

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

_____ Ю.В.ЛОБЗИН

_____ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

_____ Ю.В. ЛОБЗИН

_____ 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ

Организации-разработчики:

ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ МЗ РФ,

Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,

*Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и
Ленинградской области» (АВИСПО)*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России ГБОУ ВПО Казанский ГМУ МЗ РФ
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждено на заседании Профильной комиссии 23 мая 2014г. Дополнения и изменения утверждены на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г.
Введен впервые:	2014

Код протокола

91500.	11.	A 03	01	2014	
91500	11	A03	02	2015	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
XXX.X	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от A00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
XX	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
XXXX	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

Содержание

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
 - 4.1. Определения и понятия
 - 4.2. Этиология и патогенез
 - 4.3. Клиническая картина и классификация
 - 4.4. Общие подходы к диагностике
 - 4.5. Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
 - 4.6. Эпидемиологическая диагностика
 - 4.7. Лабораторная диагностика
 - 4.8. Инструментальная диагностика
 - 4.9. Специальная диагностика
 - 4.10. Обоснование и формулировка диагноза
 - 4.11. Лечение
 - 4.12. Реабилитация
 - 4.13. Диспансерное наблюдение
 - 4.14. Общие подходы к профилактике
 - 4.15. Организация оказания медицинской помощи больным
5. Характеристика требований
 - 5.1. Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)
 - 5.1.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента
 - 5.1.2. Требования к диагностике в амбулаторных условиях
 - 5.1.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий
 - 5.1.4. Требования к лечению в амбулаторных условиях
 - 5.1.5. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.1.6. Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.1.7. Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях
 - 5.1.8. Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации
 - 5.1.9. Требования к диетическим назначениям и ограничениям
 - 5.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам
 - 5.1.11. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола
 - 5.1.12. Возможные исходы и их характеристика
 - 5.2. Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь)
 - 5.2.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента
 - 5.2.2. Требования к диагностике в амбулаторных условиях
 - 5.2.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий
 - 5.2.4. Требования к лечению в амбулаторных условиях
 - 5.2.5. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.2.6. Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.2.7. Характеристика алгоритмов и особенностей применения

- лекарственных средств в амбулаторных условиях
- 5.2.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации
- 5.2.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям
- 5.2.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам
- 5.2.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола
- 5.2.12 Возможные исходы и их характеристика
- 5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная специализированная медико-санитарная помощь)
 - 5.3.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента
 - 5.3.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях
 - 5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий
 - 5.3.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях
 - 5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.3.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях
 - 5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях
 - 5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации
 - 5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям
 - 5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам
 - 5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола
 - 5.1.12 Возможные исходы и их характеристика
- 5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)
 - 5.4.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента
 - 5.4.2 Требования к диагностике в условиях стационара
 - 5.4.2 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий
 - 5.4.4 Требования к лечению в условиях стационара
 - 5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в условиях стационара
 - 5.4.6 Требования к лекарственной помощи в условиях стационара
 - 5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в условиях стационара
 - 5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации
 - 5.4.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям
 - 5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам
 - 5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола
 - 5.4.12 Возможные исходы и их характеристика
- 6. Мониторинг протокола ведения больных
- 7. Экспертиза проекта протокола ведения больных
- 8. Приложения
- 9. Библиография

Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным шигеллезом разработан

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Бехтерева Мария Константиновна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России старший научный сотрудник отдела кишечных инфекций, к.м.н.	197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, дом 9	(812)
Анохин Владимир Алексеевич	заведующий кафедрой детских инфекций КГМУ, д.м.н., профессор	420012, Казань, ул.Бутлерова, 49	(843) 267-81-00
Халиуллина Светлана Викторовна	докторант кафедры детских инфекций КГМУ, к.м.н.	420012, Казань, ул.Бутлерова, 49	89178609246

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным шигеллезом предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации независимо от формы собственности.

2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. №521н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями”, зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867;

Приказ Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. N 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»;

Приказ Минздрава России № 909н от 12 ноября 2012 г., "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" (с изменениями от 2 августа 2010 г., 15 марта 2011 г.)

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;

Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

СП 3.1.3.2.1379-03 «Профилактика инфекционных и паразитарных болезней».

СП 3.1.1.3108-13 "ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ"

СП 1.3. 2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III – IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней».

СП 1.3.2518—09 «Безопасность работы с микроорганизмами III—IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Доп. и изм.1 к СП 1.3.2322—08

СП 1.3.2885—11 «Безопасность работы с микроорганизмами III—IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. Доп. и изм. 2 к СП 1.3.2322—08

МУ 4.2.2039-05 «Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории»

СанПин 2.1.7.2790 – 10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»

Методические указания МУК 4.2.2746-10 «Порядок применения молекулярно-генетических методов при обследовании очагов острых кишечных инфекций с групповой заболеваемостью».

МУ 1.3.2569-09 «Организация работы лабораторий, использующих метода амплификации нуклеиновых кислот при работе с материалом, содержащим микроорганизмы I-IV групп патогенности».

СП 12036-95 «Порядок учёта, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I – IV групп патогенности»

Приказ Минздрава России от «24» 12 2012г. №1468 Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при шигеллезе легкой степени тяжести»;

3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное

	на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
ССД	Средняя курсовая доза
ССК	Средняя курсовая доза
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным шигеллезом разработан для решения следующих задач:

- ▲ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- ▲ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных с шигеллезом;
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным детям с шигеллезом
- ▲ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- ▲ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- ▲ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- ▲ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- ▲ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- ▲ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего Протокола — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

▲

- ▲ Консенсус экспертов;
- ▲ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок

1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- ▲ обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов

B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

Метод валидации рекомендаций:

- ▲ внешняя экспертная оценка;
- ▲ внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Первая версия настоящих рекомендаций была представлена для дискуссии в предварительной версии на Третьем Конгрессе Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням, 21 – 23 мая 2014 года (Екатеринбург). Последние изменения в рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», Санкт-Петербург, 09-10 октября 2015г.

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте www.niidi.ru, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых врачей-педиатров, врачей инфекционистов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Ведение протокола:

Ведение Клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным шигеллезом осуществляется ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Система ведения предусматривает взаимодействие ФГБУ НИИДИ ФМБА России со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Шигеллез - (A03 Шигеллез, бактериальная дизентерия) – это острое антропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, возбудителями которого являются *Shigella spp.*, характеризующееся симптомами общей интоксикации и поражением желудочно-кишечного тракта, преимущественно дистального отдела толстой кишки.

A03.1 - Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

A03.2 - Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

A03.3 - Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

A03.8 - Другой шигеллез

A03.9 - Шигеллез неуточненный

Источником инфекции является только больной человек или бактерионоситель. Путь передачи инфекции для детей раннего возраста — контактно-бытовой, для детей старшего возраста и взрослых — пищевой и водный. Наблюдается этиологическая избирательность путей инфицирования: при шигеллезе Зонне ведущим является пищевой путь (молоко, молочные продукты), шигеллезе Флекснера - водный, шигеллезе Григорьева–Шиги — контактно-бытовой. Для дизентерии Григорьева-Шиги фактором передачи могут являться насекомые (мухи и тараканы). Заболеваемость шигеллезом регистрируется в течение всего года с подъемом в летне-осенний период, преимущественно носит спорадический характер, но отмечаются пищевые и водные вспышки.

Структура заболеваемости. Шигеллез – широко распространенная кишечная инфекция, встречается повсеместно. Существует несколько эпидемиологических особенностей шигеллезов: это преимущественно инфекция детского возраста (80-90% случаев инфекции приходится на детей в возрасте до 5 лет), распространен преимущественно в развивающихся странах – 150 млн. случаев в год, против 1,5 млн. в год в экономически развитых странах, заболевание приводит к развитию тяжелых осложнений и летальным исходам.

В развитых и развивающихся странах имеются этиологические особенности шигеллезов. В США и Западной Европе преобладает *S. sonnei* (70-80% случаев дизентерии), на втором месте - *S. flexneri*. Инфекция, вызванная *S. dysenteriae* серотипа I распространена на полуострове Индостан, в Юго-Восточной Азии, Пакистане, Таджикистане, Южной и Экваториальной Африке, Латинской Америке.

4.2 Этиология и патогенез

Этиология. Возбудители дизентерии относятся к семейству *Enterobacteriaceae*, роду *Shigella*, включающему 4 вида (A, B, C, D). Типовой вид - *S. dysenteriae*, прочие шигеллы вошли в качестве отдельных сероваров в существующие виды, например в состав вида *S. dysenteriae* – палочки Григорьева-Шиги как бактерии 1-го серовара, Штуцера-Шмитца – 2-го серовара, палочки Лардж-Сакса – как 3-7 серовары. Известно 16 серовариантов *S. dysenteriae*; 8 серовариантов *S. flexneri* (1-6, X, Y); 18 сероваров *S. boydii*; шигеллы Зонне разделяют на 7 ферментативных типов. Всего в настоящее время описано свыше 50 серовариантов шигелл.

Таблица 3

Систематика рода *Shigella*

Вид	Серогруппа	Серовары	Подсеровары	Сокращенная антигенная формула
<i>S. dysenteriae</i>	A	1-16	-	-
<i>S. flexneri</i>	B	1-6	1a	1:4...
			1b	1:6...
		2	2a	II: 3, 4...
			2b	II: 7, 8...
		3	3a	III: 6, 7, 8...
			3b	III: 3, 4, 6...
		4	4a	IV: 3, 4...
			4b	IV: 6...
		5	5a	V: 3, 4...
			5b	V: 7, 8...
		6 (newcastle)	-	VI: -
		X-вариант	-	- : 3, 4...
		Y-вариант	-	- : 7, 8...
<i>S. boydii</i>	C	1-18	-	
<i>S. sonnei</i>	D	-	-	

Шигеллы грамотрицательные неподвижные палочки, размером 0,3-0,7х1–3 мкм, спор и капсул не образуют, являются факультативными анаэробами, хорошо растут на простых питательных средах (среды Плоскирева, МакКонки, Эндо, Левина), слабо ферментируют углеводы, по сравнению с другими представителями семейства *Enterobacteriaceae* шигеллы можно считать биохимически инертными. Оптимум pH составляет 7,2-7,4, оптимальная

температура роста 37°C. Шигеллы содержат термостабильный соматический О-антиген, в состав которого входят групповые, типовые и межтиповые антигены, К-антиген является оболочечной структурой.

Шигеллы устойчивы к воздействию химических и физических факторов. В воде, почве, на окружающих предметах, овощах и фруктах сохраняют жизнеспособность 5-14 суток, в канализационных стоках – до 25-30 суток. При кипячении погибают мгновенно, под действием дезинфицирующих средств - через 20-30 минут.

Устойчивость шигелл к факторам внешней среды находится в обратной зависимости от степени их патогенности. Наименее устойчивы во внешней среде *S. dysenteriae*, наиболее устойчивы *S. sonnei*, *S. flexneri* занимают между ними промежуточное положение.

Патогенез. Развитие и течение шигеллеза зависит от гено-фенотипических характеристик шигелл (инвазивность, адгезивность, токсигенность, ферментативная активность и др.), а также от состояния макроорганизма. Поступление шигелл в организм сопровождается гибелью части бактерий в желудке в результате воздействия желудочного сока, в кишечнике - бактерицидного действия желчи и кишечного сока, секреторных иммуноглобулинов, антагонистического влияния кишечной микрофлоры. В состав клеточной стенки шигелл входит эндотоксин, который высвобождается при их гибели. *S. dysenteriae* I серовара продуцируют экзотоксин (токсин Шиги), обладающий свойствами энтеро- и нейротоксина.

Звенья патогенеза шигеллезов включают два ключевых момента: проникновение в слизистую оболочку кишки через М-клетки слизистой кишечника, дальнейшее распространение по эпителиальным клеткам; взаимодействие с защитными системами макроорганизма с развитием местных и системных воспалительных реакций.

Таблица 4

Стадии патогенеза	Способ реализации
Адгезия	Прикрепление к эпителиоцитам и гликолипидам муцина в толстой кишке опосредуется комплексом фимбриальных и афимбриальных адгезинов.
Инвазия	Шигелла – инвазивный микроб, размножающийся и формирующий свои патологические реакции после проникновения в клетку. Поскольку, в отличие от большинства энтеробактерий, у шигеллы нет жгутиков, проникновение ее в эпителиальные клетки кишечника проходит пассивно: микробы поглощаются макрофагами слизистой и только после этого проникают в эпителиоцит (т.н. базолатеральное проникновение). Доказана способность шигелл к образованию трансмембранных каналов в эпителиоцитах слизистой оболочки и соответственно к межклеточному перемещению, что позволяет бактериям ускользать от иммунокомпетентных клеток. Инвазия шигелл в эпителиоциты и внутриклеточное паразитирование способствуют длительному сохранению возбудителя в организме, так как после проникновения в эпителий кишечника большая часть бактерий оказывается в лимфоидных фолликулах. Шигеллы, экспрессируя инвазивный фенотип, вызывают гибель дендритных клеток и макрофагов за счет активации апоптоза.
Роль «островов патогенности» шигелл	К настоящему времени охарактеризовано пять хромосомных «островов патогенности» шигелл, но роль всех кодируемых ими факторов патогенности не изучена. Гены островов патогенности кодируют синтез липополисахарида (ЛПС), энтеротоксина, белков SigA, Pic (сериновые протеазы). «Остров патогенности» SRL

	<p>кодирует устойчивость шигелл к антибиотикам (за счет продукции β-лактамаз), кроме этого в формировании антибиотикорезистентности участвуют плазмидные гены rINV и гены, дислоцированные на конъюгативной R-плазмиде.</p>
Изменения в месте входных ворот	<p>При бактериальной дизентерии поражается преимущественно слизистая дистального отдела толстой кишки (проктосигмоидит). Морфологические изменения при дизентерии зависят от фазы и тяжести заболевания. Возможно поражение различных отделов ЖКТ, преимущественно в патологический процесс вовлекается дистальный отдел толстой кишки (нисходящая ободочная, сигмовидная и прямая кишка). Различают несколько морфологических форм дизентерийного колита: от острого катарального воспаления до фибринозного, фибринозно-некротического, язвенного и язвенно-некротического колита, в криптах кишечника могут формироваться микроабсцессы. Гиперплазию солитарных фолликулов расценивают как неспецифическую реакцию лимфоидного аппарата кишечника.</p>
Выработка токсинов	<p>Основной фактор, определяющий тяжесть клинических проявлений - эндотоксин. Токсины поражают не только сосудистый и нервный аппараты стенки кишечника, но и сосудистую систему в целом, ЦНС, вегетативные центры, паренхиматозные органы. Нарушается функциональная активность ЖКТ, поджелудочной железы, печени. Липополисахаридная часть эндотоксина обладает выраженным тропизмом к энтероцитам и поражает преимущественно слизистую оболочку дистального отдела толстой кишки и, в меньшей степени, другие отделы ЖКТ.</p> <p>Обладая цитотоксическим действием и активизируя ряд биологически активных веществ (циклические нуклеотиды, простагландины и др.), энтеротоксин вызывает гиперсекрецию жидкости в кишечнике, что является одним из механизмов развивающейся диареи.</p> <p>Продуцируемый <i>S. dysenteriae I</i> серовара цитотоксин является мощным ингибитором синтеза белка, который усиливает вирулентность возбудителя и несет риск развития ГУС в результате связывания токсина Gb3-рецепторами эритроцитов и эндотелия капилляров почечных гломерул.</p>
Особенности местного иммунного ответа при шигеллезе	<p>Описана способность шигелл ускользать от внутриклеточных кислородзависимых и ферментных защитных систем макроорганизма. Помимо уничтожения фагоцитов, шигеллы также индуцируют развитие местной воспалительной реакции за счет способности каспазы-1 действовать в качестве клеточной цистеиновой протеазы и гидролизовать предшественников ИЛ-1β и ИЛ-18, с образованием функционально активных молекул ИЛ-1β и ИЛ-18. Это приводит к разрушению эпителиального слоя и дестабилизации межклеточных взаимодействий, что способствует быстрому распространению бактерий и их инвазии в подлежащие ткани. После этого шигеллы проникают в эпителиальные клетки, высвобождаются из эндосом в цитоплазму и размножаются. В ответ на инвазию шигелл эпителиоциты синтезируют большие количества провоспалительных цитокинов и хемокинов. При шигеллезе обычно не регистрируется бактериемия, так как</p>

	развитие защитных реакций в стенке кишки приводит к значительному местному повреждению, но препятствует бактериемии.
Влияние на нервные сплетения	Нарушения иннервации кишечника проявляются в виде спазма, судорожного сокращения мышц сигмовидной и прямой кишки, возникают болезненные позывы к дефекации — тенезмы, резкие спастические боли в животе. Происходит нарушение иннервационных механизмов, регулирующих работу различных органов, повреждаются мышечно-кишечное (ауэрбаховское) и подслизистое (мейснеровское) сплетения.

Поражения других органов и систем носят неспецифический характер. Поражение почек, печени имеет токсическую природу. Отмечаются незначительные некротические очаги в корковом и мозговом веществе надпочечников; дегенеративно-деструктивные явления в ганглиозных клетках и миелиновых волокнах. В миокарде отмечается полнокровие, паренхиматозное перерождение, в головном мозге — полнокровие и отек.

После перенесенной дизентерии формируется нестойкий (на несколько месяцев) видоспецифический иммунитет, поэтому возможны неоднократные повторные заболевания.

4.3. Клиническая картина и классификация

4.3.1 Наиболее частые симптомы и синдромы шигеллеза

Инкубационный период при шигеллезе продолжается от нескольких часов до 7 дней, чаще 2–3 дня. Короткий инкубационный период (6–12 часов) часто наблюдается при пищевом пути передачи инфекции (массивная доза возбудителя и токсина). Основные симптомы бактериальной дизентерии — общая интоксикация (лихорадка, вялость, рвота, головная боль) и изменения со стороны ЖКТ: боли в животе, частый жидкий стул, с примесью слизи и крови, тенезмы, императивные позывы.

Шигеллезу свойственны два варианта начала болезни: острый (около 90% больных), когда все основные симптомы появляются в 1-е сутки болезни, и подострый, когда к 1–2 симптомам (чаще боли в животе и интоксикация) на 2–3 день болезни присоединяются диарея, рвота, лихорадка.

Выделяют клинические дебюты дизентерии: колитический; гемоколитический; гастроэнтероколитический; по типу бактериального пищевого отравления; спастико-болевой; температурный или интоксикационный; нейротоксический.

Общепаразитарный синдром. Для шигеллеза характерен выраженный интоксикационный синдром, отмечается вялость, недомогание, слабость, снижение аппетита, у детей младшего возраста — беспокойство, в тяжелых случаях развиваются симптомы токсикоза. Заболевание обычно начинается остро, температура часто поднимается до 38–39°C. В первые дни болезни может наблюдаться однократная или повторная рвота. Лихорадочная реакция может быть различной степени выраженности и длительности.

Имеется параллелизм между симптомами интоксикации и изменения со стороны кишечника.

Синдром местных изменений. Поражение желудочно-кишечного тракта является ведущим симптомом шигеллеза и характеризуется интенсивными болями в животе, которые часто носят приступообразный характер, болевой синдром может усиливаться перед актом дефекации. Во время акта дефекации больного беспокоят схваткообразные боли в животе, появляются императивные позывы и тенезмы. Иногда тенезмы выражены в такой степени, что происходит выпадение слизистой оболочки прямой кишки, однако при современной дизентерии это осложнение встречается редко. В первые сутки болезни стул может быть

оформленным, затем становится кашицеобразным или жидким, а на 2–3-й день количество каловых масс уменьшается, стул становится скудным, постепенно теряет каловый характер, появляются патологические примеси в виде мутной слизи, гноя, и крови, фекальные массы приобретают вид «ректального плевка».

Поражение ЖКТ может протекать в виде синдрома гастроэнтероколита, энтероколита, колита или гемоколита. Длительность диареи колеблется от 1-2 дней до 7-14 дней.

Различают следующие формы дизентерии: легкую, среднетяжелую и тяжелую. По течению заболевания выделяют острую (до 1 месяца), затяжную (до 3-месяцев) и хроническую (более 3-х месяцев) дизентерию.

Шигеллез у детей раннего возраста имеет некоторые особенности. Начало болезни, как правило, постепенное, колитический синдром выражен в меньшей степени, примесь крови в испражнениях встречается значительно реже, чем у детей старшего возраста, преобладает клиническая картина гастроэнтероколита и энтероколита, часто развивается синдром дегидратации. Тяжесть состояния ребенка обусловлена нарушениями микроциркуляции, водно-минерального и белкового обмена.

Осложнения. Осложнения шигеллеза делятся на специфические и неспецифические. К специфическим относятся: инфекционно-токсический (септический) шок, нейротоксикоз, острая почечная недостаточность, кишечное кровотечение, выпадение слизистой оболочки прямой кишки, перитонит, прободение кишечника, инвагинация, токсический мегаколон, гемолитико-уремический синдром (ГУС). Неспецифические осложнения обычно вызваны развитием интеркуррентных заболеваний (пневмония, отит, пиелонефрит, цистит) и поражением сердечно-сосудистой системы (кардиомиопатия).

Доказана связь перенесенного шигеллеза с формированием в последующем синдрома раздраженного кишечника.

4.3.2 Классификация шигеллеза.

Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ X):

A03.1 - Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

A03.2 - Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

A03.3 - Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

A03.8 - Другой шигеллез

A03.9 - Шигеллез неуточненный

Таблица 5

Классификация шигеллеза (Покровский В.И., 1982) с изменениями

Форма	Клинический вариант	Особенности течения	Тяжесть течения
Острая дизентерия (до 1 месяца)	Колит Гемоколит Гастроэнтероколит Гастроэнтерит	Типичное; Атипичное: <ul style="list-style-type: none"> • стертое • бессимптомное Гладкое; негладкое: - с осложнениями - с рецидивами	Легкое Среднетяжелое Тяжелое
Затяжное (от 1 мес. до 3 мес. от начала заболевания)	Колит Гемоколит Гастроэнтероколит Гастроэнтерит	Гладкое; негладкое: - с осложнениями - с рецидивами	Легкое Среднетяжелое Тяжелое
Хроническая дизентерия (свыше 3 мес.)		Рецидивирующее Непрерывное	Легкое Среднетяжелое Тяжелое

Шигеллезное бактерионосительство		Хроническое, реконвалесцентное, транзиторное	
-------------------------------------	--	----------------------------------------------------	--

По тяжести течения выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы заболевания.

Критериями тяжести при шигеллезе являются степень поражения ЖКТ и выраженность общеинфекционных симптомов, наличие осложнений

По характеру течения - гладкое и негладкое, в том числе с обострениями и рецидивами.

По продолжительности заболевания и его исходу — острое (до 1 месяца), затяжное (до 3-х месяцев), хроническое (более 3-х месяцев).

В типичном случае шигеллез характеризуется доброкачественным циклическим течением и наличием симптомокомплекса, характерного для этого заболевания, а также выделением возбудителя из фекалий или обнаружением нуклеиновых кислот шигелл в кале.

К атипичным формам шигеллеза относятся:

- стертая и субклиническая формы протекают со слабо выраженными и быстро проходящими симптомами, диагностируется преимущественно в эпидемических очагах;

- бессимптомная форма протекает с отсутствием клинических симптомов болезни, но с нарастанием титров специфических антител в крови, выявляется в очагах инфекции;

- носительство шигелл может быть реконвалесцентным (после перенесенного острого шигеллеза), транзиторным (выявляется у здоровых лиц в очагах инфекционных диарей) и хроническим (более 3-х месяцев).

Легкая форма (20-40%) шигеллеза характеризуется лихорадочной реакцией до 38°C, умеренными симптомами интоксикации, слабовыраженным болевым абдоминальным синдромом и диарейным синдромом до 4-5 раз в сутки.

Среднетяжелая форма (40-70%) характеризуется лихорадкой с повышением температуры до 40°C, ознобами, потливостью, а также симптомами интоксикации: слабостью, головокружением, недомоганием, миалгиями.

Поражение ЖКТ характеризуется развитием диареи с частотой стула до 10-15 раз в сутки. Стул обильный, жидкий или кашицеобразный, с зеленью, в половине случаев отмечается массивная примесь слизи. При развитии колитического варианта заболевания испражнения быстро становятся скудными, в них появляются слизь и прожилки крови, а примерно у половины больных испражнения приобретают вид «ректального плевка». Отмечается тошнота и рвота, нередко повторная. Диарея сопровождается болями в животе, иногда - схваткообразными. Болевой синдром может продолжаться от нескольких часов до десяти и более дней, а и иногда он предшествует появлению диареи. При пальпации живота отмечается болезненность в левой подвздошной области, а также по ходу кишечника, характерны спазм и болезненность сигмовидной кишки, а также тенезмы и императивные позывы.

Тяжелая форма дизентерии может протекать в различных вариантах — с преобладанием симптомов интоксикации либо с преобладанием изменений со стороны кишечника. При превалировании симптомов общей интоксикации, температура повышается до 40°C и выше, часто у больного возникает озноб, резко ухудшается общее состояние, выражены симптомы нейротоксикоза с поражением нервной и сердечно-сосудистой систем и нарушением водно-минерального обмена.

При тяжелой дизентерии, протекающей с преимущественным поражением кишечника, с начала болезни у больного отмечается жидкий, частый стул, с большим количеством слизи, гноя, массивной примесью крови, иногда испражнения имеют вид мясных помоев, то есть имеется клиническая картина гемоколита. Больные жалуются на постоянные схваткообразные боли по всему животу, тенезмы, в ряде случаев возникает паралич сфинктера прямой кишки, проявляющийся зиянием ануса, может наблюдаться выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Живот обычно втянут, пальпируется спазмированная,

резко болезненная сигмовидная кишка. При данной клинической форме дизентерии быстро развиваются токсикоз с эксикозом.

В последние годы крайне редко встречается гипертоксическая форма шигеллеза с молниеносным течением: заболевание развивается бурно с выраженным токсикозом, с тяжелым поражением нервной и сердечно-сосудистой систем, наблюдаются судороги, потеря сознания, упорная рвота, симптомы сердечно-сосудистой недостаточности — глухость сердечных тонов, тахикардия, цианоз, похолодание конечностей. Развивается инфекционно-токсический (септический) шок.

В настоящее время часто наблюдаются субклинические и стертые формы дизентерии. При стертой форме заболевание начинается постепенно, без повышения температуры. Общее состояние, как правило, не нарушено. Изменения характера стула выражены незначительно, фекалии кашицеобразные с примесью небольшого количества слизи, зелени. Частота стула не превышает 1–3 раз в сутки. Субклиническая форма дизентерии может протекать и при полном отсутствии изменений со стороны кишечника и характеризоваться недомоганием и легкими диспепсическими изменениями.

4.3.3 Структура заболеваемости клинических форм

Наиболее тяжело шигеллез протекает при инфицировании *S. dysenteriae I* серовара. Заболевание начинается остро с фебрильной лихорадки, повторных рвот, быстро развивается нарушение сознания (сопор, кома). В течение первых суток болезни формируется картина тяжелого гемоколита, характеризующегося стулом без счета и массивной примесью крови, может развиваться кишечное кровотечение. Для шигеллеза Григорьева-Шиги характерно развитие синдрома дегидратации вследствие массивных потерь жидкости и электролитов, кроме этого возможно развитие ГУС. В клинических анализах крови отмечается гиперлейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ ускорена до 50-60 мм/час.

Шигеллезу Флекснера в настоящее время свойственно развитие средне-тяжелых и тяжелых форм, в клинической картине доминирует дистальный колит и симптомы интоксикации. Стул с первых дней жидкий, частый до 10 и более раз в сутки, со значительной примесью слизи и крови, в виде гнойных «плевков». Боли в животе сильные, схваткообразные, преимущественно в левой подвздошной области. Местные изменения в кишечнике проявляются катарально-эрозивным и фибринозно-язвенным проктосигмоидитом. Заболевание характеризуется негладким течением с обострениями и рецидивами, длительность поражения кишечника составляет 12-14 дней. В значительном проценте случаев отмечается развитие кардиомиопатий инфекционного генеза. В клинических анализах крови при нормальном или сниженном количестве лейкоцитов отмечается выраженный сдвиг влево при нормальном СОЭ. В копроцитограмме практически отсутствует детрит, обнаруживают большое количество слизи, лейкоциты покрывают все поля зрения и выявляются эритроциты в значительном количестве.

Шигеллез Зонне чаще протекает в средне-тяжелой и легкой формах. Заболевание обычно протекает по типу бактериального пищевого отравления, ведущим синдромом является гастрит, гастроэнтерит и гастроэнтероколит, с быстрой обратной динамикой симптомов. Для дизентерии Зонне характерно длительное реконвалесцентное бактериовыделение.

4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика шигеллеза проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение нозологии, ведущего в клинике синдрома и клинической формы, тяжести состояния и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

Шигеллез необходимо дифференцировать от острых кишечных инфекций, обусловленных другими возбудителями (сальмонеллами, кампилобактериями, патогенными эшерихиями, ротавирусами, аденовирусами, калицивирусами и т.д.), бактериальными пищевыми отравлениями (стафилококковым токсином, токсином *C. perfringens*, токсином *B. cereus*), антибиотикоассоциированным колитом.

При сильных болях в животе исключают острый аппендицит, псевдотуберкулез и иерсиниоз, инвагинацию кишечника и др.

При продолжительном поражении толстой кишки необходимо исключить болезнь Крона и неспецифический язвенный колит (при фиброколоноскопии с биопсией).

4.5.1 Клинические критерии диагностики кампилобактериоза.

Диагностика шигеллеза основывается на клинико-эпидемиологических данных. Выявление у больных сочетания поражения желудочно-кишечного тракта с вовлечением в патологический процесс толстой кишки и симптомов интоксикации имеет ключевое значение в диагностике различных форм заболевания. Важную роль играют и данные эпиданамнеза.

Признак	Характеристика	Сила*
Лихорадка	Высокая, длительность умеренная	С
Синдром эндогенной интоксикации	Вялость, слабость, адинамия, отказ от еды	С
Синдромы поражения ЖКТ	Диарея инвазивного типа	В
Синдром дистального колита	Тенезмы, императивные позывы	В

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.5.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

- выраженность поражения ЖКТ;
- наличие и выраженность синдрома дистального колита;
- выраженность общеинфекционных симптомов;
- поражение внутренних органов с недостаточностью их функции;
- развитие инфекционно-токсического шока;
- развитие других осложнений шигеллеза

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-3 дня	Умеренной выраженности, 3-4 дней	Ярко выражена, более 6-8 дней
Выраженность и	Повышение	Повышение	Повышение

продолжительность лихорадки	температуры до 38°C, длительность до 1-3 дней	температуры более 38,5°C, длительность 3-5 дней	температуры более 40°C, длительность более 5-7 дней
Поражение ЖКТ	Жидкий стул 1-3 дня; кратность диареи 2-5 раз, тошнота, рвота 1- 2 раза	Жидкий стул 3-7 дня; кратность диареи 6-15 раз, тошнота, рвота повторная	Жидкий стул более 7 дней; кратность диареи более 15 раз, тошнота, рвота многократная
Наличие синдрома токсикоза	Отсутствует	Токсикоз 1 и 1-2 степени	Токсикоз 2 и 2-3 степени
Степень выраженности синдрома дегидратации (только у детей раннего возраста)	отсутствует	I, I-II степени	II-III степени
Обратное развитие симптомов	К концу 1-й недели	Клинические симптомы сохраняются 1-2 недели	Клинические симптомы сохраняются более 2- 3-х недель
Осложнения	Нет	Возможны	Имеются

При шигеллезе тяжесть состояния больного определяется наличием и выраженностью ряда **патологических синдромов**: синдром локальных изменений: диарея, рвота метеоризм, парез кишечника; синдром метаболического ацидоза; синдром инфекционного токсикоза.

В зависимости от этиологии заболевания и возраста у пациента преобладает тот или иной синдром.

Нейротоксикоз (токсическая энцефалопатия, энцефалическая реакция) - представляет собой остroteкущую реакцию детского организма на внедрение в сосудистое русло микробных и/или вирусных токсинов с нейротропным действием, способствующих мобилизации громадного количества биологически активных веществ (БАВ), совместно, повреждающих эндотелий сосудов и приводящих к развитию токсического отека мозга, гипертермии, судорог и своеобразного нейрогенного нарушения функции сердца и легких. Клинический симптомокомплекс нейротоксикоза у детей отличается многообразием проявлений и их быстрой изменчивостью.

Классификация нейротоксикоза (Учайкин В.Ф., Молочный В.П., 2002)

Степень	Стадия	Ведущий синдром
I	Начальная, возбуждения	Гипертермический, судоржный
II	Сопорозно-адинамическая	Нейрогенной тахикардии (синдром Кишша)
III	Терминальная	Гипервентиляционный

Степени нейротоксикоза:

Нейротоксикоз I степени характеризуется наличием двигательного беспокойства, высокой температуры тела, кратковременных судорог. Сознание нарушено незначительно, явления менингизма не выражены. Отмечается бледность кожных покровов или их легкая

гиперемия. Функции органов дыхания и сердечно-сосудистой системы нарушены в пределах, необходимых для компенсации потребностей организма.

Нейротоксикоз II степени сопровождается гипертермией, торпидной к действию антипиретических средств, угнетением сознания до степени сомналенции, сопора. Выявляются отчетливые общемозговые (рвота, головная боль) и менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского). Возможно появление приступов судорог, нестойких очаговых знаков. Отмечаются тахипноэ, до 60-80 в 1 мин, тахикардия до 200 в 1 мин, умеренное повышение или снижение систолического АД, стойкая бледность с локальным цианозом, акроцианозом, пастозностью в области бедер, передней брюшной стенки. Возможен метеоризм. Олигурия менее 1 мл/кг в 1 час. Выявляются умеренная гипоксемия, гипокапния, смешанный ацидоз.

Нейротоксикоз III степени характеризуется приступами судорог, сопровождающихся нарушением дыхания, сердечной деятельности. Температура тела может снизиться до субнормальной или может быть очень высокой. Отмечаются резкая бледность или диффузный цианоз кожных покровов, положительный симптом «белого пятна». Менингеальные симптомы могут исчезать или быть резко выраженными. Сознание нарушено до степени сопора, комы. Мышечная гипотония, адинамия. Тахикардия с явлениями коронарной недостаточности или брадикардия. Снижение систолического и диастолического АД. Дыхательная недостаточность по вентиляционному и шунто-диффузионному типам. Парез кишечника II-III степени. Снижение диуреза до степени анурии. Кровоточивость из мест инъекций, желудочное кровотечение, ДВС-синдром. Типичны гипоксемия, гиперкапния, метаболический ацидоз.

Клинические дифференциальные признаки степеней нейротоксикоза у детей в возрасте 3-24 мес. (Учайкин В.Ф., Молочный В.П., 2002)

Критерии	Степень нейротоксикоза		
	I	II	III
Состояние сознания	Сохранено или делириозное	Оглушенность, сомналенция	Сопор, кома
Поведение	Активность, возбуждение	Вялость	Адинамия
Мышечный тонус	Нормальный	Повышен	Гипотония
Характер судорог	Редкие	Короткие приступы	До степени судорожного статуса
Менингеальные симптомы	Слабо выражены, не в полном объеме	Отчетливые	Выражены или могут отсутствовать
Очаговые симптомы	Отсутствуют	Кратковременные	Стойкие
Температура тела	Фебрильная	Стойкая гипертермия	Гипертермия или субнормальная температура
Анализ ликвора	Плеоцитоз и уровень белка в норме или снижены		
Цвет кожи	Бледный или розовый	Бледный с локальным цианозом, акроцианозом	Диффузный цианоз
Дыхание	В норме	Одышка до 60-80 в 1 мин.	Респираторный дистресс синдром
Состояние сердечно-	Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация

сосудистой системы			
Метеоризм	Отсутствует	До I степени	II-III степень
Диурез	Норма	Снижен	Олиго- и анурия

4.6 Эпидемиологическая диагностика

4.6.1 Эпидемиологические критерии диагностики шигеллеза.

Указание на употребление инфицированных (или потенциально инфицированных) шигеллами (молочные продукты) пищевых продуктов или воды за 8-120 часов до начала заболевания.

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Пищевой	Употребление инфицированных (или потенциально инфицированных) шигеллами (молочные продукты) пищевых продуктов за 8-72 часов до начала заболевания. Наиболее часто реализуется при шигеллезе Зонне.	В
Контактно-бытовой	Контакт (бытовой) с больным, имеющим инфекционную диарею.	В
Водный	Употребление инфицированной (или потенциально инфицированной) воды за 12-72 ч до начала заболевания. Наиболее часто реализуется при шигеллезе Флекснера.	В

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7 Лабораторная диагностика

Сбор биологического материала (фекалии, кровь, рвотные массы, промывные воды желудка) для лабораторных исследований осуществляется до начала этиотропного лечения медицинским работником, поставившим первичный диагноз острого кишечного инфекционного заболевания (или при подозрении на него); при групповой и вспышечной заболеваемости – персоналом центров Роспотребнадзора и медицинских организаций.

При лечении больного на дому сбор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

От больных, поступающих в стационары для госпитализации, материал для бактериологического исследования забирается в приемном отделении до назначения антимикробной терапии.

Любой нативный материал для лабораторного исследования собирают в стерильную пластиковую или стеклянную посуду. Срок доставки материала в лабораторию должен быть не позднее 2 ч после сбора и сопровождаться направлением. При невозможности своевременной доставки в лабораторию материала должны использоваться консервант или транспортная среда. Материал помещается в холодильник и направляется на исследование не позднее 12 час после сбора. При подозрении на токсикоинфекцию (бактериальное пищевое отравление) помимо материала от больного на исследования поступают остатки пищевого продукта, подозреваемого в качестве фактора передачи возбудителей инфекции.

Применение молекулярно-генетических методов исследования должно рассматриваться не как альтернатива, а как обязательное дополнение к регламентированным схемам диагностики острых кишечных инфекций, позволяющее эффективно выявлять комплекс вирусных возбудителей ОКИ и проводить оценку идентичности бактериальных и вирусных изолятов.

Молекулярно-генетические методы исследования в очагах ОКИ с групповой заболеваемостью применяются для решения следующих задач:

1. наиболее раннего установления этиологии заболеваний с целью своевременного начала адекватной терапии и проведения соответствующих санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
2. выявления ДНК/РНК возбудителей в предполагаемых факторах передачи и источниках инфицирования;
3. оценки идентичности изолятов возбудителей, выделенных из различных материалов с целью определения источников инфицирования и факторов передачи инфекции.

Применение молекулярно-генетических методов исследования является обязательным в случае исследования материала из очагов ОКИ с групповой заболеваемостью при:

- регистрации в очаге групповой заболеваемости ОКИ летальных исходов от данных заболеваний, в том числе установленной этиологии;
- отсутствии выделения от пациентов (>30% обследованных) безусловных патогенов в сроки, регламентированные действующими нормативно-методическими документами;
- выделении от больных только условно-патогенной флоры в единичных случаях, без достоверно выявленного фактора передачи возбудителя;
- проведении детекции вирусных агентов в материалах из окружающей среды, продуктов питания или лиц - предполагаемых источников инфицирования;
- проведении оценки идентичности изолятов микроорганизмов, выявленных из различных источников и нерезультативном применении при этом комплекса классических микробиологических и серологических методик».

По предложению Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2008) микробиологическое исследование при инфекционных диареях показано:

- больным с тяжелыми и генерализованными (септическими) формами болезни (обезвоживанием, лихорадкой или с наличием крови в кале),
- при вспышках инфекции,
- при персистирующих диареях.

4.7.1 Методы диагностики

Лабораторная диагностика шигеллеза проводится с использованием микробиологических методов, молекулярно-генетических методов диагностики, методов серологической диагностики. Выделение чистой культуры возбудителя является основным методом лабораторной диагностики.

При шигеллезе материалом для исследований служат фекалии. Для культивирования шигелл используются среды Плоскирева, Левина, МакКонки, дезоксихолатный агар, агар «сальмонелла-шигелла», среда Хектон для энтеробактерий, наиболее эффективен ксилозо-лизин-дезоксихолатный агар. ПЦР для выявления нуклеиновых кислот шигелл/энтероинвазивных эшерихий в кале является высокочувствительным методом. Серологические исследования (РНГА с дизентерийным диагностикумом, ИФА) необходимо проводить в динамике заболевания в парных сыворотках. К экспресс-методам, направленным на выявление антигенов шигелл в фекалиях относятся реакция иммунофлюоресценции, реакция латекс-агглютинации, реакция коагглютинации.

Из инструментальных методов обследования используется ректороманоскопия при подозрении на хроническое течение шигеллеза, для выявления атипичных форм шигеллеза у взрослых в очаге инфекции. Противопоказанием для проведения ректороманоскопии является острый период болезни и детских возраст.

Метод	Показания	Сила*
-------	-----------	-------

Гематологический	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести состояния	D
Биохимический (электролиты, аминотрансферазы)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	D
Исследование кислотно-щелочного равновесия	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	C
Уровень острофазовых белков (СРБ, альбумин)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	C
Копроцитологический	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для установления синдромального диагноза шигеллеза	C
Микробиологический метод	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для верификации диагноза	B
Молекулярно-генетический метод (ПЦР фекалий)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для верификации диагноза	B
Серологический (ИФА, РНГА)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для верификации диагноза	D

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

Наиболее эффективными способами экспресс-диагностики шигеллеза являются методы, направленные на выявление нуклеиновых кислот - полимеразная цепная реакция (ПЦР). Серологическая диагностика (РНГА, ИФА) имеет значение только для эпидемиологических исследований и для определения связи осложнений с перенесенной инфекцией.

Изменения гемограммы при шигеллезе не имеют специфических черт, характеризуются нормальным количеством лейкоцитов или лейкоцитозом у 60-80% больных, для шигеллеза Флекснера характерен резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В копроцитограмме количество детрита снижено, обнаруживают большое количество слизи, лейкоциты выявляют в большом количестве и могут определяться эритроциты в значительном количестве.

Метод	Показания	Сила*
Гематологический	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести состояния	D
Биохимический (электролиты, аминотрансферазы)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	D
Исследование кислотно-щелочного равновесия	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	C
Уровень острофазовых белков (СРБ, альбумин)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для определения степени тяжести и осложнений шигеллеза	C

Копроцитологический	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза для установления синдромального диагноза шигеллеза	C
Микробиологический метод	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза	B
Молекулярно-генетический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза	B
Серологический (ИФА, РНГА)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза или его осложнений	D

4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Микробиологический метод – выделение возбудителя (*Shigella spp.*) из фекалий – золотой стандарт диагностики.

- Молекулярно-генетическая диагностика (полимеразная цепная реакция) с обнаружением ДНК шигелл. Является вспомогательным методом и используется при необходимости экспресс-диагностики.

- Серологическое исследование: определение уровня антител в РНГА и *IgM*, *IgG* в ИФА. Показано при отрицательных результатах бактериологического обследования. Является вспомогательным методом.

Признак	Критерии	Сила*
Выделение возбудителя	Выделение шигелл из фекалий	B
Обнаружение нуклеиновых кислот возбудителя	Выявление ДНК шигелл/энтероинвазивных эшерихий в фекалиях	C
Обнаружение специфических антител в сыворотке крови	Выявление специфических антител в периферической крови и их нарастание в динамике с помощью РНГА и ИФА.	D

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики

На развитие тяжелой формы болезни, будут указывать:

- признаки электролитных расстройств в крови;
- лабораторные признаки синдрома эндогенной интоксикации;
- признаки синдрома системного воспалительного ответа и/или полиорганной недостаточности;

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Уровень гематокрита	В норме	В норме или повышен	Резко повышен
Количество лейкоцитов	Лейкоциты в норме или повышены до $10 \times 10^9/\text{л}$	Лейкоциты повышены до $20 \times 10^9/\text{л}$ или	Лейкоциты повышены более $25 \times 10^9/\text{л}$ или снижены менее

		снижены менее $4 \times 10^9/\text{л}$	$4 \times 10^9/\text{л}$
Уровень креатинина, мочевины	В норме	В норме	повышен
Уровень калия	В норме или снижен	В норме или снижен	Повышен
Уровень СРБ	В норме или умеренно повышен	Повышен	Резко повышен
Концентрация альбумина	В норме	В норме или снижена	Снижена
Показатели кислотно-щелочного состояния	В норме	В норме или изменены	Резко изменены

4.8 Инструментальная диагностика

4.8.1 Методы инструментальной диагностики

Используются при подозрении на поражение органов и систем, для выявления возможных изменений в органах и системах:

- электрокардиографическое исследование;
- ультразвуковое исследование органов и лимфатических узлов брюшной полости, головного мозга, почек и надпочечников;
- ультразвуковое исследование сердца с доплерографическим исследованием;
- ректороманоскопия;
- фиброколоноскопия с биопсией;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- рентгенография органов грудной клетки, костей и пр.;
- обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза.

Метод	Показания	Сила*
УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза в острый период для установления вовлечения в патологический процесс паренхиматозных органов	D
УЗИ почек и мочевыводящих путей	Пациенты с олигурией, олигоанурией, изменениями в мочевом осадке для уточнения наличия вовлечения в патологический процесс органов мочевой системы	D
Электрокардиограмма (ЭКГ)	Пациенты с проявлениями шигеллеза в острый период с аускультативными изменениями в сердце, для исключения кардиомиопатии	D
Рентгенограмма органов грудной клетки	Пациенты с катаральными проявлениями в острый период шигеллеза или их появлением на фоне проводимой терапии, аускультативные изменения в легких, при подозрении на пневмонию	C
УЗИ сердца (эхокардиография)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза в острый период, аускультативными изменениями в сердце для исключения кардиомиопатии	C
Нейросонография	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза и при наличии очаговой неврологической симптоматики, судорог, признаков внутричерепной гипертензии	C

Электроэнцефалография (ЭЭГ)	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза при появлении очаговой неврологической симптоматики, судорог	С
Ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией	Пациенты с клиническими симптомами шигеллеза и сохранении длительной диареи инвазивного типа для исключения постинфекционного СРК, дебюта воспалительных заболеваний кишечника в исходе шигеллеза	С

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.8.2 Критерии диагностики инструментальными методами

Не используются для рутинной диагностики

4.8.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики

Учитываются только при наличии осложнений шигеллеза

4.9 Специальная диагностика

4.9.1 Методы специальной диагностики

- Исследование системы гемостаза (коагулограмма; время свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы; время кровотечения; протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или в плазме; тромбиновое время в крови – для исключения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при тяжелых формах;
- Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы при наличии симптомов инфекции мочевой системы;
- Иммунограмма для исключения первичного/вторичного иммунодефицита;
- Исследование уровня изоферментов креатинкиназы в крови лактатдегидрогеназы при подозрении на поражение миокарда;
- Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства при мезадените, выраженном болевом абдоминальном синдроме;
- Кал на кальпротектин для уточнения выраженности воспалительного процесса в толстой кишке;
- Исследование крови на маркеры воспалительных заболеваний ЖКТ для исключения неспецифического язвенного колита, болезни Крона.

4.9.2 Критерии диагностики специальными методами: не используются для рутинной диагностики.

4.9.3 Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам специальной диагностики: учитываются только при наличии осложнений шигеллеза.

4.10 Обоснование и формулировка диагноза

При постановке диагноза «Шигеллез» записывают сам диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические и лабораторные (инструментальные) данные, на основании которых поставлен диагноз «Шигеллез».

Примеры диагноза: (нозология, клиническая форма, степень тяжести, длительность и/или характер течения)

Шигеллез Зонне средней степени тяжести, острое течение (высев Shigella Sonne II ферментативный тип из фекалий 29.09.2013).

Шигеллез Флекснера тяжелой степени тяжести, острое течение (высев Shigella Flexneri из фекалий 29.09.2013). Осложнения: токсикоз 2 ст.; экзикоз 1 степени

4.11 Лечение

4.11.1 Общие подходы к лечению шигеллеза.

Лечение шигеллеза легкой формы можно (при отсутствии противопоказаний) проводить в амбулаторных условиях.

Госпитализации в инфекционные стационары подлежат дети, переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме, с осложненными формами болезни, а также по эпидемическим показаниям.

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных шигеллезом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- ▲ предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- ▲ предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- форма тяжести болезни;
- возраст больного;
- преморбидный фон;
- возможность соблюдения санитарно-эпидемиологического режима;
- доступность и возможность выполнения назначений врача в амбулаторных условиях.
- доступность и возможность выполнения лечения.

В случае безуспешно проводимого амбулаторного лечения или его невозможности рассматривается вопрос о госпитализации ребенка в профильный стационар (отделение).

По мнению Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2008) показаниями к госпитализации при инфекционных диареях являются:

- клиника обезвоживания;
- изменение психического состояния;
- ранний возраст пациента (<6 месяцев или <8 кг массы тела);
- ослабленный преморбидный фон (недоношенность, хронические заболевания и пр.);
- лихорадка > 38°C для детей <3 месяцев или > 39 C для детей от 3 до 36 месяцев;
- видимая кровь в стуле;
- выраженный диарейный синдром (частый и значительный по объему стул);
- упорная (повторная) рвота;
- отсутствие эффекта от оральной регидратации;
- отсутствие эффекта амбулаторного лечения в течение 48 часов;
- клинический симптомокомплекс тяжелого инфекционного заболевания с расстройством гемодинамики, недостаточностью функции органов;
- эпидемиологические показания (дети из «закрытых» учреждений с круглосуточным пребыванием, из многодетных семей и т.д.);
- невозможность обеспечить надлежащий уход на дому (социальные или технические проблемы).

4.11.2 Методы лечения

Выбор метода лечения детей шигеллезом зависит от клинической картины, синдрома поражения ЖКТ, степени проявлений симптомов, диагноза.

Основой лечебных мероприятий при шигеллезе является терапия, включающая: режим, регидратацию, диету, средства патогенетической терапии (сорбенты, пробиотики, пребиотики, ферменты), этиотропную терапию (антимикробные препараты, иммуноглобулины оральные); симптоматические средства (жаропонижающие, спазмолитики, кровоостанавливающие препараты)

Основой патогенетической терапии является:

- ▲ диетотерапия (А),
- ▲ регидратация, включая оральную регидратацию и инфузионную терапию (А),
- ▲ сорбенты (диосмектиты, лигнины) (В),
- ▲ пробиотики (В и С)
- ▲ пребиотики (С),
- ▲ ферменты (препараты панкреатина) (С).

Регидратация.

Принципами оральной регидратации является: дробность введения жидкости, применение растворов с оптимальным составом (регидратационные растворы со сниженной осмолярность 200-240 мосмоль/л).

Оральная регидратация проводится в два этапа:

I этап – в первые 6 часов после поступления больного ликвидируют водно-солевой дефицит, возникающий до начала лечения

При дегидратации I ст. объем жидкости составляет 40-50 мл/кг, а при дегидратации II ст. – 80-90 мл/кг массы тела за 6 часов.

II этап – поддерживающая оральная регидратация, которую проводят весь последующий период болезни при наличии продолжающихся потерь жидкости и электролитов. Ориентировочный объем раствора для поддерживающей регидратации составляет 80-100 мл/кг массы тела в сутки.

Таблица

Расчет необходимого количества жидкости для пероральной регидратации
при дегидратации у детей

Масса тела, кг	Количество раствора, мл			
	Экцикоз I степени		эксикоз II степени	
	за 1 час	за 6 часов	За 1 час	за 6 часов
5	42	250	66	400
10	83	500	133	800
15	125	750	200	1200
20	167	1000	266	1600
25	208	1250	333	2000

Эффективность оральной регидратации оценивается по следующим признакам: уменьшению объема потерь жидкости; снижению скорости потери массы тела; исчезновению клинических признаков обезвоживания; нормализации диуреза; улучшению общего состояния ребенка.

Оральная регидратация не показана: при тяжелой дегидратации (II-III и III степени) с признаками гиповолемического шока; при развитии инфекционно-токсического шока; при обезвоживании, протекающем с нестабильной гемодинамикой; при наличии неукротимой рвоты; при олигоурии и анурии как проявлении острой почечной недостаточности; при сахарном диабете; при наличии врожденного или приобретенного нарушения всасывания глюкозы.

К парентеральному введению жидкости при ОКИ прибегают при отсутствии эффекта от оральной регидратации, при развитии дегидратации II и II-III степени, при дегидратации I-II степени в сочетании с симптомами интоксикации.

Программа проведения парентеральной регидратационной терапии в первые сутки основывается на расчете необходимо количества жидкости и определении качественного состава регидратационных растворов. Необходимый объем вычисляется следующим образом:

Общий объем (мл) = ФП + ПП + Д, где ФП - суточная физиологическая потребность в воде; ПП - патологические потери (со рвотой, жидким стулом, перспирацией);

Д – дефицит жидкости, который имеет ребенок до начала инфузионной терапии.

Количество жидкости необходимой, для возмещения имеющегося дефицита жидкости, зависит от выраженности дегидратации и ориентировочно определяется исходя из дефицита массы тела. При эксикозе I степени для компенсации дефицита требуется 30-50 мл/кг в сутки, при эксикозе II степени – 60-90 мл/кг в сутки, а при дегидратации III степени – 100-150 мл/кг в сутки. Объем имеющегося дефицита корректируется постепенно, только при дегидратации I степени возможно возмещение дефицита в течение одних суток.

Таблица

Объем жидкости для возмещения патологических потерь

Патологические сдвиги	Ориентировочный объем жидкости, мл/кг сутки
Рвота	20-40
Патологический стул	20-60 при профузной диарее 100 мл/кг в сутки
Парез кишечника II степени	20
Парез кишечника III степени	40 экстракорпоральная детоксикация

Диетотерапия.

Объем и вид питания определяется возрастом ребенка, характером предшествующего вскармливания, тяжестью и фазой основного заболевания, наличием сопутствующих заболеваний (целиакция, дистрофия, гастроинтестинальная аллергия, рахит, анемия и т.д.). Питание больных детей осуществляется в соответствии с режимом по возрасту, обязательно должен соблюдаться ночной перерыв в кормлении.

При легких формах шигеллеза назначают питание, соответствующее возрасту. Суточный объем питания на 1-2 дня рекомендуется уменьшить на 15-20% и увеличить кратность питания на 1-2 кормления, недостающее количество пищи необходимо восполнять жидкостью. К 2-3 дню болезни постепенно восстанавливается объем питания.

При среднетяжелых формах шигеллеза пищу дают в 6-8 приемов, на 2-3 дня уменьшают суточный рацион на 20-30%, с восстановлением объема питания к 4-5 дню болезни.

При тяжелых формах шигеллеза можно пропустить 1 кормление, затем необходимо переходить к дробному питанию (8-10 раз) с уменьшением суточного объема питания на 40-50%, а, начиная с 3-4-го дня болезни, объем пищи постепенно увеличивается и к 6-8 дню болезни восстанавливается объем пищи, соответствующий возрастным потребностям.

Таблица

Объем питания, назначаемый ребенку с острой кишечной инфекцией

Объем разового кормления	Интервал между кормлениями	Количество кормлений за сутки	Объем пищи в сутки
25-50 мл	2,0 часа	10	250-500 мл
60-80 мл	2,5 часа	8	480- 640 мл
90-100 мл	3,0 часа	7	630-700 мл
110-160 мл	3,5 часа	6	660-960 мл
170- 200 мл	4,0 часа	5	850-1000 мл

Дети с шигеллезом, находящиеся на естественном вскармливании, продолжают получать грудное молоко, при необходимости проводится коррекция диеты матери, при выраженной клинике лактазной недостаточности возможно использование фермента лактазы (из расчета: 700 единиц на 100 мл грудного молока).

Детям шигеллезом, находящимся на искусственном вскармливании, при легком течении заболевания в питании продолжают использовать пресные заменители женского молока, которые ребенок получал до заболевания. Хороший терапевтический эффект оказывает включение в рацион ребенка адаптированных или частично адаптированных кисломолочных смесей или смесей, содержащих пробиотики. Детям старше 1 года можно рекомендовать прием неадаптированных кисломолочных продуктов.

При среднетяжелых формах шигеллеза у искусственников необходимо использовать низколактозные или безлактозные смеси, блюда прикорма готовятся без молока.

При тяжелых формах шигеллеза безлактозные заменители женского молока, оправдано применение лечебных гидролизатных смесей, обогащенных нуклеотидами, цинком, среднецепочечными триглицеридами.

При тяжелых формах шигеллеза, особенно у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном (гипотрофия, недоношенность, анемия, аллергическая энтеропатия и т.д.) необходимо вводить в рацион смеси для недоношенных детей, обогащенные белком. У детей второго полугодия жизни и старше (при переносимости) используют творог отмытый от сыворотки, мясной фарш. В каши и овощные пюре можно добавлять безлактозную или гидролизатную смесь. При отказе пациента от самостоятельного перорального питания (или невозможности глотания) кормление осуществляют через назогастральный зонд.

При приготовлении пищи для больных в острую фазу шигеллеза соблюдается принцип максимального механического и химического щажения ЖКТ, исключается цельное молоко, грубая растительная клетчатка и ограничивается содержание жира. Все блюда протираются и пюрируются, подаются в теплом виде.

Детям старше 2-х летнего возраста в острый период шигеллеза не рекомендуются продукты питания, приводящие к усилению перистальтики ЖКТ, усиливающие секрецию желчи, приводящие к бродильным процессам в кишечнике и богатые пищевыми волокнами: цельное молоко; каши на цельном молоке; творожные кремы, жирная ряженка, сливки; ржаной хлеб и ржанные сухари, зерновые сорта хлеба; овощи и фрукты, богатые пищевыми волокнами и растительной клетчаткой: белокочанная капуста, квашеная капуста, свекла, огурцы, редька, репа, редис, салат, шпинат, виноград, сливы, абрикосы, груши; бобовые, грибы, орехи; сдобные хлебобулочные и кондитерские изделия; соленья, копчения, маринады; газированные напитки; жирные сорта мяса и птицы; жирная рыба; крепкие мясные и рыбные бульоны.

Разрешаются: протертые вегетарианские или на нежирном мясном бульоне крупяные супы или первые блюда с мелконарезанными или протертыми овощами; овощные пюре, пудинги или котлеты из кабачков, моркови, картофеля, тыквы; безмолочные каши (греча, кукуруза, рис, овсянка), различные мясные блюда из нежирной говядины, телятины, кролика, индейки, курицы в виде мясного фарша, суфле, пудинга, фрикаделек, паровых котлет; отварные блюда из нежирной рыбы (судак, щука, треска, минтай, окунь). В питание детей необходимо включать (при переносимости) кисломолочные продукты, желателно обогащенные пре- или пробиотиками (натуральный йогурт, кефир, ацидофилин), нежирный творог, сыр твердых сортов; сливочное масло в небольшом количестве, яйца, сваренные вкрутую или в виде омлета; подсушенный белый хлеб, сухари, сушки, несдобное печенье. Фрукты и ягоды разрешаются в виде компотов и киселей. Яблоки разрешаются печеные, в протертом виде.

Диета № 4а назначается в острый период шигеллеза при выраженных общепаразитарных и местных симптомах (2-4 дня), с последующим переводом на диету № 4б на весь острый период и период реконвалесценции (1-4 недели).

Детям старше 1 года, переносящим тяжелые формы шигеллеза, с целью коррекции белково-калорийной недостаточности используют комплексные и сбалансированные безлактозные смеси для энтерального питания под контролем энергетической ценности рациона.

Принципы этиотропной терапии шигеллеза: ранние сроки назначения; учет чувствительности выделенных штаммов; оптимизация дозы, способа, кратности введения и курса терапии, учитывая фармакокинетику препаратов; разделение антимикробных препаратов на *стартовые* препараты и препараты *резерва*. Антимикробная терапия шигеллеза показана всем пациентам с заболеванием средней и тяжелой степени тяжести, при легких формах дизентерии антимикробная терапия показана детям раннего возраста и пациентам из групп риска.

Стартовые препараты для терапии среднетяжелых форм шигеллезов: нифуроксазид, налидиксовая кислота, нифурантел, амоксициллин/клавуланат, гентамицин, цефексим, азитромицин. Длительность курса терапии 5-7 дней.

Препараты резерва в терапии среднетяжелых и тяжелых форм: амикацин, нетилмицин, цефотаксим, цефтриаксон, цефперазон, рифампицин. Длительность курса лечения 7 дней.

При лечении легких форм шигеллеза используют дизентерийный бактериофаг, интестифаг.

Методы немедикаментозного лечения:

- питьевой режим;
- диетотерапия;
- физиотерапевтические методы лечения;
- физические методы снижения температуры;
- аэрация помещения;
- влажная уборка помещения,
- гигиенические мероприятия.

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемые при лечении шигеллеза:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательности
Иммуноглобулины, нормальные человеческие (J06BA)	Иммуноглобулин человека нормальный	При лечении тяжелых инфекций	2++
	Иммуноглобулин человека нормальный {IgG + IgA + IgM}	При лечении тяжелых инфекций	2++
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Производные уксусной кислоты и	Диклофенак	При повышении температуры более 38,0°C, болевом синдроме	2+

родственные соединения (M01AB)			
Производные триазола (J02AC)	Флуконазол	При сопутствующей грибковой инфекции	1++
Антибиотики (J02AA)	Нистатин	При сопутствующей грибковой инфекции	2-
Другие аминогликозиды (J01GB)	Амикацин	При среднетяжелой и тяжелой форме шигеллеза	2+
	нетилмицин	При среднетяжелой и тяжелой форме	2+
G01AX	Нифурантел	При легкой и среднетяжелой форме	2+
G01AX	Фуразолидон	При легкой и среднетяжелой форме	2+
J01AA	Тетрациклин	При среднетяжелой и тяжелой форме	2+
J01BA	Хлорамфеникол	При среднетяжелой и тяжелой форме	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим	При среднетяжелой и тяжелой форме	1+
	Цефтриаксон	При среднетяжелой и тяжелой форме	1+
Цефалоспорины 4-го поколения (J01DE)	Цефипим	При тяжелой форме	1+
Макролиды (J01FA)	Азитромицин	При среднетяжелой и тяжелой форме	2++
A07AX	Нифуроксазид	При легкой и среднетяжелой форме	2+
J01MB	Налидиксовая кислота	При среднетяжелой форме	2+
Другие лечебные средства (V03A)	Шигеллезный бактериофаг	В качестве этиотропной терапии	2-
Карбапенемы (J01DH)	Меропенем	При тяжелой форме или лекарственной аллергии в анамнезе на другие	2+

Глюкокортикостероиды (H02AB)		антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	
	Имипенем + Циластатин	При тяжелой форме или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики, отсутствие эффекта при использовании антибиотиков других групп	2+
	Преднизолон	При тяжелой форме , с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем септическом шоке	2+
	Дексаметазон	При тяжелой форме , с выраженными проявлениями лекарственной аллергии, при угрожающем септическом шоке, отеке головного мозга, неврологических осложнениях	2+
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Меглюмина натрия сукцинат	С целью регидратации и дезинтоксикации	2+
	Натрия хлорида сложный раствор [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]	С целью регидратации и дезинтоксикации	2+
Другие ирригационные растворы (B05CX)	Декстроза	С целью регидратации и дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
	Калия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
Противодиарейные	Лиофилизированные Сахаромицеты	Для купирования острой диареи	1++

микроорганизмы (A07FA)	боулардии		
	Бациллюс субтилис	Для купирования острой диареи	2++
	Бифидобактерии бифидум + Кишечные палочки	Для купирования острой диареи	2++
	Бифидобактерии бифидум + Лизоцим	Для купирования острой диареи	2-
	Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фециум	Для купирования острой диареи	2++
	Бифидобактерии + Лактобактерии	Для купирования острой диареи	2-
	Кишечные палочки	Для купирования острой диареи	2-
	Лактобактерии ацидофильные + Грибки кефирные	Для купирования острой диареи	2-
	Лактобактерии ацидофильные	Для купирования острой диареи	
	Бифидобактерии бифидум	Для купирования острой диареи	
	Бактисубтил	Для купирования острой диареи	
	Бациллюс субтилис	Для купирования острой диареи	
	Биоспорин	Для купирования острой диареи	
Ферментные препараты A09AA	Диметикон+Панкреатин	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Панкреатин	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Панкреатин + Диметикон	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Солизима таблетки (растворимые в кишечнике)	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Юниэнзайм	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Юниэнзим с МПС	Для коррекции панкреатической недостаточности	
	Панзинорм форте	Для коррекции панкреатической недостаточности	
Адсорбирующие кишечные препараты (A07BC)	Смектит диоктаэдрический	С целью энтеросорбции, цитомукопротекции и антидиарейной целью	2+
	Активированный уголь	С целью энтеросорбции, цитомукопротекции и антидиарейной целью	

	Лигнин?	С целью энтеросорбции, цитомукопротекции и антидиарейной целью	
A03AA	Тримебутин	Со спазмолитической целью	
	Мебеверин	Со спазмолитической целью	
A03AD	Папаверин	Со спазмолитической целью	
	Дротаверин	Со спазмолитической целью	
A03AX	Диметикон	Пенотгасители используются при выраженном метеоризме	
	Симетикон	Пенотгасители используются при выраженном метеоризме	
A03FA	Метоклопрамид	С целью купирования тошноты и рвоты	
	Домперидон	С целью купирования тошноты и рвоты	
00000	Эритромаcса с удаленным лейкотромбоцитарным слоем	С заместительной целью	
00000	Эритроувзвесь фильтрованная	С заместительной целью	
00000	Отмытые эритроциты	С заместительной целью	
00000	Отмытые размороженные эритроциты	С заместительной целью	
00000	Тромбоконцентрат аферезный	С заместительной целью	
00000	Тромбоконцентрат аферезный вирусинактивированный	С заместительной целью	
00000	Свежезамороженная плазма	С заместительной целью	
00000	Свежезамороженная плазма аферезная	С заместительной целью	
00000	Свежезамороженная плазма аферезная карантинизированная	С заместительной целью	
00000	Свежезамороженная плазма аферезная вирусинактивированная	С заместительной целью	
Производные бензодиазепина (N05BA)	Диазепам	При наличии судорожного синдрома	2+

Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С целью нормализации диуреза	2+
Другие системные гемостатики (B02BX)	Этамзилат	При развитии кровоточивости, кровотечений	2+

4.12 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

- ▲ Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции
- ▲ Необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации
- ▲ Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия.
- ▲ Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.
- ▲ Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Критерии выздоровления:

1. стойкая нормализация температуры (более 48 часов);
2. отсутствие интоксикации;
3. ликвидация проявлений воспалительного процесса в ЖКТ;
4. нормализация стула;
5. нормализация лабораторных показателей (клинического анализа крови, копроцитограммы).

4.13 Диспансерное наблюдение

№ п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом- педиатром поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей- специалистов
1	2	3	4
1.	При постановке на учет и проводятся 3-и клинических осмотра (на 10-й, 20-й и 30-й день) с оценкой общего состояния, жалоб, характера стула и проведения термометрии	Устанавливается диспансерное наблюдение сроком на 1 месяц. Диспансерное наблюдение осуществляет врач кабинета инфекционных болезней, при отсутствии кабинета наблюдение осуществляет участковый	При наличии изменений на ЭКГ и УЗИ сердца – консультация кардиолога.

N п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
		врач (терапевт, педиатр).	

N п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром поликлиники	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
1	2	3	4
1.	При постановке и снятии с учета. Лица, с хроническими формами шигеллеза – ежемесячно в течение 3 месяцев, а далее - индивидуально.	В течение 1 месяца. Лица, с хроническими формами шигеллеза наблюдаются 3 месяца с момента установления диагноза с ежемесячным осмотром и лабораторным обследованием. При необходимости сроки диспансерного наблюдения удлиняется.	

N п/п	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных исследований.	Лечебно-профилактические мероприятия.	Клинические критерии эффективности диспансеризации.	Порядок допуска переболевших на работу, в дошкольные образовательные учреждения, школы – интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения.
1	2	3	4	5
	Однократное бактериологическое обследование, а при наличии ухудшения – индивидуально по назначению инфекциониста. Детям посещающим ДООУ, школы интернаты и другие типы закрытых учреждений с	При положительном результате бактериологических исследований, проведенных перед выпиской, курс лечения повторяется. Диетотерапия, пробиотики, пребиотики, специфические бактериофаги, энтеросорбенты. Иммунокорригирую	Выздоровление Отсутствие жалоб, нормализация характера стула, отрицательное бактериологическое обследование.	Переболевшие острыми формами ОКИ работники отдельных профессий, производств и организаций, дети посещающие ДООУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, а также дети, пребывающие в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, допускаются на работу и к посещению этих учреждений после выписки из стационара или

<p>круглосуточным пребыванием, кроме того ежедневный осмотр стула (при наличии неустойчивого стула бактериологическое исследование испражнений). Лица, переболевшие хроническими формами ОКИ – ежемесячный осмотр и лабораторное обследование.</p>	<p>щая терапия. при длительном выделении возбудителя Заместительная ферментотерапия, антиастенические препараты, витаминные комплексы с микроэлементами</p>	<p>лечения на дому на основании справки о выздоровлении, выданной ЛПУ, и при наличии отрицательного результата лабораторного обследования.</p> <p>Дети общеобразовательных, летних оздоровительных учреждений, школ-интернатов в течение месяца после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам по столовой. Дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, а также взрослые и дети, пребывающие в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, являющиеся носителями возбудителей ОКИ, в организованные коллективы не допускаются до полного прекращения бактериовирусывыделения.</p> <p>Лица, являющиеся носителями возбудителей ОКИ, если они могут явиться источниками распространения этих заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения ОКИ. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>социальному страхованию (п. 2 ст. 33 Федерального закона «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»).</p> <p>Дети, перенесшие обострение хронической формы ОКИ, допускаются в детский коллектив при нормализации стула в течение 5-ти дней, хорошем общем самочувствии и нормальной температуре тела.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.14 Общие подходы к профилактике

Необходим постоянный санитарный надзор за питанием и водоснабжением, контроль за технологическим режимом обработки и хранения пищевых продуктов. Комплекс мероприятий, проводимых для профилактики инфекций с фекально-оральным механизмом передачи.

Больного шигеллезом изолируют в домашних условиях или в условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 7 дней). Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода.

В очаге проводят раннее выявление, изоляцию и госпитализацию больных, выявляют и санируют бактерионосителей.

Переболевшие острыми формами шигеллеза работники отдельных профессий, производств и организаций, дети, посещающие детские общеобразовательные учреждения (ДОУ), школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения (ЛОУ), а также взрослые и дети, находящиеся в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, допускаются на работу и к посещению этих учреждений после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки врача о выздоровлении при наличии отрицательного результата лабораторного обследования.

Противоэпидемические мероприятия в очагах ОКИ и при эпидемическом подъеме заболеваемости ОКИ направлены: - на источник инфекции (изоляция, госпитализация);- на прекращение путей передачи инфекции; - на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения.

Контактные не разобщаются, за ними устанавливается медицинское наблюдение (осмотр, опрос, термометрия) в течение 7 дней с ежедневным контролем стула. На период проведения лабораторных обследований контактные лица не отстраняются от работы и посещения организованных коллективов при отсутствии клинических симптомов заболевания.

В случае регистрации эпидемических очагов до 5-ти случаев заболеваний, эпидемиологическое обследование очага проводится специалистами учреждений, обеспечивающих проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора с составлением карты эпидемиологического обследования установленной формы и предоставления ее в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) очагов с единичными случаями заболеваний проводится при заболевании (носителе) ОКИ должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и

обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (декретированный контингент), а также при заболевании лиц (детей и взрослых), проживающих совместно с ними. Помимо этого, обследуются все множественные семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ОКИ.

Обязательному лабораторному обследованию на ОКИ в эпидемическом очаге подлежат выявленные больные с симптомами (или выборка больных с одинаковой симптоматикой, заболевших в течение одного инкубационного периода), лица, общавшиеся с больными, лица из числа декретированного контингента.

Перечень и объемы лабораторных исследований в эпидемическом очаге или при эпидемическом подъеме заболеваемости определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

Специфическая профилактика. В РФ зарегистрирована вакцина «Шигеллвак» (липополисахаридная парентеральная жидкая вакцина против шигелл Зонне). Иммунизация проводится по эпидпоказаниям детям, начиная с 3-х летнего возраста и взрослым однократно, при наличии показаний возможно проведение ревакцинации через 1 год. В РФ создан бивалентный штамм шигелл для синтеза вакцины против шигеллеза Флекснера и Зонне, разрабатывается оральная рибосомальная вакцина для профилактики шигеллеза Зонне.

Применение дизентерийного бактериофага по эпидемиологическим показаниям:

В эпидемиологических очагах (при появлении заболеваний) бактериофаг применяют для фагирования детей, посещающих детские дошкольные учреждения, и работников пищевых предприятий, водопроводных и коммунальных сооружений и др. Фагирование всех общавшихся с источником дизентерийной инфекции проводят при неблагоприятных санитарных условиях в очаге, а также при оставлении больного на дому.

При условии госпитализации больного окружающим его лицам, подлежащим фагированию, бактериофаг дают 2 раза с интервалом в 3 дня, детям в возрасте от 6 месяцев до 3 лет — по 1 таблетке и детям старше 3 лет и взрослым — по 2 таблетки на прием.

При условии оставления больного на дому окружающим его лицам бактериофаг дают 3 раза с интервалом в 3 дня: детям в возрасте от 6 месяцев до 3 лет - по 1 таблетке и детям старше 3 лет и взрослым — по 2 таблетки на прием.

Если необходимо давать жидкий бактериофаг (шигеллезный бактериофаг или интести-бактериофаг), то пересчет следующий: одна таблетка сухого бактериофага равна 20 мл жидкого фага.

До приема жидкого бактериофага желательно выпить щелочной минеральной воды («Боржоми», «Ессентуки» и т.д.) или 25-50 мл 3% раствора соды (1 чайная ложка «без горки» на 1 стакан (200-250,0 мл кипяченой воды). Противопоказаний к применению бактериофага не имеется.

4.15 Организация оказания медицинской помощи больным с шигеллезом

Медицинская помощь детям больным шигеллезом оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь детям больным шигеллезом может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но требующих круглосуточного медицинского наблюдения и

- лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь детям предусматривает:

- 1) первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- 2) первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- 3) первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, медицинских кабинетах дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования (далее - образовательные учреждения) средним медицинским персоналом.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

При подозрении или выявлении у ребенка инфекционного заболевания, не требующего стационарного лечения по состоянию здоровья ребенка, врач-педиатр участковый (врачи общей практики (семейные врачи), средние медицинские работники медицинских организаций или образовательного учреждения) при наличии медицинских показаний направляет ребенка на консультацию в детский кабинет инфекционных заболеваний медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается врачами-инфекционистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение детей осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

5. Характеристика требований

5.1 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)

Нозология	Шигеллез
Стадия	Легкая форма
Фаза	Острая
Осложнения	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторные условия
Форма оказания медицинской помощи	неотложная

Продолжительность лечения	9 дней
Код по МКБ-10 A03.0 A03.1 A03.2 A03.3 A03.9	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i> Шигеллез неуточненный

5.1.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – дети.
2. Пол – любой.
3. Наличие признаков поражения ЖКТ (болевого абдоминальный синдром, рвота, диарея).
4. Наличие общепаразитарных симптомов.
5. Отсутствие осложнений.
6. Легкая степень тяжести заболевания.

5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния*

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
	Осмотр фельдшером	0,5	2
B01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
	Осмотр медицинской сестры	0,5	1

— * Медицинские мероприятия для диагностики (перечни услуг) формируются для этапа диагностики (первые 1-3 дня) и для этапа лечения раздельно

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	2
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	2
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	2
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	2
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	2
A02.12.001	Исследование пульса	1	2
A02.12.002	Измерение артериального давления на	1	2

	периферических артериях		
A02.31.001	Термометрия общая	1	2

Примечание: при формировании перечней медицинских услуг указываются:

- в графах "Код" и "Наименование" - медицинские услуги и их коды согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;
- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента: отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления, равная 1, означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинская услуга оказывается не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;
- в графе "Кратность выполнения" указывается среднее число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют определенные перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

6. дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

5.1.3. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.1.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боли в животе, расстройство стула, рвоту, детально уточняют темп и объем диуреза. Детально анализируют с чем пациент связывает заболевание (конкретные продукты питания, вода для питья и приготовления пищи, купание в водоемах и т.д.), случаи аналогичных заболеваний в семье или коллективе.

Визуальное исследование, внешний осмотр и объективное обследование (перкуссия, аускультация) в ходе которого определяют общее состояние больного и оценивают самочувствие, диагностируют наличие или отсутствие синдрома дегидратации. Дают оценку состоянию трофического статуса пациента (масса тела, рост, окружность груди, толщина кожной складки и т.д., расчет необходимых индексов).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых, оценивают тургор тканей и эластичность кожи, обращают внимание на состояние глазных яблок, наличие слез, у детей раннего возраста оценивают состояние родничка (размеры, пульсация, соотношение с костными краями).

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, состояние языка (цвет, влажность, налет), наличие патологических изменений языка, миндалин и т.д..

Исследуют состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧД, АД, пульс на периферических артериях, при необходимости - сатурация) Детально обследуют органы брюшной полости: оценивают размеры живота, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют границы печени и селезенки, пальпируют мезентериальные лимфатические узлы, проводят пальпацию толстой особенно сигмовидной кишки, с

помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

Обязательным является визуальная оценка испражнений пациента.

5.1.3.2 Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (<i>Shigella</i> spp.)	1	1
A26.19.002	Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>)	1	1
A26.19.	Бактериологическое исследование кала на кампилобактерии	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	1

5.1.3.3 Инструментальные методы исследования

Не проводят.

5.1.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят.

5.1.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

Изоляция больного, аэрация помещения, проведение текущей дезинфекции, наблюдение за контактными. Применение патогенетических и симптоматических средств по назначению среднего медицинского работника.

5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ предупреждение расстройств питания и водно-электролитных нарушений;
- ▲ предупреждение развития осложнений;
- ▲ восстановление функции желудочно-кишечного тракта
- ▲ Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

5.1.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации.

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
-----	-------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------	--------	---------

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,1			
		Мебеверин		мг	400	1200
A03AD	Папаверин и его производные		0,1			
		Дротаверин		мг	80	400
A06AD	Осмотические слабительные средства		0,2			
		Лактулоза		мл	10	70
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		Лигнин гидролизный		мг	1200	3600
		Смектит диоктаэдрический		мг	3000	9000
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		1			
		Бифидобактерии бифидум		доза	15	105
		Бифидобактерии лонгум+ Энтерококкус фециум		капсулы	2	14
A07FA		Сахаромицеты буларди		мг	500	5000
		Лактобактерии ацидофильные+ Грибки кефирные		капсула	3	21
A09AA	Ферментные препараты		0,2			
		Панкреатин		МЕ	30000 (по липазе)	150000 (по липазе)
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,5			
		Декстроза+Калия хлорид+ Натрия хлорид+Натрия цитрат		мл	200	400

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,3			
		Ибупрофен		мг	200	400
N02BE	Анилиды		0,1			
		Парацетамол		мг	500	1000
R06AC	Замещенные этилендиамины		0,1			
		Хлоропирамин		мг	10	50
R06AE	Производные пиперазина		0,1			
		Цетиризин		мг	10	50

Расчет средних доз лекарственных средств в случае их рассчитывания на кг/вес произведен из расчета на 40 кг веса ребенка. В случаях, когда препарат преимущественно назначается детям в возрасте, когда вес их меньше 40 кг, - расчет производить на 20 кг. Схема расчета указывается в примечании.

Примечание:

Каждой модели пациента соответствуют перечни групп лекарственных средств двух уровней:

1) основной перечень - минимальный набор групп лекарственных средств, применяемых у пациента независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

2) дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень групп лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

* - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

** - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

*** - средняя суточная доза

**** - средняя курсовая доза

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442)).

5.1.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается не медикаментозная помощь в совокупности с применением патогенетических и симптоматических средств (оральная регидратация, диетотерапия, жаропонижающие – парацетамол, ибупрофен; энтеросорбенты).

5.1.7.1 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 7-9 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиничко-лабораторном выздоровлении;
- рекомендации для пациента – элиминационная щадящая диета 7-12 дней, диспансерное наблюдение в течение 1 месяца;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены, лабораторное обследование контактных.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	9
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	9

5.1.8 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диетическая терапия при заболеваниях кишечника (стол 3, 4, 4а, 4б, 4в, 4п)	1,0	9

5.1.9 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента.
- Текущая дезинфекция.
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка слизистых полости рта, половых органов пациента не менее 2-х раз в день.

5.1.10 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками «Шигеллеза» медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «Шигеллеза» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.1.11 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,1-1%	Развитие артритов	Через несколько дней-недель после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.2 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)

Синдром	Шигеллез
Стадия синдрома	Легкая степень тяжести
Фаза синдрома	Острая
Осложнения	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторные условия
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная
Продолжительность лечения	9 дней
Код по МКБ-10 A03.0 A03.1 A03.2 A03.3 A03.9	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i> Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i> Шигеллез неуточненный

5.2.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- 1) Категория возрастная – дети.
- 2) Пол – любой.
- 3) Наличие признаков поражения ЖКТ (болевой абдоминальный синдром, рвота, диарея).
- 4) Наличие общеинфекционных симптомов.
- 5) Отсутствие осложнений.

5.2.2. Требования к диагностике в амбулаторных условиях

При диагностике шигеллеза в амбулаторных условиях осуществляют обязательные мероприятия и при наличии показаний – дополнительные.

При необходимости проведения дифференциальной диагностики шигеллеза с синдромосходными инфекционными заболеваниями медицинская помощь оказывается в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,05	1
B01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача- педиатра первичный	0,2	1
B01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,1	1
B01.031.003	Прием (осмотр, консультация) врача- педиатра участкового первичный	0,6	1
B01.004.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	0,05	1

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	0,2	1
	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,2	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста на этапе лечения			
B01.026.002	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный	0,1	1
B01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	0,2	1
B01.031.004	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового повторный	0,6	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	0,1	1

Лабораторные методы исследования:

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Лабораторные методы исследования - обязательные			
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	1
A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (<i>Shigella</i> spp.)	1	1
A26.19.002	Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>)	1	1
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella</i> spp.)	1	1
A26.19.005	Бактериологическое исследование кала на кампилобактерии (<i>Campylobacter</i> spp.)	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
A26.19.008	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1	1
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	1

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
Лабораторные методы исследования - дополнительные			

A26.01.017	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (<i>Enterobius vermicularis</i>)	0,3	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови	0,1	1
A26.06.074	Определение антител к сальмонелле паратифа А (<i>Salmonella paratyphi</i> А) в крови	0,1	1
A26.06.075	Определение антител к сальмонелле паратифа В (<i>Salmonella paratyphi</i> В) в крови	0,1	1
A26.06.077	Определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови	0,1	1
A26.06.093	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколита (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	0,1	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boydii</i>) в крови	0,1	1
A26.06.096	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови	0,1	1
A26.06.097	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella sonnei</i>) в крови	0,1	1
A26.06.098	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови	0,1	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколита (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	0,1	1
A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови	0,1	1
В03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,6	1

Инструментальные методы исследования - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1

Специальные методы исследования - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты	Усредненный показатель кратности

		предоставления	применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,3	1

5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятия

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.2.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боли в животе, расстройство стула, рвоту, детально уточняют темп и объем диуреза. Детально анализируют с чем пациент связывает заболевание (конкретные продукты питания, вода для питья и приготовления пищи, купание в водоемах и т.д.), случаи аналогичных заболеваний в семье или коллективе.

Визуальное исследование, внешний осмотр и объективное обследование (перкуссия, аускультация) в ходе которого определяют общее состояние больного и оценивают самочувствие, диагностируют наличие или отсутствие синдрома дегидратации. Дают оценку состоянию трофического статуса пациента (масса тела, рост, окружность груди, толщина кожной складки и т.д., расчет необходимых индексов).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых, оценивают тургор тканей и эластичность кожи, обращают внимание на состояние глазных яблок, наличие слез, у детей раннего возраста оценивают состояние родничка (размеры, пульсация, соотношение с костными краями).

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, состояние языка (цвет, влажность, налет), наличие патологических изменений языка, миндалин и т.д..

Исследуют состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧД, АД, пульс на периферических артериях, при необходимости - сатурация) Детально обследуют органы брюшной полости: оценивают размеры живота, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют границы печени и селезенки, пальпируют мезентериальные лимфатические узлы, проводят пальпацию толстой особенно сигмовидной кишки, с помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

Обязательным является визуальная оценка испражнений пациента.

5.2.3.2 Лабораторные методы исследования

Клинический анализ крови.

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ крови.

Бактериологическое исследование.

Серологическое исследование (РНГА, ИФА).

Молекулярно-биологический метод (ПЦР).

5.2.3.3 Инструментальные методы исследования

Электрокардиограмма.

5.2.3.4 Специальные методы исследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное).

5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

Изоляция больного, аэрация помещения, проведение текущей дезинфекции, наблюдение за контактными. Применение патогенетических и симптоматических средств по назначению среднего медицинского работника.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	0,3	2
V01.026.002	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный	0,01	2
V01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	0,5	2
V01.031.004	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового повторный	0,5	2

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,25	1
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella</i> spp.)	1	1
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	0,2	1
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,1	1
V03.016.006	Анализ мочи общий	0,05	1
V03.016.010	Копрологическое исследование	0,5	1

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,05	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,05	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,05	1

5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ предупреждение расстройств питания и водно-электролитных нарушений;
- ▲ предупреждение развития осложнений;
- ▲ восстановление функции желудочно-кишечного тракта
- ▲ Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A17.19.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника	0,05	5

5.2.6 Требования к лекарственной помощи в амбулаторных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,1			
		Мебеверин		мг	400	1200
A03AD	Папаверин и его производные		0,1			
		Дротаверин		мг	80	400

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A06AD	Осмотические слабительные средства		0,2			
		Лактулоза		мл	10	70
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		Лигнин гидролизный		мг	1200	3600
		Смектит диоктаэдрический		мг	3000	9000
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		1			
		Бифидобактерии бифидум		доза	15	105
A07FA		Сахаромицеты буларди		мг	500	5000
		Бифидобактерии лонгум+ Энтерококкус фециум		капсулы	2	14
		Лактобактерии ацидофильные+ Грибки кефирные		капсула	3	21
A09AA	Ферментные препараты		0,2			
		Панкреатин		МЕ	30000 (по липазе)	150000 (по липазе)
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,5			
		Декстроза+Калия хлорид+ Натрия хлорид+Натрия цитрат		мл	200	400
G01AX	Нитрофураны	Нифурантел	0,05	мг	200	2400
G01AX	Нитрофураны	Фуразолидон	0,05			
A07AX	Нитрофураны	Нифуроксазид	0,2	мг	200	2400
J01MB	Налидиксовая кислота			мг		
Другие лечебные средства (V03A)	Шигеллезный бактериофаг		0,05			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,2			
		Цефиксим		г	0,2	1,4
		Цефуроксим		г	1	12
J01FA	Макролиды	Азитромицин	0,2	мг	400	2000
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,3			
		Ибупрофен		мг	200	400
N02BE	Анилиды		0,1			
		Парацетамол		мг	500	1000
R06AC	Замещенные этилендиамины		0,1			
		Хлоропирамин		мг	10	50
R06AE	Производные пиперазина		0,1			
		Цетиризин		мг	10	50

Расчет средних доз лекарственных средств в случае их рассчитывания на кг/вес произведен из расчета на 40 кг веса ребенка. В случаях, когда препарат преимущественно назначается детям в возрасте, когда вес их меньше 40 кг, - расчет производить на 20 кг. Схема расчета указывается в примечании.

5.2.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациенту оказывается не медикаментозная помощь в совокупности с применением патогенетических и симптоматических средств (оральная регидратация, диетотерапия, жаропонижающие – парацетамол, ибупрофен; энтеросорбенты).

5.2.7.1 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 7-9 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиническо-лабораторном выздоровлении;
- рекомендации для пациента – элиминационная щадящая диета 7-12 дней, диспансерное наблюдение в течение 1 месяца;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены, лабораторное обследование контактных.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	9

A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	9
------------	--------------------------------------------	---	---

5.2.8 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диетическая терапия при заболеваниях кишечника (стол 3, 4, 4а, 4б, 4в, 4п)	1,0	9

5.2.9 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента,
- Текущая дезинфекция
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка слизистых полости рта, половых органов пациента не менее 2-х раз в день.

5.2.10 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками «Шигеллеза» медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «Шигеллеза» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.2.11 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений,	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего

		обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)		заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,1-1%	Развитие артритов	Через несколько дней-недель после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Средняя степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	10 дней
Код по МКБ-10	
A03.0	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i>
A03.1	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i>
A03.2	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i>
A03.3	Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i>
A03.9	Шигеллез неуточненный

5.3.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента

- Категория возрастная – дети
- Пол – любой
- Наличие лихорадки
- Наличие признаков поражения ЖКТ (болевого абдоминальный синдром, рвота, диарея).
- Средняя степень тяжести заболевания при отсутствии осложнений.
- Средняя степень тяжести при наличии осложнений.

5.3.2. Требования к диагностике в стационарных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты	Усредненный показатель кратности

		предоставлен ия	применения
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	0,3	1
B01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	0,1	1

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления¹	Усредненный показатель кратности применения
B01.015.003	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный	0,01	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,05	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,05	1
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,01	1

Лабораторные методы исследования:

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
A26.01.017	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (<i>Enterobius vermicularis</i>)	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови	1	1
A26.06.074	Определение антител к сальмонелле паратифа А (<i>Salmonella paratyphi A</i>) в крови	1	1
A26.06.075	Определение антител к сальмонелле паратифа В (<i>Salmonella paratyphi B</i>) в крови	1	1

¹ вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания

A26.06.077	Определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови	1	1
A26.06.095	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boudii</i>) в крови	1	1
A26.06.096	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови	1	1
A26.06.097	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella sonnei</i>) в крови	1	1
A26.06.098	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови	1	1
A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (<i>Shigella</i> spp.)	1	2
A26.19.002	Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>)	1	2
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella</i> spp.)	1	2
A26.19.005	Бактериологическое исследование кала на кампилобактерии (<i>Campylobacter</i> spp.)	1	1
A26.19.008	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1	2
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	2
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	1

Лабораторные методы исследования - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.037	Исследование концентрации водородных ионов (pH) крови	0,25	1
A09.05.209	Исследование уровня прокальцитонина в крови	0,1	1
A09.19.011	Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)	0,1	1
A09.23.001	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости	0,1	1

A09.23.002	Определение крови в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.003	Исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.004	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.005	Тесты на аномальный белок в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.006	Исследование физических свойств спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.007	Исследование концентрации водородных ионов (pH) в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.008	Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза)	0,1	1
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	0,05	2
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,05	2
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,9	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	0,01	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,3	1
A26.06.034	Определение антител классов M, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита A (Hepatitis A virus) в крови	0,05	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	0,05	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	0,05	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	0,05	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови	0,2	1
A26.06.093	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови	0,2	1
A26.06.094	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови	0,2	1
A26.19.004	Бактериологическое исследование кала на иерсинии (Yersinia spp.)	0,2	1
A26.19.006	Бактериологическое исследование кала на холеру (Vibrio spp.)	0,1	1

Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,1	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,1	1
A04.23.001.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	0,01	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,01	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,05	1
A06.30.004	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	0,05	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
V01.010.002	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга повторный	0,05	1
V01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	9
V01.015.004	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный	0,01	1
V01.017.001	Прием (консультация) врача-клинического фармаколога	0,1	1
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	0,01	1
V01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	0,3	2
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,05	2

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	1	1

A09.19.011	Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)	0,15	1
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,1	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,01	1
A26.19.005	Бактериологическое исследование кала на кампилобактерии (<i>Campylobacter</i> spp.)	1	1
A26.19.009	Микологическое исследование кала на грибы рода кандиды (<i>Candida</i> spp.)	0,1	1
A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	1
A26.30.006	Определение чувствительности микроорганизмов к бактериофагам	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	2

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,7	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,7	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,25	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,3	1

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.23.001	Спинномозговая пункция	0,01	1
B01.003.004.001	Местная анестезия	0,01	1

5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного.

5.3.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боли в животе, расстройство стула, рвоту, детально уточняют темп и объем диуреза. Детально анализируют с чем пациент связывает заболевание (конкретные продукты питания, вода для питья и приготовления пищи, купание в водоемах и т.д.), случаи аналогичных заболеваний в семье или коллективе.

Визуальное исследование, внешний осмотр и объективное обследование (перкуссия, аускультация) в ходе которого определяют общее состояние больного и оценивают самочувствие, диагностируют наличие или отсутствие синдрома дегидратации. Дают оценку состоянию трофического статуса пациента (масса тела, рост, окружность груди, толщина кожной складки и т.д., расчет необходимых индексов).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых, оценивают тургор тканей и эластичность кожи, обращают внимание на состояние глазных яблок, наличие слез, у детей раннего возраста оценивают состояние родничка (размеры, пульсация, соотношение с костными краями).

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, состояние языка (цвет, влажность, налет), наличие патологических изменений языка, миндалин и т.д..

Исследуют состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧД, АД, пульс на периферических артериях, при необходимости - сатурация) Детально обследуют органы брюшной полости: оценивают размеры живота, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют границы печени и селезенки, пальпируют мезентериальные лимфатические узлы, проводят пальпацию толстой особенно сигмовидной кишки, с помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

Обязательным является визуальная оценка испражнений пациента.

5.3.4 Требования к лечению в условиях стационара

Изоляция больного, аэрация помещения, проведение текущей дезинфекции. Применение патогенетических и симптоматических средств по назначению врача-специалиста и под контролем среднего медицинского работника.

5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ предупреждение расстройств питания и водно-электролитных нарушений;
- ▲ предупреждение развития осложнений;
- ▲ восстановление функции желудочно-кишечного тракта
- ▲ Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A17.01.002	Воздействие на точки акупунктуры другими физическими факторами	0,05	5
A17.19.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника	0,1	5
A17.30.007	Воздействие электромагнитным излучением сантиметрового диапазона (СМВ-терапия)	0,01	5
A17.30.008	Воздействие электромагнитным излучением миллиметрового диапазона (КВЧ-терапия)	0,01	5
A17.30.018	Воздействие электромагнитным излучением дециметрового диапазона (ДМВ)	0,01	5
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПемП)	0,01	5

5.3.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД** *	СКД** **
A03A A	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,2			
		Мебеверин		мг	400	1600
A03A D	Папаверин и его производные		0,6			
		Дротаверин		мг	120	480
		Папаверин		мг	30	100
A03FA	Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта		0,6			
		Домперидон		мг	30	120
		Метоклопрамид		мг	5	20

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД** *	СКД** **
A07A A	Антибиотики		1,0			
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,7			
		Цефтриаксон		г	1	5
		Цефотаксим		г	1	12
		Цефиксим		г	0,2	1,4
J01GB	Другие аминогликозиды		0,2			
		Амикацин		г	0,5	6
		Нетилмицин		г	0,1	1,2
A07A X	Другие кишечные противомикробные препараты	Рифаксимин	0,1	мг	600	3000
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		Лигнин гидролизный		мг	1200	6000
		Смектит диоктаэдрический		мг	6000	30000
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		1,0			
		Споровактерин		мл	2	14
		Бифидобактерии бифидум		доз	15	50
A07FA		Сахаромицеты буларди		мг	500	5000
		Бифидобактерии лонгум+Энтерококкус фециум		капс	2	20
		Лактобактерии ацидофильные+Грибки кефирные		капс	3	30
A09A A	Ферментные препараты		0,7			
		Панкреатин		МЕ	30000	150000
A10AB	Инсулины короткого действия и их аналоги для инъекционного введения		0,5			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД** *	СКД** **
		Инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный]		ЕД	4	12
A12BA	Препараты калия		0,3			
		Калия хлорид		мг	50	100
A12CX	Другие минеральные вещества		0,2			
		Калия и магния аспарагинат		мл	5	15
B01AB	Группа гепарина		0,7			
		Гепарин натрия		ЕД	25	150
B02AA	Аминокислоты		0,1			
		Аминокaproновая кислота		мг	500	2000
B02BX	Другие системные гемостатики		0,7			
		Этамзилат		мг	125	500
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		0,7			
		Декстроза+Калия хлорид+Магния хлорид+Натрия ацетат+Натрия глюконат+Натрия хлорид		мл	200	600
		Декстроза+Калия хлорид+Натрия хлорид+Натрия цитрат		мл	200	600
		Натрия лактата раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид+Натрия лактат]		мл	200	600

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД** *	СКД** **
		Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид+ Кальция хлорид+Натрия хлорид]		мл	200	600
B05CX	Другие ирригационные растворы		0,7			
		Декстроза		мг	10000	40000
B05XA	Растворы электролитов		0,7			
		Натрия хлорид		мл	200	800
J02AC	Производные триазола		0,2			
		Флуконазол		мг	150	450
M01A E	Производные пропионовой кислоты		0,5			
		Ибупрофен		мг	400	1200
C01BB	Местные анестетики		0,1			
		Прокаин		мг	20	200
C01BB	Местные анестетики		0,1			
		Лидокаин		мг	100	1000
N02BE	Анилиды		0,2			
		Парацетамол		мг	500	2000
N03A A	Барбитураты и их производные		0,01			
		Фенобарбитал		мг	10	100
N05BA	Производные бензодиазепина		0,01			
		Диазепам		мг	10	50
R06AC	Замещенные этилендиамины		0,2			
		Хлоропирамин		мг	20	100
R06AE	Производные пиперазина		0,1			
		Цетиризин		мг	10	70
R06AX	Другие антигистаминные средства системного действия		0,1			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД** *	СКД** **
		Лоратадин		мг	10	70
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы		1			
		Вода для инъекций		мл	30	200

5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.3.7.1 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 9-12 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клиническо-лабораторном выздоровлении;
- рекомендации для пациента – элиминационная щадящая диета 12-18 дней, диспансерное наблюдение в течение 1 месяца;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены, лабораторное обследование контактных.

5.3.8 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество (длительность - дни)
Диетическая терапия при заболеваниях кишечника (стол 3, 4, 4а, 4б, 4в, 4п)	1,0	10

5.3.9 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента,
- Текущая дезинфекция
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка слизистых полости рта, половых органов пациента не менее 2-х раз в день.

5.3.10 Правила изменения требований при выполнении протокола

и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками «Шигеллеза» медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «Шигеллеза» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.3.11 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,1-1%	Развитие артритов	Через несколько дней-недель после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Тяжелая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Продолжительность лечения	14 дней
Код по МКБ-10	
A03.0	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i>
A03.1	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i>
A03.2	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i>
A03.3	Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i>
A03.9	Шигеллез неуточненный

5.4.1. Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – дети
2. Пол – любой
3. Наличие лихорадки
4. Наличие симптомов поражения ЖКТ
5. Тяжелая степень тяжести заболевания при отсутствии осложнений.
6. Тяжелая степень тяжести при наличии осложнений.

5.4.2. Требования к диагностике в стационарных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	0,5	1
B01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	0,2	1
B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,15	1

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления ²	Усредненный показатель кратности применения

² вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания

B01.015.003	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный	0,1	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	0,1	1
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,1	1

Лабораторные методы исследования:

Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности и применения
A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
A26.01.017	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (<i>Enterobius vermicularis</i>)	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (<i>Salmonella enterica</i>) в крови	1	1
A26.06.074	Определение антител к сальмонелле паратифа А (<i>Salmonella paratyphi</i> А) в крови	1	1
A26.06.075	Определение антител к сальмонелле паратифа В (<i>Salmonella paratyphi</i> В) в крови	1	1
A26.06.077	Определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови	1	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (<i>Shigella boudii</i>) в крови	1	1
A26.06.096	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (<i>Shigella dysenteriae</i>) в крови	1	1
A26.06.097	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (<i>Shigella zonnei</i>) в крови	1	1
A26.06.098	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (<i>Shigella flexneri</i>) в крови	1	1
A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (<i>Shigella</i> spp.)	1	2
A26.19.002	Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>)	1	2
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella</i> spp.)	1	2

A26.19.005	Бактериологическое исследование кала на кампилобактерии (<i>Campylobacter</i> spp.)	1	1
A26.19.008	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1	2
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	2
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	1

Лабораторные методы исследования - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.037	Исследование концентрации водородных ионов (pH) крови	0,25	1
A09.05.209	Исследование уровня прокальцитонина в крови	0,1	1
A09.19.011	Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)	0,1	1
A09.23.001	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.002	Определение крови в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.003	Исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.004	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.005	Тесты на аномальный белок в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.006	Исследование физических свойств спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.007	Исследование концентрации водородных ионов (pH) в спинномозговой жидкости	0,1	1
A09.23.008	Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза)	0,1	1
A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	0,05	2
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	0,05	2
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,9	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	0,01	1

A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,3	1
A26.06.034	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	0,05	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	0,05	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	0,05	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	0,05	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколита (Yersinia enterocolitica) в крови	0,2	1
A26.06.093	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколита (Yersinia enterocolitica) в крови	0,2	1
A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови	0,2	1
A26.19.004	Бактериологическое исследование кала на иерсинии (Yersinia spp.)	0,2	1
A26.19.006	Бактериологическое исследование кала на холеру (Vibrio spp.)	0,1	1

Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	1

Инструментальные методы исследования - дополнительные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	0,25	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,1	1
A04.23.001.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	0,05	1

A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,25	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,05	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1
A06.30.004	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	0,05	1

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы исследования, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.23.001	Спинномозговая пункция	0,1	1
B01.003.004.001	Местная анестезия	0,1	1
	Исследование спинномозговой жидкости	0,1	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом	0,05	3
B01.010.002	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга повторный	0,05	1
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	13
B01.015.004	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный	0,05	1
B01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	0,05	1
B01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	0,5	2
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,2	1

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов	0,01	1

A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	0,25	1
A09.05.037	Исследование концентрации водородных ионов (pH) крови	0,1	1
A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	0,5	2
A09.19.011	Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)	0,25	1
A12.05.015	Исследование времени кровотечения	0,3	1
A26.05.001	Бактериологическое исследование крови на стерильность	0,1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,3	1
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (<i>Salmonella</i> spp.)	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	3
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	2
B03.016.010	Копрологическое исследование	1	3

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,3	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,25	1
A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,2	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A06.30.004	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	0,01	1

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.23.001	Спинномозговая пункция	0,1	1
B01.003.004.001	Местная анестезия	0,1	1
	Исследование спинномозговой жидкости	0,1	1

5.4.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятия

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного.

5.4.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют жалобы на боли в животе, расстройство стула, рвоту, детально уточняют темп и объем диуреза. Детально анализируют с чем пациент связывает заболевание (конкретные продукты питания, вода для питья и приготовления пищи, купание в водоемах и т.д.), случаи аналогичных заболеваний в семье или коллективе.

Визуальное исследование, внешний осмотр и объективное обследование (перкуссия, аускультация) в ходе которого определяют общее состояние больного и оценивают самочувствие, диагностируют наличие или отсутствие синдрома дегидратации. Дают оценку состоянию трофического статуса пациента (масса тела, рост, окружность груди, толщина кожной складки и т.д., расчет необходимых индексов).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов и слизистых, оценивают тургор тканей и эластичность кожи, обращают внимание на состояние глазных яблок, наличие слез, у детей раннего возраста оценивают состояние родничка (размеры, пульсация, соотношение с костными краями).

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, состояние языка (цвет, влажность, налет), наличие патологических изменений языка, миндалин и т.д..

Исследуют состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧД, АД, пульс на периферических артериях, при необходимости - сатурация) Детально обследуют органы брюшной полости: оценивают размеры живота, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют границы печени и селезенки, пальпируют мезентериальные лимфатические узлы, проводят пальпацию толстой особенно сигмовидной кишки, с помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

Обязательным является визуальная оценка испражнений пациента.

5.4.4 Требования к лечению в условиях стационара

Изоляция больного, аэрация помещения, проведение текущей дезинфекции. Применение патогенетических и симптоматических средств по назначению врача-специалиста и под контролем среднего медицинского работника.

5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Немедикаментозная помощь направлена на:

- ▲ предупреждение расстройств питания и водно-электролитных нарушений;
- ▲ предупреждение развития осложнений;
- ▲ восстановление функции желудочно-кишечного тракта

▲ Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A17.01.002	Воздействие на точки акупунктуры другими физическими факторами	0,05	5
A17.19.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника	0,1	5
A17.30.007	Воздействие электромагнитным излучением сантиметрового диапазона (СМВ-терапия)	0,01	5
A17.30.008	Воздействие электромагнитным излучением миллиметрового диапазона (КВЧ-терапия)	0,01	5
A17.30.018	Воздействие электромагнитным излучением дециметрового диапазона (ДМВ)	0,01	5
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)	0,01	5

5.4.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД**
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		0,2			
		Мебеверин		мг	400	2000
A03AD	Папаверин и его производные		1			
		Дротаверин		мг	120	600
		Папаверин		мг	30	100

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД**
A03FA	Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта		0,7			
		Домперидон		мг	30	150
		Метоклопрамид		мг	10	50
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		Лигнин гидролизный		мг	1200	7200
		Смектит диоктаэдрический		мг	9000	45000
A07FA	Противодиарейные микроорганизмы		1,0			
		Бифидобактерии бифидум+Лизоцим		доза	15	150
		Лактобактерии ацидофильные+Грибки кефирные		капсула	3	30
A07FA		Сахаромицеты буларди		мг	500	5000
A12CX	Другие минеральные вещества		0,5			
		Калия и магния аспарагинат		мл	5	25
B02AA	Аминокислоты		0,1 M01AE			
		Аминокапроновая кислота		мг	500	3000
B02BX	Другие системные гемостатики		0,7			
		Этамзилат		мг	125	625
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови		0,4			
		Альбумин человека		мл	100	250
		Гидроксиэтилкрахмал		мл	200	600
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс		1			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД**
		Декстроза+Калия хлорид+Магния хлорид+Натрия ацетат+Натрия глюконат+Натрия хлорид		мл	200	800
		Декстроза+Калия хлорид+Натрия хлорид+Натрия цитрат		мл	200	800
		Меглюмина натрия сукцинат		мл	200	600
		Натрия лактата раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид+Натрия лактат]		мл	200	600
		Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид]		мл	200	800
B05BA03	Углеводы		1,0			
		Декстроза		мл	1000	6000
B05XA	Растворы электролитов		1			
		Натрия гидрокарбонат		мг	120	240
		Натрия хлорид		мл	400	2000
		Калия хлорид		мг	50	200
C01BB	Амиды		0,1			
		Лидокаин		мг	100	1400
C05AD	Местные анестетики		0,5			
		Прокаин		мг	20	280
J01DH	Карбапенемы		0,1			
		Меропенем		мг	1500	10500
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		0,6			
		Цефтриаксон		г	1	5
		Цефотаксим		г	1	12

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД**
		Цеффиксим		г	0,2	1,4
J01GB	Другие аминогликозиды		0,3			
		Амикацин		г	0,5	6
		Нетилмицин		г	0,1	1,2
A07AA		Рифаксимин		мг	600	4200
A07AA	Производные полиена		0,25			
		Нистатин		ЕД	1000000	7000000
J02AC	Производные триазола		0,4			
		Флуконазол		мг	150	1000
J06BA	Иммуноглобулины нормальные человеческие		0,05			
		Иммуноглобулин человека нормальный		мг	5000	15000
L03AY	Иммуностимуляторы		0,25			
		Азоксимера бромид		мг	6	30
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения		0,1			
		Диклофенак		мг	25	150
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,4			
		Ибупрофен		мг	400	2000
N02BB	Пиразолоны		0,2			
		Метамизол натрия		мг	500	1500
N02BE	Анилиды		0,4			
		Парацетамол		мг	400	2000
N03AA	Барбитураты и их производные		0,2			
		Фенобарбитал		мг	20	100
N05BA	Производные бензодиазепина		0,25			
		Диазепам		мг	10	50
R06AC	Замещенные этилендиамины		0,3			
		Хлоропирамин		мг	10	140

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД**
R06AE	Производные пиперазина		0,2			
		Цетиризин		мг	10	70
R06AX	Другие антигистаминные средства системного действия		0,1			
		Лоратадин		мг	10	50
V06DD	Аминокислоты, включая комбинации с полипептидами		0,13			
		Аминокислоты для парентерального питания		мл	200	400
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы		1			
		Вода для инъекций		мл	30	150

5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.4.7.1 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения в среднем 12-18 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив при клинико-лабораторном выздоровлении;
- рекомендации для пациента – элиминационная щадящая диета 12-18 дней, диспансерное наблюдение в течение 1 месяца;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение личной гигиены, лабораторное обследование контактных.

5.4.8 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный	Количество
-------------------------------------	-------------	------------

	показатель частоты предоставления	(длительность - дни)
Диетическая терапия при заболеваниях кишечника (стол 3, 4, 4а, 4б, 4в, 4п)	1,0	14

5.4.9 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Изоляция пациента,
- Текущая дезинфекция
- Постельный режим в течение периода лихорадки.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка слизистых полости рта, половых органов пациента не менее 2-х раз в день.

5.4.10 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками «Шигеллеза» медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями: а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению «Шигеллеза» и б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.4.11 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	90%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Стабилизация	9%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение не требуется
Развитие ятрогенных осложнений	1,0%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания,	0,1-1%	Развитие артритов	Через несколько дней-недель после	Оказание медицинской помощи по протоколу

связанного с основным			окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	соответствующего заболевания
-----------------------	--	--	-----------------------------------------------------------	------------------------------

6. Мониторинг протокола ведения больных

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

7. Экспертиза проекта протокола ведения больных

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении 2, оформляют окончательную редакцию протокола.

8. Приложения

Приложение 1.

Отбор нативного материала (фекалий) для бактериологического исследования

Испражнения не менее 1 грамма собирают сразу после естественного акта дефекации из судна, горшка (тщательно вымытого и не содержащего следов дезинфектантов) или с пеленки с помощью стерильной стеклянной палочки, проволочной петли или деревянного шпателя и помещают в стерильную посуду (стеклянную пробирку, вакуумный пробоотборник, контейнер транспортировочный со средой для анаэробов или специальными средами с активированным углем и без него для выделения *Campylobacter* spp.). При наличии в испражнениях патологических примесей (слизь, хлопья, эпителий, гной), за исключением крови, их включают в отбираемую пробу.

Отбор с использованием ректальных петель (тампонов).

Стерильную ректальную петлю (тампон) вводят в прямую кишку на глубину 5-6 см. Взятый материал переносят в стерильную пробирку с физиологическим раствором или в транспортную среду. Попадание транспортных сред на слизистую оболочку прямой кишки недопустимо!

Условия и сроки хранения и транспортировки проб. При возможности доставки нативных фекалий в лабораторию в течение 1 часа, транспортные среды можно не использовать.

Сбор, хранение и транспортировка материала для проведения молекулярно-генетических исследований (фекалии). Пробу фекалий (1,0–2,0 г.) у грудных детей забирают из подгузника у пациентов старшего возраста - из помещенного в горшок или подкладное судно одноразового полиэтиленового пакета или одноразовой пластиковой емкости (чашка Петри). Затем в количестве 1,0 г (примерно) переносят в специальный стерильный контейнер. Контейнер с материалом доставляется в лабораторию в емкости со льдом в течение 1 сут.

Условия хранения и транспортировки материала:

– при температуре 2-8°C – в течение 1 суток;

– при температуре минус 20°C – в течение 1 недели;

Допускается только однократное замораживание-оттаивание материала.

Приложение 2.

**ФОРМА
ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ,
ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ**

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

9. Библиография

1. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. WGO, February 2012 // http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Acute%20Diarrhea_long_FINAL_120604.pdf
2. Allen S., Martinez E., Gregorio G. et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea (Review), 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. <http://www.thecochranelibrary.com>
3. Best evidence statement (BES). Use of *Lactobacillus rhamnosus* GG in children with acute gastroenteritis. // <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=33576&search=acute+diarrhea>
4. Bruzzese E., Lo Vecchio A., Guarino A. Hospital management of children with acute gastroenteritis. // Curr Opin Gastroenterol. 2013 Jan;29(1):23-30.
5. Davidson G., Barnes G., Bass D. et al. Infectious Diarrhea in Children: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition Issue: Volume 35 Supplement 2, August 2002, pp S143-S150.
6. Diarrhoea and vomiting in children. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years. // <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=14445&search=salmonellosis>

7. Dinleyici E., Eren M., Ozen M. *et al.* Effectiveness and safety of *Saccharomyces boulardii* for acute infectious diarrhea. *Expert Opin Biol Ther* 2012; 12: 395–410.
8. Ethelberg S. *et al.* Risk factors for diarrhea among children in an industrialized country // *Epidemiology*. – 2006. – Vol. 17(1). – P. 24–30.
9. Evidence-based care guideline for prevention and management of acute gastroenteritis (AGE) in children aged 2 months to 18 years. // <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=35123&search=acute+diarrhea>
10. Farthing M., Lindberg G., Dite P. *et al.* Острая диарея. Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации (ВГО), Март 2008. // www.worldgastroenterology.org/
11. Farthing M., Salam M., Lindberg G. *et al.* *Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. World Gastroenterology Organisation, 2012* // www.worldgastroenterology.org/
12. Guandalini S., Pensabene L., Zikri M. *et al.* Lactobacillus GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhea: a multicenter European trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:54–60.
13. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S. *et al.* European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008 May;46 Suppl 2:S81-122.
14. Guerrant R., Van Gilder T., Steiner T. *et al.* Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis* 2001; 32:331.
15. Mujawar Q., Naganoor R., Ali M. *et al.* Efficacy of dioctahedral smectite in acute watery diarrhea in Indian children: a randomized clinical trial. *J Trop Pediatr* 2012; 58:63–67.
16. O'ryan M., Prado V., Pickering L.K. A millennium update on pediatric diarrheal illness in the developing world // *Semin Pediatr Infect Dis*. – 2005. – Vol. 16(2). – P. 125–136.
17. Pięścik-Lech M., Shamir R., Guarino A. *et al.* Review Article: The Management of Acute Gastroenteritis in Children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;37(3):289-303.
18. Szajewska H. Advances and limitations of evidence-based medicine – impact for probiotics. *Ann Nutr Metab* 2010; 57(Suppl.): 6–9.
19. Szajewska H., Dziechciarz P. Gastrointestinal infections in the pediatric population. *Current Opinion in Gastroenterology*. 26(1): 36-44, January 2010.
20. Szajewska H., Dziechciarz P., Mrukowicz J. Meta-analysis: smectite in the treatment of acute infectious diarrhoea in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:217–27.
21. Weizman Z. Probiotics Use in Childhood Acute Diarrhea: A Web-based Survey. *Journal of Clinical Gastroenterology*: Volume 45(5), May/June 2011, p 426–428.
22. World Gastroenterology Organisation (WGO). WGO practice guideline: acute diarrhea. Munich, Germany: World Gastroenterology Organisation (WGO); 2008 Mar. 28 p. // <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12679&search=salmonellosis>
23. Воротынцева Н.В. Мазанкова Н.В. Острые кишечные инфекции у детей. – М. : Медицина, 2001. – 480 с.
24. Лечение диареи. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена. ВОЗ, 2006. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/130696/9244593181R.pdf
25. Реализация новых рекомендаций по клиническому ведению диареи. Руководство для лиц, ответственных за принятие решений и программных менеджеров. ВОЗ, 2012. // www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/.../9244594218R.pdf.
26. Учайкин В.Ф. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) / В.Ф. Учайкин, Л.Н. Мазанкова // Пособие для врачей. – М., 2003. – 34 с.