчивым покрытием для приема внутрь по 100 мг, также в свечах.

Показания:

- лечение сальмонеллеза;
- санация реконвалесцентов (бактерионосительство);
- профилактика сальмонеллезов по эпидпоказаниям.

Способ применения и дозы:

Для лечения сальмонеллеза Бактериофаг сальмонеллезный принимают внутрь 2–3 раза в сутки за 1–2 часа до приема пищи (натощак) в течение 5–7 дней. Возможно назначение в клизме или свечах после опорожнения кишечника 1 раз в сутки (вместо одного приема через рот). Лечение желательно начинать с первого дня болезни (по назначению врача еще до госпитализации больного). Применение бактериофага с первых дней заболевания дает лучший результат.

Одна таблетка сухого сальмонеллезного бактериофага соответствует 20 мл жидкого. Дозировка в схемах лечения и профилактики приводится на сухой бактериофаг, но это не исключает использования жидкого бактериофага. Жидкий бактериофаг перед употреблением необходимо взбалтывать. При отсутствии жидкого бактериофага можно ограничиться только приемом бактериофага в таблетках через рот.

Рекомендуемая дозировка Бактериофага сальмонеллезного: Рекомендуемая дозировка Бактериофага сальмонеллезного:

Возраст	Доза на один прием		
	Внутрь жидкий	Внутрь в таблетках	В клизме
До 6 месяцев	10 мл	–	20 мл
От 6 месяцев до 3-х лет	20 мл	1 таблетка	30–40 мл
От 3-х лет до 8-ми лет	40 мл	2 таблетки	40–50 мл
Детям старше 8 лет и взрослым	40–80 мл	2–4 таблетки	40–100 м

Максимальная суточная доза Бактериофага сальмонеллезного жидкого 3 мл/кг массы тела, таблетированного – 3 мг/кг массы тела. Кратность приема внутрь – 2–3 раза в день, от 3-х лет возможно 3–4 раза в день. Ректально – 1 раз в день после опорожнения кишечника.

Детям до 6 месяцев рекомендуется жидкий сальмонеллезный бактериофаг, с 6-месячного возраста до 3-х лет – бактериофаг в та-

блетках с пектином (таблетку можно растворять в воде или молоке, в том числе – материнском), детям старше 3-х лет и взрослым – бактериофаг с пектином или с кислотоустойчивой оболочкой из АФЦ (в последнем случае нарушение целостности таблетки не допускается).

Если в течение первых трех суток после окончания лечения сальмонеллезным бактериофагом улучшения не наступило – курс лечения рекомендуется повторить. Если и после повторного курса лечения улучшения не наступило, продолжать лечение сальмонеллезным бактериофагом нецелесообразно.

Всем реконвалесцентам перед выпиской из стационара в случаях продолжающегося бактериовыделения рекомендуется провести пятидневный курс лечения Сальмонеллезным бактериофагом в указанных выше дозах.

Для профилактики сальмонеллеза Бактериофаг сальмонеллезный применяют для предупреждения заболевания и бактерионосительства, в стационарах для предупреждения возникновения внутрибольничных инфекций, в местах неблагополучных по заболеваемости (мясокомбинат, детские учреждения и т.п.). Бактериофаг сальмонеллезный назначают внутрь по 2 таблетки или 40–50 мл 1 раз в неделю в течение одного месяца. Детям – по 1 таблетке или 20 мл 1 раз в неделю.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость. Побочное действие: реакций на введение сальмонеллезного бактериофага не отмечено.

Применение сальмонеллезный бактериофага не исключает использования других антибактериальных препаратов, диетотерапии.

Бактериофаг стафилококковый

Фармакологическое действие:

Бактериофаг стафилококковый специфически лизирует бактерии *Staphylococcus*. Фаговые частицы прикрепляются к мембране чувствительных бактерий, проникают внутрь клетки и размножаются за счет её ресурсов. Вследствие этого происходит гибель клетки и выход зрелых фаговых частиц, способных к заражению других чувствительных бактериальных клеток. Бактериофаг стафилококковый не влияет на другие бактерии, в частности не нарушает естественную микрофлору.

Показания к применению:

Бактериофаг стафилококковый применяют для лечения заболеваний различной локализации, которые обусловлены стафилококками.

- В ЛОР-практике и пульмонологии Бактериофаг стафилококковый применяют для лечения пациентов с отитом, синуситом, ларингитом, трахеитом, фарингитом, гайморитом, ангиной, плевритом, бронхитом и пневмонией.

- В хирургической практике препарат используют для лечения пациентов с инфицированными ранами, ожогами, флегмоной, фурункулами и карбункулами, а также гидраденитом, маститом, остеомиелитом, бурситом и парапроктитом.

- Кроме того, Бактериофаг стафилококковый используют в лечении генерализованных септических заболеваний, а также урогенитальных и энтеральных инфекций, включая уретрит, пиелонефрит, цистит, кольпит, сальпингоофорит, эндометрит, дисбактериоз, гастроэнтероколит и холецистит.

- В педиатрической практике Бактериофаг стафилококковый назначают новорожденным при пиодермии, гастроэнтероколите, сепсисе, омфалите и конъюнктивите.

- Рекомендуется профилактическая обработка послеоперационных и свежееинфицированных ран препаратом Бактериофаг стафилококковый.

Способ применения:

Бактериофаг стафилококковый предназначен для местного, ректального и перорального применения. Перед применением следует встряхнуть флакон, при наличии видимого осадка или изменении прозрачности раствор применять нельзя.

Для достижения максимального терапевтического эффекта лечение следует начинать как можно раньше после появления симптомов заболевания.

Местно препарат применяют в зависимости от локализации инфекции:

- 1) в гинекологической практике препарат применяют в форме орошений, аппликаций и тампонов, смоченных раствором;
- 2) в хирургической практике раствор используют в виде промываний, орошений, тампонирования, а также для введения в дренированные или ограниченные полости;

3) введение в суставную, плевральную и прочие ограниченные полости, в том числе дренированную полость мочевого пузыря и почечной лоханки, через капиллярный дренаж, нефростому или цистостому;

4) в отоларингологической практике раствор используют для промываний, орошений, смачивания стерильных турунд, а также в качестве назальных и ушных капель;

5) при кишечных заболеваниях назначают ректальное введение бактериофага (в комплексе с приемом внутрь).

Рекомендованные разовые дозы для пациентов различных возрастных групп:

Детям младше 6 месяцев ректально, как правило, назначают 10 мл бактериофага, перорально – 5 мл препарата. Первые дозы препарата следует вводить в виде высоких клизм, если не отмечается развития срыгиваний, нарушений пищеварения и прочих нежелательных эффектов бактериофаг можно назначать перорально или ректально.

Детям 6–12 месяцев ректально, как правило, назначают 20 мл бактериофага, перорально – 10 мл препарата;

Детям 1–3 лет ректально, как правило, назначают 30 мл бактериофага, перорально – 15 мл препарата;

Детям 3–8 лет ректально, как правило, назначают 40 мл бактериофага, перорально – 20 мл препарата;

Взрослым и детям старше 8 лет рекомендуется назначение 30 мл раствора Бактериофаг стафилококковый перорально и 50 мл препарата при ректальном применении.

Средняя продолжительность терапии составляет от 7 до 20 дней. При рецидивирующих формах заболеваний можно назначать несколько курсов препарата Бактериофаг стафилококковый в год.

Следует учитывать, что если перед местным применением препарата Бактериофаг стафилококковый проводилась обработка химическими антисептиками, то до использования бактериофага следует промыть участок кожного покрова изотоническим раствором натрия хлорида.

Побочные действия:

При применении раствора Бактериофаг стафилококковый не было отмечено развития нежелательных эффектов.

Противопоказания:

Нет противопоказаний к применению раствора Бактериофаг стафилококковый.

Беременность:

Бактериофаг стафилококковый в период беременности и кормления ребенка грудью может применяться под контролем врача.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

Бактериофаг стафилококковый допускается применять сочетано с антибактериальными препаратами, а также лекарственными средствами других групп.

Передозировка:

Не поступало сообщений о передозировке препарата Бактериофаг стафилококковый.

Форма выпуска:

Раствор Бактериофаг стафилококковый по 20 или 100 мл во флаконах, в пачку из картона вкладывают 4 флакона по 20 мл или 1 флакон, содержащий 100 мл раствора.

Бактериофаг стрептококковый

Фармакологическое действие. Бактериофаг стрептококковый – лекарственный препарат со специфическим противомикробным действием в отношении стрептококков. Бактериофаг вызывает лизис чувствительных штаммов стрептококков, за счет проникновения фаговых частиц внутрь бактериальной клетки и использования её ресурсов для размножения. После гибели бактерии отмечается выход зрелых фаговых частиц, способных заражать другие чувствительные бактериальные клетки.

Бактериофаг стрептококковый не влияет на жизнедеятельность других бактерий, в частности не изменяет естественную микрофлору. Эффективность препарата увеличивается в случае предварительного определения фагочувствительности возбудителя.

Показания. Бактериофаг стрептококковый применяют для лечения заболеваний, обусловленных стрептококками, независимо от локализации гнойно-воспалительного процесса.

В отоларингологической и пульмонологической практике бактериофаг применяют для лечения пациентов с отитом, синуситом, гайморитом, ангиной, ларингитом, фарингитом, бронхитом, трахеитом, пневмонией и плевритом.

Бактериофаг стрептококковый используют для лечения хирургических, урогенитальных и энтеральных инфекций, в том числе ожогов, фурункулов, инфицированных ран, абсцессов, бурсита,

остеомиелита, мастита, гидраденита, цистита, кольпита, эндометрита, сальпингоофорита, а также холецистита и дисбактериоза.

Бактериофаг стрептококковый используют для лечения генерализованных септических заболеваний, а также гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных, включая омфалит, конъюнктивит, пиодермию и сепсис.

Рекомендуется назначение бактериофага для обработки послеоперационных и свежеинфицированных ран для профилактики развития гнойно-воспалительного процесса.

По эпидемическим показаниям Бактериофаг стрептококковый назначают для профилактики внутрибольничных инфекций.

Противопоказания. Не желательно назначать препарат пациентам с непереносимостью дополнительных или активных компонентов бактериофага.

Побочные действия. Не было отмечено развития нежелательных эффектов препарата Бактериофаг стрептококковый.

Способ применения и дозы. Бактериофаг стрептококковый предназначен для перорального, местного и ректального применения. Перорально препарат принимают в неразведенном виде за 60 минут до еды. Длительность терапии, схему применения и дозы бактериофага определяет врач.

При терапии заболеваний с локализованными гнойно-воспалительными поражениями необходимо применять препарат как местно, так и перорально.

В зависимости от локализации очага инфекции бактериофаг используют:

– Для местного применения, в том числе орошений, аппликаций, примочек, тампонирования и смачивания турунд, вводимых в полости. В таком случае применяют до 200 мл раствора в зависимости от размеров пораженного участка. При абсцессах бактериофаг вводят в полость после удаления гноя (количество препарата должно быть несколько меньше объема удаленного гноя). При остеомиелите 10–20 мл препарата Бактериофаг стрептококковый вливают в рану после хирургической очистки.

– Для введения в суставную, плевральную и другие ограниченные полости, в том числе полость мочевого пузыря и почечной лоханки, через капиллярный дренаж, нефростому или цистостому. В ограниченные полости вводят до 100 мл, в мочевой пузырь до 50 мл, в почечную лоханку до 7 мл.

– В гинекологической практике 5–10 мл раствора вводят в полость матки или влагалища. Допускается применение раствора для смачивания тампонов, вводимых во влагалище.

– В отоларингологической практике раствор используют для смачивания турунд, промываний, полосканий и закапываний.

– При кишечных инфекциях препарат используют для перорального и ректального применения. Ректально препарат вводят в рекомендованной разовой дозе в виде высокой клизмы.

Как правило, перорально назначают прием разовой дозы, рекомендованной для соответствующей возрастной группы пациента, трижды в сутки. При комбинированном ректальном и пероральном применении одну пероральную дозу заменяют ректальным введением.

Рекомендованные разовые дозы препарата Бактериофаг стрептококковый для различных возрастных групп:

Детям до 6 месяцев, как правило, рекомендуется назначать 5 мл раствора перорально или 10 мл при ректальном применении. Начинать терапию следует с ректального введения раствора в виде высоких клизм, если в течение 2–3 дней лечения не отмечается развития срыгиваний и рвоты разрешается назначать пероральный прием бактериофага.

Детям 6–12 месяцев, как правило, рекомендуется назначать 10 мл раствора перорально или 20 мл при ректальном применении.

Детям 1–3 лет, как правило, рекомендуется назначать 15 мл раствора перорально или 30 мл при ректальном применении.

Детям 3–8 лет, как правило, рекомендуется назначать 20 мл раствора перорально или 40 мл при ректальном применении.

Детям от 8 лет и взрослым, как правило, рекомендуется назначать 30 мл раствора перорально или 50 мл при ректальном применении.

Средняя продолжительность терапии составляет от 7 до 20 дней. При рецидивирующих формах заболеваний назначают несколько курсов лечения бактериофагом.

Терапия препаратом Бактериофаг стрептококковый не исключает назначения антибиотиков.

При местном применении, если рана обрабатывается химическими антисептиками, перед использованием бактериофага следует промыть пораженный участок изотоническим раствором натрия хлорида.

Особые указания. Беременность: в период беременности вопрос о целесообразности применения препарата Бактериофаг стрептокок-

ковый решает врач. Передозировка: Данных о передозировке препарата Бактериофаг стрептококковый нет.

Взаимодействие. Бактериофаг стрептококковый можно применять одновременно с другими лекарственными препаратами, в том числе антибиотиками различных групп.

Лекарственная форма: раствор Бактериофаг стрептококковый по 20 или 100 мл в стеклянных флаконах, раствор для инъекционного введения Бактериофаг стрептококковый по 10 мл в ампулах.

Бактериофаг протейный

Характеристика. Стерильный фильтрат фаголизата бактерий *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis*. Обладает способностью специфически лизировать *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis*.

Показания. Заболевания, вызванные *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis*: ЛОР-органов (воспаление придаточных пазух носа, среднего уха, ангина, фарингит, ларингит); верхних и нижних дыхательных путей (трахеит, бронхит, пневмония, плеврит); хирургические инфекции (нагноение ран, ожог, абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, гидроаденит, панариций, парапроктит, мастит, бурсит, остеомиелит); урогенитальные инфекции (уретрит, цистит, пиелонефрит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит); инфекции ЖКТ и желчевыводящих путей (гастроэнтероколит, холецистит, дисбактериоз); генерализованные септические заболевания; гнойно-воспалительные заболевания новорожденных (омфалит, пиодермия, конъюнктивит, гастроэнтероколит, сепсис). Профилактика инфекций, вызываемых *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis* (обработка послеоперационных и свежееинфицированных ран). Профилактика внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

Противопоказания. Гиперчувствительность.

Применяется внутрь, местно, наружно, ректально (в виде микроклизм). При заболеваниях ЖКТ, внутренних органов, дисбактериозе бактериофаг применяют внутрь 3 раза в сутки натощак за 1 ч до еды и ректально (в микроклизме) 1 раз в день вместо одного приема внутрь.

Рекомендуемые доза препарата внутрь (на 1 прием) и ректально (в виде микроклизм) соответственно: дети 0–6 мес. – 5 и 10 мл, 6–12 мес. – 10 и 20 мл, 1–3 лет – 15 и 30 мл, 3–8 лет – 20 и 40 мл, дети старше 8 лет и взрослые – 30 и 50 мл.

Местно, наружно: в виде орошения, примочек и тампонирования жидким бактериофагом в количестве до 200 мл в зависимости от площади пораженного участка. При абсцессах бактериофаг вводят в полость очага после удаления гноя с помощью пункции. Количество вводимого препарата должно быть несколько меньше объема удаленного гноя. При остеомиелите после соответствующей хирургической обработки в рану вводят бактериофаг по 10–20 мл.

В случае, если до применения бактериофага для лечения ран применялись химические антисептики, рана должна быть тщательно промыта стерильным 0,9 % раствором NaCl.

Внутриполостное введение (в т.ч. плевральную, суставную и др. ограниченные полости): вводят до 100 мл бактериофага, после чего оставляют капиллярный дренаж, через который в течение нескольких дней повторно вводят бактериофаг.

При цистите, пиелонефрите, уретрите препарат принимают внутрь и в случае, если полость мочевого пузыря или почечной лоханки дренированы, бактериофаг вводят через цистостому или нефростому 1–2 раза в день по 20–50 мл в мочевой пузырь и по 5–7 мл в почечную лоханку.

При гнойно-воспалительных гинекологических заболеваниях препарат вводят в полость влагалища или матки в дозе 5–10 мл ежедневно однократно.

При гнойно-воспалительных заболеваниях ЛОР-органов для промывания, промывания, закапывания, введение смоченных турунд (оставляя их на 1 ч) препарат вводят в дозе 2–10 мл 1–3 раза в день.

Сепсис, энтероколит новорожденных, включая недоношенных детей: бактериофаг применяют в виде высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер) 2–3 раза в сутки. При отсутствии рвоты и срыгивания возможно применение препарата внутрь. В этом случае он смешивается с грудным молоком. Возможно сочетание ректального (в клизмах) и перорального применения препарата. Курс лечения 5–15 дней. При рецидивирующем течении заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. С целью профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей бактериофаг применяют в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней.

При лечении омфалитов, пиодермии, инфицированных ран препарат применяют в виде аппликаций ежедневно двукратно (марле-

вую салфетку смачивают бактериофагом и накладывают на пупочную ранку или на пораженный участок кожи).

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями должно проводиться одновременно как местно, так и перорально в течение 7–20 дней (по клиническим показаниям).

Побочное действие. Не описаны.

Особые указания. Применение бактериофага не исключает применение др. лекарственных средств, в т.ч. и антибиотиков.

Важным условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фагочувствительности.

Бактериофаг коли

Фармдействие. Обладает способностью специфически лизировать бактерии энтеропатогенной кишечной палочки.

Показания. Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов, дыхательных путей, легких (синусит, отит, ангина, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плеврит) и ЖКТ (гастроэнтероколит, холецистит, дисбактериоз кишечника); хирургические инфекции (гнойные раны, ожог, мастит, абсцесс, флегмона, карбункул, гидраденит, панариций, парапроктит, бурсит, остеомиелит); урогенитальные инфекции (уретрит, цистит, пиелонефрит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит); гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и детей грудного возраста (омфалит, пиодермия, конъюнктивит, гастроэнтероколит, сепсис), генерализованные септические заболевания. Для профилактики – обработка послеоперационных и свежееинфицированных ран, а также для профилактики внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

Противопоказания. Гиперчувствительность.

Дозирование. Внутрь. Энтероколит, заболевания внутренних органов, дисбактериоз кишечника – 3 раза в день за 1 ч до еды. На 1 прием до 6 мес. – 5 мл, 6–12 мес. – 10 мл, от 1 года до 3 лет – 15 мл, от 3 до 8 лет – 20 мл, от 8 лет и старше – 30 мл.

Ректально 1 раз в день (в виде клизмы) в сочетании с двукратным приемом внутрь. На 1 прием до 6 мес. – 10 мл; 6–12 мес. – 20 мл; от 1 года до 3 лет – 30 мл; от 3 до 8 лет – 40 мл; от 8 лет и старше в клизме – 50 мл.

Местно в течение 7–20 дней при терапии гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями.

В случае обработки полости гнойного очага химическими антисептиками перед применением бактериофага полость промыть стерильным 0,9% раствором NaCl.

Гнойные раны – в виде орошения, аппликаций, повязок, введение через дренаж не менее 1 раза в день. При абсцессах после вскрытия и удаления гнойного содержимого препарат вводят в количестве меньшем, чем объем удаленного гноя. В дренированные полости ежедневно 1 раз в день – 20–200 мл.

Остеомиелит – 10–20 мл в полость раны через турунду, дренаж.

Введение в полости (плевральная, суставная и др. ограниченные полости) – до 100 мл бактериофага, оставляя капиллярный дренаж, через который в течение нескольких дней бактериофаг вводится повторно.

Гнойно-воспалительные гинекологические заболевания – 5–10 мл ежедневно 1 раз в день в полость вагины, матки. Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов – 2–10 мл 1–3 раза в день в полости среднего уха, носа. Бактериофаг используют для полоскания, промывания, закапывания, введения смоченных турунд (оставляя их на 1 ч).

Цистит, пиелонефрит, уретрит – 20–50 мл в мочевой пузырь и 5–7 мл в почечную лоханку через цистостому или нефростому.

Детям до 6 мес. Сепсис, энтероколит новорожденных, включая недоношенных детей, 2–3 раза в сутки в виде высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер). При отсутствии рвоты и срыгивания препарат применяют внутрь, смешивая с грудным молоком. Возможно сочетание ректального и перорального применения препарата. Курс лечения – 5–15 дней, при рецидивирующем течении заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. Для профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей бактериофаг применяется в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней.

Омфалит, пиодермия, инфицированные раны – 2 раза в день ежедневно в виде аппликации (марлевую салфетку смочить бактериофагом и наложить на пупочную ранку или пораженный участок кожи).

Побочное действие. Не описаны.

Взаимодействие. Применение бактериофага не исключает применение других лекарственных средств, в том числе антибактериальных и противовоспалительных препаратов.

Важным условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фагочувствительности возбудителя.

Бактериофаг псевдомонас аеругиноза (синегнойный)

Лекарственная форма: раствор для приема внутрь и местного применения. *Фармакологическое действие:* обладает способностью специфически лизировать бактерии синегнойной палочки.

Показания. Гнойно-воспалительные заболевания, вызванные стрептококками: ЛОР-органов, дыхательных путей, легких (синусит, отит, ангина, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плеврит) и ЖКТ (гастроэнтероколит, холецистит, дисбактериоз кишечника); хирургические инфекции (гнойные раны, ожог, мастит, абсцесс, флегмона, карбункул, гидраденит, панариций, парапроктит, бурсит, остеомиелит); урогенитальные инфекции (уретрит, цистит, пиелонефрит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит); гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и детей грудного возраста (омфалит, пиодермия, конъюнктивит, гастроэнтероколит, сепсис); генерализованные септические заболевания. Для профилактики – обработка послеоперационных и свежееинфицированных ран, а также для профилактики внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

Противопоказания: гиперчувствительность.

Способ применения и дозы. Внутрь. Энтероколит, заболевания внутренних органов, дисбактериоз кишечника – 3 раза в день за 1 ч до еды. На 1 прием до 6 мес. – 5 мл, 6–12 мес. – 10 мл, от 1 года до 3 лет – 15 мл, от 3 до 8 лет – 20 мл, от 8 лет и старше – 30 мл. Ректально 1 раз в день (в виде клизмы) в сочетании с двукратным приемом внутрь. На 1 прием до 6 мес. – 10 мл; 6–12 мес. – 20 мл; от 1 года до 3 лет – 30 мл; от 3 до 8 лет – 40 мл; от 8 лет и старше в клизме – 50 мл. Местно в течение 7–20 дней при терапии гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями. В случае обработки полости гнойного очага химическими антисептиками перед применением бактериофага полость промыть стерильным 0,9% раствором NaCl. Гнойные раны – в виде орошения, аппликаций, повязок, введение через дренаж не менее 1 раза в день. При абсцессах после вскрытия и удаления гнойного содержимого препарат вводят в количестве меньшем, чем объем удаленного гноя. В дренированные полости ежедневно 1 раз в день – 20–200 мл.

Остеомиелит – 10–20 мл в полость раны через турунду, дренаж. Введение в полости (плевральная, суставная и др. ограниченные полости) – до 100 мл бактериофага, оставляя капиллярный дренаж, через который в течение нескольких дней бактериофаг вводится повторно. Гнойно-воспалительные гинекологические заболевания – 5–10 мл ежедневно 1 раз в день в полость вагины, матки. Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов – 2–10 мл 1–3 раза в день в полости среднего уха, носа. Бактериофаг используют для полоскания, промывания, закапывания, введения смоченных турунд (оставляя их на 1 ч). Цистит, пиелонефрит, уретрит – 20–50 мл в мочевого пузыря и 5–7 мл в почечную лоханку через цистостому или нефростому. Детям до 6 мес. Сепсис, энтероколит новорожденных, включая недоношенных детей, 2–3 раза в сутки в виде высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер). При отсутствии рвоты и срыгивания препарат применяют внутрь, смешивая с грудным молоком. Возможно сочетание ректального и перорального применения препарата. Курс лечения – 5–15 дней, при рецидивирующем течении заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. Для профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей бактериофаг применяется в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней. Омфалит, пиодермия, инфицированные раны – 2 раза в день ежедневно в виде аппликации (марлевую салфетку смочить бактериофагом и наложить на пупочную ранку или пораженный участок кожи).

Особые указания. Применение бактериофага не исключает применение других лекарственных средств, в том числе антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Важным условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фаготчувствительности возбудителя.

Бактериофаг клебсиелл пневмонии очищенный

Лекарственная форма: раствор для приема внутрь и местного применения. Фармакологическое действие: обладает способностью специфически лизировать бактерии клебсиелл пневмонии.

Показания. Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов (озена, риносклерома) и ЖКТ (гастроэнтероколит, холецистит, дисбактериоз кишечника); хирургические инфекции (гнойные раны, пе-

ритонит, плеврит, ожог, мастит, абсцесс); урогенитальные инфекции (цистит, пиелонефрит, эндометрит, сальпингооофорит); гнойно-воспалительные заболевания новорожденных и детей грудного возраста (омфалит, пиодермия, сепсис). Селективная деконтаминация кишечника при инфицировании внутрибольничными штаммами клебсиелл пневмонии.

Противопоказания: гиперчувствительность.

Способ применения и дозы. Внутрь. Энтероколит, дисбактериоз кишечника – 3 раза в день за 1 ч до еды в течение 7–15 дней. На 1 прием до 6 мес. – 5 мл, 6–12 мес. – 10 мл, от 1 года до 3 лет – 15 мл, от 3 до 8 лет – 20 мл, от 8 лет и старше – 30 мл. Цистит, пиелонефрит, уретрит – в течение 10–20 дней. Ректально 1 раз в день (в виде клизмы) в сочетании с двукратным приемом внутрь. На 1 прием до 6 мес. – 10 мл; 6–12 мес. – 20 мл; от 1 года до 3 лет – 30 мл; от 3 до 8 лет – 40 мл; от 8 лет и старше – 50 мл. Местно в течение 7–20 дней при терапии гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями в сочетании с приемом внутрь. В случае обработки полости гнойного очага химическими антисептиками перед применением бактериофага полость промыть стерильным 0,9% раствором NaCl. Гнойные раны – в виде орошения, аппликаций, повязок, введение через дренаж не менее 1 раза в день. При абсцессах после вскрытия и удаления гнойного содержимого препарат вводят в количестве меньшем, чем объем удаленного гноя. В дренированные полости ежедневно однократно – 20–200 мл. Остеомиелит – 10–30 мл в полость раны через турунду, дренаж. Гнойно-воспалительные гинекологические заболевания – 5–10 мл ежедневно 1 раз в день в полость вагины, матки. Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов – 2–10 мл 1–3 раза в день в полости среднего уха, носа. Бактериофаг используют для полоскания, промывания, закапывания, введения смоченных турунд (оставляя их на 1 ч). Цистит, пиелонефрит, уретрит – 20–50 мл в мочевого пузырь и 5–7 мл в почечную лоханку через цистостому или нефростому. Детям до 6 мес. Сепсис, энтероколит новорожденных, включая недоношенных детей, 2–3 раза в сутки в виде суппозиторий или высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер). При отсутствии рвоты и срыгивания препарат применяют внутрь, смешивая с грудным молоком. Возможно сочетание ректального и перорального применения препарата. Курс лечения – 5–15 дней, при рецидивирующем течении заболевания возможно

проведение повторных курсов лечения. Для профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей клебсиофаг применяется в виде суппозиторий или клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней. Омфалит, пиодермия, инфицированные раны – 2 раза в день ежедневно в виде аппликации (марлевую салфетку смочить бактериофагом и наложить на пупочную ранку или пораженный участок кожи).

Особые указания. Применение бактериофага не исключает применение других лекарственных средств, в том числе антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Важным условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фаготочувствительности возбудителя.

Бактериофаг клебсиелл поливалентный очищенный

Состав и форма выпуска:

Фильтрат фаголизата клебсиелл пневмонии, озены, риносклеромы. Консервант – хинозол в конечной концентрации $0,1 \pm 0,02$ мг/мл. Жидкость в ампулах по 5 или 10 мл, в упаковке 10 и 5 шт. соответственно или во флаконах по 20 мл, 4 флакона в упаковке.

Показания: озена, риносклерома, инфекции вызванные клебсиеллами.

Противопоказания: нет.

Побочные действия: не выявлены.

Способ применения и дозы.

Внутрь, ректально, внутримышечно, местно, ингаляционно.

Лечение озены и риносклеромы: промывание полости носа и слизистой верхних дыхательных путей (доза 10–15 мл, потом вводят турунду, смоченную препаратом на 1 ч, повторяют 2–3 раза в день, курс 20–40 дней); введение в пазухи носа; ингаляционно – при поражении глотки, гортани, трахеи – курс 10–15 дней.

Лечение инфекций ЛОР-органов: отита – промывания и введение в полость среднего уха в дозе 2–5 мл 1–3 раза в день, закладывание турунд, смоченных препаратом – курс 7–15 дней; синусита – промывания пазух (5–10 мл) и введение в полость (2–3 мл) один раз в день в течение 5–7 дней.

При лечении циститов и пиелонефритов помимо введения в полость мочевого пузыря, назначают внутрь 10–20 мл 3 раза в день в течение 5–7 дней.

Бактериофаг коли-протейный

Состав и форма выпуска.

Смесь фильтратов фаголизатов, активных в отношении наиболее распространенных энтеропатогенных эшерихий и протей (винов вульгарис и мирабилис), консервант – хинозол (0,01 мг/мл). Жидкость во флаконах по 100 мл.

Показания: энтероколиты, кольпиты колипротейной этиологии.

Противопоказания: нет.

Побочные действия: не выявлены.

Способ применения и дозы.

Внутрь (за 1–1,5 ч до еды) и ректально. Лечение энтероколитов – с первого дня заболевания по 2–3 мл в течение 7–10 дней, интервал между курсами 3 дня.

Детям до 6 мес. – внутрь 5–10 мл, ректально 20 мл; от 6 до 12 мес. – 10–15 и 20 мл; от 1 до 3 лет – 15–20 мл и 40 мл; старше 3 лет и взрослым – 20 мл и 40–60 мл, соответственно.

Лечение кольпитов – с первого дня заболевания в течение 5–7 дней, назначая интравагинально 2 раза в день по 10 мл (тампоны или орошения).

Пиобактериофаг поливалентный очищенный

Состав и форма выпуска.

Раствор для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах по 20 мл.

Пиобактериофаг поливалентный жидкий представляет собой смесь стерильных фильтров фаголизатов стафилококков, стрептококков (в т.ч. энтерококков), эшерихий коли, протей (мирабилис и вульгарис), псевдомонас аэругиноза и клебсиелл пневмония. Консервант – хинозол в конечной концентрации $0,1 \pm 0,02$ мг/мл.

Фармакологическое действие.

Пиобактериофаг поливалентный очищенный оказывает иммуностимулирующее действие. Обладает способностью специфически лизировать бактерии стафилококков, стрептококков, протей (мирабилис и вульгарис), синегнойной палочки, клебсиелл пневмонии, эшерихии коли (различных серогрупп).

Показания. Лечение и профилактика различных форм гнойно-воспалительных и желудочно-кишечных заболеваний, вызванных перечисленными возбудителями.

Применяют для лечения:

- хирургических инфекций (гнойных ран, гнойных поражений кожи, ожогов, перитонита, плеврита, мастита, остомиелита);
- урогенитальных инфекций (цистита, пиелонефрита, эндометрита, вульвита, бартолинита, кольпита, сальпингоофорита);
- заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастроэнтероколита, холецистита, панкреатита, дисбактериоза кишечника);
- гнойно-воспалительных заболеваний уха, горла, носа, легких и плевры (отита, ангины, фарингита, стоматита, пародонтита, гайморита, фронтита, пневмонии, плеврита);
- посттравматических конъюнктивитов, кератоконъюнктивитов, гнойных язв роговицы и иридоциклитов;
- воспалительных заболеваний новорожденных и детей раннего возраста;
- септицемий и септикопиемий различной локализации, омфалитов, пиодермий, энтеритов, дисбактериоза кишечника.

Способ применения и дозы.

Применяют местно (в виде орошений, примочек, турунд), внутриполостно (полости ран, абсцессов, влагалища, носа, среднего уха, мочевого пузыря), внутрь, ректально (высокие клизмы). Назначают 1–3 раза в день, курс 5–15 дней. Возможно проведение повторных курсов лечения.

При пиелонефрите – внутрь в дозе 5–20 мл 3 раза в день в течение 10–15 дней.

При неукротимой рвоте и у детей первого года жизни возможно дополнительное введение через зонд в виде высоких клизм в дозе 3–5 мл ежедневно в течение 5–7 дней.

При лечении омфалитов, пиодермий новорожденных – в виде аппликаций, примочек ежедневно 2 раза в день в течение 5–7 дней.

Бактериофаг комплексный

Форма выпуска, состав. Раствор для приема внутрь и местного применения во флаконах по 20 и 100 мл. Смесь стерильных фильтратов фаголизатов стафилококков, стрептококков, энтерококков, протей, клебсиелл (пневмонии и окситока), синегнойной и кишечной палочек.

Фармакологическое действие. Пиобактериофаг комплексный жидкий обладает способностью специфически лизировать бактерии

стафилококков, стрептококков, энтерококков, протей, клебсиелл пневмония и окситока, синегнойной и кишечной палочек.

Показания.

Лечение и профилактика гнойно-воспалительных и кишечных заболеваний, вызванных стафилококками, энтерококками, стрептококками, синегнойной палочкой, клебсиеллами, патогенной кишечной палочкой различных серогрупп, протеем при внутреннем, ректальном и наружном применении:

- заболевания уха, горла, носа, дыхательных путей и легких: воспаления пазух носа, среднего уха, ангина, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плеврит;
- хирургические инфекции: нагноения ран, ожоги, абсцесс, флегмона, фурункулы, карбункулы, гидроаденит, панариции, парапроктит, мастит, бурсит, остеомиелит;
- урогенитальные инфекции: уретрит, цистит, пиелонефрит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит;
- посттравматические конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, гнойные язвы роговицы и иридоциклиты;
- энтеральные инфекции: гастроэнтероколит, холецистит, дисбактериоз;
- генерализованные септические заболевания;
- гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: омфалит, пиодермия, конъюнктивит, гастроэнтероколит, сепсис и др.;
- другие заболевания, вызванные бактериями стафилококков, стрептококков, энтерококков, протей, клебсиелл пневмония и окситока, синегнойной и кишечной палочек.

С профилактической целью препарат используют для обработки операционных и свежееинфицированных ран, а также для профилактики внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

Важным условием эффективной фаготерапии является предварительное определение фагочувствительности возбудителя.

Режим дозирования.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями должно проводиться одновременно как местно, так и через рот, 7–20 дней (по клиническим показаниям).

В зависимости от характера очага инфекции бактериофаг применяют:

1. Местно в виде орошения, примочек и тампонирования жидким фагом в количестве до 200 мл в зависимости от размеров пораженного участка. При абсцессах бактериофаг вводят в полость очага после удаления гноя с помощью пункции. Количество вводимого препарата должно быть несколько меньше объема удаленного гноя. При остеомиелите после соответствующей хирургической обработки в рану вливают бактериофаг по 10–20 мл.

2. Введение в полости – плевральную, суставную и другие ограниченные полости до 100 мл бактериофага, после чего оставляют капиллярный дренаж, через который в течение нескольких дней повторно вводят бактериофаг.

3. При циститах, пиелонефритах, уретритах препарат принимают внутрь. В случае, если полость мочевого пузыря или почечной лоханки дренированы, бактериофаг вводят через цистостому или нефростому 1–2 раза в день по 20–50 мл в мочевой пузырь и по 5–7 мл в почечную лоханку.

4. При гнойно-воспалительных гинекологических заболеваниях препарат вводят в полость вагины, матки в дозе 5–10 мл ежедневно однократно.

5. При гнойно-воспалительных заболеваниях уха, горла, носа препарат вводят в дозе 2–10 мл 1–3 раза в день. Бактериофаг используют для полоскания, промывания, закапывания, введения смоченных турунд (оставляя их на 1 час).

6. При конъюнктивитах и кератоконъюнктивитах препарат закапывают по 2–3 капли 4–5 раз, при гнойной язве роговицы – по 4–5 капель, при гнойных иридоциклитах препарат применяют по 6–8 капель каждые 3 ч в сочетании с приемом внутрь.

7. При лечении стоматитов и хронических генерализованных парадонтитов препарат используют в виде полосканий полости рта 3–4 раза в день в дозе 10–20 мл, а также введением в пародонтальные карманы турунд, пропитанных пиобактериофагом, на 5–10 минут.

8. При кишечных формах заболевания, заболеваниях внутренних органов, дисбактериозе бактериофаг применяют через рот и в клизме. Через рот бактериофаг дают 3 натошак за 1 ч до еды. В виде клизм назначают 1 раз/ вместо одного приема через рот.

Рекомендуемые дозировки препарата

Возраст	Доза на 1 прием (в мл)	
	через рот	в клизме
0–6 мес.	5	10
6–12 мес.	10	20
от 1 года до 3 лет	15	30
от 3 лет до 8 лет	20	40
от 8 лет и старше	30	50

Применение бактериофагов не исключает использования других антибактериальных препаратов. В случае, если до применения бактериофага для лечения ран применялись химические антисептики, рана должна быть тщательно промыта стерильным 0.9% раствором натрия хлорида.

Применение бактериофага у детей (до 6 месяцев). При сепсисе, энтероколите новорожденных, включая недоношенных детей, бактериофаг применяют в виде высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер) 2–3 раза в сутки (см. таблицу). При отсутствии рвоты и срыгивания возможно применение препарата через рот. В этом случае он смешивается с грудным молоком. Возможно сочетание ректального (в клизмах) и перорального (через рот) применения препарата. Курс лечения 5–15 дней. При рецидивирующем течении заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. С целью профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей бактериофаг применяют в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней.

При лечении омфалитов, пиодермии, инфицированных ран препарат применяют в виде аппликаций ежедневно двукратно (марлевую салфетку смачивают бактериофагом и накладывают на пупочную ранку или на пораженный участок кожи).

Побочное действие. Не установлено.

Противопоказания. Отсутствуют.

Применение при беременности и кормлении грудью. Возможно применение препарата при беременности и в период грудного вскармливания по показаниям.

Применение препарата возможно в сочетании с другими лекарственными средствами, в т.ч с антибиотиками.

Секстафаг. Пиобактериофаг поливалентный

Бактериофаг Секстафаг® применяется для лечения и профилактики заболеваний, вызванных стафилококками, стрептококками, протейями, клебсиеллами, синегнойной и кишечной палочкой, в частности:

- лечения заболеваний уха, горла, носа, дыхательных путей и легких, таких как воспаление пазух носа, среднего уха, ангина, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония и плеврит;
- лечения хирургических инфекций: нагноение ран, ожоги, абсцесс, флегмона, фурункулы, карбункулы, гидраденит;
- лечения урогенитальных инфекций: уретрит, цистит, пиелонефрит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит;
- лечения посттравматических конъюнктивитов, кератоконъюнктивитов, гнойных язв роговицы и иридоциклитов;
- лечение энтеральных инфекций: гастроэнтероколита, холецистита, дисбактериоза;
- лечения генерализованных септических заболеваний;
- лечения гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных детей: омфалита, пиодермии, конъюнктивита, гастроэнтероколита, сепсиса;
- лечения других заболеваний, вызванных бактериями стафилококков, стрептококков (в том числе энтерококков), протей, клебсиелл пневмонии, синегнойной и кишечной палочек.

При тяжелых проявлениях инфекций, вызванных стафилококками, стрептококками, протеем, клебсиеллой пневмонии, синегнойной и кишечной палочками, препарат Секстафаг® назначается для лечения в составе комплексной терапии.

С профилактической целью бактериофаг Секстафаг® используют для обработки операционных и свежеинфицированных ран, а также для профилактики внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

Важным условием эффективного лечения (фаготерапии) препаратом Секстафаг® является предварительное определение фагочувствительности возбудителя.

Противопоказания: отсутствуют.

Режим дозирования и способ введения.

Перед использованием флакон с бактериофагом Секстафаг® необходимо взболтать, препарат должен быть прозрачным и не содержать осадка.

Вследствие содержания в препарате питательной среды, в которой могут развиваться бактерии из окружающей среды, вызывая помутнение препарата, необходимо при вскрытии флакона соблюдать следующие правила:

- тщательно мыть руки;
- обработать колпачок спиртосодержащим раствором;
- снять колпачок, не открывая пробки;
- не класть пробку флакона внутренней поверхностью на стол или другие поверхности;
- не оставлять флакон Секстафаг ® открытым;
- вскрытый флакон хранить только в холодильнике.

При использовании малых доз (2–8 капель) при лечении, препарат Секстафаг ®, необходимо отбирать стерильным шприцем в объеме 0,5–1 мл.

Препарат из вскрытого флакона при соблюдении условий хранения, вышеперечисленных правил и отсутствии помутнения может быть использован для лечения и профилактики в течение всего срока годности.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями должно проводиться бактериофагом Секстафаг ® одновременно как местно, так и приемом внутрь в течение 7–20 дней (по клиническим показаниям).

При лечении бактериофаг Секстафаг ® применяют в зависимости от характера очага инфекции:

Местно в виде орошения, примочек и тампонирования жидким фагом в количестве до 200 мл в зависимости от размеров пораженного участка. При абсцессах бактериофаг вводят в полость очага после удаления гноя с помощью пункции. Количество вводимого препарата должно быть несколько меньше объема удаленного гноя. При остеомиелите после соответствующей хирургической обработки в рану вливают бактериофаг по 10–20 мл.

Введение в полости – плевральную, суставную и другие ограниченные полости до 100 мл бактериофага, после чего оставляют капиллярный дренаж, через который в течение нескольких дней повторно вводят бактериофаг.

При циститах, пиелонефритах, уретритах Секстафаг ® принимают внутрь. В случае, если полость мочевого пузыря или почечной лоханки дренированы для выведения жидкостей, бактериофаг

вводят через цистостому или нефростому 1–2 раза в день по 20–50 мл в мочевоую пузырь и по 5–7 мл в почечную лоханку.

При гнойно-воспалительных гинекологических заболеваниях препарат Секстафаг® вводят в полость вагины, матки в дозе 5–10 мл ежедневно однократно.

При гнойно-воспалительных заболеваниях уха, горла, носа препарат вводят в дозе 2–10 мл 1–3 раза в день. Бактериофаг используют для полоскания, промывания, закапывания, введения смоченных турунд (оставляя их на 1 час).

При конъюнктивитах и кератоконъюнктивитах препарат закапывают по 2–3 капли 4–5 раз в день, при гнойной язве роговицы – по 4–5 капель, при гнойных иридоциклитах препарат применяют по 6–8 капель каждые 3 часа в сочетании с приемом внутрь.

При лечении стоматитов и хронических генерализованных пародонтитов препарат Секстафаг® используют в виде полосканий полости рта 3–4 раза в день в дозе 10–20 мл, а также введением в пародонтальные карманы турунд, пропитанных иообактериофагом, на 5–10 минут.

При кишечных формах заболевания, заболеваниях внутренних органов, дисбактериозе бактериофаг применяют через рот и в виде клизм в течение 7–20 дней. Через рот бактериофаг дают 3 раза в сутки натощак за 1 час до еды. В виде клизм назначают 1 раз в день вместо одного приема через рот.

Рекомендуемые дозировки препарата

Возраст	Доза на 1 прием (в мл)	
	через рот	в клизме
0–6 мес.	5	10
6–12 мес.	10	20
от 1 года до 3 лет	15	20–30
от 3 лет до 8 лет	20	30–40
от 8 лет и старше	20–30	40–50

В случае, если до применения бактериофага Секстафаг® для лечения ран применялись химические антисептики, рана должна быть тщательно промыта стерильным 0,9% раствором натрия хлорида.

У новорожденных и детей (до 6 месяцев), при сепсисе, энтероколите новорожденных, включая недоношенных детей, бактериофаг

Секстафаг ® применяют в виде высоких клизм (через газоотводную трубку или катетер) 2–3 раза в сутки (см. таблицу).

При отсутствии у ребенка рвоты и срыгивания возможно применение препарата Секстафаг ® через рот. В этом случае он смешивается с грудным молоком.

Возможно сочетание ректального (в клизмах) и перорального (через рот) применения препарата для лечения детей. Курс лечения 5–15 дней. При рецидивирующем течении заболевания возможно проведение повторных курсов лечения. С целью профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей бактериофаг применяют в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней.

При лечении омфалитов, пиодермий, инфицированных ран препарат Секстафаг ® применяют в виде аппликаций ежедневно двукратно (марлевую салфетку смачивают бактериофагом и накладывают на пупочную ранку или на пораженный участок кожи).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Патогенетические виды диареи:
 - 1) неинфекционная;
 - 2) гиперэкссудативная;
 - 3) гиперосмолярная;
 - 4) секреторная;
 - 5) гиперкинетическая.
2. Какой вид диареи характерен для холеры:
 - 1) гиперосмолярная;
 - 2) гиперэкссудативная;
 - 3) секреторная.
3. Какой вид диареи характерен для дизентерии:
 - 1) гиперосмолярная;
 - 2) гиперэкссудативная;
 - 3) секреторная.
4. Какой вид диареи характерен для панкреатита:
 - 1) гиперосмолярная;
 - 2) гиперэкссудативная;
 - 3) секреторная.
5. Какие заболевания протекают с синдромом гастрита:
 - 1) стафилококковая ПТИ;
 - 2) амебиаз;
 - 3) дизентерия;
 - 4) все перечисленные.
6. Какие заболевания протекают с синдромом гастроэнтерита:
 - 1) холера;
 - 2) сальмонеллез;
 - 3) ротавирусная инфекция;
 - 4) все вышеперечисленные.
7. Какие заболевания протекают с синдромом колита:
 - 1) холера;
 - 2) амебиаз;
 - 3) стафилококковая ПТИ;
 - 4) дизентерия;
 - 5) все вышеперечисленные.

-
8. Отличительные признаки группы ПТИ:
 - 1) короткая инкубация;
 - 2) высокая летальность;
 - 3) групповой характер заболеваемости;
 - 4) связь с недоброкачественным продуктом питания;
 - 5) выраженная и длительная интоксикация.
 9. Симптомы, характерные для стафилококковых ПТИ:
 - 1) связь с употреблением сырых яиц;
 - 2) частый жидкий стул;
 - 3) симптомы гастрита;
 - 4) невыраженная интоксикация;
 - 5) связь с употреблением кондитерских изделий.
 10. Симптомы, характерные для ПТИ протейной этиологии:
 - 1) боли в животе;
 - 2) возможна примесь крови в стуле;
 - 3) вздутие живота;
 - 4) связь с употреблением недоброкачественных мясных и рыбных продуктов;
 - 5) все вышеперечисленные.
 11. Симптомы, характерные для сальмонеллеза:
 - 1) лихорадка в течение 3–5 дней;
 - 2) связь с употреблением яиц, мяса птицы;
 - 3) доминируют симптомы гастроэнтероколита;
 - 4) симптомы раздражения брюшины;
 - 5) все выше перечисленные.
 12. Симптомы, характерные для ротавирусного гастроэнтерита:
 - 1) длительная пиретическая лихорадка;
 - 2) обильный пенистый стул желтоватого цвета, 5–10 раз в сутки;
 - 3) преимущественная регистрация у пожилых жителей Крайнего Севера;
 - 4) гиперемия и зернистость ротоглотки;
 - 5) частое сочетание с менингоэнцефалитами.
 13. Симптомы, характерные для иерсиниоза:
 - 1) длительная фебрильная лихорадка;
 - 2) суставной синдром;
 - 3) зимне-весенняя сезонность;
 - 4) связь с употреблением сырых овощей;
 - 5) «малиновый» язык, гиперемия ротоглотки

- 6) мелкопапулезная сыпь;
 - 7) энтероколит;
 - 8) болезненность в правой подвздошной области;
 - 9) лейкоцитоз и ускорение СОЭ в ОАК;
 - 10) все вышеперечисленные.
14. Симптомы, характерные для холеры:
- 1) начало с болей в животе и лихорадки;
 - 2) профузная водянистая диарея, быстро приводящая к обезвоживанию;
 - 3) рвота «фонтаном» без предшествующей тошноты;
 - 4) гепатоспленомегалия;
 - 5) выраженная анемия в ОАК.
15. Симптомы, характерные для дизентерии:
- 1) фебрильная лихорадка в течение 2–3 дней;
 - 2) ложные позывы, тенезмы, схваткообразные боли внизу живота;
 - 3) гепатоспленомегалия;
 - 4) скудный стул со слизью и кровью;
 - 5) лейкоцитоз в ОАК;
 - 6) лихорадка появляется к 4–5 дню болезни.
16. ОКИ, вызванные *E. coli*, могут протекать как:
- 1) иерсиниоз;
 - 2) дизентерия;
 - 3) брюшной тиф;
 - 4) холера.
17. Для отравления бледной поганкой характерно:
- 1) бурное начало;
 - 2) режущие боли в животе;
 - 3) неукротимая рвота;
 - 4) обильная водянистая диарея;
 - 5) ОППН;
 - 6) все вышеперечисленное.
18. Для аппендицита характерно:
- 1) водянистая диарея, быстро приводящая к обезвоживанию;
 - 2) скудный стул с кровью, 10–20 раз в сутки;
 - 3) преобладание болевого синдрома над гастроинтестинальным;
 - 4) отсутствие выраженной интоксикации в начале болезни;
 - 5) нарастающий лейкоцитоз.

-
19. Для панкреатита характерно:
- 1) вздутие живота;
 - 2) отсутствие выраженной интоксикации в начале болезни;
 - 3) опоясывающие боли;
 - 4) повышение активности амилазы крови и мочи;
 - 5) все вышеперечисленное.
20. Для инфаркта миокарда характерно:
- 1) рефрактерный шок;
 - 2) отсутствие лихорадки с первых часов болезни;
 - 3) несоответствие выраженности гастроинтестинального синдрома и общего тяжелого состояния;
 - 4) нарастающий лейкоцитоз и повышение активности АСТ, КФК, ЛДГ₁₋₂;
 - 5) все вышеперечисленное.
21. Для тромбоза мезентеральных сосудов характерно:
- 1) интенсивная боль в животе;
 - 2) сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы;
 - 3) упорная рвота;
 - 4) гипотония, тахикардия;
 - 5) признаки перитонита;
 - 6) все вышеперечисленное.
22. Для рака кишечника характерно:
- 1) длительный анамнез болезни;
 - 2) астеновегетативный синдром;
 - 3) патологические примеси в кале;
 - 4) все вышеперечисленное.
23. Какие продукты питания разрешено вводить в рацион больных ОКИ:
- 1) копченая колбаса;
 - 2) тушеная капуста;
 - 3) отварная рыба;
 - 4) сгущённое молоко;
 - 5) паровые тефтели.
24. Этиотропная терапия показана при:
- 1) стафилококковой ПТИ;
 - 2) иерсиниозе;
 - 3) дизентерии;

- 4) амебиазе;
- 5) всем вышеперечисленным.
- 25. Для этиотропной терапии ОКИ в настоящее время используют:
 - 1) ципрофлоксацин;
 - 2) норфлоксацин;
 - 3) фуразолидон;
 - 4) невигамон;
 - 5) эрцефурил;
 - 6) изониазид;
 - 7) линкомицин;
 - 8) пенициллин.
- 26. Возможно ли использование бактериофагов в терапии ОКИ?
 - 1) да;
 - 2) нет.
- 27. Показания для внутривенной регидратации:
 - 1) обезвоживание 2–3 степени;
 - 2) ИТШ;
 - 3) сопутствующий сахарный диабет;
 - 4) неукротимая рвота;
 - 5) ОПН;
 - 6) все вышеперечисленное.
- 28. Определение объема раствора для регидратации проводят с учетом:
 - 1) степени обезвоживания;
 - 2) массы тела больного;
 - 3) бактериологического и серологического исследований.
- 29. Применяют ли в терапии ОКИ энтеросорбенты?
 - 1) да;
 - 2) нет.
- 30. Для купирования какого вида диареи используют индометацин:
 - 1) секреторного;
 - 2) гиперкинетического;
 - 3) всех видов.
- 31. Какие отвары используют в терапии ОКИ?
 - 1) коры дуба;
 - 2) листьев сенны;
 - 3) кукурузных рыльцев;

-
- 4) листьев эвкалипта;
 - 5) корня алтея.
32. Какие группы препаратов могут применяться в терапии ОКИ:
- 1) спазмолитики;
 - 2) ферментные препараты;
 - 3) эубиотики;
 - 4) иммуномодуляторы;
 - 5) гемостатики;
 - 6) все вышеперечисленные.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

- 1) 2, 3, 4, 5
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1
- 5) 1
- 6) 4
- 7) 2, 4
- 8) 1, 3, 4
- 9) 3, 4, 5
- 10) 5
- 11) 1, 2, 3
- 12) 2, 4
- 13) 10
- 14) 2, 3
- 15) 1, 2, 4, 5
- 16) 2, 4
- 17) 6
- 18) 3, 4, 5
- 19) 5
- 20) 5
- 21) 6
- 22) 4
- 23) 3, 5
- 24) 2, 3, 4
- 25) 1, 2, 3, 4, 5
- 26) 1
- 27) 6
- 28) 1, 2
- 29) 1
- 30) 1
- 31) 1, 4
- 32) 6

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Больной К., 34 года, заболел остро с появления озноба, повышения температуры тела до 39,6°C, тошноты, болей в животе. Через 10–15 минут появились рвота и жидкий обильный водянистый стул – 5 раз за 2 часа. Больной вызвал «Скорую помощь», доставлен в инфекционную больницу.

За 10–12 часов до начала болезни пациент ел салат с яйцом, майонезом и крабовыми палочками, купленный в супермаркете 3 дня назад. Салат больше никто не ел. Заболел один.

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

Вопрос 2. Основания для окончательного диагноза «Сальмонеллез» в данном случае?

Задача № 2

Больная С., 68 лет, проживающая одна в благоустроенной квартире, заболела остро с появления слабости, головной боли, повышения температуры тела до 39°C. Лихорадку пыталась снизить жаропонижающими. Через 6–8 часов от начала болезни появились интенсивные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией. Тогда же начался жидкий необильный стул через каждые 20–30 минут, который быстро стал скудным, появились патологические примеси (слизь и кровь). Обратилась к врачу на 2-е сутки заболевания. При осмотре: температура тела 38,7°C, боль при пальпации подвздошных областей, больше слева, симптомов обезвоживания нет.

Из эпидемиологического анамнеза: за день до начала заболевания ела «домашний» творог со сметаной, купленные на стихийном рынке.

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

Вопрос 2. Возможен ли окончательный диагноз «Дизентерия» в данном случае без лабораторного подтверждения?

Задача № 3

Больная Н., 23 года, поступила в инфекционную больницу с жалобами на выраженную слабость, сухость во рту, затруднение гло-

тания, нечеткость зрения. Заболела 10 часов назад, когда появилась тошнота, однократная рвота, кашицеобразный стул 1 раз. Рвота и жидкий стул не повторялись, но состояние резко ухудшилось в динамике за счет нарастания слабости, нарушения зрения и глотания. При осмотре: легкий птоз, двусторонний мидриаз, ограничение подвижности глазных яблок, сглаженной носогубных складок с двух сторон, мышечная слабость в конечностях, чувствительность не нарушена.

Два дня назад ела вместе с шестнадцатилетней сестрой баклажаны домашнего консервирования. Сестра госпитализирована в детскую инфекционную больницу с такими же симптомами.

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

Вопрос 2. Каким документом определяется порядок введения противоботулинической сыворотки?

Задача № 4.

Больной С., 15 лет, 2 дня назад прибыл из летнего лагеря с симптомами: повышение температуры тела до 38°C, болями в горле, болями в животе (больше справа), кашицеобразным стулом 4 раза в сутки. На второй день болезни появилась мелкая неяркая пятнисто-папулезная сыпь на шее, кистях, вокруг крупных суставов. К 4-му дню заболевания стул нормализовался, однако лихорадка сохранялась до фебрильных цифр и появились боли в коленных суставах. При осмотре: яркая гиперемия ротоглотки, гипертрофия миндалин, мелкая пятнисто-папулезная сыпь на верхних конечностях и верхней части груди. Суставы не изменены. Увеличена печень, при пальпации живота – боли в правой подвздошной области.

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

Вопрос 2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?

Задача № 5.

Больной Т., 47 лет, поступил в хирургическое отделение с абсцессом бедра. Образованию абсцесса не предшествовали повреждения кожи в данной области. При посеве содержимого абсцесса выделена *Salmonella enteritidis*. Диспепсии не было. Трехкратное бактериологическое исследование испражнений больного возбу-

дителя не выявило. В крови больного *Salmonella enteritidis* не обнаружена.

Вопрос 1. Возможен ли диагноз «Транзитное носительство»?

Вопрос 2. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

Задача № 6.

У больной Ш., 27 лет, через 20 минут после употребления пирожного со сливочным кремом появилась резкая слабость, холодный пот, обморочное состояние, тошнота, рвота до 15 раз за день. Кратковременный подъем температуры до 38°C отмечался в самом начале заболевания. Больная госпитализирована машиной «Скорой помощи» в инфекционную больницу.

При осмотре: голос сильный, общая слабость, заторможенность, судороги в икроножных мышцах и мышцах кистей, сухость слизистых. Пульс 116 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт.ст., мочи в течение дня не было.

Вопрос. Какую степень обезвоживания можно предположить в данном случае?

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Ответ на вопрос 1. ОКИ. Сальмонеллез? (случай, «подозрительный на сальмонеллез», согласно СП 3.1.7.2616–10)

Ответ на вопрос 2. Только на основании положительного результата бактериологического метода исследования.

Задача № 2.

Ответ на вопрос 1. ОКИ.

Ответ. На вопрос 2. Нет. (СП 3.1.1.3108–13).

Задача № 3.

Ответ на вопрос 1. Пищевой ботулизм, тяжелое течение.

Ответ на вопрос 2. Инструкцией к препарату: «Противоботулическая сыворотка».

Задача № 4.

Ответ на вопрос 1. Псевдотуберкулез?

Ответ на вопрос 2. Энтеровирусной инфекцией, тифо-паратифозными заболеваниями.

Задача № 5.

Ответ на вопрос 1. Нет.

Ответ на вопрос 2. После оказания хирургической помощи больной подлежит госпитализации в инфекционную больницу для проведение дифференциального диагноза между генерализованной формой сальмонеллеза и возможным вариантом хронического носительства.

Задача № 6.

Ответ на вопрос. Обезвоживание III ст. Для уточнения степени обезвоживания необходимо определить гематокрит, уровень калия, мочевины, креатинина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Инфекционные болезни: национальное руководство/ под ред. Н.Д. Ющука, Н.Я. Венгерова. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2009. – 1056 с.
2. Инфекционные болезни. Руководство для врачей / Под ред. В.И. Покровского. – М.: Медицина, 2009. – 528 с.
3. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина – СПб: Издательство Фолиант, 2010. – 936 с.
4. Профилактика острых кишечных инфекций. Санитарно-эпидемиологические правила. СП. 3.1.1.3108–13.
5. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2616–10 «Профилактика сальмонеллеза».

Дополнительная литература

6. Шувалова Е. П., Змушко Е. И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с
7. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. – М.: Медицина, 2001. – 304 с.
8. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии: производственно-практическое издание / Ред. Л.С. Страчунский, Ред. Ю.Б. Белоусова, Ред. С.Н. Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.
9. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. Справочник// Под ред. Академика РАМН д.м.н., проф. В.И. Покровского, д.б.н., проф. М.Г. Твороговой, к.м.н. Г.А. Шипулина. – М.: Издательство БИНОМ, 2013. – 648 с.

Литература, использованная авторами

10. Букринская А.Г., Грачева Н.М., Васильева В.И. Ротавирусная инфекция. – М., 1989.
11. Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. Практика инфекциониста. – Мн.: Выш. шк., 1994. – 495 с.

12. Государственный реестр лекарственных средств. Официальное издание: в 2 т.- М.: Медицинский совет, 2009. – Т.2, ч.1 – 568 с.; ч.2 – 560 с.

13. Иерсиниозы у детей /Учайкин В.Ф., Гордец А.В. – М., 2005.

14. Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Захаренко С.М. Клиника, диагностика и лечение актуальных кишечных инфекций. – СПб., 1999. – 192 с.

15. Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17.09.2009) – М., Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2009.

16. Мухин Н.А. Клинические разборы. Внутренние болезни. – М.: Литература, 2005. – 291 с.

17. Покровский В.И., Ющук Н.Д. Бактериальная дизентерия. – М.: Медицина, 1994. – 256 с.

18. Практика лабораторных исследований при инфекционных заболеваниях /Ю.В. Лобзин, Ю.П. Финогеев, В.Ф. Кругмолец [и др.]. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 275 с.

19. Чайка Н.А., Хазенсон Л.Б., Бутцлер Ж.П. Кампилобактериоз. – М., 1988. – 352 с.

20. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: учебник – М. Медицина, 2003. – 544 с.

Приложение 1

Спектр действия бактериофагов производства ФГУП «НПО «Микроген» Минздрава России

Бактериофаг	Интегри-бактериофаг	Пиобактериофаг комплексный	Секстафаг® (Пиобактериофаг поливалентный)	Пиобактериофаг поливалентный очищенный	Бактериофаг колипротейный	БФ дизентерийный поливалентный	БФ клебсиел поливалентный очищенный	Бактериофаг псевдомонас аэругиноза (синегнойный)	БФ стафилококковый	БФ стрептококковый	БФ сальмонеллезный группы А, В, С, Д, Е
Возбудитель											
Staphylococcus	•	•	•	•					•		
Streptococcus		•	•	•						•	
Enterococcus	•	•									
Proteus vulgaris	•	•	•	•	•						
Proteus mirabilis	•	•	•	•	•						
Pseudomonas aeruginosa	•	•	•	•				•			
энтеропатогенные Escherichia coli	•	•	•	•	•						
Klebsiella pneumoniae		•	•	•			•				

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОКИ	5
ЛЕЧЕНИЕ ОКИ.....	24
ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	33
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	62
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	68
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	69
ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	72
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	75

Учебное издание

Мойсова Диана Леонидовна
Лебедев Павел Васильевич
Тхакушинова Нафисет Хусейновна

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ.
ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Учебное пособие

Под редакцией профессора В.В. Лебедева



Компьютерный набор, корректура
и форматирование автора
Технический редактор Кулакова Г.А.
Подписано в печать 15.12.2014
Бумага офсетная.
Гарнитура PetersburgC
Формат 60×84 1/16
Печать трафаретная. Печ. л. 4,88.
Тираж 500 экз. Заказ № 047-14.

Отпечатано в типографии ИД «Академия Естествознания»,
440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 3