

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Е. А. Иоанниди, А. В. Осипов, В. Ф. Обехов

**Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией,
тропической медициной ВолгГМУ**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – группа полиэтиологичных болезней с различиями в эпидемиологии, но объединенные общей чертой – первичной локализацией возбудителя в ЖКТ, что определяет своеобразие фекально-орального механизма передачи возбудителя. В структуре кишечных инфекционных болезней, с учетом резервуара и источника возбудителя, выделяют кишечные антропонозы, зоонозы и сапронозы, что необходимо учитывать при планировании и проведении профилактической и противоэпидемической работы [2].

Кроме того, произошедший к настоящему времени патоморфоз многих кишечных инфекций обусловлен глубокими изменениями в этиологии заболеваний и увеличением прослойки населения, имеющей тяжелые иммунодефицитные состояния. Так, например, на территории Российской Федерации ежегодно регистрируют около 700–800 тыс. заболеваний кишечными инфекциями. Не является исключением и Волгоградская область, в которой сохраняется высокая заболеваемость ОКИ, и связано это по-видимому с высоким уровнем миграционных процессов в регионе. Так, например, за первое полугодие 2012 г. произошло увеличение роста показателей, характеризующих инфекционную патологию в сравнении с тем же периодом 2011 г., в частности, острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии и дизентерией Зонне (на 6, 40 % соответственно).

Все это, с учетом ухудшения техногенной обстановки, связанной с урбанизацией, климатогеографическими и экологическими условиями обитания человека, которые снижают его иммунореактивность, требует изменения терапевтической тактики и дальнейшего совершенствования ее звеньев [3].

Прежде всего, следует начать с установления наличия или отсутствия признаков острой кишечной инфекции. Так, например, в пользу ОКИ говорит наличие и одновременное возникновение симптомов интоксикации

и признаков поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Далее мы должны определить уровень поражения ЖКТ, т. е. выявить наличие тонкокишечной или толстокишечной диареи, потому что, в зависимости от уровня поражения кишечника (тонкий или толстый), диарея может иметь ряд отличий:

– при поражении тонкого кишечника частота испражнений составляет 1–3 раза в сутки, стул водянистый, пенистый, обильный, диарея может сопровождаться болями в верхней половине живота или околопупочной области. Энтеральные поносы могут приводить к обезвоживанию организма и похуданию;

– при поражении толстого кишечника частота испражнений может составлять 3–10 раз в сутки и даже более. Стул кашицеобразный, с примесью слизи и в некоторых случаях даже крови. Больных могут беспокоить боли в нижних отделах живота, тенезмы (частые болезненные позывы на дефекацию).

Существует множество классификаций диарей, которые основываются обычно на этиопатогенетических факторах развития диарейного синдрома.

Выделяют, прежде всего, острые и хронические диареи. Про острую диарею мы говорим, когда ее длительность не превышает 3 недель. В случае же если диарея не прекращается в течение 4–6 недель и более, ее считают хронической [4].

В зависимости от механизмов возникновения выделяют следующие виды диарей:

– гиперосмолярная (осмотическая) – развивается при синдроме нарушенного всасывания;

– гиперкинетическая диарея – вызывается повышенной перистальтической активностью кишечника;

– экссудативная диарея – развивается вследствие попадания воспалительного экссудата в просвет кишечника;

– секреторная диарея – вызывается усилением выделения натрия и воды в просвет кишечника.

Несмотря на то, что диарейный синдром могут вызвать разнообразные факторы, основной причиной острой диареи являются инфекционные заболевания. К возбудителям инфекционной диареи относятся бактерии (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, клостридии, кампилобактер, хламидии, гонококки и др.), вирусы (аденовирусы, ротавирусы, цитомегаловирусы, парвовирусы, энтеровирусы, калицивирусы, коронавирусы, астровирусы) и простейшие (лямблии, дизентерийная амеба).

В нашей статье мы хотим остановиться на наиболее часто встречаемых кишечных инфекциях среди населения как крупного промышленного города, так и жителей области. К таким инфекциям по статистическим данным относятся острые пищевые отравления, ротавирусная инфекция, сальмонеллез и дизентерия.

Пищевое отравление (пищевая интоксикация) – острое состояние, возникающее вследствие употребления в пищу продуктов, содержащих токсины биологического или небактериологического происхождения.

Наиболее распространенные типы пищевых отравлений это:

- микробные отравления (пищевые токсикоинфекции);
- отравления, связанные с употреблением в пищу ядовитых растений и животных;
- отравления химическими веществами различных категорий.

Микробные отравления (пищевые токсикоинфекции): группа наиболее распространенных острых пищевых отравлений, связанных с употреблением в пищу продуктов, зараженных патогенными микробами и их токсинами. Возбудителями пищевых токсикоинфекций могут быть протеи, стафилококки, клебсиеллы, цитробактеры, клостридии, энтеротоксигенные штаммы кишечной палочки и пр. Источниками пищевой токсикоинфекции служат люди (больные и здоровые носители инфекции), животные. Микробы и их токсины попадают в организм только с продуктами питания, в которых происходит предварительное размножение микробов и образование ими токсинов. Условия, которые благоприятствуют заражению пищи и накоплению в ней

токсинов, это нарушение санитарно-гигиенических норм на всех этапах приготовления, хранения и реализации пищи (например, длительное пребывание пищи на открытом воздухе в теплом помещении).

Токсины некоторых микробов (например, стафилококков) устойчивы к кипячению, поэтому риск развития пищевого отравления сохраняется, даже если испорченные продукты были заранее прокипячены.

Чаще всего зараженная пища выглядит испорченной – неприятный запах, вкус, изменение консистенции, цвета. Одним из явных признаков непригодности пищи (особенно жидкой) это появление в ней пузырьков газа. Однако нередко пищевое отравление развивается и после употребления в пищу продуктов с нормальными органолептическими качествами.

К характерным особенностям пищевой токсикоинфекции относятся:

- Развитие отравления спустя 2–24 часа с момента употребления испорченной пищи.
- Начальные симптомы острого гастроэнтерита (повторяющаяся рвота, мучительная тошнота, сильный понос). Понос при пищевой токсикоинфекции обильный, водянистый, зловонный, содержит остатки непереваренной пищи, и как правило, не содержит патологических примесей (слизь, кровь, гной). Одновременно с поносом наблюдается лихорадка, иногда бывает озноб, ухудшение самочувствия.
- Болезнь длится 1–3 дня. Далее симптомы постепенно регрессируют. Вместе с тем в течение непродолжительного времени после отравления могут сохраняться слабость и боли в животе [1].

Для лечения больных ПТИ мы рекомендуем следующую схему лечения:

- Элиминация микробных токсинов из ЖКТ:
 1. Промывание желудка (2–4%-м раствором гидрокарбоната натрия).
 2. Назначение адсорбентов: полисорб, белый уголь, энтеросгель и др. 3 раза в сутки; энтерокат М 20–30 г, затем по 10 г 3 раза или энтеродез 5 г/100 мл 3 раза в сутки.
- Купирование диарейного синдрома:
Препараты Са⁺⁺: глюконат, глицерофосфат, лактат – 5 г или карбонат кальция – 30–50 г.

• Регидратация и реминерализация:

1. Пероральная регидратация глюкозо-солевыми растворами (регидрон, цитроглюкосолан и др.).
2. Назогастральный вариант регидратации.
3. Парентеральная регидратация: растворы «Квартасоль», «Ацесоль», «Трисоль» и др. (для больных с дегидратацией 3–4 степени).

• Восстановление желудочно-кишечного слизистого барьера:

Цитопротекторы: смекта, полисорб МП.

Ротавирусная инфекция (ротавирусный гастроэнтерит) – это острое инфекционное заболевание, которое характеризуется симптомами общей интоксикации, поражением желудочно-кишечного тракта, дегидратацией и респираторным синдромом в начальном периоде болезни.

Данное заболевание имеет характерные симптомы, которые позволяют его безошибочно диагностировать:

- Инкубационный период колеблется от 1 до 5 суток, чаще составляет 2–3 суток.
- Острый период болезни длится 3–4 суток. При этом на начальную фазу приходится 12–24 часа, а на фазу разгара – 2–3 суток. При тяжелом течении болезни – до 7 суток и более.
- Период реконвалесценции продолжается 4–5 суток.

Начало острое, иногда внезапное, течение нередко бурное. Первый и ведущий синдром инфекции – гастроэнтерит. Более чем у половины больных заболевание начинается рвотой. Рвота однократная, реже повторная, но в большинстве случаев прекращается уже в первые сутки болезни. У части больных рвота возникает одновременно с поносом. Позывы к дефекации внезапны, часты, императивны, испражнения носят выраженный энтеритный характер (жидкие, водянистые, пенистые, зловонные), иногда зеленоватого и желто-зеленого цвета. У отдельных больных наблюдается примесь слизи в кале. В самых легких случаях стул кашицеобразный, 1–2 раза в сутки, в тяжелых случаях – холероподобный. У большинства больных имеют место умеренные схваткообразные боли с локализацией в эпигастрии, беспокоит громкое, слышное на расстоянии урчание в животе. К синдрому гастроэнтерита присоединяются

симптомы интоксикации, среди которых доминирует слабость, не соответствующая выраженности кишечных симптомов. Повышение температуры наблюдается у 20–30 % взрослых больных. У подавляющего большинства взрослых температура не превышает 38 °С и держится 1–3 дня. При объективном обследовании слизистые оболочки суховаты из-за больших потерь жидкости со стулом, язык обложен, отмечается гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер. Слизистые оболочки мягкого неба, дужек, язычка у большинства больных гиперемированы и имеют зернистую поверхность [2].

Рекомендуемая схема лечения больных ротавирусной инфекцией.

Для купирования **осмотической гипоферментативной диареи** назначается диета с исключением дисахаридов (лактозы, сахарозы, мальтозы, изомальтозы) и глютенa. Также используются полиферментативные средства (панкреатин, мезим форте и др. 2–4 г 3–4 раза в день) в сочетании с препаратами Са⁺⁺ (глюконат, глицерофосфат по 1 г 3–4 раза). Кроме этого, рекомендуется прием цитопротекторов (смекта – 9 г на 100 мл воды в день, полисорб МП – 2,5 г 3 раза в день). Следующий этап лечения направлен на купирование **броидильной диспепсии**. С этой целью назначаем кишечные антисептики [нитрофураны по 0,1 г 3 раза или хинолины (интетрикс) по 2 капсулы 3 раза в день]. Курс – 3–5 дней. Также можно использовать биопрепараты (бактисуптил по 2 капсулы 3–4 раза в день). **Регидратация и реминерализация**, применяемая для лечения ротавирусной инфекции, такая же, как и при ПТИ.

Сальмонеллез – это полиэтиологическая инфекционная болезнь, вызываемая различными серотипами бактерий рода *Salmonella*, характеризуется разнообразными клиническими проявлениями от бессимптомного носительства до тяжелых септических форм. В большинстве случаев протекает с преимущественным поражением органов пищеварительного тракта (гастроэнтериты, колиты).

Инкубационный период при сальмонеллезе продолжается от 6 ч до 3 суток (чаще 12–24 ч). Клинические проявления сальмонеллеза характеризуются полиморфизмом, что нашло отражение в клинической классификации:

а) гастроинтестинальная (локализованная), протекающая в гастритическом, гастроэнтеритическом, гастроэнтероколитическом и энтероколитическом вариантах;

б) генерализованная форма – в виде тифоподобного и септического вариантов;

в) бактерионосительство: острое, хроническое и транзиторное;

г) субклиническая форма.

Манифестные формы сальмонеллеза различаются и по тяжести течения.

Локализованная (гастроэнтеритическая) форма. Начало острое, интоксикация выраженная. Беспокоит слабость, головная боль, разбитость. Температура тела повышается до 38–39 °С. При этом интоксикация и поражение желудочно-кишечного тракта начинаются одновременно и быстро нарастают, в течение нескольких часов достигают максимального развития. Отмечается повторная, обильная, иногда неукротимая рвота. Стул жидкий, каловый в большом количестве, зловонный, коричневатого, темно-зеленого (болотная тина) или желтого цвета, до 10 раз в сутки с примесью слизи (иногда без патологических примесей). Живот умеренно вздут, урчит. При пальпации болезненный в эпигастрии, вокруг пупка и в илеоцекальной области (сальмонеллезный треугольник).

Генерализованные формы:

- Тифоподобная форма обычно начинается с поражения желудочно-кишечного тракта, но может и не быть дисфункции кишечника, т. е. клиника схожа с таковой при брюшном тифе и паратифах. Характерна выраженная интоксикация, тифозный статус (адинамия, заторможенность, помрачение сознания), головная боль, сонливость днем и бессонница ночью, резкая слабость. Температура тела 39–40 °С, длительная (до 2–3 недель и более), постоянная. Кожные покровы бледные, может быть розеолезная сыпь. Пульс замедлен, артериальное давление понижено. В легких выявляются симптомы бронхита или пневмонии. Отмечается увеличение печени и селезенки. В крови такие же изменения, как при брюшном тифе.

- Септикопиемическая форма может с самого начала начинаться как сепсис, а может начинаться с кратковременных кишечных явлений. При этой форме нарастает интоксикация, повышается температура, она

может быть ремиттирующая или неправильного типа. Больных беспокоит потрясающий озноб, выраженная потливость, отмечается увеличение печени и селезенки. Далее клиника зависит от локализации метастатических очагов [2, 4].

Субклиническая форма или бактерионосительство. При этой форме сальмонеллеза клинические симптомы заболевания отсутствуют, но имеются иммунологические сдвиги в организме, т. е. происходит нарастание специфических антител в динамике, что указывает на наличие патологического процесса. Бактерионосительство: транзиторное (здоровое), реконвалесцентное (острое – до 3 месяцев, хроническое – более 3 месяцев).

Мы предлагаем **тактику лечения больных гастроинтестинальной (наиболее часто встречаемой) формой сальмонеллеза.**

Купирования диарейного синдрома:

- 1) препараты СА++ (глюконат, глицерофосфат, лактат). Максимальная стартовая доза – 5 г. В последующие дни – по 1 г 3 раза в день. Стартовая доза карбоната кальция – 30–50 г, в последующие дни – по 10 г 3 раза в день;

- 2) нестероидные противовоспалительные средства (индометацин – 0,05 г 3 раза за 9–12 часов) под прикрытием цитопротекторов (смекта, полисорб МП).

Данные препараты оказывают воздействие на ферментативные механизмы диарейного синдрома.

Для связывания и выведения токсина из кишечника и его инактивации, используются препараты целлюлозы (полифепан, лигносорб, активированный уголь и др. по 15–20 г 3 раза в день), производные ПВП (энтеродез – 5 г на 100 мл воды 3 раза в день), катионо-связывающие препараты (энтерокат М) и цитопротекторы.

Также на этой стадии рекомендуется назначение протеолитических ферментов (панкреатин, мезим форте).

Далее следует этиотропная терапия, которую необходимо назначать в соответствии с тяжестью заболевания. При легком течении: нитрофурановые препараты (фуразолидон, фурадонин, фурагин – 0,1 г 4 раза, курс – 5 дней) или хинолины (хлорхиналдол – 0,2 г 4 раза, интетрикс – 2 капсулы 3 раза, курс – 5 дней). При среднетяжелом течении: фтор-хинолоны (ципрофлоксацин –

0,5 г 2 раза, офлоксацин – 0,4 г 2 раза, курс – 7 дней). При тяжелом течении: офлоксацин (таривид) или циплокс по 200 мг 2 раза внутривенно капельно. Возможно сочетание фторхинолонов с аминогликозидами и цефалоспоридами. Курс – 3–5 дней. В дальнейшем пероральный прием фторхинолонов. Курс – 10–14 дней.

Для регидратации и реминерализации используются регидрон, цитроглюкосолан (оральная регидратация) и растворы «Квартасоль», «Ацесоль», «Трисоль» и др. (парентеральная регидратация, для внутривенной инфузии больным с дегидратацией III и IV ст.).

Кроме этиотропной терапии необходимо купирование местного воспалительного процесса. Для этой цели назначаются препараты рутин, антиоксиданты (эссенциале, витамин Е, витамин С), антигипоксанты и предшественники макроэргов (цитохром С, цито-мак, рибоксин и др.), холино- и спазмолитики (бускопан, папаверин, платифиллин, но-шпа и др.). Для ускорения репаративных процессов безусловно необходимы диета и витаминотерапия, возможно использование также нестероидных и стероидных анаболиков. Как вспомогательные средства применяют фитотерапию (вяжущие, обволакивающие, ветрогонные средства).

Завершается лечение, как правило, курсом биопрепаратов (от 3 недель до 1,5 месяцев), что является важным условием для восстановления кишечного биоценоза.

Дизентерия (шигеллез) – острая инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи, вызывается различными видами шигелл, характеризуется симптомами общей интоксикации, поражением толстой кишки, преимущественно ее дистального отдела, и признаками геморрагического колита. В отдельных случаях приобретает затяжной или хронический характер.

По клиническому течению дизентерию подразделяют на острую и хроническую.

Острая дизентерия длится от нескольких дней до 3 месяцев; дизентерия, протекающая более 3 месяцев, расценивается как хроническая. Возможно также шигеллезное бактерионосительство.

По характеру признаков, свидетельствующих о преобладающем поражении того или иного отдела кишечника, острая дизентерия включает следующие **клинические варианты**

болезни: колитический, гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический.

По тяжести течения колитический вариант дизентерии подразделяется на легкую, средней тяжести и тяжелую; гастроэнтероколитический и гастроэнтеритический – на легкую, средней тяжести с обезвоживанием I–II степени и тяжелую с обезвоживанием III–IV степени. Острая дизентерия может иметь затяжное или стертное течение. Особенности течения болезни обусловлены видом возбудителя, состоянием макроорганизма и зависят от характера и срока начала лечения.

Наиболее характерный для дизентерии симптомокомплекс наблюдается при колитическом варианте острой дизентерии, который встречается наиболее часто. Инкубационный период длится обычно 2–5 дней, редко до 7 дней, а при попадании в организм большой дозы возбудителей может сокращаться до нескольких часов. Легкое течение колитического варианта острой дизентерии характеризуется незначительной интоксикацией и слабовыраженным колитическим синдромом.

Болезнь обычно начинается внезапно. У больных появляется умеренная боль, локализуемая внизу живота, преимущественно в области сигмовидной кишки, которая предшествует акту дефекации, а после нее нередко остается тянущая боль в области прямой кишки. Стул от 3–5 до 10 раз в сутки, калового характера, содержит примесь слизи, а иногда и крови. Температура тела, как правило, нормальная или субфебрильная. При ректороманоскопии обнаруживается катаральное воспаление слизистой оболочки, иногда геморрагии и реже эрозии.

Более четко симптомы дизентерии выражены при среднетяжелом течении. Остро или после короткого продромального периода, который характеризуется недомоганием, слабостью, познабливанием, чувством дискомфорта в животе, появляются характерные симптомы болезни. Прежде всего возникают схваткообразные боли внизу живота, преимущественно в левой подвздошной области. Одновременно с болью или несколько позже появляются позывы к дефекации. Стул первоначально каловый, постепенно объем каловых масс уменьшается и они становятся скудными, появляется примесь слизи и крови, но частота дефекаций нарастает. В разгар заболевания

испражнения могут терять каловый характер и приобретать вид так называемого ректального плевка, т. е. состоять лишь из скудного количества слизи и крови. Дефекация сопровождается болезненными тенезмами, очень часты ложные позывы к дефекации. Примесь крови в испражнениях чаще всего незначительна – в виде кровавых точек или прожилок. Частота стула колеблется от 10–15 до 20–25 раз в сутки и может нарастать в течение 1–2 суток. В это же время появляется головная боль, повышается температура тела, достигая у большинства больных 38–39 °С, она держится 2–3 дня. При пальпации живота выявляется уплотненная болезненная сигмовидная кишка, причем ее болезненность отмечается несколько реже, чем уплотнение; иногда метеоризм. Нарушается переваривающая, всасывательная и моторная функции тонкой кишки, снижается активность некоторых ферментов (лактозы, мальтозы). Нередко выявляются также признаки гастрита. Отмеченные изменения находятся в соответствии с тяжестью, длительностью течения заболевания и встречаются особенно часто при склонности к затяжному течению. При ректороманоскопии – признаки выраженного катарального воспаления, на фоне которого нередко видны очаговые изменения: геморрагии, эрозии или язвы. У больных, перенесших эту форму дизентерии, при благоприятном исходе полное функциональное и морфологическое восстановление кишечника может затягиваться до 2–3 месяцев.

Основным отличием гастроэнтероколитического варианта дизентерии является бурное начало после короткого инкубационного периода, что обусловлено ролью пищи как фактора передачи инфекции и ее массивным инфицированием. В начальном периоде обычно доминируют явления гастроэнтерита и симптомы общей интоксикации, что напоминает пищевую токсикоинфекцию. Затем наступает период с отчетливым синдромом энтероколита, который в дальнейшем выступает на первый план. По тяжести течения этот вариант, как и колитический, может быть легким, среднетяжелым и тяжелым.

Гастроэнтеритический вариант дизентерии очень близок по течению начальному периоду гастроэнтероколитического варианта. Отличие заключается в том, что доминирования энтероколита в более поздние

сроки болезни не наблюдается, а изменения толстой кишки, выявляемые при ректороманоскопии, менее выражены. Ведущими являются клинический симптом гастроэнтерита и признаки обезвоживания. Клинически гастроэнтеритический вариант дизентерии характеризуется еще большим сходством с пищевыми токсикоинфекциями, что затрудняет дифференциальную диагностику.

Стертая форма болезни характеризуется незначительными клиническими проявлениями (1–2-кратный кашицеобразный стул или кратковременное чувство дискомфорта внизу живота), а при ректороманоскопическом исследовании выявляются признаки воспалительного процесса, характерные для дизентерии. Значительное число таких больных остаются невыявленными или неучтенными.

Тактика лечения больных острой дизентерией

Этиотропная терапия. При легком течении дизентерии назначают препараты нитрофуранового ряда (фуразолидон, фурадонин, фурагин по 0,1 г 4 раза, курс – 5 дней) или хинолины (хлорхинальдон 0,2 г 4 раза, интетрикс 2 капсулы 3 раза, курс – 5 дней). При среднетяжелом течении рекомендуют фторхинолоны (ципрофлоксацин, цифран и др. по 0,5 г 2 раза в день, курс – 7 дней). Для тяжелого течения болезни используют офлоксацин (таривид) или ципрофлоксацин (циплекс) по 200 мг 2 раза внутривенно капельно + фторхинолоны (перорально), курс – 7 дней. При продолжающемся диарейном синдроме дальнейшее лечение (10–14 дней) включает: препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин, салофальк) по 0,4 г 3 раза в день под прикрытием цитопротекторов и биопрепараты: бактисуптил, (споробактерин, биоспорин) 2 капсулы 3 раза в день или энтерол-250. Также можно использовать трихопол по 0,5 г 3 раза 10 дней, с последующим курсом биопрепаратов.

Одним из этапов необходимых для полноценной терапии дизентерии является воздействие на микроциркуляцию и купирование ДВС-синдрома. Для этих целей мы назначаем гепарин по 1,0–2,5 тыс. ед. каждые 2–3 часа под кожу или внутривенно капельно 10–20 тыс. ед. длительно в течение суток, ацетилсалициловую кислоту по 0,1–0,2 в сутки

(на фоне цитопротекторов). Укрепление стенок сосудов достигается с помощью троксевазина, аскорутина или рутина. Энтеросорбция, протеолитические ферменты (для инактивации токсина) и другие виды терапии применяются также, как и при лечении сальмонеллеза.

Необходимо напомнить, что практически при любой кишечной инфекции могут возникать различного рода осложнения, одним из основных является обезвоживание организма. От его степени зависит выбор метода и интенсивности лечения растворами (перорально или внутривенно, амбулаторно или стационарно, объем растворов, который необходимо ввести). Точным является сравнение нынешней массы тела больного с последним взвешиванием перед заболеванием, а тяжесть обезвоживания выражается в процентах снижения массы тела, определяющий объем жидкости, который необходимо ввести в фазе регидратации. Степень обезвоживания также оценивается на основе клинических симптомов.

Степени обезвоживания:

- Без признаков обезвоживания (потеря < 3 % массы тела) – не имеет субъективных и объективных признаков обезвоживания.
- Легкая степень (потеря от 3 до ≤ 5 % массы тела) – усиленная жажда (не возникает у людей пожилого возраста с нарушением жажды), сухость слизистой оболочки полости рта.
- Умеренная, средняя степень (потеря > 5–9 % массы тела) – отчетливо усиленная жажда, сухая слизистая оболочка ротовой

полости, синяки под глазами, олигоурия, ортостатическая гипотензия, удлинение (> 1,5–2 с) капиллярного наполнения на ногтях (наиболее чувствительный симптом: следует зажать ногтевую пластинку с целью анемизации кровеносных сосудов, а затем освободить натиск, розовый цвет должен появиться в течение < 1,5 с), кожная складка медленно разглаживается (обследование кожи брюшной стенки).

- Тяжелая степень (≥ 9 % массы тела) – признаки обезвоживания средней степени и дополнительно признаки гиповолемического шока.

Необходимый объем глюкозосолевого раствора для первичной пероральной регидратации (длительностью 4–6 часов) равен РДЖ умноженному на массу тела (РДЖ – расчетный дефицит жидкости в 1 мл на 1 кг массы тела).

Таким образом, в данной статье мы представили вашему вниманию основные кишечные инфекционные заболевания, которые наиболее часто встречаются среди населения в настоящее время, их клинические проявления и рекомендуемые схемы лечения. Авторы надеются, что данная информация будет полезна в практическом здравоохранении врачам инфекционистам, врачам общей практики и врачам терапевтического профиля как на уровне амбулаторной помощи населению, так и в стационарах города и области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова И. В., Осипов А. В., Иоанниди Е. А. // Вестник ВолгГМУ. – 2014. – № 1. – С. 52–54.
2. Мальшев Н. А. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 752 с.
3. Острые кишечные инфекции / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, М. Г. Кулагина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 400 с.
4. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В. М. Семенова. – М.: МИА, 2008. – 745 с.