

Некоммерческое партнерство
«Национальное научное общество инфекционистов»

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ШИГЕЛЛЕЗ У ВЗРОСЛЫХ

*Утверждены решением
Пленума правления Национального научного
общества инфекционистов
30 октября 2014 года*

2014

«Шигеллез у взрослых»

Клинические рекомендации

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по инфекционным болезням Минздрава России на заседании 8 октября 2014 года.

Члены Профильной комиссии:

Шестакова И.В. (г. Москва), Малышев Н.А. (г. Москва), Лебедев В.В. (Южный Федеральный округ), Сологуб Т.В. (Северо-Западный федеральный округ), Агафонов В.М. (Архангельская область), Авдеева М.Г. (г. Краснодар), Александров И.В. (Новгородская область), Альбогачиева Э.И. (Республика Ингушетия), Амбалов Ю.М. (г. Ростов-на-Дону), Аршба Т.Е. (Астраханская область), Афиногенова Л.А. (Республика Бурятия), Баташева И.И. (Ростовская область), Беляева Н.М. (г. Москва), Берова Р.М. (Республика Кабардино-Балкария), Блохина Н.П. (г. Москва), Бородкина О.Д. (Кемеровская область), Валишин Д.А. (Республика Башкортостан), Веселова Е.В. (Забайкальский край), Волчкова Е.В. (г. Москва), Городин В.Н. (Краснодарский край), Давудова И.В. (Камчатский край), Дагаева Р.М. (Чеченская Республика), Девянин О.А. (Курская область), Дегтярева А.А. (Республика Крым), Дьяченко И.И. (Удмуртская Республика), Емельянова О.Н. (Еврейская автономная область), Ермолова Л.А. (г. Ростов-на-Дону), Ефимов С.В. (Чувашская Республика), Жаров М.А. (г. Майкоп), Жданов К.В. (г. Санкт-Петербург), Збровская Н.М. (Республика Карелия), Зиньковская С.В. (Чукотский автономный округ), Зубаров П.Г. (Нижегородская область), Иванов И.Б. (Калининградская область), Иванова М.Р. (Республика Кабардино-Балкария), Имкенова Л.Н. (Республика Калмыкия), Иоанниди Е.А. (Волгоградская область), Каримов И.З. (Республика Крым, г. Симферополь), Катков В.В. (Республика Коми), Катаныхова Л.Л. (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра), Катырин В.И. (Орловская область), Кашуба Э.А. (Уральский Федеральный округ), Киселева Л.М. (г. Ульяновск), Ковширина Ю.В. (Томская область), Кожевникова Г.М. (г. Москва), Козлова В.И. (Рязанская область), Корочкина О.В. (Приволжский федеральный округ), Коссобудский М.Ю. (Мурманская область), Кравченко И.Э. (Республика Татарстан), Кузнецова А.В. (Хабаровский край), Кузьменко Е.В. (Магаданская область), Куприянова А.В. (г. Севастополь), Кушакова Т.А. (Республика Марий Эл), Латышева И.Б. (Ленинградская область), Малеев В.В. (г. Москва), Мануева Я.Н. (Тверская область), Мартынов В.А. (г. Рязань), Масалев В.В. (Пермский край), Мельцова И.Д. (Республика Карачаево-Черкессия), Микушева Е.А. (Ненецкий автономный округ), Миронова Н.И. (Саратовская область), Михеева Р.Л. (Белгородская область), Молочный В.П. (Дальневосточный Федеральный округ), Монастырский А.А. (Воронежская область), Морозов Е.Н. (г. Москва), Намитокоев Х.А. (Республика Адыгея), Наумова Л.М. (г. Пермь), Никифоров В.В. (г. Москва), Нурмухаметова Е.А. (г. Москва), Орлов М.Д. (Тюменская область), Отараева Б.И. (г. Владикавказ), Павелкина В.Ф. (Республика Мордовия), Пантюхова Р.А. (Тульская область), Платко Г.П. (Республика Хакасия), Подгорочная Т.Н. (Вологодская область), Позднякова Л.Л. (Новосибирская область), Притулина Ю.Г. (г. Воронеж), Прусс В.Ф. (Оренбургская область), Пшеничная Н.Ю. (г. Ростов-на-Дону), Рау Н.Ю. (Республика Алтай), Рахманова А.Г. (г. Санкт-Петербург), Савинова Г.А. (Ульяновская область), Сагалова О.И. (Челябинская область), Санникова И.В. (Ставропольский край), Сарыглар А.А. (Республика Тыва), Сафонов А.Д. (Омская область), Сивачева И.Л. (Псковская область), Симакова А.И. (Приморский край), Ситников И.Г. (г. Ярославль), Слепцова С.С. (Республика Саха (Якутия), Суздальцев А.А. (Самарская область), Таланова Н.М. (Костромская область), Тихомолова Е.Г. (Кировская область), Тихонова Е.П. (Красноярский край), Тихонова Н.Н. (Республика Саха (Якутия), Томилка Г.С. (Хабаровский край), Трагира И.Н. (Брянская область), Тхакушинова Н.Х. (Краснодарский край), Федорищев В.В. (Ямало-Ненецкий автономный ок-

руг), Фомина Т.В. (Курганская область), Хабудаев В.А. (Иркутская область), Чернова Т.Ф. (Пензенская область), Чесноков А.Т. (Липецкая область), Шевченко В.В. (Алтайский край), Шипилов М.В. (Смоленская область), Шошин А.А. (Ярославская область), Штундер И.П. (Калужская область), Эсауленко Е.В. (г. Санкт-Петербург), Ющук Н.Д. (г. Москва), Якушева Г.М. (Сахалинская область).

Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года.

Члены Правления Некоммерческого партнерства "Национальное научное общество инфекционистов":

Покровский В.И., Аитов К.А., Покровский В.В., Волжанин В.М., Беляева Н.М., Шестакова И.В., Анохин В.А., Сологуб Т.В., Кожевникова Г. М., Лебедев В.В., Ситников И.Г., Малышев Н.А., Горелов А.В., Учайкин В.Ф.

Приглашенные лица: Усенко Д.В., Феклисова Л.В., Мартынов В.А

Предисловие

Разработан:	ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России, ФГАОУ ВПО "Российский университет дружбы народов", ФГБУ "НИИ гриппа" Минздрава России, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Внесен:	ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России
Принят и введен в действие:	30 октября 2014 года
Введен впервые:	2015 г.
Отредактирован:	

Код протокола

91500.	11	A03 A03.0-A03.3 A03.8 A03.9	02	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
A03 A03.0-A03.3 A03.8 A03.9	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
02	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2014	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся клинических рекомендаций (протокола лечения) 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	9
2	Нормативные ссылки	9
3	Термины, определения и сокращения	10
4	Общие положения	12
4.1	Определение и понятия	16
4.2	Этиология и патогенез	17
4.3	Клиническая картина и классификация	21
4.3.1	Классификация шигеллеза	21
4.3.2	Клиническая картина шигеллеза	23

4.3.3	Прогноз течения и исхода шигеллеза	26
4.3.4	Осложнения шигеллеза	27
4.4	Общие подходы к диагностике	27
4.5	Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания	28
4.5.1	Клинические критерии диагностики	28
4.5.2	Дифференциальная диагностика острого шигеллеза	28
4.5.3	Критерии оценки тяжести течения шигеллеза	32
4.6	Эпидемиологическая диагностика	35
4.7	Лабораторная диагностика	35
4.8	Инструментальная диагностика	35
4.9	Специальная диагностика	36
4.10	Обоснование и формулировка диагноза	37
4.11	Лечение	38
4.11.1	Общие подходы к лечению больных шигеллезом	38
4.11.2	Методы лечения	39
4.11.3	Рекомендуемые ВОЗ схемы антимикробных препаратов для лечения шигеллеза, в том числе вызванного <i>Shigella dysenteriae</i>	42
4.11.4	Ориентировочная лечебная тактика врача-инфекциониста в РФ при острым шигеллезе	42
4.11.5	Памятка для врача при назначении антимикробной терапии больным шигеллезом	44
4.11.6	Тактика ведения больных хроническим шигеллезом	44
4.11.7	Критерии выписки из стационара	45
4.12	Реабилитация	45
4.13	Диспансерное наблюдение	46
4.14	Общие подходы к профилактике	46
4.14.1	Мероприятия в очаге инфекции	47
4.14.2	Специфическая профилактика шигеллеза	48
5	Характеристика требований	48
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)	49
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	49
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	49
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	49
5.1.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	50
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях	50
5.1.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	50
5.1.7	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	50
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, амбулаторная)	50
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	51
5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	51
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	54
5.2.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	54
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	54

5.2.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	55
5.2.7	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	55
5.2.8	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	55
5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медико-санитарная помощь при легкой форме шигеллеза, стационарная)	55
5.3.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	55
5.3.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	55
5.3.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	58
5.3.4	Требования к лечению в условиях стационара	59
5.3.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	59
5.3.6	Требование к лекарственной помощи в стационарных условиях	59
5.3.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	60
5.3.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	60
5.3.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	60
5.3.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	61
5.3.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	61
5.3.12	Возможные исходы и их характеристика	61
5.4	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при среднетяжелой форме шигеллеза)	61
5.4.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	61
5.4.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	61
5.4.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	
5.4.4	Требования к лечению в стационарных условиях	65
5.4.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	66
5.4.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	66
5.4.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	68
5.4.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	68
5.4.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	68
5.4.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	68
5.4.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	68
5.4.12	Возможные исходы и их характеристика	68
5.5	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при тяжелой форме шигеллеза)	68
5.5.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	69
5.5.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	69
5.5.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	72
5.5.4	Требования к лечению в стационарных условиях	73
5.5.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения	73

	немедикаментозной помощи	
5.5.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	73
5.5.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	75
5.5.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	75
5.5.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	75
5.5.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	75
5.5.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	75
5.5.12	Возможные исходы и их характеристика	76
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	77
7	Мониторинг протокола лечения больных	77
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	77
9	Приложения	77
10	Библиография	78

ВВЕДЕНИЕ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Шигеллез у взрослых» разработаны:

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
Шестакова Ирина Викторовна	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России	105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. АБК	+7(495)365-60-39
Сологуб Тамара Васильевна	Заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУ «НИИ Гриппа» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор	197376, г. Санкт-Петербург, ул. проф. Попова 15/17	+7(812)499-15-85
Токин Иван Иванович	ФГБУ "НИИ гриппа" Минздрава России, заведующий отделением ЭТХВГ, кандидат медицинских наук	197376, г. Санкт-Петербург, ул. проф. Попова 15/17	+7(812)499-15-89
Кожевникова Галина Михайловна	Заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и фтизиатрии ФГАОУ "Российский университет дружбы народов", доктор медицинских наук профессор	105275, г. Москва, 8-ая ул. Соколиной горы, д.15 корп.5	+7(495)365-25-33
Голуб Вениамин Петрович	доцент кафедры инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и фтизиатрии ФГАОУ "Российский университет дружбы народов", кандидат медицинских наук	105275, г. Москва, 8-ая ул. Соколиной горы, д.15 корп.5	+7(495)365-25-33
Барышева Ирина Владимировна	Старший преподаватель кафедры инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и	105275, г. Москва, 8-ая ул. Соколиной горы, д.15 корп.5	+7(495)365-25-33

	фтизиатрии ФГАОУ "Российский университет дружбы народов"		
Тихонова Елена Петровна	Заведующая кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор	660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1	+7 (391)246-93-75

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Шигеллез у взрослых» предназначены для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

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 №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 2011 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 3.1.1.1117-02 «Профилактика инфекционных заболеваний. Кишечные инфекции. Профилактика острых кишечных инфекций»;

МУ 3.1.2837-11 3.1. «Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А»;

Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XIV- М.: «Эхо», 2013: 980 с.;

МУ по клинике, диагностике и лечению взрослых, больных дизентерией. Утв. Зам. Министра здравоохранения СССР 25 апреля 1978 г. . N 06-14/6

Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1559н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шигеллезе легкой степени тяжести»;

Приказ Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1582н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при средне-тяжелых формах шигеллеза»;

Приказ Минздрава России от 28 декабря 2012 г. № 1580н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелых формах шигеллеза».

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)	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
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention)
Sd1	Shigella dysenteriae 1
ПТИ	Пищевая токсикоинфекция
КИЗ	Кабинет инфекционных заболеваний
УЗИ	Ультразвуковое исследование
РЛА	Реакция латекс-агглютинации
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РКоА	Реакция коаггутинации
РИФ	Реакция иммунофлуоресценции
РАГА	Реакция агрегат-гемагглютинации
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Шигеллез у взрослых» разработаны 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 шигеллезом;
- △ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным 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;
- △ 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 настоящих клинических рекомендаций (протокола лечения) - 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 Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составила 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- △ Консенсус экспертов;
- △ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

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

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

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
В	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+
С	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++
Д	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:

Экономический анализ не проводился.

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:

Клинические рекомендации были представлены для дискуссии в предварительной версии на VI Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням – 24-26 марта 2014 года и на заседании Профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава РФ 8 октября 2014 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте Национального Научного Общества Инфекционистов (<http://nnoi.ru>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован 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 клинических рекомендаций (протокола лечения):

Ведение клинических рекомендаций (протокола) «Шигеллез у взрослых» осуществляется ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Шигеллез (бактериальная дизентерия, *shigellosis, dysenteria*) - острое антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Shigella* с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся симптомами общей интоксикации и преимущественным поражением дистального отдела толстой кишки.

Термином «дизентерия» Гиппократ обозначал клинический синдромокомплекс, характеризующийся поносом и болями в животе. Наиболее близок к современному определению дизентерии термин *sekiri* («красный понос»), который был распространен в Китае и Японии и которым обозначались заболевания, характеризующиеся необильным стулом с примесью слизи, крови и болями при дефекациях. Только в 1898 г. японский исследователь *Kiyoshi Shiga* выделил из испражнений больных бациллу, которая была признана возбудителем бактериальной дизентерии. Ввиду установления различной этиологии дизентерии, в первой половине XX столетия в медицинской литературе использовали термины «бациллярная» и «амебная» дизентерия. В настоящее время под дизентерией понимаются только заболевания, вызванные шигеллами. Относится к социально значимым диарейным болезням.

Заболеваемость

Шигеллез регистрируется повсеместно, однако наиболее распространен в развивающихся странах (99% всех зарегистрированных случаев) среди населения с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями жизни (низкое качество питьевой воды, употребление контаминированных продуктов питания, антисанитарные жилищные условия, обычаи и предрассудки, противоречащие элементарным санитарным нормам, низкий уровень общей и санитарной культуры и медицинского обслуживания населения, отсутствие безопасной утилизации отходов жизнедеятельности и др.). Распространению шигеллеза способствуют миграционные процессы, стихийные бедствия, военные конфликты и пр.

Ежегодно в мире регистрируется около 200 млн. случаев заболеваний шигеллезом, из которых 1,1 млн. больных умирает. Однако, согласно проведенным исследованиям с применением методов математического моделирования, на каждый случай дизентерии,

попадающий в поле зрения медицинской службы, приходится 4 неустановленных случая. Еще более феномен "айсберга" выражен при шигеллезе, вызываемом *S. flexneri* - 1:10-1:15, и достигает максимальных показателей при дизентерии Зонне - 1:30-1:50.

В последние два десятилетия крупные вспышки, вызванные *Shigella dysenteriae* серотип 1 (*Sd1*), произошли в Африке, Южной Азии и Центральной Америки. В 1993-1995 гг. вспышки были зарегистрированы в нескольких центральных и южных африканских странах. В 1994 году во время "взрывной" вспышки среди Руандийских беженцев в Заире только в течение первого месяца от начала эпидемии погибли около 20 000 больных. В период 1999-2003 гг. вспышки были зарегистрированы в Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинее, Сенегале, Анголе, центральноафриканской Республике и демократической Республике Конго. В 2000 году вспышки "кровавой" диареи (bloody diarrhoea), вызванной устойчивой к фторхинолонам *Sd1*, зафиксированы в Индии и Бангладеш. В Центральной Америке последний раз крупная эпидемия дизентерии длилась с 1969 по 1973 годы: более 500 000 случаев заболевших и 20 000 умерших.

По данным ВОЗ (2008), шигеллез, вызванный *Sd1*, является основной причиной зарегистрированных случаев "кровавой диареи" в мире: не менее 80 млн. случаев в год и 700 000 смертей.

Согласно данным ФБУЗ "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии" Роспотребнадзора, за последние 12 лет в РФ заболеваемость шигеллезом снизилась в 15 раз: с 80500 случаев в 2002 г. до 6500 случаев в январе-августе 2014 г. (показатель заболеваемости, соответственно: 55,96 и 4,5 на 100 тыс. населения), среди заболевших доля детей в возрасте до 14 лет остается практически неизменной и составляет 47-57%. По данным CDC, в США ежегодно регистрируется от 25 до 30 тыс. случаев шигеллеза с показателем заболеваемости для детей от одного до четырех лет - 27 на 100 тыс. населения, а для лиц старше 20 лет - 2,6 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость шигеллезом регистрируется в течение всего года, однако в странах с умеренным климатом пик приходится на летне-осенний период. Главную роль в сезонном повышении заболеваемости играют климатические факторы, увеличение потребления овощей, фруктов, купание в водоемах, загрязненных сточными водами, усиление миграции населения. Горожане болеют в 2-3 раза чаще сельских жителей.

Восприимчивость к шигеллезу всеобщая, но чаще (~ 70% случаев) заболевают и умирают (~ 60% случаев) от шигеллеза дети в возрасте до пяти лет. По данным ВОЗ, только около 1% из них лечатся в условиях стационара. Высокий уровень заболеваемости и летальности среди взрослых в основном регистрируют в группах социально необеспеченного и неблагополучного населения.

После перенесенного заболевания развивается непродолжительный (до 6 мес-1 года) видо- и типоспецифический иммунитет. Для формирования более продолжительного напряженного иммунитета необходимо многократное повторное заражение шигеллами одного вида и серотипа. Лица, переболевшие дизентерией в результате первичного заражения, при повторном инфицировании гомологичным штаммом *S. flexneri* 2a болеют значительно реже. Защитная эффективность первичной инфекции (постинфекционного иммунитета после нее) составляет 64%. Возможно реинфицирование.

Несмотря на разнообразие возбудителей шигеллеза, наибольшее эпидемическое значение для большинства стран мира имеют *S. flexneri* и *S. sonnei*. *S. flexneri* является основной причиной эпидемического шигеллеза развивающихся стран. В России, имеющей давние традиции массового производства и потребления молочных продуктов, и других промышленно развитых странах Северного полушария отмечается высокий уровень заболеваемости шигеллезом Зонне. Плохо контролируемый санитарно-гигиеническими методами, шигеллез Зонне заслужил определение «болезни цивилизации» из-за способности вызывать вспышки заболевания на современных предприятиях общественного питания и пищевой промышленности, школах и дошкольных детских учреждениях, элитных воинских подразделениях, среди компактно проживающих лиц

гомосексуальной ориентации.

4.2 Этиология, эпидемиология и патогенез

4.2.1 Этиология

Возбудители шигеллеза - неподвижные грамотрицательные бактерии рода *Shigella* семейства *Enterobacteriaceae*, относящиеся к факультативным аэробам; хорошо растут на обычных питательных средах, образуя S- и R-колонии.

Идентификация шигелл осуществляется по их биохимическим и антигенным (О-антигенам) свойствам, в соответствии с чем выделяют четыре серогруппы (таблица 3):

- Серогруппа А: *S. dysenteriae* (15 серотипов, из них: *S. dysenteriae* серотип 1 - шигеллы Григорьева-Шиги (продуцирует Шиги-токсин); *S. dysenteriae* серотип 2 - шигеллы Штуцера - Шмитца; *S. dysenteriae* серотип 3-7 - шигеллы Ларджа - Сакса);
- Серогруппа В: *S. flexneri* (8 серотипов, из них: *S. flexneri* серотип 1-6 - *S. newcastle*; и 9 подсеротипов)
- Серогруппа С: *S. boydii* (19 серотипов)
- Серогруппа D: *S. sonnei* (серологически однородны)

Группы А-С физиологически подобны; *S. sonnei* может быть выделена на основании биохимических анализов метаболизма.

Таблица 3

Классификация бактерий рода *Shigella*

Серогруппа	Вид	Серотип	Подсеротип	Антигены		Сокращенная антигенная формула
				Типспецифические	групповые	
А	<i>S. dysenteriae</i>	1-15				
В	<i>S. flexneri</i>	1	1a	I	3,4	I:3,4
			1b		3,4 6	I:6
		2	2a	II	3,4	II:3,4
			2d		7,8	II:7,8
		3	3a	III	6 7,8	III:6 III:7,8
			3b		3,4 6 (7,8)	III:3,4 III:6
			3c		6	III:6
		4	4a	IV	3,4	IV:3,4
			4b		(3,4) 6	IV:6
		5		V	7,8	V:7,8
			X		7,8	VI:7,8
			Y		3,4	VI:3,4
С	<i>S. boydii</i>	1-19				
D	<i>S. sonnei</i>					

Общим и важнейшим свойством всех представителей рода *Shigella* является инвазивность - способность к внутриклеточному проникновению, размножению и паразитированию в клетках слизистой оболочки толстой кишки (преимущественно в дистальном отделе) и резидентных макрофагах собственной пластинки. Кроме инвазивности, шигеллы обладают колициногенностью - способностью синтезировать колицины - вещества, вызывающие гибель родственных видов бактерий (отсюда - колицинотипирование и колицинотип шигелл, например, *S. boydii* P-I продуцирует колицин S1, *S. sonnei* P-9 - колицин S3+ 1 и т.д.), а также продуцируют гиалуронидазу, фибринолизин и лецитиназу.

Различные виды шигелл резко отличаются по своим исходным биологическим свойствам, что, собственно, и определяет степень их вирулентности и патогенности для человека. Наиболее высокой вирулентностью обладают *S. dysenteriae 1*, продуцирующие не только эндотоксин, но и один из мощнейших экзотоксинов - Шиги-токсин, который необратимо ингибирует синтез белков рибосомами клеток кишечного эпителия, обладает свойствами энтеротоксина и нейротоксина. Предполагают, что Шиги-токсин способен разрушать эндотелий капилляров и вызывать ишемию в тканях кишечника, а следствием системной абсорбции этого экзотоксина может стать гемолитико-уремический синдром и тромботическая микроангиопатия.

Некоторые другие виды шигелл также способны продуцировать Шиги-подобные токсины, но с существенно более низкой активностью. Исключительно высокие вирулентные свойства *S. dysenteriae 1* определяют крайне низкую инфицирующую дозу Sd1: от нескольких до 200 жизнеспособных микробных клеток. Для других видов шигелл инфицирующая доза на один-два порядка выше.

Вирулентность *S. flexneri*, особенно *S. flexneri 2a*, довольно высока. Дефицит вирулентности *S. sonnei* компенсируют их высокая биохимическая активность и скорость размножения в инфицированном субстрате (салатах, винегретах, вареном мясе, фарше, вареной рыбе, молоке и молочных продуктах, фруктовых компотах и киселях). Для накопления инфицирующей дозы *S. sonnei* в молоке при комнатной температуре требуется от 8 до 24 ч. В жаркое время года эти сроки резко сокращаются и не превышают 1-3 часов (для детей). В процессе размножения *S. sonnei* в продуктах накапливается термостабильный эндотоксин, способный вызывать тяжёлые поражения при отрицательных результатах бактериологического исследования инфицированных пищевых продуктов. *S. sonnei* отличается высокая антагонистическая активность по отношению к сапрофитной и молочнокислой микрофлоре. Важная особенность шигелл Зонне - устойчивость к антибактериальным лекарственным средствам.

Шигеллы относительно устойчивы к факторам внешней среды и способны длительно сохраняться на предметах домашнего обихода, в воде сохраняют свою жизнеспособность до двух-трех недель (в частности, *S. flexneri* и *S. sonnei*), а в высушенном и замороженном состоянии — до нескольких месяцев. Высокие же температуры, наоборот, способствуют быстрой их гибели: при температуре выше 60°C - в течение 10 мин, а при кипячении - мгновенно. Высокую чувствительность шигеллы проявляют к дезинфицирующим средствам, ультрафиолетовым и прямым солнечным лучам, особенно *S. flexneri*. В последние годы выделяют терморезистентные штаммы *S. flexneri* и *S. sonnei* (способны выживать при 59°C).

4.2.2 Эпидемиология

Шигеллез относится к антропонозам с фекально-оральный механизм передачи возбудителя, реализующимся пищевым, водным и контактно-бытовым путем. Определённую роль в распространении инфекции играют насекомые-переносчики: мухи, тараканы.

Практическая реализация каждого из указанных путей передачи зависит от многих факторов и условий (вида шигелл, возраста больного, преморбидного фона и т. д.). Поскольку наибольшей вирулентностью обладают *S. dysenteriae 1*, именно для них в наибольшей степени характерен контактно-бытовой путь передачи инфекции, хотя этот путь может быть реализован и другими видами шигелл, особенно у детей, пожилых и ослабленных больных.

При групповых случаях заболеваний определенным видам шигелл соответствует свой, наиболее типичный путь передачи инфекции: контактно-бытовой путь - для группы А (*S. dysenteriae*), пищевой путь - для группы D (*S. sonnei*) и водный путь - для групп В (*S. flexneri*) и С (*S. boydii*).

В настоящее время распространение *S. flexneri* происходит преимущественно вторичным пищевым путём через разнообразные продукты питания: срабатывает хронический децентрализованный пищевой путь передачи, реализуемый без предварительного накопления шигелл, отличающихся высокой вирулентностью и крайне низкой инфицирующей дозой.

Описан половой путь передачи *S. sonnei* биотип *G*, впервые описанный во время вспышки шигеллеза среди гомосексуалистов одного из клубов Нового Южного Уэльса (Австралия) в январе-июле 2000 г.

Источником инфекции является больной шигеллезом и бактериовыделитель (транзиторный или хронический). Наибольшую эпидемическую опасность представляют больные легкой и стертой формами острого шигеллеза и реконвалесценты с длительным выделением шигелл, особенно по роду своей работы относящиеся к декретированной группе (работники, связанные с приготовлением пищи, хранением, транспортировкой и ее продажей; ЛПУ; образовательных учреждений всех видов и типов; водопроводных сооружений, связанные с подготовкой воды и обслуживанием водопроводных сетей и т.п.).

Эпидемическая роль реконвалесцентов и больных, выделяющих *S. flexneri*, несколько выше по сравнению с выделителями другого вида шигелл.

4.2.3 Патогенез

Шигеллы обладают достаточно выраженными вирулентными свойствами, вследствие чего заболевание может развиваться и при невысокой инфицирующей дозе (в отличие от других энтеропатогенных бактерий, например, сальмонелл и кишечных палочек). Благодаря относительной резистентности к действию желудочного сока и желчных кислот, шигеллы, не теряя своей вирулентности, проходят через желудочный барьер и проксимальные отделы тонкой кишки.

В патогенезе шигеллеза выделяют тонко- и толстокишечные фазы, степень выраженности которых определяет вариант течения заболевания.

У больных с типичным, колитическим, вариантом острой дизентерии, тонкокишечная фаза клинически вообще не манифестируется, и заболевание изначально проявляется поражением дистального отдела толстой кишки.

Тонкокишечная фаза обычно бывает непродолжительной и ограничивается двумя-тремя днями. Первичная транслокация шигелл через эпителиальный барьер осуществляется специализированными М-клетками, способными транспортировать как сами бактерии, так и их антигены в лимфатические образования кишки (фолликулы, пейеровы бляшки) с последующим их проникновением в эпителиальные клетки и резидентные макрофаги. Высвобождаемые в процессе транслокации шигелл токсические субстанции (экзо- и эндотоксины, энтеротоксины и т. д.) инициируют развитие синдрома интоксикации, который при шигеллезе всегда предшествует развитию диарейного синдрома.

Ключевым фактором вирулентности шигелл является их инвазивность. Посредством макроцитопиноза шигеллы проникают в цитоплазму эпителиальных клеток, где очень быстро лизируют фагосомальную мембрану, что приводит к повреждению клеток и их гибели. Последующее распространение шигелл происходит через базолатеральные мембраны эпителиальных клеток. Повреждение и разрушение эпителиальных клеток сопровождаются развитием воспалительной инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами собственной пластинки, формированием язв и эрозий слизистой оболочки толстой кишки, что клинически проявляется развитием диареи экссудативного типа. Способность к инвазии и внутриклеточному размножению шигелл кодируется генетическими механизмами, экспрессия которых происходит только в условиях *in vivo*. Несмотря на инвазивность, шигеллы не способны к глубокому распространению, в силу чего системной диссеминации возбудителя при шигеллезах, как правило, не происходит (за исключением *S. dysenteriae* 1, особенно при тяжелом и крайне тяжелом течении).

Токсины шигелл обладают выраженным энтеротропным действием и приводят в первую очередь к местным нарушениям со стороны толстой кишки:

- действует на нервный аппарат кишки рефлекторно изменяет крово- и лимфообращение в ней;
- действует на мейснеровские и ауэрбаховские сплетения, что приводит к появлению спазма кишки, болевого синдрома, учащенного стула.

Общее действие токсина заключается в:

- развитии интоксикационного синдрома, крайне степенью выраженности которого является развитие инфекционно-токсического шока;
- поражение ЦНС, что приводит к возникновению очагов возбуждения в центрах вегетативной иннервации в ганглиях брюшной полости и сегментах спинного мозга;
- угнетении симпато-адреналовой системы, развитии ваготонии, для которой свойственны гипотония вплоть до коллапса, и учащение дефекации;
- блокировании клеточного дыхания, окислительного фосфорилирования, нарушении углеводного, белкового, жирового обмена.

Моторика кишечника является важным защитным механизмом, ограничивающим и препятствующим прикреплению и инвазии шигелл к эпителиальным клеткам, что наглядно демонстрируют затягивание и утяжеление инфекционного процесса у лиц, получающих препараты, подавляющие моторику кишечника.

Наблюдаемые у больных с шигеллезами дисбиотические изменения в составе нормальной микрофлоры толстой кишки оказывают существенное влияние на скорость репарации слизистой в стадии реконвалесценции и восстановление функциональной активности кишечника.

4.2.4 Патоморфология дистального колита (проктосигмоидита)

- *Катаральный колит* – гиперемия и набухание слизистой толстой кишки, с наложением слизи. Наряду с участками измененной слизистой оболочки встречаются зоны без отчетливо видимых изменений. В просвете кишки содержатся полужидкие и кашицеобразные массы с большим количеством слизи и прожилками крови.
- *Катарально-геморрагический колит* - гиперемия, отек слизистой кишки с участками кровоизлияний, неровности слизистой в виде "отпечатков больших пальцев".
- *Катарально-эрозивный колит* – гиперемия, отек, мелкие эрозии в вершинах складок, мутная гнойная слизь, легкая контактная кровоточивость.
- *Фибринозный колит* – выраженный диффузный отек и гиперемия слизистой оболочки с пленчатыми наложениями (или в виде нежных хлопьев, легко отделяющихся от поверхности кишки (крупозное воспаление), либо более плотных шероховатых серых или серо-бурых с желтоватым или зеленоватым оттенком пленок, часто замещающих значительные участки слизистой оболочки, плотно фиксированных к стенке кишки (дифтеритическое воспаление, *дифтеритический колит*). На фоне резко выраженного полнокровия в сосудах кишки обнаруживаются свежие тромбы. При тяжелом течении возможно развитие *фибринозно-некротического, фибринозно-язвенного и флегмонозно-некротического колита*.
- *Эрозивно-язвенный колит* - выраженная гиперплазия солитарных фолликулов, с некрозом и гнойным расплавлением, дефекты слизистой оболочки кишки в виде эрозий и язв. Заживление язв происходит медленно.

Морфологические изменения в толстой кишке сохраняются от 1 до 3 месяцев, реже - до 6 месяцев, и зависят от тяжести, длительности и характера болезни.

4.3 Классификация и клиническая картина

4.3.1 Классификация шигеллеза

I. Согласно МКБ-10 различают шигеллез:

А03 Шигеллез
 А03.0 Шигеллез, вызванный *Shigella dysenteriae*
 А03.1 Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*
 А03.2 Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*
 А03.3 Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*
 А03.8 Другой шигеллез
 А03.9 Шигеллез неуточненный

II. По типу:

1. Типичные.
2. Атипичные: стертая; бессимптомная; транзиторное бактерионосительство.

III. По тяжести:

1. Легкая форма.
2. Среднетяжелая форма.
3. Тяжелая форма (с преобладанием симптомов токсикоза; с преобладанием местных нарушений).

IV. По течению:

А. По длительности:

1. Острое (до 1 мес).
Клинические варианты: колитический, гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический.
2. Затяжное (до 3 мес).
3. Хроническое (свыше 3 мес): непрерывное; рецидивирующее; длительное бактериовыделение при нормальном стуле.

Б. По характеру:

1. Гладкое.
2. Негладкое: с осложнениями; с обострениями и рецидивами; с наслоением вторичной инфекции; с обострением хронических заболеваний.

Таблица 4

Клиническая классификация шигеллеза (В.И. Покровский, Н.Д. Ющук, 1994, 1996)

Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения
Острый шигеллез	Колитический	легкое среднетяжелое тяжелое	острое, затяжное, стертое
	Гастроэнтероколитический	легкое среднетяжелое с обезвоживанием I–II степени тяжелое с обезвоживанием III–IV степени	
	Гастроэнтеритический	легкое среднетяжелое с обезвоживанием I–II степени тяжелое с обезвоживанием III–IV степени	
Хронический шигеллез			рецидивирующее, непрерывное

Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения
Бактерионосительство			субклиническое, реконвалесцентное

4.3.2 Клиническая картина шигеллеза

4.3.2.1 Колитический вариант является типичным (классическим) проявлением шигеллеза. *Инкубационный период* – от 1 до 7 дней (чаще 2-5 дней).

Продромальный период не характерен или проявляется легким ознобом, чувством дискомфорта в животе, головной болью.

Разгар болезни: острое начало, озноб, чувство жара, схваткообразные боли внизу живота или слева, в подвздошной области, иногда боли разлитого характера. Одновременно с болью – позывы на дефекацию, после дефекации кратковременное снижение интенсивности болей.

Испражнения сначала калового характера, затем объем их уменьшается до объема «ректального плевка», появляется слизь, затем кровь (в виде кровавых точек или прожилок). Появляются тенезмы (тянущая судорожная боль в ректальной области), ложные позывы на дефекацию (бесплодные позывы).

При манифестных формах шигеллеза наблюдается учащение стула от 3-5 раз до 10 раз с легким течением, до 20-30 раз в сутки и более при тяжелом течении шигеллеза. Дефекация, как правило, не приносит облегчения. Несмотря на многократность стула количество каловых масс, выделяемых больными за сутки, невелико и редко превышает 0,5-1 л. В первые часы стул довольно обильный, каловый, полужидкий или жидкий, часто слизистый. При его учащении испражнения теряют каловый характер. Стул состоит из густой, прозрачной слизи, к которой в дальнейшем присоединяются примесь крови, а позже и гноя («ректальный плевок»). Испражнения могут приобрести вид мясных помоев, в котором взвешены «саговые» комочки слизи. Явления гемоколита наблюдаются у 70-75% больных.

При дизентерии нарушаются функции всех отделов пищеварительного тракта. Угнетается слюноотделение, что обуславливает сухость во рту. Изменяется секреция желудочного сока - у большинства больных определяется пониженная кислотность до ахлоргидрии, падает протеолитическая активность желудочного содержимого, извращается моторика желудка. Нарушаются функции тонкого отдела кишечника, его моторика, секреция, страдают мембранный гидролиз и резорбция.

При пальпации органов брюшной полости определяется спазмированная, тонически напряженная толстая кишка, в более легких случаях лишь ее дистальный отдел - сигмовидная кишка. Последняя пальпируется в виде плотного инфильтрированного, малоподвижного, резко болезненного шнура. Часто пальпация усиливает спазм мышц кишечника и провоцирует позывы к дефекации

Интоксикация – лихорадка, повышение температуры тела от 37⁰С до максимальных цифр (38-40 С), держится на этом уровне от нескольких часов до 2-5 дней, снижается обычно по типу ускоренного лизиса, головная боль, слабость, апатия, анорексия, систолический шум, приглушенность тонов сердца, снижение АД, экстрасистолия. В самых тяжелых случаях может развиваться инфекционно-токсический шок.

Длительность течения неосложненного шигеллеза не превышает 5-10 дней.

Для нейротоксикоза, опережающего кишечную дисфункцию, характерны энцефалитический, менингеальный, менингоэнцефалитический и гипертермический (злокачественная гипертермия) синдромы.

Колитический вариант с легким течением болезни: изменения в гемограмме незначительны. При ректороманоскопии можно обнаружить катаральный или катарально-геморрагический проктосигмоидит и сфинктерит.

Колитический вариант со средней тяжестью течения: в гемограмме ускорение

СОЭ, умеренным лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз. При ректороманоскопии выявляется катарально-эрозивный проктосигмоидит.

При тяжелом течении колитического варианта дизентерии в крови выявляется лейкоцитоз или лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью в лейкоцитах. Иногда в случаях тяжелого течения появляются незначительная протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия. При тяжелом течении дизентерии Флекснера обнаруживают фибринозно-некротическое, фибринозно-язвенное и флегмонозно-некротическое поражение слизистой оболочки толстой кишки.

В периоде реконвалесценции происходят полное восстановление нарушенных функций органов и систем и освобождение организма от возбудителя. Однако, как показывают прижизненные морфологические исследования, анатомическое «выздоровление» задерживается и отстает от клинического на 2-3 недели. Поздняя госпитализация, неадекватная терапия, неблагоприятный преморбидный фон могут привести к переходу болезни в хроническую форму и чаще к развитию так называемых постдизентерийных состояний. Они проявляются функциональными нарушениями секреции, резорбции и моторики желудочно-кишечного тракта, астенией. В зависимости от тяжести и характера течения дизентерийного процесса клиническая картина может быть различной.

4.3.2.2 Гастроэнтероколитический, гастроэнтеритический варианты имеют черты ПТИ с коротким инкубационным периодом, бурным началом болезни. Основными синдромами в начале заболевания является гастроэнтерит, признаки дегидратации и интоксикации. В дальнейшем начинают доминировать симптомы энтероколита. Клинические проявления колита менее выражены.

4.3.2.3 Стертое течение шигеллеза регистрируется примерно в 10% случаев и характеризуется легким течением без типичного для шигеллеза симптомокомплекса. Колит кратковременный и слабо выражен. Встречается как при типичном, так и при атипичном варианте болезни. Больные чувствуют себя удовлетворительно, за медицинской помощью практически не обращаются. Испражнения полужидкие, без слизи и крови, не более 3-4 раз в день. Боли в животе незначительные и сохраняются в течение 1-2 дней. Температура тела нормальная, реже - субфебрильная. При пальпации живота отмечается болезненность, возможно, спазм нисходящего отдела толстой кишки. Диагноз чаще ставится на основании результата бактериологического исследования кала.

4.3.2.4 Субклиническое течение встречается относительно редко. Клинические симптомы болезни отсутствуют. Диагностируют, как правило, при обследовании по эпидпоказаниям. В испражнениях больного обнаруживают шигеллы, при копрологическом исследовании - повышенное количество лейкоцитов и слизи. При серологическом исследовании - динамика титра специфических антител. При ректороманоскопии изменения практически не выявляются, однако при исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки обнаруживают характерные для шигеллеза морфологические изменения.

4.3.2.5 Затяжное течение наблюдается при любом варианте шигеллезного процесса и встречается у 0,2-0,5% больных. Заболевание характеризуется сохранением симптомов обнаружением шигелл в кале более 2-ух недель при легкой форме болезни, более 3-х недель - при среднетяжелой и более 4-х недель, но менее 3-х месяцев - при тяжелой форме болезни. Возможны периодические ремиссии. Иногда затяжное течение проявляется длительным (1,5-3 мес) бактериовыделением с сохраняющимся затяжным поражением толстой кишки.

Затяжные формы острого шигеллеза, вызванного *S. flexneri 2a*, сопровождается, как правило, общим истощением со снижением иммунобиологической реактивности и тяжелым фибринозно-гнойным свей толстой кишки и дистального отдела тонкой кишки. Присоединение вторичной инфекции, в том числе, анаэробной, сопровождается гектической лихорадкой и глубокими язвами в кишке.

Прогностическим признаком затяжного течения шигеллеза является отсутствие или слабо выраженная иммуноморфологическая реакция в слизистой оболочке кишки при гистологическом и гистохимическом исследовании ее биоптата в разгар болезни.

4.3.2.6 Хронический шигеллез протекает в виде непрерывного или рецидивирующего течения более 3-х месяцев с периодами обострения (рецидивы) или виде вялотекущего, без выраженной интоксикации процесса. При ректороманоскопии выявляются не резко выраженные воспалительные и атрофические процессы. Развивается редко - после острого шигеллеза Флекснера в 2-5 % случаев, дизентерии Зонне - в 1 % случаев. Клинические проявления шигеллеза зависят от ряда факторов: вида возбудителя, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Обычно хронический шигеллез длится не более 1,5 - 2 лет.

При непрерывной форме хронического шигеллеза практически отсутствует ремиссия, патологический процесс неуклонно прогрессирует, состояние больного ухудшается. Симптомы общей интоксикации слабо выражены, в большей степени страдает нервно-психическая сфера (раздражительность, легкая возбудимость, плохой сон, потливость, лабильность вегетативных реакций и др.). Больные жалуются на озноб, субфебрилитет, дисфункцию кишечника, боли, вздутие и урчание в животе. Поносы отличаются упорством, стул до 5-6 раз в сутки, то жидкий, то оформленный, иногда с примесью слизи, гноя, реже - крови. Часто развивается дисбактериоз кишечника, анемия, гиповитаминоз. При ректороманоскопии обнаруживают полиморфные изменения слизистой оболочки толстой кишки, усиливающиеся во время обострений. Тотально в патологический процесс вовлекаются другие органы желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка, поджелудочная железа)

При рецидивном течении хронического шигеллеза обострения чередуются с периодами ремиссии, которые продолжаются от нескольких недель до 2-3 месяцев, иногда дольше. В период рецидива явления интоксикации и дисфункции кишечника выражены не так резко, как в остром периоде шигеллеза. Самочувствие больных существенно не нарушается, температура тела обычно нормальная, редко субфебрильная. Частота стула обычно не превышает 3-5 раз в сутки, кровь в испражнениях, как правило, отсутствует. В межрецидивный период состояние больных удовлетворительное. Стул может быть неустойчивым, особенно после приема обильной пищи, употребления молока, овощей, фруктов и физических нагрузок.

При бессимптомном течении хронического шигеллеза только при ректороманоскопии выявляются признаки хронического процесса в виде субатрофии слизистой. полипы, язвы, рубцы, эрозии, грануляции, рубцы и др.

4.3.2.7 Бактерионосительство представляет собой одну из форм инфекционного процесса, протекающего субклинически. Характерным отличием бактерионосительства от всех форм острой и хронической дизентерии является обнаружение шигелл в кале при отсутствии какой-либо дисфункции кишечника в период обследования и в течение предшествовавших ему 5-6 недель, максимум 3 месяца.

Диагноз бактерионосительства может быть поставлен на основании однократного выделения шигелл из кала пациента при отсутствии каких-либо клинических проявлений болезни, патологических изменений слизистой оболочки толстой кишки, отрицательных результатах иммунологического (РНГА) обследования в динамике и контрольного бактериологического исследования кала. При шигеллезе Зонне регистрируется в 24-25% случаев, шигеллезе Флекснера – в 6-7%.

Бактерионосителей следует четко отличать от:

- реконвалесцентов после перенесенной острой дизентерии с длительным последующим выделением шигелл, которое может затянуться до 2-4 недель, редко - дольше (реконвалесцентное бактерионосительство);
- больных острой дизентерией, протекающей в стертой форме;
- больных хронической дизентерией в стадии ремиссии.

При оформлении диагноза бактерионосительства дополнительно указывается вид

выделенного возбудителя, например, бактерионосительство *S. sonnei*.

4.3.2.8 Особенности клинического течения шигеллеза, вызванного разными штаммами

S. dysenteriae 1 вызывает тяжелое течение болезни с выраженной интоксикацией, тяжелым поражением кишечника и эксикозом. Дизентерия Григорьева-Шиги характеризуется острым началом, интенсивными схваткообразными болями в животе, ознобом, лихорадкой до 40⁰С, тенезмами. Стул в первые сутки болезни имеет каловый характер с видимой кровью, затем объем испражнений уменьшается, появляется примесь гноя. Возможно развитие ИТШ, сепсиса, гемолитико-уремического синдрома. Гиповолемический синдром развивается при обильном стуле и раннем присоединении рвоты.

В отношении клинических проявлений шигеллеза, вызванного *S. flexneri*, нет единого мнения. Большинство исследователей отмечают среднетяжелую и тяжелую форму болезни с развитием симптомов токсикоза и эксикоза и выраженным синдромом дистального колита. Так, шигеллез, вызванный *S. flexneri 2a*, *S. flexneri 3a*, чаще протекает тяжело, с резко выраженными интоксикационным и колитическим синдромами. Чаще развиваются ИТШ и поражение внутренних органов (пневмония, миокардит, токсический гепатит, нефрит, полиартрит). Пневмония, как наиболее частое осложнение шигеллеза, может иметь тяжелое прогрессирующее течение, приводящее к острой легочно-сердечной недостаточности. Могут наблюдаться такие грозные осложнения, свойственные дизентерии в прошлом, как выпотные и перфоративные перитониты, инвагинация, аррозивные желудочно-кишечные кровотечения, тромбоэндокардит, тромбоэмболия легочной артерии.

Проявления шигеллеза, вызванного *S. newcastle*, сходно с течением шигеллеза Флекснера.

Клиническое течение болезни, вызванной *S. sonnei*, чаще регистрируется у детей старшего возраста и нередко манифестирует в виде гастроэнтероколического варианта ПТИ с гладким течением, быстрой положительной динамикой и низкой летальностью. Много стертых форм и бактерионосительства.

Шигеллез Бойда напоминает шигеллез Зонне. Характерно легкое течение с незначительно выраженными симптомами интоксикации и колитическим синдромом.

4.3.2.9 У иммунокомпрометированных пациентов, больных шигеллезом, может отсутствовать выраженная лихорадка, но поражение толстой кишки носит, как правило, тотальный характер.

4.3.3 Прогноз течения и исхода шигеллеза

Течение и исход шигеллеза зависит от вида шигеллы, вызвавшей заболевание, состояния естественных факторов резистентности макроорганизма, связанное с образом жизни, питанием, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний, особенно алкоголизма, осложнений, своевременности и адекватности лечения. Состояние большинства больных улучшается в течение 48 часов, и полное выздоровление наступает через 7-10 дней (без осложнений).

В целом прогноз можно оценить как благоприятный при дизентерии Зонне, более серьезный - при дизентерии Флекснера и относительно неблагоприятный при дизентерии Григорьева - Шиги.

Летальность менее 1% среди пациентов, не относящихся к группе риска и не нуждающихся в стационарном лечении, и превышает 15% среди больных из групп риска, при поздно начатом лечении и неэффективности антимикробных препаратов.

К группе риска по тяжести течения и вероятности неблагоприятного исхода относятся:

- младенцы
- взрослые старше 50 лет
- дети, которых не вскармливают грудным молоком

- дети, недавно перенесшие корь
- истощенные дети и взрослые
- любой пациент с выраженными симптомами обезвоживания (судороги, обморок и др.), гипо- и гипертермией.

4.3.4 Осложнения шигеллеза

Наиболее высок риск развития осложнений у больных дизентерией, вызванной *S. dysenteriae* 1. Однако прослеживается отчетливая тенденция к увеличению тяжелых форм дизентерии Флекснера. К числу **наиболее тяжелых осложнений** относятся:

- инфекционно-токсический шок и смешанный шок (ИТШ + дегидратационный);
- прободение язв кишечника с развитием перитонита (от ограниченных серозно-фибринозных до разлитых гнойных форм), кишечным кровотечением;
- энцефалический синдром (синдром фатальной энцефалопатии или синдром *Ekiri*), который преимущественно развивается у детей и иммунокомпрометированных пациентов при дизентерии, обусловленной *S. sonnei*, *S. flexneri*;
- острая надпочечниковая недостаточность;
- бактериемия (выявляющаяся при дизентерии *S. dysenteriae* 1 в 8% случаев и крайне редко — при инфицировании другими видами шигелл у детей до года, ослабленных, истощенных и иммунокомпрометированных пациентов);
- гемолитико-уремический синдром (развивающийся через неделю от начала заболевания и характеризующийся микроангиопатической гемолитической анемией, тромбоцитопенией и острой почечной недостаточностью);
- острая сердечно-сосудистая недостаточность (при тяжелом течении);
- миокардит и тромбоэндокардит;
- отек легких и отек-набухание головного мозга;
- тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии;
- сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Поражение кишечника при шигеллезе может осложниться кишечным кровотечением, геморрагическим пропитыванием стенки подвздошной кишки, токсической дилатацией толстой кишки, парезом, непроходимостью и инвагинацией кишечника, пролапсом прямой кишки, образованием кишечных или кишечно-пузырных свищей, гангреной стенки кишки, периколитом, пери- и парапроктитом, трещинами анального сфинктера, рубцовым стенозированием кишки и др.

Могут развиваться осложнения, связанные с активизацией вторичной микрофлоры (пневмонии, отиты, восходящая инфекция мочевыводящих путей, абсцессы печени и др.).

К числу редких, но вероятных осложнений, относятся реактивный артрит и синдром Рейтера (около 2% заболевших, экспрессирующих HLA B27). В последние годы обсуждается возможная роль шигеллеза в формировании синдрома раздраженного кишечника.

4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика шигеллеза производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и лабораторных методов обследования и направлена на определение нозологической и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению. Необходимо выявить в анамнезе факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или требуют коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний или иных факторов.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие устойчивости возбудителя болезни к применяемым средствам лечения;
- 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 врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

4.5.1 Клинические критерии диагностики

Диагноз "Шигеллез" предполагается, если выявляются:

- симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела, недомогание, озноб, головная боль и др.);
- колитический синдром (боли внизу живота, спазм, инфильтрация и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы, ложные позывы, не каловый слизисто-кровянистый стул («ректальный плевок»));

4.5.2 Дифференциальная диагностика острого шигеллеза

Таблица 5

Клинические признаки вариантов течения шигеллеза

Клинические признаки	Клинический вариант		
	Колитический	Гастроэнтероколитический	Гастроэнтеритический
Инкубационный период	2-5 дней, редко до 7 дней	6-8 часов и менее.	6-8 часов и менее
Начало заболевания	Острое	Острое, бурное	Острое, бурное
Выраженность лихорадки	От 37,6 ⁰ до 39-40 ⁰ С	38-39 ⁰ С	39-40 ⁰ С
Длительность лихорадки	До 2 суток -при легкой степени тяжести, 2-3 дня – при средней степени тяжести, 3-4 дня - при тяжелой	2-3 дня	3-4 дня
Интоксикация	Выражена, при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести	Выраженная	Выраженная
Рвота	Тошнота, рвота 1-2 раза в сутки, при тяжелом течении - чаще	Тошнота, многократная рвота	Тошнота, многократная рвота
Боли в животе	Схваткообразные боли внизу живота, больше слева	Схваткообразные диффузные боли в животе, болезненность в проекции сигмы редко	Боли в эпигастрии, околопупочной области постоянные или схваткообразные
Тенезмы, ложные позывы	Часто	Редко	Очень редко
Характер стула	Испражнения скудные («ректальный плевок» со слизью, прожилки крови)	Обильные жидкие, светло-желтые или зеленые	Обильный водянистый с примесью слизи

Кратность стула	От 3-5 раз до 30 раз и более при тяжелом течении	До 10 раз в сутки	10 и более раз
Обезвоживание	Нет	Развивается	Часто
Этиология	Чаще <i>S. flexneri</i>	Чаще <i>S. sonnei</i>	Чаще <i>S. sonnei</i> , реже - <i>S. flexneri</i>

При проведении дифференциальной диагностики в первую очередь необходимо исключить другие острые кишечные инфекционные заболевания, для которых типично развитие экссудативной диареи (эшерихиоз, вызванный энтероинвазивными штаммами; сальмонеллез; иерсиниоз; кампилобактериоз и др.).

Таблица 6

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с другими острыми диарейными инфекциями

Заболевание	Отличительные признаки
1. Сальмонеллез (гастро-интестинальная форма)	<ul style="list-style-type: none"> – более короткий инкубационный период; – более бурное начало заболевания без продромального периода; – меньшая продолжительность острого периода болезни; – повторная обильная рвота, водянистый обильный стул зеленоватого цвета с резким зловонным запахом без примеси крови (гастроэнтеритический вариант); – энтеритический характер стула сохраняется на протяжении всего периода болезни кровь, не уменьшаясь значительно в объеме, могут появиться патологические признаки; – выделение сальмонелл из испражнений, рвотных масс.
2. Кампилобактериоз	<ul style="list-style-type: none"> – стул обильный, водянистый; – тенезмы и ложные позывы на дефекацию встречаются редко; – увеличение печени; – выделение кампилобактеров из испражнений.
3. Ротавирусный гастроэнтерит	<ul style="list-style-type: none"> – боль в эпигастральной и умбиликальной областях; – нет спазма и болезненности сигмовидной кишки; – стул обильный, водянистый, желтого цвета, пенистый, с резким запахом, без патологических примесей; – гиперемия и зернистость слизистой оболочки мягкого неба; – инъекция сосудов склер; – лейкопения (или норма), лимфоцитоз.
4. Иерсиниоз (гастроинтестинальная форма)	<ul style="list-style-type: none"> – катаральные явления; – артралгии, миалгии; – «малиновый» язык; – сыпь, шелушение кожи кистей и стоп; – полиаденопатия; – гепатомегалия.

Заболевание	Отличительные признаки
5. Холера	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие лихорадки (нормо- или гипотермия); – рвота многократная, водянистая, не приносящая облегчения, появляется позже диареи; – боли в животе не характерны; – пальпация живота безболезненная; – урчание в животе звучное, постоянное – дефекация безболезненная; – кал водянистый, обильный, без запаха или с запахом сырой рыбы, обесцвеченный, цвета рисового отвара; – дегидратация развивается быстро, вплоть до алгида
6. Лямблиоз	<ul style="list-style-type: none"> – признаки общей интоксикации отсутствуют; – преимущественно поражается тонкая кишка, ведущий синдром - энтерит с обильным жидким пенистым стулом зеленого цвета с резким запахом. В последующем может вовлекаться толстая кишка. – боли слабые, локализуются в верхней половине живота; – волнообразное течение, склонность к рецидивам; – обнаружение вегетативных форм лямблий в дуоденальном содержимом.
7. Амебиаз	<ul style="list-style-type: none"> – постепенное начало; – склонность к волнообразному, затяжному и хроническому течению; – боль в животе, больше справа; – утолщение слепой кишки; – кровь и слизь перемешаны с калом (стул в виде «малинового желе»); – увеличение печени; – похудание, астенический синдром; – анемия; – эозинофилия; – пребывание в тропиках и субтропиках, среднеазиатском регионе.
8. Балантидиаз	<ul style="list-style-type: none"> – волнообразное течение, склонное к переходу в хроническое; – стул обильный каловый, водянистой консистенции, серовато-зеленого цвета; – вздутие преимущественно правой половины живота; – потеря веса, гепатолиенальный синдром; – анемия, эозинофилия, увеличение СОЭ; – при ректоскопии обнаруживаются белые рыхлые налеты на слизистой кишки, очаговые изменения в виде инфильтратов и своеобразных язв, относительно глубоких, округлой формы, с подрывными инфильтрированными краями на фоне неизменной слизистой; – профессиональная деятельность (свиноводство); – обнаружение балантидий в материале, полученном при ректороманоскопии из очагов поражения слизистой оболочки (не позднее 15 - 20 минут после дефекации).

Заболевание	Отличительные признаки
9. Кишечный шистосомоз	<ul style="list-style-type: none"> – обычно начинается с появления дерматита и эозинофильных инфильтратов в легких; – через 6 - 8 недель появляются симптомы колита; – длительное течение, лихорадка; – кашель с мокротой, одышка; – гепатолиенальный синдром; – портальная гипертензия; – эозинофилия; – пребывание в тропическом и субтропическом поясах, контакты с водоемами со стоячей водой.

Под маской шигеллеза могут дебютировать такие заболевания, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, тромбоз мезентеральных сосудов и др.

Таблица 7

Дифференциальная диагностика острого шигеллеза с хирургическими и некоторыми другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Заболевание	Отличительные признаки
1. Острый аппендицит (может сопутствовать острому шигеллезу)	<ul style="list-style-type: none"> – начало болезни с появления сильных болей в нижней части живот; – боль в животе предшествует повышению температуры и расстройству стула, постоянная; – может появиться кашицеобразный стул без патологических примесей, однако его частота и характер не меняются; – есть аппендикулярные симптомы и нарастают симптомы раздражения брюшины; – лейкоцитоз в пределах $10,0-20,0 \times 10^9/\text{л}$ с тенденцией к нарастанию.
2. Острая непроходимость кишечника	<ul style="list-style-type: none"> – смена схваткообразных болей постоянными разлитыми; – задержка стула и газов после отхождения остаточного стула; – вздутие живота, напряжение брюшной стенки; – задержка стула и газов, вздутие живота; – усиленная перистальтика; – температура тела в начале болезни нормальная, повышается при развитии перитонита; – характерные данные при обзорной R-графии брюшной полости (горизонтальные уровни в тонкой кишке); – быстрое ухудшение состояния больного.
3. Дивертикулит	<ul style="list-style-type: none"> – тянущая боль внизу живота, чаще слева; – чередование поноса и запора; – в кале может появиться кровь; – чаще у женщин; – незначительное повышение температуры; – при развитии кровотечения в каловых массах появляются кровяные сгустки, вследствие чего стул приобретает черный цвет.

Заболевание	Отличительные признаки
4. Тромбоз мезентеральных сосудов	<ul style="list-style-type: none"> – возникает обычно в возрасте старше 40–50 лет, при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы; – сильная (невыносимая), постоянная боль в животе без определенной локализации, быстро нарастает; – нет спазма и болезненности сигмовидной кишки; – ослабление, затем исчезновение перистальтики; – ложные позывы и тенезмы отсутствуют, в стуле нет слизи или ее мало; – несоответствие тяжести общего состояния больного и выраженности болевых ощущений со скудными данными физического обследования живота; – прогрессирующее ухудшение состояния больного.
5. Неспецифический язвенный колит	<ul style="list-style-type: none"> – постепенное начало с появления слабости и чувства дискомфорта, затем - вздутие живота, слабые боли и непереносимость молока ; – сначала появление примеси крови в оформленном кале, затем кал кашицеобразный с примесью слизи, часто - крови и гноя, в различных соотношениях; – похудание, лихорадка, синдром анемии; – увеличение печени, селезенки; – значительное и длительное ускорение СОЭ; – ректороманоскопия выявляет обширные эрозивно-язвенные изменения и резко выраженную контактную кровоточивость слизистой оболочки кишки; – при рентгенологическом исследовании: ригидность кишки, грубая зазубренность контуров, их нечеткость, исчезновение гаустр, пятнистый рельеф; – отсутствие эффекта от антибактериальной терапии.
6. Рак прямой кишки и сигмовидной кишки	<ul style="list-style-type: none"> – чаще у больных в возрасте старше 50 лет; – постепенное, в течение длительного времени, нарастание симптомов заболевания; – частый скудный кашицеобразный стул с примесью большого количества слизи, крови, гноя; – чувство неполного опорожнения кишечника, затруднение акта дефекации; – чередование запоров и поносов; – боль в животе постоянная, соответствующая локализации опухоли; – ограничение подвижности сигмовидной кишки; – изменение лейкоцитарной формулы и ускорение СОЭ.
7. Отравление солями тяжелых металлов (ртуть, свинец и их соли)	<ul style="list-style-type: none"> – наряду с желудочно-кишечными расстройствами (схваткообразные боли в животе, повторная рвота, кровянистый стул) отмечаются поражения других органов и систем (ЦНС, печень, почки, кровь); – контакт с тяжелыми металлами в анамнезе.

4.5.3 Критерии оценки тяжести течения шигеллеза

Критерием тяжести шигеллеза является степень выраженности:

- синдрома интоксикации;

- местных изменений;
- синдрома обезвоживания.

Таблица 8

Оценка тяжести токсикоза при шигеллезе

Признак	Степень токсикоза		
	I	II	III
ЦНС	Ирритативное нарушение сознания, сопор	Кома I-II степени, судороги	Кома II-III степени, серия судорожных припадков, отсутствие эффекта от повторного введения противосудорожных средств
Кожа, слизистые оболочки	Бледная, пепельно-цианотичная окраска только губ и ногтевых лож	Бледная, цианоз слизистых оболочек	Серо-цианотичная, «мраморность», симптом «белого пятна» *
Температура тела	Гипертермия до 39-39,5 °С, соотношение кожной и ректальной температуры в норме	Гипертермия до 40°С, уменьшается разница между кожной и ректальной температурой	Неуправляемая гипертермия или, чаще, гипотермия
Пульс	Умеренная тахикардия	Выраженная тахикардия	Относительная брадикардия
Артериальное давление	Повышено систолическое	Понижено (максимальное ниже 70 мм рт. ст.)	Понижено (максимальное ниже 70 мм рт. ст.)
Частота дыхания	Тахипноэ	Тахипноэ	Брадипноэ, патологические типы дыхания
Живот	Парез кишечника I степени	Парез кишечника II степени	Парез кишечника III степени
Размеры печени и селезенки	В пределах нормы или увеличены в размерах незначительно	Увеличены в размерах	Значительно увеличены в размерах
Диурез	Олигурия	Олигоанурия	Анурия, гемолитико-уремический синдром
Кислотно-основное состояние	pH в норме; BE не ниже 7 ммоль/л; латентный ацидоз	pH 7,25; BE 11 ммоль/л; смешанный ацидоз	pH 7,08-7,14; BE ниже 11 ммоль/л; декомпенсированный смешанный ацидоз
ДВС-синдром	I степень - гиперкоагуляция	II степень - появление экхимозов на слизистых оболочках, коже	III степень - гипокоагуляция, паренхиматозные кровотечения

* Симптом «белого пятна» ориентировочно позволяет судить о нарушении микроциркуляции: на месте давления пальцем наблюдается побеление кожи, которое через 4-6 с исчезает (при отрицательном симптоме).

Таблица 9

Клинико-лабораторная характеристика форм тяжести колитического варианта острого шигеллеза

Клинические	Легкая форма	Среднетяжелая	Тяжелая форма
-------------	--------------	---------------	---------------

симптомы		форма	
Температура	Субфебрильная или нормальная	38-39 ⁰ С в течение 2-5 дней	Выше 39 ⁰ С
Поражение ЖКТ	Снижение аппетита. Небольшие диффузные боли в животе. Сигмовидная кишка умеренно уплотнена и болезненна при пальпации. Стул каловый с примесью слизи, 3-5, но не более 10 раз в сутки.	Сильные, схваткообразные боли в животе с преимущественной локализацией в левой подвздошной области. Ложные позывы. Отчетливое уплотнение и болезненность сигмовидной кишки при пальпации. Стул каловый с примесью слизи и прожилок крови или бескаловый слизисто-кровянистый, 10-20 раз в сутки.	Мучительные боли в нижней части живота и прямой кишке, связанные с дефекацией. Резкий спазм и болезненность различных отделов толстой и, особенно, сигмовидной кишки. Возможен парез кишечника. Стул скудный бескаловый, слизисто-кровянистый с примесью гноя, 25 - 30 раз в сутки.
Микроскопия кала	Эритроциты, лейкоциты 15-25 в поле зрения	Эритроциты и более 30-40 лейкоцитов в поле зрения	Эритроциты и лейкоцитов покрывают все поле зрения
Поражение сердечно-сосудистой системы	Не выражены	Нестойкая относительная тахикардия. Снижение максимального АД до уровня 100 мм рт. ст. Уменьшение величины пульсового давления. Головокружение. Бледность кожных покровов.	Абсолютная, постоянная тахикардия. Систолическое давление ниже 80 мм рт. ст. Пульсовое давление менее 25 - 30 мм рт. ст. Одышка. Цианоз кожных покровов.
Поражение ЦНС	Слабость	Слабость	Резкая слабость. Апатия. Расстройство сна, головная боль, судороги. Икота.
Изменения в крови	У 1/3 больных умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево	Обычно лейкоцитоз с отчетливым сдвигом влево	Выраженный лейкоцитоз, резкий сдвиг влево. Ускорение СОЭ
Изменение слизистой	Диффузное катаральное воспаление. Диффузное	Диффузное катаральное	Диффузное катаральное

дистального отдела толстой кишки	катаральное воспаление	воспаление. Характерно наличие очаговых изменений (геморрагий, эрозий, язв).	воспаление. Обязательно наличие очаговых изменений. Фибринозное воспаление.
Сроки наступления морфологической репарации слизистой кишечника	Конец второй, начало третьей недели от начала болезни	4-5-ая неделя от начала болезни	Не ранее 4-6 недель от начала болезни.

4.6 Эпидемиологическая диагностика

Эпидемиологические критерии диагностики шигеллеза:

1. Пребывание в очаге острого диарейного заболевания, инкубационный период которого соответствует инкубационному периоду шигеллеза;
2. Употребления воды из открытых водоемов, изменение органолептических свойств водопроводной воды или наличие "водной" вспышки шигеллеза;
3. Сроки и условия хранения употребленных в пищу молочных продуктов или наличие "пищевой" вспышки шигеллеза;
4. Соблюдение правил личной гигиены;
5. Сезонность (весенне-летний период в умеренном климате).

Таблица 10

Возможные пути и факторы передачи возбудителя шигеллеза в анамнезе

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Водный	Употребление водопроводной воды, контаминированной канализационными водами	С
Пищевой	Употребление контаминированных продуктов питания, в основном, молочных.	С
Контактно-бытовой	Через загрязненные предметы обихода, грязные руки	В

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

4.7 Лабораторная диагностика

Общие лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, умеренное ускорение СОЭ.
2. Общий анализ мочи – при тяжелом течении: незначительная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.
3. Биохимический анализ крови – повышение амилазы, мочевины, электролитные нарушения (гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия).
4. КЩС крови.

4.8 Инструментальные методы исследования

1. Ректороманоскопия
2. Колонофиброскопия
3. Эзофагогастродуоденоскопия
4. УЗИ органов брюшной полости
5. Рентгенологические методы исследования.
6. ЭКГ

Диагностическая ценность эндоскопических методов исследования толстой кишки (ректороманоскопия, фиброколоноскопия) у больных с подозрением на шигеллез ограничена. Полученная при их проведении информация позволяет:

- объективно оценить характер поражения слизистой оболочки толстой кишки;
- проводить дифференциальную диагностику;
- контролировать эффективность выбранной тактики лечения.

Ректороманоскопия проводится также лицам декретированной группы по окончании лечения для контроля за выздоровлением. Ректороманоскопия может проводиться врачом-инфекционистом КИЗ поликлиники.

Эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, рентгенологические методы исследования используются с дифференциально-диагностической целью.

4.9 Специальные методы исследования

1. Бактериологическое исследование кала, промывных вод желудка, рвотных масс (в ранние сроки болезни, до начала этиотропной терапии).
2. Выделение гемокультуры (при шигеллезе Григорьева-Шиги).
3. Экспресс-диагностика (РЛА, ИФА, ПЦР, РКоА, РИФ, РАГА и др.).
4. Серологические методы исследования (РПГА, РНГА, ИФА).
5. Копрологическое исследование (вспомогательный метод) позволяет обнаружить повышенное содержание нейтрофилов, эритроциты и слизь в мазке.
6. Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Специфическая диагностика шигеллеза основана на выделении и идентификации шигелл из испражнений больного и проведения серологических и/или иммунологических исследований, направленных на обнаружение антигенов шигелл или антител к ним. Без лабораторного подтверждения диагноз дизентерии может быть установлен только при типичной клинической картине.

Подтверждение клинического диагноза шигеллеза осуществляется преимущественно бактериологическим методом. Посев испражнений производится в возможно более ранние сроки от начала заболевания до начала этиотропной терапии на питательные среды Плоскирева, Левина. Для посева используют свежевыделенные фекалии, в которых наибольшее количество возбудителя сосредоточено в слизисто-гнойных комочках. Предварительный результат на 2 день, окончательный – на 4-5 день. Получение отрицательного результата не является основанием для снятия клинического диагноза, так как высев шигеллы высеваются в 20-90% случаев и зависит от сроков обследования, правила забора материала, квалификации врача-бактериолога, правильности выбора сред и др. Наиболее часто шигеллы удается высеять в первые три дня от начала болезни и прямом посеве фекалий у постели больного. При необходимости определяют чувствительность к антибиотикам.

Методы экспресс-диагностики позволяют обнаружить антигены шигелл и их токсины в слюне, моче, копрофильtrate и крови. Чувствительность - 89,7%, диагностическая информативность - 94,1%.

Серологические методы используются для диагностики шигеллеза при отрицательных результатах бактериологического исследования и для эпидобследований. *Не используются для ранней диагностики.* Позволяют обнаружить специфические антитела в крови больного (суммарные или IgM, G к различным видам *Shigella*). Диагностическим достоверным показателем является 4-х и более кратная динамика (повышение или снижение) титра специфических антител в крови больного при исследовании в парных сыворотках (первая проба крови забирается у больного на 6-8 день болезни, вторая - через 10 дней по-

сле первой). Однократное серологическое исследование крови больных не имеет диагностического значения, т.к. не позволяет дифференцировать острый процесс от других форм течения шигеллеза.

Таблица 11

Алгоритм обследования больных в зависимости от сроков и клинических проявлений шигеллеза

Методы исследования	Примечания
Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на RW, ВИЧ, глюкозу крови, копрология, микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Всем пациентам до начала лечения. после лечения - ОАК, ОАМ
Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , общий белок	Всем пациентам до начала и по окончании лечения
Бактериологическое исследование крови: на гемокультуру Sd1, тифо-паратифозную группу, стерильность, облигатные анаэробные микроорганизмы. Антибиотикограмма	Пациентам при подозрении на шигеллез Григорьева-Шиги. Не ранее чем через 2 дня по окончании этиотропной терапии у больных с подтвержденной дизентерией Григорьева-Шиги.
Бактериологическое исследование кала на шигеллы (<i>Shigella spp.</i>), сальмонеллы (<i>Salmonella spp.</i>), кампилобактерии (<i>Campylobacter spp.</i>), тифо-паратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>), аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; по показаниям - на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>), холерный вибрион (<i>Vibrio spp.</i>), клостридии (<i>Clostridium spp.</i>) и др. Антибиотикограмма.	Всем пациентам до начала лечения. У пациентов с подтвержденным диагнозом дизентерии - однократное исследование кала на шигеллы не ранее чем через 2 дня после окончания этиотропного лечения. Все работники питания и приравненные к ним - двукратно.
Бактериологическое исследование: рвотные массы и/или промывные воды желудка на шигеллы (<i>Shigella spp.</i>), сальмонеллы (<i>Salmonella spp.</i>), кампилобактерии (<i>Campylobacter spp.</i>) и др. Антибиотикограмма.	При наличии гастритического синдрома до начала этиотропной терапии
Серологическое исследование сыворотки крови: РНГА (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумами, для определения антител к <i>Salmonella enterica</i>	При отрицательных результатах бактериологических исследований на шигеллы, методом парных сывороток
Серологическое исследование сыворотки крови методом ИФА для определения антител IgM, G к <i>Shigella boudii</i> , <i>Shigella dysenteriae</i> , <i>Shigella sonnei</i> , <i>Shigella flexneri</i>	При отрицательных результатах бактериологических исследований на шигеллы

4.10 Обоснование и формулировка диагноза

В формулировке диагноза «Шигеллез» указывают форму болезни, вид выделенного возбудителя, клинический вариант, тяжесть течения, длительность и характер течения. При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание

Например, острый шигеллез, вызванный *S. flexneri*, колитический вариант, среднетяжелая форма.

шигеллез, вызванный *S. sonnei*, энтероколитический вариант, среднетяжелая форма, затяжное рецидивирующее течение.

При оформлении диагноза бактерионосительства дополнительно указывается вид выделенного возбудителя, например, бактерионосительство *S. sonnei*.

В обосновании указывают эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден шигеллез.

Определение случая шигеллеза

1. Клинические критерии шигеллеза:

Заболевание различной степени тяжести, протекающее с диареей, лихорадкой, тошнотой, судорогами и тенезмами. Бывает бессимптомное течение.

2. Лабораторные критерии:

Выделение шигелл из клинических проб.

Классификация случая:

Вероятный — клинически похожее заболевание, имеющее эпидемическую связь с подтвержденным случаем.

Подтвержденный — лабораторно подтвержденный случай.

4.11 Лечение шигеллеза

4.11.1 Общие подходы к лечению больных шигеллезом

Лечение больных дизентерией может осуществляться не только в условиях специализированного инфекционного отделения, но и амбулаторно, что определяется клиническими и эпидемиологическими показаниями.

Госпитализации в инфекционные отделения медицинских учреждений или инфекционные стационары подлежат лица:

- относящиеся к группе риска (младенцы, взрослые старше 50 лет и др.);
- переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме;
- при развитии осложнений болезни;
- с затяжным и хроническим течением шигеллеза в периоды обострения и страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями;
- декретированных групп (работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные);
- при угрозе распространения инфекции по месту жительства больного.

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

Принципы лечения больных шигеллезом предусматривают решение следующих задач:

- купирование острых приступов болезни;
- профилактика обострений, ближайших рецидивов и остаточных явлений;
- долечивание остаточных явлений шигеллеза;
- профилактика отдаленных рецидивов.

На выбор тактики лечения оказывают влияние факторы:

- период болезни;
- тяжесть состояния;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения тактики лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

4.11.2 Методы лечения

Лечение больных острой дизентерией должно быть комплексным и проводиться в нескольких направлениях:

- охранительный режим;
- тщательный гигиенический уход со стороны медицинского персонала за больными, находящимися в тяжелом состоянии;
- лечебное питание;
- воздействие на возбудителя;
- дезинтоксикация и восстановление гомеостаза;
- ликвидация структурно-функциональных изменений желудочно-кишечного тракта.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- средства патогенетической терапии;
- средства симптоматической терапии.

Учитывая характер поражения слизистой кишки, пациенты с дизентерией, особенно в острый период болезни, нуждаются в строгом соблюдении лечебного питания. Больным назначают щадящую диету. Из рациона полностью исключают продукты и блюда, оказывающие механическое и химическое раздражение желудочно-кишечного тракта (молоко, консервы, копчености, острые и пряные блюда, сырые овощи и фрукты). Пища должна приниматься дробно, 4–6 раз в сутки.

В остром периоде назначается стол № 4 по Певзнеру. Рекомендуются слизистые супы, блюда из измельченного или протертого мяса, отварная нежирная рыба, омлет, каши, творог. Пищу надо принимать каждые 3–4 часа, она не должна быть обильной. Показано использование тертых сырых яблок. Сроки применения диеты индивидуальны и определяются состоянием и самочувствием больного. Расширение диеты можно начинать с 2–5-го дня после купирования диареи назначением стола № 2. Расширение диеты осуществляют постепенно, в течение 2-3 месяцев, только по мере выздоровления больного и репарации слизистой кишки.

Таблица 12

Примерное суточное меню для больного острым шигеллезом

В острый период болезни до нормализации стула	
Завтрак	Паровое творожное суфле. Вареное яйцо – 1 шт. Какао на воде. Сахар. Неострый сыр. Хлеб пшеничный вчерашний.
Обед	Суп на слабом обезжиренном бульоне с фрикадельками. Паровые рыбные котлеты с картофельным пюре. Кисель из спелых груш. Хлеб пшеничный вчерашний.
Полдник	Отвар шиповника. Сухари.
Ужин	Рулет картофельный с мясом. Чай. Сахар. Сухое печенье. Хлеб пшеничный вчерашний.
После нормализации стула	

Завтрак:	Рисовая каша на воде с добавлением 1/3 молока. Мягкий творог. Кофе некрепкий. Сахар. Масло сливочное (10 г). Хлеб пшеничный.
Обед:	Вермишелевый суп на слабом обезжиренном мясном бульоне. Отварная нежирная говядина с отварной цветной капустой. Компот из сухофруктов. Хлеб пшеничный.
Полдник:	Тертые сырые яблоки.
Ужин:	Отварная рыба с картофельным пюре. Вымоченная сельдь. Чай. Сахар. Ватрушка с творогом. Хлеб пшеничный.

Общие принципы этиотропной терапии шигеллеза

- этиотропное лечение больных следует назначать после установления клинического (клинико-эпидемиологического) диагноза;
- антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам;
- выбор антимикробного препарата и схема его применения у больных шигеллезом определяются вариантом и тяжестью течения болезни.
- при гастроэнтеритическом варианте шигеллеза антимикробная терапия не показана;
- больным гастроэнтероколитической формой дизентерии назначение этиотропных препаратов не обязательно, если в клинической картине болезни преобладают синдромы гастрита и энтерита.
- комбинированная антибактериальная терапия применяется только для лечения больных с тяжелым течением шигеллеза (фторхинолоны и аминогликозиды; цефалоспорины и аминогликозиды);
- лечение больных хронической дизентерией должно быть комплексным, этапным. Тактика лечения строится в зависимости от срока заболевания и от вовлечения в процесс других органов и систем желудочно-кишечного тракта.
- длительность курса антибактериальной терапии при среднетяжелой форме шигеллеза, как правило, в пределах 5 дней, тяжелой - 5-7 дней.

Перечень лекарственных препаратов, используемых для лечения шигеллеза и зарегистрированных на территории Российской Федерации

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень доказательности
Фторхинолоны (J01MA)	<i>Ципрофлоксацин</i> <i>Офлоксацин</i> <i>Норфлоксацин</i>	Среднетяжелое и тяжелое течение	1++
Производные налидиксовой кислоты (J01MB)	<i>Невиграмон</i>	Легкое и среднетяжелое течение	1++
Производные нитрофурана (G01AX)	<i>Фуразолидон</i> <i>Нифуроксазин</i>	Легкое и среднетяжелое течение	1++

Цефалоспорины II поколения	<i>Цефамандол</i> <i>Цефамандол нафат</i> <i>стерильный</i>	Среднетяжелое и тяжелое течение	1+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	<i>Цефтриаксон</i> <i>Цефотаксим</i>	При среднетяжелом и тяжелом течении, лекарственной аллергии на другие антибиотики, отсутствии эффекта при использовании антибиотиков других групп	1++
Аминогликозиды (J01GB)	<i>Гентамицин</i>	Тяжелое течение в составе комбинированной терапии	1++
Сульфаниламиды (J01EE)	<i>Сульфаметоксазол +</i> <i>Триметоприм</i>	В комплексном лечении при легком и среднетяжелом течении, аллергии на антибиотики, отсутствии эффекта при лечении другими средствами	1+
Регидратирующие солевые препараты для перорального применения (A07CA)	<i>Декстроза + Калия</i> <i>хлорид + Натрия</i> <i>хлорид + Натрия</i> <i>цитрат</i>	Нарушение водно-электролитного баланса, интоксикация	2++
Растворы влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	<i>Трисоль</i> <i>Квартасоль</i>	Нарушение водно-электролитного баланса, интоксикация.	2++
Терапевтические препараты другие (V03A)	<i>Бактериофаг</i> <i>дизентерийный</i> <i>Интести-</i> <i>бактериофаг жидкий</i>	Легкое течение. Среднетяжелое течение (кроме <i>Sd1</i>) в комбинации с препаратами этиотропной терапий.	2+
Адсорбирующие кишечные препараты другие (A07BC)	<i>Смектит</i> <i>диоктаэдрический</i>	Противодиарейное средство, адсорбент	1+
Папаверин и его производные (A03AD)	<i>Дротаверин</i>	Спазм толстой кишки, болевой синдром	1++
Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры	<i>Бифидобактерии</i> <i>бифидум +</i> <i>Кишечные палочки</i> <i>Хилак-форте</i> <i>Бификол</i> <i>Линекс</i> <i>Бифидумбактерин</i>	Для профилактики дисбиоза кишечника на фоне антибактериальной терапии. Коррекция микробиоценоза в периоде реконвалесценции	1+

(A07FA)			
Препараты, способствующие пищеварению, включая ферментные препараты (A09AA)	<i>Панкреатин</i>	В составе комбинированной терапии дисфункции ЖКТ	1+
Витамины (A11)	<i>Витамин B1 Витамин B6 Аскорбиновая кислота (Витамин C)</i>	При интоксикации, геморрагическом синдроме (кровотечениях)	2+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	<i>Ибупрофен</i>	При повышении температуры более 39,0°C. Вспомогательное средство	1+
Производные уксусной кислоты и родственные соединения (M01AB)	<i>Диклофенак</i>	При повышении температуры более 39,0°C, болевом синдроме. Вспомогательное средство	1
Прочие нестероидные противовоспалительные препараты (M01AX)	<i>Нимесулид</i>	Для лечения осложнений (артрит, миокардит и др.)	1+

4.11.3 Рекомендуемые ВОЗ схемы антимикробных препаратов для лечения шигеллеза, в том числе вызванного *Shigella dysenteriae* (уровень доказательности 1++)

Антимикробное средство	Схема лечения	Ограничения
<i>Препараты первой линии</i>		
<i>Ципрофлоксацин</i>	500 мг 2 раза в сут, в течение 3 дней, перорально	
<i>Препараты второй линии</i>		
<i>Пивмециллин</i> *	100 мг 4 раза в сут, перорально, в течение 5 дней	Высокая стоимость Многочасовой прием в сутки Отсутствие детской дозировки Быстрое развитие резистентности
<i>Цефтриаксон</i>	1-2 г в сутки, однократно, парентерально, в течение 2-5 дней	Парентеральное введение
<i>Азитромицин</i>	1-1,5 г в сутки, однократно, в течение 1-5 дней, перорально	Относительно высокая стоимость Быстрое развитие резистентности Низкая подавляющая концентрация препарата в крови

* - Не внесен в Государственный реестр лекарственных средств РФ по состоянию на 04.02.2015.

4.11.4 Ориентировочная лечебная тактика врача-инфекциониста в РФ при острым шигеллезе

- Режим - постельный, при легком - палатный.
- Назначение адекватного питания в зависимости от клинических проявлений:

- стол № 4 по Певзнеру (в остром периоде), стол № 2 или № 13 (при незначительной дисфункции кишечника).

- Промывание желудка водой или 0,5% раствором натрия гидрокарбоната через желудочный зонд (при гастроэнтеритическом варианте шигеллеза).
- Этиотропная терапия.

- **легкое течение:** фуразолидон по 0,1 4 раза в сутки, нифуроксазин 0,2 4 раза в сутки;

- **среднетяжелое течение:** офлоксацин 0,2-0,4 г 2 раза в сутки; ципрофлоксацин 0,25 – 0,5 2 раза в сутки);

Бактериофаг дизентерийный, внутрь, за 1–2 ч до еды, с первого дня болезни в течение 5–7 дней по 2 таблетки 4 раза в день или 30–40 мл 3 раза в день. При дизентерии, характеризующейся слабо выраженным колическим синдромом, и в период выздоровления рекомендуется одновременно с оральным приемом вводить бактериофаг в клизмах.

- **тяжелое течение:** ципрофлоксацин по 0,5 2 раза в сутки в комбинации с гентамицином по 0,25 2 раза в сутки, в/м; фторхинолоны в комбинации с цефалоспорином II или III поколения.

Для лечения дизентерии Григорьева-Шиги применяется ампициллин по 1,0-1,5 г 4 раза в сутки, внутримышечно в сочетании с налидиксовой кислотой по 1,0 4 раза в сутки, 5-7 дней.

• Патогенетическая терапия:

1. Регидратация: при легкой форме назначают пероральное применение глюкозо-солевых растворов (Декстроза+ Калия хлорид+ Натрия хлорид+ Натрия цитрат (регидрон); ОРС второго поколения и др.).

При среднетяжелом и тяжелом течении применяют в/в введение солевых полиионных растворов с учетом степени обезвоживания и массы тела больного (квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль, дисоль), скорость введения зависит от степени обезвоживания.

2. При преобладании симптомов интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия (изотонический раствор, декстроза и др.). С целью дезинтоксикации можно применять полиионные солевые растворы.

3. В острый период целесообразно назначать энтеросорбенты, обладающие противовоспалительным и мембраностабилизирующим действием на слизистую кишечника, связывают и выводят токсины из желудочно-кишечного тракта (лигнин гидролизный (полифепан) по 1 столовой ложке 3 раза в день, поливинилпирролидон низкомолекулярный медицинский по 5 г три раза в день, уголь активированный 15-20 г три раза в сутки, кремния диоксид коллоидный (полисорб МП), смектит диоктаэдрический (смекта) и др.).

5. Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры (бифидумбактерин бифидум и др. по 1-2 капсулы два раза в сутк).

6. После купирования интоксикационного синдрома показаны препараты, нормализующие процессы пищеварения и всасывания (панкреатин по 0,5 г 2-3 раза в сутки, гемицеллюлаза+желчи компоненты+ панкреатин по 1 драже 3 раза в сут и др.).

7. Спазмолитики назначают для купирования спазма толстой кишки (дротаверин по 0,04 г т3 раза в день, папаверин).

8. Коррекцию микробиоценоза кишечника следует проводить только в периоде реконвалесценции, когда купирована острая воспалительная реакция (бифидумбактерин, бифидумбактерии бифидум+кишечные палочки (бификол), кишечные палочки (колибактерин), лактобактерии ацидофильные и др.) в течение 3-4 недель.

9. В период реконвалесценции при медленном стихании воспалительного процесса в слизистой кишечника показано применение вяжущих, противовоспалительных средств (настой ромашки внутрь и в микроклизмах, настой ольховых шишек и зверобоя).

10. В периоде реконвалесценции при стихшем воспалительном процессе, но длительном спазме толстого кишечника, показаны физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез с новокаином или хлористым кальцием, общие тепловые ванны, парафиновые аппликации и т.д.), ускоряющие процесс репарации слизистой толстого кишечника.

4.11.5 Памятка для врача при назначении антимикробной терапии больным шигеллезом

При назначении антимикробной терапии больным шигеллезом следует помнить:

- В РФ *S. flexneri* и *S. sonnei* резистентны к цефотаксиму (96,6% и 94,2%, соответственно), тетрациклину (97,7% и 92,8%, соответственно), хлорамфениколу (93,2% и 50,7%, соответственно), ампициллину (95,5% и 26,1%, соответственно) и ампициллину/сульбактаму (95,5% и 23,2%, соответственно). *Резистентность не была выявлена к ципрофлоксацину, норфлоксацину и налидиксовой кислоте.*
- По данным ВОЗ (2005), большинство шигелл устойчивы к ампициллину, ко-тримоксазолу, хлорамфениколу, тетрациклину и налидиксовой кислоте.
- Применение налидиксовой кислоты повышает вероятность развития резистентности к ципрофлоксацину из-за перекрестной антибиотикорезистентности.
- Нитрофураны, аминогликозиды (гентамицин, канамицин), цефалоспорины I-II поколения (цефазолин, цефалотин, цефаклор, сефакситин) и амиксциллин плохо проникают через слизистую оболочку кишки.
- Ципрофлоксацин является препаратом выбора для лечения всех больных с "кровавой диареей", *независимо от возраста.*
- Ципрофлоксацин и некоторые другие фторхинолоны, пивмециллинам (amdinocillin pivoxil) и цефтриаксон являются в настоящее время единственными противомикробными препаратами, обычно эффективными для лечения мультирезистентных штаммов *Shigella* во всех возрастных группах.
- Азитромицин - альтернативный препарат, применяемый, как пивмециллинам и цефтриаксон, при развитии резистентности к ципрофлоксацину.
- Длительность применения азитромицина ограничена быстрым развитием резистентности шигелл.

Критерии оценки эффективности антимикробной терапии (ВОЗ, 2005): если в течение первых 48 часов от ее начала не наблюдается улучшение состояния больного, уменьшение частоты дефекации, уменьшение крови в стуле, снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, улучшение аппетита, показана смена антимикробного препарата.

4.11.6 Тактика ведения больных хроническим шигеллезом

Лечение больных хроническим шигеллезом должно быть комплексным, этапным. Тактика лечения должна строиться в зависимости от срока заболевания и от вовлечения в процесс других органов и систем желудочно-кишечного тракта. В ранние сроки болезни, когда в периоде обострения сохраняются черты острого шигеллеза, терапия мало чем отличается от лечения острой дизентерии, но с обязательным усилением патогенетической терапии (лечебное питание, применение пищеварительных ферментов, препаратов, обладающих эубиотическим действием, стимулирующих репаративные процессы, вяжущих противовоспалительных средств и физиотерапевтических процедур). Необходимо строгое

соблюдение режима питания как в период обострения, так и в межрецидивный период. За основу должен быть взят стол 4 лечебного питания, откорректированный с учетом сопутствующих заболеваний, а также индивидуальной непереносимости отдельных продуктов.

Обязательно должно проводиться лечение сопутствующих заболеваний (глистных инвазий, холецистита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрита, хронического панкреатита и др.). Основное внимание должно уделяться устранению выявленных функционально-морфологических изменений со стороны органов пищеварения (дисбактериоз, нарушение кислотообразующей функции желудка, воспалительные процессы и т.д.).

Антибактериальные препараты (в комбинации с антигрибковыми и эубиотическими средствами) должны применяться с большой осторожностью, особенно при непрерывной форме.

Ранее курс антибактериальной терапии рекомендовали комбинировать с вакцинотерапией (спиртовая вакцина Чернохвостова по схеме). В настоящее время используют средства, повышающие специфическую и неспецифическую резистентность организма.

Больные хроническим шигеллезом до полного выздоровления должны находиться под диспансерным наблюдением врача-инфекциониста КИЗ, при его отсутствии - участкового врача-терапевта.

4.11.7 Критерии выписки из стационара

- Перенесшие шигеллез без бактериологического подтверждения выписываются из стационара не ранее, чем через 3 дня после клинического выздоровления, нормализации температуры тела и стула;
- Перенесшие шигеллез, подтвержденный бактериологически, выписываются после клинического выздоровления, нормализации температуры и стула и после отрицательного контрольного бактериологического обследования кала на шигеллы, проведенного не ранее, чем через 2 суток после окончания этиотропного лечения.
- Все работники питания и приравненные к ним выписываются из стационара после клинического выздоровления, нормализации температуры и стула и после двукратного отрицательного бактериологического обследования кала на шигеллы. В случае положительного результата бактериологического обследования курс лечения повторяют.
- При затяжных формах дизентерии с длительным бактериовыделением и при хронической дизентерии выписка производится после стихания обострения, исчезновения токсикоза, стойкой, в течение 10 дней, нормализации стула и отрицательного результата бактериологического обследования.

4.12 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. 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;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

4.13 Диспансерное наблюдение

Диспансерным наблюдением за переболевшими дизентерией охватывают:

1. Переболевших с бактериологически подтвержденным диагнозом шигеллеза в течение 4-6 недель.
2. Лиц, имеющих непосредственное отношение к производству, хранению, транспортировке и реализации продуктов питания и к ним приравненные, переболевших дизентерией с установленным видом возбудителя; военнослужащих и бактерионосителей – наблюдение в течение 3 месяцев.
3. Лиц, с хронической дизентерией, бактериологически подтвержденной, или лиц с длительно неустойчивым стулом, которые относятся к работникам пищевых предприятий и лицам к ним приравненным, наблюдают в течение 6 месяцев.

Частота обязательных контрольных обследований врачом-инфекционистом КИЗ

- ежемесячно

Перечень и периодичность лабораторных и других специальных исследований

- осмотр кала ежемесячно;
- микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов ежемесячно;
- бактериологическое исследование кала ежемесячно;
- исследование желудочной секреции - по показаниям.

Консультации специалистов

для решения вопроса о переводе на другую работу лиц декретированной группы при стойком бактериовыделении (3 и более месяца) - консилиум терапевта, инфекциониста и эпидемиолога.

В процессе диспансеризации во время контрольных ежемесячных осмотров обращают внимание на самочувствие больного (общая слабость, повышенная утомляемость, нарушения аппетита, наличие явлений дискомфорта или болей в животе), характер стула (оформленный или неоформленный, наличие в кале примесей крови, слизи), частоту дефекаций, состояние органов брюшной полости и, особенно, кишечника (болезненность или чувствительность, утолщение или спазм по ходу отдельных его участков), состояние печени и селезенки.

Особого внимания заслуживают реконвалесценты, перенесшие тяжелые и среднетяжелые формы шигеллеза, у которых нередко отмечаются симптомы астении, вегетативной дистонии, нейровегетативные расстройства кишечника. Полное выздоровление у таких реконвалесцентов может затягиваться до 2-3 мес после болезни. В этих случаях необходима активная диспансеризация с проведением комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Показаны общеукрепляющие и седативные препараты, а также физические методы лечения (хвойные ванны, электрофорез с введением ионов брома, кальция, новокаина и др. медикаментов, гемотерапия и пр.) и лечебная физкультура. Всем реконвалесцентам категорически запрещается употребление любых спиртных напитков, включая пиво, а также прием жирной и острой пищи, по крайней мере, в течение ближайших 4-6 нед.

4.14 Общие подходы к профилактике

Выявление больных шигеллезом и бактерионосителей осуществляется:

- при обращении за медицинской помощью в ЛПУ;
- во время медицинских осмотров и при наблюдении за лицами, контактировавшими с больными и бактериовыделителями;
- во время внеочередных бактериологических обследований декретированных

контингентов в случае эпидемического неблагополучия по острой кишечной инфекции на данной территории или объекте (необходимость их проведения, кратность и объем определяются специалистами Роспотребнадзора).

4.14.1 Мероприятия в очаге инфекции

Учет и регистрация

1. Первичные документы учета информации о заболевании:

карта амбулаторного больного (ф. № 025/у); медицинская карта (ф. № 026/у).

2. Случай заболевания регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. № 060/у).

Экстренное извещение

Больные дизентерией подлежат индивидуальному учету в территориальных центрах Роспотребнадзора. Врач, зарегистрировавший случай заболевания, направляет экстренное извещение (ф. № 058/у): первичное — устно, по телефону, в городе в первые 12 ч, в сельской местности - 24 ч; окончательное - письменно, после проведенного дифференциального диагноза и получения результатов бактериологического или серологического исследования, не позже 24 ч с момента их получения.

Изоляция

Госпитализация в инфекционный стационар осуществляется по клиническим и эпидемическим показаниям (раздел 4.11.1).

Порядок допуска в организованные коллективы и к работе

Работники пищевых предприятий и лица, приравненные к ним, допускаются к работе, сразу после выписки из стационара на основании справки о выздоровлении и при наличии двукратного отрицательного результата бактериологического анализа.

Больные, не относящиеся к указанным выше категориям, допускаются к работе на основании справки о выздоровлении и при наличии однократного отрицательного результата бактериологического анализа кала.

Работники пищевых предприятий и лица, приравненные к ним, при положительных результатах контрольного бактериологического обследования, проведенного после повторного курса лечения, переводятся на другую работу, не связанную с производством, хранением, транспортировкой и реализацией продуктов питания и водоснабжения (до выздоровления). Если выделение шигелл продолжается более 3 мес после перенесенного заболевания, то как хронические носители они пожизненно переводятся на работу, не связанную с продуктами питания и водоснабжением, а при невозможности перевода отстраняются от работы с выплатой пособия по социальному страхованию.

Текущая дезинфекция

В квартирных очагах проводится самим больным или лицами, ухаживающими за ним. Организует ее медицинский работник, установивший диагноз.

Заключительная дезинфекция

В квартирных очагах после госпитализации или излечения больного выполняется его родственниками с применением физических методов обеззараживания и моюще-дезинфицирующих средств. Инструктаж о порядке их использования и выполнения дезинфекции проводят медицинские работники ЛПУ, а также врач-эпидемиолог или помощник врача-эпидемиолога территориального центра Роспотребнадзора.

В общежитиях, гостиницах, оздоровительных учреждениях для взрослых, домах престарелых, в квартирных очагах, где проживают многодетные и социально неблагополучные семьи, заключительная дезинфекция проводится при регистрации

каждого случая центром дезинфекции и стерилизации или дезинфекционным отделом территориального центра Роспотребнадзора в течение первых суток с момента получения экстренного извещения по заявке врача-эпидемиолога или его помощника. Камерная дезинфекция не проводится.

Лабораторные исследования внешней среды

Вопрос о необходимости исследований, их виде, объеме, кратности решается врачом-эпидемиологом или его помощником. Для бактериологического исследования, как правило, делают забор проб остатков пищи, воды и смывов с объектов внешней среды.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции

- выявление;
- клинический осмотр;
- сбор эпидемиологического анамнеза;
- медицинское наблюдение устанавливается на 7 дней с момента изоляции источника инфекции (термометрия, осмотр стула, пальпация кишечника; по показаниям - посев кала). При выявлении больного дизентерией в организованном коллективе, контактные с ним лица подвергаются контрольному бактериологическому исследованию. Химиопрофилактика у контактных с больным лиц не проводится.
- режимно-ограничительные мероприятия;
- экстренная профилактика не проводится. Может быть использован дизентерийный бактериофаг (по 1–2 таблетки препарата в день).
- лабораторное обследование (вопрос о необходимости исследований, их виде, объеме, кратности определяется врачом-эпидемиологом или его помощником).
- санитарное просвещение.

4.14.2 Специфическая профилактика шигеллеза

Отдельную нерешенную проблему представляет разработка вакцинного препарата против дизентерии. Разработка дизентерийной вакцины объявлена ВОЗ приоритетом первой степени. Разработанные живые пероральные шигеллезные вакцины оказались недостаточно иммуногенными и трудно адаптируемыми для практического клинического применения.

Рекомендуемых ВОЗ вакцин, эффективных для предотвращения шигеллезной инфекции нет. Несколько вакцин-кандидатов, в основном, против *S. flexneri*, в настоящее время находятся в разработке.

В РФ разработана специфическая профилактика дизентерии Зонне - вакцина дизентерийная «Шигеллвак» полисахаридная из штамма *S. sonnei*, показана взрослым, выезжающим в районы с высоким порогом заболеваемости шигеллезом Зонне; работающим в сфере коммунального благоустройства и общественного питания и работникам бактериологических лабораторий и инфекционных стационаров. По эпидемическим показаниям может быть проведена массовая иммунизация населения при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии. Профилактические прививки против дизентерии Зонне предпочтительно проводить перед сезонным подъемом этой инфекции. Иммунитет видоспецифический и сохраняется 1 год.

5. Характеристика требований

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

Фаза	Острая
Стадия	Вне зависимости от степени тяжести

Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Код по МКБ-10: A03

5.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие диарейного и интоксикационного синдрома.
4. Данные эпидемиологического анамнеза (употребление молочных и мясных продуктов, контакт).
5. Положительные результаты бактериологического исследования кала
6. Любая степень тяжести
7. Вне зависимости от осложнений

5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Прием (осмотр, консультация) фельдшера			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	1
B01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.044.002	Осмотр медицинской сестрой	0,5	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1

5.1.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

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 тела и характер стула.

Когда появилось повышение температуры, наличие боли в животе, тошноты, рвоты, диареи.

При внешнем осмотре оценивают состояние и окраску кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация тонкой и толстой кишки.

Важно уточнить данные эпидемиологического анамнеза – относится ли больной к декретированной группе.

5.1.3.2 Лабораторные методы исследования

Не проводят

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

В амбулаторных условиях лечение больных шигеллезом возможно только для пациентов не относящихся к группе риска и декретированной группе и при наличии легкого течения болезни. Большинство больных направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на проведение санитарно-гигиенических мероприятий

5.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи медикаментозная помощь направлена на предупреждение развития осложнений.

5.1.7 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

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

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками шигеллеза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению шигеллеза у взрослых;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

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

Фаза	Острая
Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь

Условие оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная

Код по МКБ-10: A03

5.2.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие диарейного и интоксикационного синдрома.
4. Данные эпидемиологического анамнеза (употребление молочных и мясных продуктов, контакт).
5. Положительные результаты бактериологического исследования кала
6. Любая степень тяжести
7. Вне зависимости от осложнений

5.2.2 Требования к диагностике в амбулаторных 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
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача терапевта первичный	0,5	1
B01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,3	1
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,2	0,2
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,1	0,1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1
Лабораторные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения

A09.19.002	Исследование кала на гельминты	1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,1	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови	0,3	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
	Определение антител к сальмонеллам (РПГА) с эритроцитарным сальмонеллезным диагностикумом	0,5	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (Shigella boydii) в крови	1	1
A26.06.096	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae) в крови	1	1
A26.06.097	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (Shigella sonnei) в крови	1	1
A26.06.098	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови	1	1
A26.19.001	Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (Shigella spp.)	1	1
A26.19.002	Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (Salmonella typhi)	1	1
A26.19.003	Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (Salmonella spp.)	1	1

A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,1	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (<i>Cryptosporidium parvum</i>)	0,1	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	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
Инструментальные методы исследования - обязательные			
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,2	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	0,1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,25	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,1	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,1	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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 sonnei</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	1

A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,1	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,1	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	0,2	1

5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

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 тела и характер стула.

Когда появилось повышение температуры, наличие боли в животе, тошноты, рвоты, диареи.

При внешнем осмотре оценивают состояние и окраску кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация тонкой и толстой кишки.

Важно уточнить данные эпидемиологического анамнеза – относится ли больной к декретированной группе.

5.2.3.2 Лабораторные методы исследования

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

5.2.3.3 Инструментальные методы исследования

1. Аускультация легких и сердца.
2. Измерение АД и ЧСС.
3. ЭКГ.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Ректороманоскопия.
6. Флюорография грудной клетки.

5.2.3.4 Специальные методы исследования

1. Бактериологическое исследование кала, крови.
2. Серологическое исследование крови.

5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

В амбулаторных условиях лечатся больные шигеллезом, не относящиеся к декретированной группе и группе риска, и с легким течением болезни. Проведение терапии соответствует стандартам лечения легких форм шигеллеза проводимых в условиях стационара. Большинство больных направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на проведение санитарно-гигиенических мероприятий

5.2.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе лечения в амбулаторных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной

5.2.7 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении.

5.2.8 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

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

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками шигеллеза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению шигеллез у взрослых;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при шигеллезах легкой формы)

Фаза	Острая
Стадия	Легкая форма
Осложнение	Без осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарная
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Код по МКБ-10: A03

5.3.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента.

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие диарейного и интоксикационного синдрома.
4. Данные эпидемиологического анамнеза (употребление молочных и мясных продуктов, контакт).
5. Положительные результаты бактериологического исследования кала
6. Легкая степень тяжести
7. Без осложнений
8. Средние сроки лечения (количество дней): 7

5.3.2 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
B01.044.02	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	1	1

B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача терапевта первичный	0,5	1
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения, первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,2	0,2
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,1	0,1
Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,1	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови	0,3	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
	Определение антител к сальмонеллам (РПГА) с эритроцитарным сальмонеллезным диагностикумом	0,5	1

A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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 sonnei</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 spp.</i>)	1	2
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 spp.</i>)	1	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,1	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (<i>Cryptosporidium parvum</i>)	0,1	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	0,2	1

Инструментальные методы исследования - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,2	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	0,1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,1	1
Инструментальные методы исследования - дополнительные			
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,25	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,1	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
V01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	6
Лабораторные методы исследования			
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,1	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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 sonnei</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	1
A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,1	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,1	1
V03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
V03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
V03.016.010	Копрологическое исследование	0,2	1

5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, определения необходимости использования инструментальных и специальных методов обследования.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

5.3.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры тела и характер стула.

Когда появилось повышение температуры, наличие боли в животе, тошноты, рвоты, диареи.

При внешнем осмотре оценивают состояние и окраску кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация живота.

Важно уточнить данные эпидемиологического анамнеза – наличие контакта с больным ОКИ, относится ли больной к декретированной группе, группе риска.

5.3.3.2 Лабораторные методы исследования

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

5.3.3.3 Инструментальные методы исследования

1. Аускультация легких и сердца.
2. Измерение АД и ЧСС.
3. ЭКГ.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Ректороманоскопия.
6. Флюорография грудной клетки.

5.3.3.4 Специальные методы исследования

1. Бактериологическое исследование кала, крови.
2. Серологическое исследование крови.

5.3.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Изоляция больного. Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на предупреждение развития осложнений и проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

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*** *
G01AX	Производные нитрофурана					
		<i>Фуразолидон</i>	1	мг	400	1200
		<i>Нифуроксазин</i>	1	мг	800	2400

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AD	Папаверин и его производные					
		<i>Дротаверин</i>	1	мг	120	360
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой					
		<i>Платифиллин</i>	1	мг	6	18
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие	<i>Смектит диоктаэдрический</i>	1	г	9	27
A09AA	Препараты, способствующие пищеварению, включая ферментные препараты					
		<i>Панкреатин</i>	1	ЕД	30 000 (по липазе)	90 000 (по липазе)

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.

5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении.

5.3.9 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)
Вариант диеты с механическим и химическим щажением	1	7

5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

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

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками шигеллеза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению шигеллез у взрослых;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.3.12 Возможные исходы и их характеристика

Прогноз благоприятный

5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при среднетяжелой форме шигеллеза)

Фаза	Острая
Стадия	Среднетяжелая форма
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарная
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Код по МКБ-10: A03

5.4.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента.

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие диарейного и интоксикационного синдрома.
4. Данные эпидемиологического анамнеза (употребление молочных и мясных продуктов, контакт).
5. Положительные результаты бактериологического исследования кала
6. Среднетяжелая форма
7. Вне зависимости от осложнений
8. Средние сроки лечения (количество дней): 10

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
B01.044.02	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	1	1

B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача терапевта первичный	0,5	1
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения, первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,2	0,2
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,1	0,1

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,2	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,2	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,2	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови	0,3	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
	Определение антител к сальмонеллам (РПГА) с эритроцитарным сальмонеллезным диагностикумом	0,5	1

A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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 sonnei</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 spp.</i>)	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 spp.</i>)	1	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,2	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (<i>Cryptosporidium parvum</i>)	0,2	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	0,4	1
Инструментальные методы исследования - обязательные			
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,2	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,2	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	0,1	1
Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,2	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,2	1

A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,3	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	9
Лабораторные методы исследования			
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,1	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,1	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	0,5	1
A26.06.095	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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	1
A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,1	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,1	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,5	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	0,2	1

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.19.002	Ректороманоскопия	0,2	1

5.4.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, определения необходимости использования инструментальных и специальных методов обследования.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

5.4.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры тела и характер стула.

Когда появилось повышение температуры, наличие боли в животе, тошноты, рвоты, диареи.

При внешнем осмотре оценивают состояние и окраску кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация тонкого и толстого кишечника.

Важно уточнить данные эпидемиологического анамнеза – относится ли больной к декретированной группе.

5.4.3.2 Лабораторные методы исследования

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

5.4.3.3 Инструментальные методы исследования

1. Аускультация легких и сердца.
2. Измерение АД и ЧСС.
3. ЭКГ.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Ректороманоскопия.
6. Фиброколоноскопия
7. Флюорография грудной клетки.

5.4.3.4 Специальные методы исследования

1. Бактериологическое исследование кала, крови.
2. Серологическое исследование крови.

5.4.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Изоляция больного. Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в

условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.4.6 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****
J01MA	Фторхинолоны		1			
		<i>Ципрофлоксацин</i>		мг	1000	3000
		<i>Офлоксацин</i>		мг	400	1200
		<i>Норфлоксацин</i>		мг	800	2400
J01MB	Производные налидиксовой кислоты		1			
		<i>Невиграмон</i>		г	4	12
G01AX	Производные нитрофурана		1			
		<i>Фуразолидон</i>		мг	400	1200
		<i>Нифуроксазин</i>		мг	800	2400
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		1			
		<i>Цефтриаксон</i>		г	2	6
A03AD	Папаверин и его производные		1			
		<i>Дротаверин</i>		мг	120	600
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		1			
		<i>Платифиллин</i>		мг	6	30
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		<i>Смектит диоктаэдрический</i>		г	9	45

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A09AA	Препараты, способствующие пищеварению, включая ферментные препараты					
		<i>Панкреатин</i>	1	ЕД	30 000 (по липазе)	150 000 (по липазе)
A07FA	Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры		1			
		<i>Бифидобактерии бифидум</i>		млн. кое	1500	15000
		<i>Лактобактерии ацидофильные + Грибки кефирные</i>		млн. КОЕ	30	300
A07CA	Регидратирующие солевые препараты для перорального применения		1			
		<i>Декстроза+ Калия хлорид+ Натрия хлорид+ Натрия цитрат</i>		мл	Объем и продолжительность зависят от степени обезвоживания	
B05BB	Растворы влияющие на водно-электролитный баланс		1			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД*** *
		<i>Калия хлорид + Натрия гидрокарбонат + Натрия хлорид; Натрия хлорид + Калия хлорид + Натрия гидрокарбонат + Натрия ацетат</i>		мл	Объем и продолжительность зависят от степени обезвоживания	

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.

5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении.

5.4.9 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)
Вариант диеты с механическим и химическим щажением	1	10

5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода госпитализации;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия клинических рекомендаций (протокола ведения)

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

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками шигеллеза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению шигеллеза у взрослых;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.4.12 Возможные исходы и их характеристика

Прогноз, при лечении больных шигеллезом, как правило, благоприятный.

5.5 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь при тяжелой форме шигеллеза)

Фаза	Острая
Стадия	Тяжелая форма
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарная
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Код по МКБ-10: A03

5.5.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента.

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Наличие диарейного и интоксикационного синдрома.
4. Данные эпидемиологического анамнеза (употребление молочных и мясных продуктов, контакт).
5. Положительные результаты бактериологического исследования кала
6. Тяжелая форма
7. Вне зависимости от осложнений
8. Средние сроки лечения (количество дней): 12

5.5.2 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
B01.044.02	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	1	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача терапевта первичный	0,5	1
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения, первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста - дополнительные			
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,2	0,2
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	0,1	0,1

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,5	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,5	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,5	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.073	Определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови	0,5	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	1	1
	Определение антител к сальмонеллам (РПГА) с эритроцитарным сальмонеллезным диагностикумом	1	1
A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (Shigella boydii) в крови	1	1
A26.06.096	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae) в крови	1	1
A26.06.097	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (Shigella sonnei) в крови	1	1
A26.06.098	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови	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
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,5	1
A26.19.012	Микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (<i>Cryptosporidium parvum</i>)	0,5	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	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
Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,5	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,5	1
A03.19.002	Ректороманоскопия	1	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	1	1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	11
Лабораторные методы исследования			
A09.19.002	Исследование кала на гельминты	0,5	1
A09.19.009	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	0,5	1
A26.05.016	Исследование микробиоценоза кишечника (дисбактериоз)	0,5	1
	Определение антител к шигеллам (РПГА) с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	1	1

A26.06.095	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к шигелле Бойда (<i>Shigella boydii</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 sonnei</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 spp.</i>)	1	1
A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	0,5	1
A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	0,5	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1
B03.016.010	Копрологическое исследование	0,6	1

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.19.002	Ректороманоскопия	1	1
A03.18.001	Толстокишечная эндоскопия	0,5	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,5	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,5	1
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1

5.5.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, определения необходимости использования инструментальных и специальных методов обследования.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

5.5.3.1 Клинические методы исследования

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры тела и характер стула.

Когда появилось повышение температуры, наличие боли в животе, тошноты, рвоты, диареи.

При внешнем осмотре оценивают состояние и окраску кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация тонкого и толстого кишечника.

Важно уточнить данные эпидемиологического анамнеза – относится ли больной к декретированной группе.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

5.5.3.2 Лабораторные методы исследования

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

5.5.3.3 Инструментальные методы исследования

1. Аускультация легких и сердца.
2. Измерение АД и ЧСС.
3. ЭКГ.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Ректороманоскопия.
6. Фиброколоноскопия.
7. Флюорография грудной клетки.

5.5.3.4 Специальные методы исследования

1. Бактериологическое исследование кала, крови.
2. Серологическое исследование крови.

5.5.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Изоляция больного. Применение этиотропных, патогенетических, симптоматических, лекарственных средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказать медицинскую помощь в условиях палаты интенсивной терапии и/или отделения реаниматологии и анестезиологии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.5.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.5.6 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 ****
J01MA	Фторхинолоны		1			
		<i>Ципрофлоксацин</i>		мг	1000	5000
		<i>Офлоксацин</i>		мг	400	2000
		<i>Норфлоксацин</i>		мг	800	4000

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД ***	СКД ****
J01DC	Цефалоспорины 2-го поколения		1			
		<i>Цефамандол</i>		г	3	15
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения		1			
		<i>Цефтриаксон</i>		г	2	10
J01GB	Аминогликозиды					
		<i>Гентамицин</i>		мг/кг/сут	5	25
A03AD	Папаверин и его производные		1			
		<i>Дротаверин</i>		мг	120	1200
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		1			
		<i>Платифиллин</i>		мг	6	60
A07BC	Адсорбирующие кишечные препараты другие		1			
		<i>Смектит диоктаэдрический</i>		г	9	90
A09AA	Препараты, способствующие пищеварению, включая ферментные препараты					
		<i>Панкреатин</i>	1	ЕД тыс	30 (по липазе)	300 (по липазе)
A07FA	Противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры		1			

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты представления	Единицы измерения	ССД ***	СКД ****
		<i>Бифидобактерии бифидум</i>		млн. кое	1500	15000
		<i>Лактобактерии ацидофильные + Грибки кефирные</i>		млн. КОЕ	30	300
A07CA	Регидратирующие солевые препараты для перорального применения		1			
		<i>Декстроза+ Калия хлорид+ Натрия хлорид+ Натрия цитрат</i>		мл	Объем и продолжительность зависят от степени обезвоживания	
B05BB	Растворы влияющие на водно-электролитный баланс		1			
		<i>Калия хлорид + Натрия гидрокарбонат + Натрия хлорид; Натрия хлорид+ Калия хлорид+ Натрия гидрокарбонат+ Натрия ацетат</i>		мл	Объем и продолжительность зависят от степени обезвоживания	

5.5.7 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.

5.5.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении.

5.5.9 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)
Вариант диеты с механическим и химическим щажением	1	12

5.5.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение всего периода госпитализации;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.5.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия клинических рекомендаций (протокола лечения)

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

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками шигеллеза, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению шигеллеза у взрослых;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.5.12 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 у пациентов из группы риска, при поздно начатом лечении и при неэффективности лечения	85%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Компенсация у пациентов не из группы риска, при своевременном и эффективном лечении	99%	Выздоровление	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Бактерионосительство: <i>S. flexneri</i>	6-7%	Выздоровление или переход в затяжное и	После курса лечения до 3 мес от начала болезни	Динамическое наблюдение требуется
<i>S. sonnei</i>	24-25%			

		хроническое течение		
Затяжное течение	0,2-0,5%	Выздоровление или переход в хроническое течение	Непосредственно после курса и до 3 месяцев от начала болезни	Динамическое наблюдение требуется
Хроническое течение: <i>S. flexneri</i>	2-5%	Выздоровление через 1,5-2 года, редко годами	После курса лечения до 3 мес от начала болезни	Динамическое наблюдение требуется
<i>S. sonnei</i>	1%			
Ятрогенные осложнения	1%	Осложнения, обусловленные проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

6. Графическое, схематическое представления клинических рекомендаций (протокола лечения) "Шигеллез у взрослых"

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных манипуляций и др.

7. Мониторинг протокола лечения больных

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение изменений и дополнений осуществляет ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России при взаимодействии со всеми заинтересованными организациями. Обновление версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

8. Экспертиза проекта протокола лечения больных

Экспертизу проекта протокола лечения 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.

9. Приложения

Приложение А

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);

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

Примечание:

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).

Приложение В

Оформление сводной таблицы предложений 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

10. Библиография

1. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я.Венгера – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009:1056 с.

2. Острые кишечные инфекции: руководство/ Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. - 2 изд.- ГЭОТАР-Медиа, 2012:400 с.
3. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XIV- М.: «Эхо», 2013: 980 с.
4. Малый В.П., Волобуева О.В., Лядова Т.И. Шигеллез. Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина», 2008; 15 (797):150-167. <http://cyberleninka.ru/article/n/shigellez#ixzz3QgxjSDrT>.
5. Апарин П.Г. Полисахаридные вакцины против бактериальных кишечных инфекций. Дисс. на соиск. ученой степени доктора медицинских наук, М., 2014:288с.
5. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник/В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. Учебник. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000:384 с.
6. В. А. Малов, А. Н. Горобченко Шигеллезы (дизентерия). Лечащий врач 2005; 3:10-16.
7. Руководство по инфекционным болезням./Под редакцией Ю.В. Лобзина - СПб: Издательство Фолиант, 2000:936 с.Guidelines for the control of shigellosis, including epi demics due to Shigella dysenteriae 1. World Health Organization 2005: 70p.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Shigella sonnei outbreak among men who have sex with men-San Francisco, California, 2000-2001//MMWR Morb.Mortal.Wkly.Rep.2002;50:922.