**Приказ Минздрава СССР от 16 августа 1989 г. № 475  
"О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране"**

Заболеваемость дизентерией и прочими острыми кишечными инфекциями в стране сохраняется на высоком уровне. Особенно неблагополучная эпидобстановка сложилась в РСФСР, Таджикской ССР, Туркменской ССР, Узбекской ССР и Молдавской ССР.

В регионах страны, где преобладает пищевой путь передачи, преимущественно циркулирует возбудитель дизентерии Зонне. Там, где вода играет ведущую роль в передаче заболевания, регистрируется дизентерия Флекснера. Отмечается ухудшение эпидемической ситуации в Узбекской ССР, вызванной возбудителем дизентерии Григорьева-Шига.

Существенное значение среди острых кишечных инфекций неустановленной этиологии занимает ротавирусная инфекция (до 14 %), кампилобактериоз (до 8 %), иерсиниоз (до 8 %), эшерихиозы и др. Однако, надлежащая этиологическая диагностика их в практических учреждениях не налажена, это обуславливает низкий уровень их расшифровки.

Удельный вес детей от числа всех заболевших острыми кишечными инфекциями (ОКИ) составляет 65 - 66 %, а в отдельных регионах более 80 процентов.

В стране продолжают регистрироваться массовые заболевания острыми кишечными инфекциями. Большинство крупных вспышек связано с употреблением населением зараженных в процессе производства молочных продуктов, особенно, сметаны.

Основными причинами сложившейся напряженной эпидемической обстановки является: инфицированная продукция предприятий молочной промышленности, общественного питания, питьевая вода, - вследствие серьезных недостатков в водоснабжении, канализовании, а также неудовлетворительное санитарно-техническое состояние пищеблоков детских оздоровительных и дошкольных учреждений, грубые нарушения технологического режима, санитарно-противоэпидемических норм и правил, низкий уровень профессиональных и гигиенических знаний работников этих предприятий.

В то же время, работа органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы не направлена, в должной мере, на выявление и нейтрализацию главных путей передачи кишечных инфекций. В повседневной работе санитарно-эпидемиологические станции нередко не располагают детальными схемами водообеспечения и канализования обслуживаемой территории, снабжения пищевыми продуктами отдельных предприятий, учреждений, микрорайонов, населенных пунктов, различных групп населения с учетом их полного ассортимента и предприятия изготовителя, что не позволяет оперативно выявлять действующие пути и факторы передачи инфекции и осуществлять целенаправленные профилактические меры.

Главные государственные санитарные врачи союзных, автономных республик, краев, областей не используют в полной мере предоставленные им права, не предъявляют требований к руководителям министерств, ведомств, предприятий и учреждений, не выполняющих мероприятия по предупреждению распространения кишечных инфекций.

Повсеместно выявляются серьезные недостатки в организации диагностики острых кишечных заболеваний в поликлиниках, амбулаториях, на станциях скорой и неотложной медицинской помощи.

Вследствие низкого уровня оказания медицинской помощи, неудовлетворительной организации профилактической работы, особенно, в республиках Средней Азии, с 1980 года в два раза увеличилась смертность детей от острых кишечных инфекций.

Научно-исследовательские институты гигиенического и эпидемиологического профиля Минздрава СССР, союзных республик не обеспечили научного обоснования причин неравномерного распределения заболеваний в различных регионах страны, разработку методов экспресс-диагностики, что затрудняет эффективную профилактику острых кишечных инфекций.

Недостаточно проводится санитарная пропаганда и гигиеническое обучение по вопросам профилактики кишечных инфекций, особенно, среди работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, родителей детей первых лет жизни. Слабо привлекаются к этой работе печать, радио и телевидение.

В целях дальнейшего снижения заболеваемости дизентерией и другими острыми кишечными инфекциями, совершенствования системы профилактических мероприятий.

Утверждаю:

1. Методические указания "Основные принципы организации санитарно-эпидемиологического надзора за острыми кишечными инфекциями", приложение [1](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i18470).

2. Инструкцию "О проведении противоэпидемических мероприятий в отношении острых кишечных инфекций", приложение [2](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i26146).

3. Методические указания "Комплексная терапия детей, больных острыми кишечными инфекциями, в условиях поликлиники", приложение [3](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i53513).

Приказываю:

1. Министрам здравоохранения союзных, автономных республик, заведующим крайздравотделами и облздравотделами:

1.1. обеспечить проведение эпидемиологического анализа эколого-гигиенической ситуации территорий, ее влияния на состояние заболеваемости острыми кишечными инфекциями, определение, на основании полученных данных, первоочередных санитарно-гигиенических и санитарно-профилактических мероприятий;

1.2. совместно с министерствами и ведомствами союзных и автономных республик, их органами, предприятиями и учреждениями на местах разработать и внести на рассмотрение Советов Министров республик, крайисполкомов и облисполкомов для включения в планы социально-экономического развития территорий на 1991 - 1995 годы меры по устранению серьезных недостатков в водоснабжении, канализовании городов и сельских населенных мест, приведению предприятий общественного питания, торговли, детских дошкольных, оздоровительных учреждений и школ в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами и правилами;

1.3. активизировать совместную целенаправленную профилактическую работу с центральными комитетами обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, отраслевыми ЦК профсоюзов, их органами на местах, а также другими общественными организациями, направленную на снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями;

1.4. принять меры по улучшению диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями, оснащению инфекционных стационаров современной медицинской техникой, снабжению лекарственными средствами и диагностикумами;

1.5. потребовать от главных специалистов органов здравоохранения улучшить методическую работу и усилить контроль за своевременным выявлением, диагностикой и лечением больных острыми кишечными инфекциями;

1.6. организовать консультативно-методические центры по проведению оральной регидратации больным острыми кишечными заболеваниями в краевых, областных, районных и городских детских лечебно-профилактических учреждениях, а также пункты оральной регидратации в лечпрофучреждениях сельской местности в течение 1990 г;

1.7. внедрить данный приказ в практическую деятельность всех санитарно-профилактических и лечебно-профилактических учреждений.

2. Главным государственным санитарным врачам союзных и автономных республик, краев и областей:

2.1. Усилить государственный санитарный надзор за эпидемиологически значимыми объектами, в том числе за водопроводами, предприятиями молочной, мясоперерабатывающей, пищевой промышленности, детскими дошкольными учреждениями, школами, пионерскими лагерями, лагерями труда и отдыха, студенческими сельскохозяйственными отрядами.

Запрещать эксплуатацию объектов, на которых не созданы все условия для соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил, личной гигиены персонала.

2.2. Повысить требовательность к руководителям лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений за своевременность и полноту информации о возникновении среди населения групповых заболеваний и оперативных мер по их расследованию и ликвидации.

3. Директору Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Минздрава СССР т. Покровскому В.И:

3.1. Организовать и провести до 1 июля 1990 г. научно-практическую конференцию "Эффективность проводимых лечебно-диагностических, противоэпидемических, санитарно-гигиенических мер по снижению заболеваемости острыми кишечными инфекциями".

3.2. Разработать комплексную программу научных исследований на 1991 - 1995 гг. по проблеме "Острые кишечные инфекции".

4. Центральному научно-исследовательскому институту эпидемиологии Минздрава СССР (т. Покровский В.И.), Ленинградскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Минздрава РСФСР (т. Перадзе Т.В.), Московскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Минздрава РСФСР (т. Никитин Д.П.):

4.1. В течение 1990 г. подготовить методические рекомендации по лабораторной диагностике и организации противоэпидемических мероприятий при кампилобактериозе.

4.2. В 1-ом полугодии 1990 г. провести обучение врачей-бактериологов республиканских СЭС минздравов союзных республик новым методикам диагностики острых кишечных инфекций на рабочих местах в ЦНИИЭ Минздрава СССР и НИИЭМ им. Пастера.

5. Начальнику Главного эпидемиологического управления т. Наркевичу М.И., начальнику Управления специализированной медицинской помощи т. Деменкову А.Н., начальнику Главного управления охраны материнства и детства т. Алексееву В.А. организовать пересмотр действующих инструктивно-методических материалов по острым кишечным инфекциям, завершить эту работу к 1991 году.

6. Комитету медицинских иммунобиологических препаратов при Минздраве СССР (т. Медуницин И.В.) до 1 января 1990 года представить конкретные предложения о целесообразности дальнейшего применения бактериофагов, для профилактики возможного распространения заболеваний и лечения больных.

7. Владивостокскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии и микробиологии СО АМН СССР (т. Беседнова Н.Н.), Центральному научно-исследовательскому институту эпидемиологии Минздрава СССР (т. Покровский В.И.), Ленинградскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Минздрава РСФСР (т. Перадзе Т.В.) разработать для практических учреждений здравоохранения инструкцию "Эпидемиология, лабораторная диагностика иерсиниозов, организация и проведение противоэпидемических мероприятий" в срок до 1 ноября 1990 года.

8. Ростовскому научно-производственному объединению "Ростэпидкомплекс" Минздрава РСФСР (т. Щепелев А.П.) обеспечить промышленный выпуск тест-системы для определения антигенов и антител ротавируса в 1990 году.

9. Генеральному директору В/О "Союзфармация" т. Апазову А.Д. принять меры к полному удовлетворению потребностей союзных республик в биологических препаратах, диагностикумах, средах, реактивах для выделения возбудителей острых кишечных инфекций, а также, препаратах для оральной регидратации.

10. Центральному научно-исследовательскому институту эпидемиологии Минздрава СССР (т. Покровский В.И.), Всесоюзному научно-исследовательскому центру профилактической медицины (т. Оганов Р.Г.) в течение 1990 - 1991 гг. подготовить материалы по санитарной пропаганде профилактики острых кишечных заболеваний с учетом региональных особенностей союзных республик превалирующих путей и факторов передачи инфекции.

Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения СССР № 840 от 3 сентября 1976 г. "О совершенствовании профилактики дизентерии и других острых кишечных заболеваний".

Настоящий приказ разрешается размножить в необходимом количестве экземпляров.

Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра здравоохранения СССР тт. Кондрусева А.И., Баранова А.А., Царегородцева А.Д.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | Е.И. Чазов |

**Приложение № 1**

**к приказу Минздрава СССР  
от 16 августа 1989 г. № 475**

**Методические указания "Основные принципы организации санитарно-эпидемиологического надзора за острыми кишечными инфекциями"**

Под санитарно-эпидемиологическим надзором за острыми кишечными инфекциями понимается сбор информации и динамическая оценка факторов риска, условий жизни, заболеваемости населения конкретной территории, обоснование и проведение необходимых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Цель санитарно-эпидемиологического надзора - предупреждение возникновения острых кишечных инфекций среди населения.

Настоящие методические указания составлены на основе опыта работы санитарно-эпидемиологической службы различных территорий и содержат основные принципы организации санэпиднадзора, которые могут быть использованы с учетом специфики местных условий.

Функциональными компонентами системы санитарно-эпидемиологического надзора являются следующие подсистемы:

- информационное обеспечение;

- эпидемиологическая диагностика;

- управление.

**1. Информационное обеспечение**

1.1. Подсистема информационного обеспечения решает задачу сбора необходимой информации, ее рациональное распределение между специалистами и функционирование обратной связи. Сбор первичной информации осуществляется районной (городской) СЭС. Объем информации для областного и республиканского уровней определяется каждой союзной республикой (областью) и зависит от местных условий и существующих технических возможностей.

1.2. В крупных районных и городских СЭС целесообразно организовать группы для сбора и обработки данных для проведения санэпиданализа. (См. положение о группе.)

При отсутствии возможности организации группы, функциональные обязанности по сбору и анализу информации распределяются между специалистами санитарно-гигиенического и эпидемиологического отделов.

1.3. Обратная связь - это информация об эпидситуации на всей подконтрольной территории, оценка деятельности нижестоящей СЭС по итогам анализа работы всей системы санэпиднадзора, информация заинтересованных ведомств о ходе выполнения плана мероприятий по профилактике кишечных инфекций.

**2. Эпидемиологическая диагностика**

В рамках подсистемы эпидемиологической диагностики проводится ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ.

2.1. Ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает:

- анализ многолетней и сезонной динамики заболеваемости;

- анализ заболеваемости по территории;

- анализ заболеваемости по группам населения в целом и на неблагополучных территориях;

- эпидемиологическую оценку санитарной надежности объектов, расположенных на конкретной территории;

- оценку качества и эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- комплексный анализ для выявления причин неблагополучия.

2.1.1. Анализ многолетней динамики заболеваемости направлен на выявление ее тенденции на конкретной территории с учетом цикличности и сезонности. Этот анализ проводится как по сумме острых кишечных инфекций, так и по отдельным нозологическим формам (шигеллез Зонне, шигеллез Флекснера, сальмонеллезы и др.). По результатам анализа дается оценка ситуации и прогноз.

2.1.2. Анализ заболеваемости по территории выполняется на основе расчета среднемноголетних показателей заболеваемости по избранным территориальным единицам (районы, микроучастки, населенные пункты и т.п.). С учетом уровня и динамики заболеваемости выявляются территории, устойчиво неблагополучные либо по уровню заболеваемости, либо по тенденции к росту. Эти территории подлежат более углубленному изучению, прежде всего, с учетом эпидемиологической оценки их санитарной надежности и выявления наиболее пораженных групп населения.

2.1.3. Анализ заболеваемости по группам населения проводится, главным образом, на неблагополучных территориях. Оценивается заболеваемость в разных возрастных и социально-профессиональных группах риска (т.е. о том, какие группы населения наиболее поражаются той или иной нозологической формой кишечных инфекций).

2.1.4. На следующем этапе дается оценка эпидемиологической надежности объектов (предприятия молочной, мясной, пищевой отраслей промышленности, общественного питания и торговли, водоснабжения, канализования и очистки населенных мест, детские и подростковые учреждения всех профилей). Это позволяет выделить предприятия и учреждения, требующие осуществления неотложных мероприятий по улучшению их санитарно-технического состояния и определить кратность и объем государственного санитарного надзора за ними.

Министерством здравоохранения СССР утверждены и направлены для внедрения на местах "Методические указания по эпидемиологической оценке санитарно-гигиенических условий в целях профилактики кишечных инфекций" (№ 28-6/20 от 06.06.86).

В ряде союзных республик (РСФСР, УССР, БССР) разработаны и успешно внедряются критерии и методы эпидемиологической оценки других объектов надзора (молочных заводов, МТФ, предприятий общественного питания и др.).

На областные и республиканские санэпидстанции возлагается задача разработки критериев эпиднадежности по всем эпидзначимым объектам и дифференцирования задач надзора по уровням санэпидслужбы.

2.1.5. Для установления причин различия в уровнях заболеваемости на отдельных территориях рекомендуется составление санитарно-эпидемиологического паспорта территории (характеристика микрорайонов, участков). Санитарно-эпидемиологический паспорт отражает демографическую, социальную и профессиональную характеристику населения, водоснабжения, очистки территории, поступления и распределения продуктов питания, обеспеченность детскими и подростковыми, медицинскими учреждениями и пр. Кроме того, указывается исчерпывающая информация об эпидемиологическом фоне территории, заболеваемости во всех ее аспектах, биологических свойствах возбудителей и т.д.

Составление и ведение санэпидпаспорта (характеристики) территории помогает решению задачи слежения за условиями развития эпидемического процесса, за факторами передачи возбудителей кишечных инфекций.

2.1.6. Заключительным этапом ретроспективного анализа является комплексный анализ в ходе которого выдвигаются и проверяются гипотезы о причинах и условиях высокого уровня заболеваемости. Такой анализ должен обязательно выполняться сопряженно с результатами эпидемиологической оценки санитарной надежности территории, анализом демографических данных и состояния медицинского обслуживания.

Комплексный анализ эпидемиологических данных и факторов риска заражения на разных территориях является ключевым при выявлении основных причин и условий передачи возбудителей острых кишечных инфекций. Формулируются гипотезы (предположения), объясняющие динамику заболеваемости и различия ее в уровнях в разных группах населения и на разных территориях. Затем выдвинутые гипотезы проверяются. Если различия в показателях не достигает статистически значимых, то они могут носить случайный характер, и тогда попытка найти причину, определяющую различия в заболеваемости является малообоснованной.

Для проверки выдвинутой гипотезы используют логические и статистические методы анализа. К статистическим методам относятся вычисление показателей соответствия (критерий X2) и коэффициента корреляции. Статистические методы подробно изложены в специальных руководствах.

По результатам анализа предлагаются мероприятия для снижения заболеваемости кишечными инфекциями на данной территории. Может случиться, что собранной информации недостаточно для окончательного суждения о правильности предложенной первичной гипотезы. В этом случае необходимо организовать дополнительное получение требуемых данных и вернуться к их анализу на соответствующем этапе (на этапе анализа заболеваемости по территории, или на этапе эпидемиологической оценки санитарной надежности объектов, или на этапе комплексного анализа).

2.2. Оперативный эпидемиологический анализ. Задачами этого анализа являются:

- слежение за динамикой развития эпидемического процесса;

- слежение за санитарным фоном (возникновением факторов риска);

- оперативная оценка ситуации;

- установление причин подъема заболеваемости и коррекция проводимых мероприятий.

2.2.1. Слежение за динамикой развития эпидемического процесса ведется по четырем критериям:

- уровень заболеваемости ОКИ на территории (или территориях, если слежение осуществляется по микроучасткам, населенным пунктам и т.п.);

- уровень заболеваемости в разных возрастных группах;

- уровень и характер очаговости;

- этиологическая структура.

2.2.2. Слежение за санитарным фоном проводится с целью своевременного обнаружения факторов риска по следующим критериям:

- качество питьевой воды;

- качество молочной продукции, выпускаемой молочным заводом и в торговой сети;

- качество безалкагольных напитков;

- качество пищевой продукции, широко поступающей населению через торговую сеть или предприятия общественного питания;

- возникновение аварийных ситуаций на территории или объектах (здесь прежде всего учитываются и оцениваются аварийные ситуации на сетях водопровода, канализации, на объектах, имеющих эпидемиологическое значение: молокоперерабатывающие предприятия, детские молочные кухни и т.п.).

2.2.3. Оперативная оценка ситуации осуществляется сопоставлением эпидемиологических показателей, рассчитанных за определенный период времени для конкретной территории с исходный уровнем (5-дневка, неделя) и со среднемноголетним (нормативным) уровнем. Нормативный уровень вычисляется как среднее число заболеваний зарегистрированных в соответствующий день, неделю, месяц. Расчет его производят по данным последних 5 - 7 лет с исключением вспышечной заболеваемости. Целесообразно исчислять нормативный показатель отдельно по годам с высоким и низким уровнями заболеваемости. Нормативный уровень рассчитывается для конкретной территории и возрастных групп населения по данным первичной регистрации.

Определяют границы доверительного интервала нормативного уровня.

При оценке возможны два принципиальных варианта:

а) ситуация обычная;

б) ухудшение ситуации по сравнению с исходным или нормативным уровнями, когда отмечается рост заболеваемости.

Для выявления причин роста заболеваемости и ведущего фактора передачи проводится углубленный анализ и эпидемиологическое обследование возникших очагов. Объем этой работы и характер собираемой информации определяется в каждом конкретном случае эпидемиологом.

2.2.4. Углубленный эпидемиологический анализ проводится в случае ухудшения эпидситуации и состоит из нескольких этапов. Во-первых, оценивается изменение динамики заболеваемости и на микроучастках с учетом роста ее по отношению к исходному уровню. Во-вторых, анализируются изменения уровня заболеваемости в различных возрастных и социально-профессиональных группах населения, обращая особое внимание на степень вовлечения их в эпидемический процесс. Для этого следует также использовать данные, характеризующие инфицированность указанных групп: результаты бактериологического обследования контактных или декретированных контингентов.

Анализируется семейная очаговость и очаговость в организованных коллективах взрослых и детей. При этом также сопоставляются регистрируемые и исходные показатели очаговости.

Для выявления конкретного фактора передачи инфекции необходимо проводить сопоставление степени изменения заболеваемости на конкретной территории и среди определенных групп населения с картами-схемами распределения пищевой продукции и водоснабжения ("альтернативными картами"). Эти карты позволяют оперативно выявить контрольные территории и группы населения.

Подспорьем в выявлении факторов передачи инфекции является проведенный в период роста заболеваемости опрос больных ОКИ и контрольной группы о характере питания и водопотребления. Фактором передачи инфекции будет являться тот продукт питания или вода, который значительно чаще встречается среди заболевших ОКИ, чем в контрольной группе.

2.2.5. На заключительном этапе оперативного эпидемиологического анализа формулируется гипотеза о причинах ухудшения эпидемической ситуации, которая проверяется логически с учетом действия конкретного фактора. Правильная гипотеза должна полностью объяснять, почему именно в данные сроки и на данных территориях произошел рост заболеваемости и почему именно данные учреждения, данные конкретные группы населения были наиболее поражены. Если нет полной информации для такого объяснения или отсутствуют материалы, позволяющие четко сформулировать гипотезу, то проводится дополнительный сбор требуемой информации. Для проверки правильности гипотезы могут использоваться методы статистики.

**3. Управление**

Подсистема управления включает следующие компоненты:

3.1 Планирование мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, материальное обеспечение их реализации и контроль исполнения. В комплексе профилактических мероприятий основная роль принадлежит санитарно-гигиеническим, проводимым соответствующими ведомствами и нацеленным на повышение степени санитарной надежности эпидемически значимых, в первую очередь, неблагополучных объектов. С этой целью органами Государственного санитарного надзора совместно с заинтересованными ведомствами по каждой территории должны быть разработаны мероприятия по профилактике острых кишечных инфекций, которые включаются в план социально-экономического развития народного хозяйства района, города, области, республики. Основой для разработки этих мероприятий является санитарно-эпидемиологический паспорт территории. Контроль за полнотой и своевременностью выполнения мероприятий осуществляется санитарно-эпидемиологической службой.

3.2. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий при ухудшении эпидобстановки. Объем и характер этих мероприятий зависит в каждом конкретном случае от особенностей обстановки.

3.3. Организация системы санэпиднадзора, оценка качества работы системы и ее коррекция в целях повышения эффективности. Переход на осуществление санэпиднадзора за острыми кишечными инфекциями требует конкретизации функций всех подразделений СЭС различного уровня. Положение о функциональных обязанностях СЭС разных уровней по обеспечению санэпиднадзора за ОКИ должно быть разработано с учетом специфических условий каждой республики и закреплено приказом Министерства здравоохранения. С учетом этого следует пересмотреть функциональные обязанности специалистов разного профиля внутри каждой санитарно-эпидемиологической станции.

Эффективность работы системы санэпиднадзора следует оценивать ежегодно и, при необходимости, вносить соответствующие коррективы.

**Примерное положение о группе сбора и обработки данных для санитарно-эпидемиологического анализа**

Группа формируется в пределах существующего штатного расписания (состав группы определяется руководителем учреждения).

Основная задача группы - информационное обеспечение специалистов СЭС для проведения оперативного и ретроспективного санэпиданализа. Группа обеспечивает статистическую обработку входной информации санитарного и эпидемиологического характера по любой из нозоформ и выдачу выходной информации для проведения специалистами санитарно-гигиенического и эпидемиологического отделов оперативного (ежедневного, еженедельного) анализа эпидситуации.

Входной информацией для группы служат следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характер информации | | Источники получения |
| 1. | Заболеваемость ОКИ | Лечебно-профилактические учреждения (форма № 58) |
| 2. | Этиология ОКИ (данные о выделении возбудителей, результаты серодиагностики) | Бактериологические, вирусологические лаборатории СЭС и ЛПУ |
| 3. | Санитарно-гигиеническая характеристика подконтрольных объектов | Материалы текущего санитарного надзора. Данные бактериологических, вирусологических, санитарно-гигиенических лабораторий СЭС и ведомств |
| 4. | Циркуляция возбудителей во внешней среде | Бактериологические, вирусологические лаборатории СЭС и ведомств |
| 5. | Материалы обследования очагов, результаты опроса заболевших | Карты эпидобследования очагов |
| 6. | Результаты внезапных обследований и по эпидпоказаниям | Бактериологическая лаборатория СЭС |
| 7. | Природно-климатические факторы (температура, количество осадков, уровни стояния грунтовых вод и др.) | Гидрометслужба, гидрогеология |
| 8. | Циркуляция возбудителей среди животных, птиц | Баклаборатории Госветнадзора, ведомственные лаборатории госагропрома |
| 9. | Сигнальная информация из других санэпидстанций и ведомств об инфекционной заболеваемости, инфицированных пищевых продуктах, аварийном сбросе сточных вод в открытые водоемы и др. данные | Областные, городские, районные СЭС, ведомственные СЭС и др. |
| 10. | Информация об отклонении в уровне заболеваемости | Вышестоящая СЭС (в случае использования системы АСУ) |

Группа сбора и обработки данных осуществляет слежение за:

- уровнем заболеваемости на территории (по районам, микроучасткам и пр.);

- заболеваемостью по возрастным и социально-профессиональным группам;

- очаговостью;

- этиологической структурой дизентерии и ОКИ;

- качеством питьевой воды, молочной и другой пищевой продукции, результатами санитарно-бактериологического контроля за состоянием внешней среды на подконтрольных объектах;

- возникновением аварийных ситуаций на территории и объектах.

Ежедневно дается оценка эпидситуации по вышеупомянутым признакам. При ухудшении ситуации группа готовит дополнительные аналитические материалы: заболеваемость по микроучасткам (для сопоставления с альтернативными картами), изменение заболеваемости в возрастных и социально-профессиональных группах, предполагаемые факторы передачи ОКИ, санитарная характеристика обследованных объектов. При этом группа использует альтернативные карты для проверки гипотез о действующих факторах передачи возбудителей ОКИ.

Выходная информация группы поступает заведующим эпидемиологическим и санитарно-гигиеническим отделами, которые проводят ее совместную оценку и анализ, привлекая необходимых специалистов, и разрабатывают предложения для принятия управленческих решений.

**Примерные обязанности специалистов СЭС по обеспечению санитарно-эпидемиологического надзора за ОКИ**

**1. Специалисты эпидемиологического профиля:**

1.1. Проводят ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости (выявление территорий, факторов риска);

1.2. проводят оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости по каждой нозоформе;

1.3. совместно со специалистами санитарного отдела проводят экспертную оценку гипотез о причинах роста заболеваемости и готовят предложения для принятия управленческого решения;

1.4. обследуют эпидемические очаги острых кишечных инфекционных заболеваний;

1.5. принимают участие в разработке перспективных планов мероприятий по профилактике острых кишечных инфекций, контролю за их исполнением;

1.6. разрабатывают планы оперативных и противоэпидемических мероприятий на случаи изменения (ухудшения) эпидемической ситуации в районе;

1.7. проводят инструктивно-методические совещания с медицинскими работниками лечпрофучреждений по вопросам эпидемиологии и профилактики острых кишечных инфекций;

1.8. поддерживают связь с эпидемиологическими отделами территориально сопредельных санэпидстанций, а также с ведомствами и службами, в ведении которых находятся эпидзначимые объекты;

1.9. поддерживают связь, с вышестоящими СЭС.

**2. Специалисты санитарно-гигиенического профиля:**

2.1. оценивают потенциальную опасность эпидзначимых объектов;

2.2. проводят текущие санитарно-гигиенические обследования эпидзначимых объектов (кратность обследования определяется с учетом местных конкретных условий);

2.3. координируют работу ведомств и служб, осуществляют контроль за выполнением ими перспективных планов по профилактике острых кишечных инфекций;

2.4. ежедневно представляют в группу сбора и обработки данных или непосредственно в эпидотдел информацию об отклонениях в санитарном состоянии эпидзначимых объектов и качестве (по данным лабораторных исследований) пищевых продуктов и воды, а также сведения о нарушениях в эксплуатации оборудования и технологических процессов;

2.5. накапливают материалы по санитарно-гигиенической характеристике эпидзначимых объектов;

2.6. принимают оперативные меры по устранению выявленных нарушений с использованием в полном объеме прав, предоставленных органам госсаннадзора;

2.7. готовят материалы и предложения по улучшению работы эпидзначимых объектов для представления в партийные, советские органы, ведомства и службы;

2.8. поддерживают связи с санитарно-гигиеническими отделами территориально сопредельных санэпидстанций.

**3. Специалисты бактериологических, санитарно-гигиенических лабораторий выполняют следующие функции:**

3.1. принимают участие в планировании производственной деятельности лабораторий совместно со специалистами оперативных отделов санэпидстанций;

3.2. проводят необходимые лабораторные исследования классическим, экспресс и ускоренными методами для установления возможных факторов передачи возбудителей острых кишечных инфекций;

3.3. внедряют в работу лабораторий новые современные методы исследований;

3.4. принимают участие в подготовке кадров лабораторий санэпидстанций, лечебно-профилактических учреждений и ведомственных;

3.5. осуществляют методическое руководство и консультативную помощь ведомственным лабораториям;

3.6. своевременно информируют оперативные отделы санэпидстанций о результатах проведенных исследований.

**Альтернативные карты эпидемиологического надзора**

Альтернативные карты эпидемиологического надзора позволяют оперативно выявлять действующие пути и факторы передачи инфекции и осуществлять целенаправленные меры по подавлению их активности.

Главный эпидемиологический смысл создания карты (карт) надзора заключается в выделении на ней альтернативных по водоснабжению и снабжению пищевыми продуктами (в первую очередь молоком и молочными продуктами) территорий (групп населения).

Альтернативность (допущение одной из двух или нескольких возможностей) территорий по потенциальным факторам передачи возбудителей кишечных инфекций, в частности шигелл (вода, пищевые продукты), позволяет обеспечить объективную оценку активности этих факторов, своевременно ее выявлять и контролировать, так как при подобном методологическом подходе к проведению надзора, наряду с опытной территорией (группой населения), где этот фактор действует, подбираются контрастные по этому же фактору контрольные территории, где его нет.

На основе обычных административных географических карт территорий,, разрабатываются карты надзора на районном (городском) и областном уровнях, функционально взаимно дополняющие друг друга в решении единых задач профилактики.

На каждом уровне обслуживаемая территория надзора условно подразделяется на контрастные участки (так называемые опытные и контрольные), отличающиеся по характеру водоснабжения населения (например, из разных хозяйственно-питьевых водопроводов; из источников централизованного и нецентрализованного водоснабжения и т.п.) и организации снабжения пищевыми продуктами (например, получают продукцию разных молокозаводов).

На картах надзора учитывается также нередкая ситуация, когда часть местного населения пользуется водой, поступающей по водопроводам с других административных территорий, и, наоборот, вода данной территории подается в другие населенные пункты. Аналогично часть продукции местного молококомбината (в различном ассортименте, о котором должна быть полная информация) направляется в другой (другие) населенный пункт или же, наоборот, поступает из другого населенного пункта и ею пользуются все или только часть местного населения. Выделяются также участки населенного пункта и различные объекты (предприятия, дошкольные учреждения, магазины), получающие и не получающие молоко и молочные продукты различного ассортимента местного (местных) и других молокозаводов (опытные контрольные объекты).

Составление полноценных альтернативных карт эпидемиологического надзора за всем обширным спектром кишечных инфекций дело весьма трудоемкое и требует совместных усилий многих специалистов санэпидстанций, так или иначе связанных в своей работе с их профилактикой.

На этих картах должна получить отражение вся пищевая продукция массового потребления (реальные факторы риска при кишечных инфекциях), включая самые разнообразные безалкогольные напитки. Эта работа окупается сторицей, так как санэпидслужба получает достоверное представление об эпидемиологическом фоне на местах и легко ориентируется при осложнении эпидемической ситуации.

В результате составления и постоянного ведения карт надзора решается важнейшая задача надежного слежения за эпидемиологическим фоном, т.е. за причинными факторами распространения кишечных инфекций. Активизация путей и конкретных факторов передачи инфекции, зарегистрированная на альтернативных картах еще до повышения заболеваемости (например, аварии на водопроводной сети, нарушение режима обеззараживания воды, ухудшение санитарно-бактериологических показателей ее качества, нарушение режима пастеризации молока на молокозаводе, мойки тары, выпуск бактериально загрязненной продукции, не отвечающей установленным санитарным нормам и т.д.) и получившая затем отражение в интенсификации заболеваемости на опытной территории (при ее отсутствии на контрольной), свидетельствует о высокой чувствительности надзора, результаты которого, таким образом, могут использоваться для реального прогноза ожидаемых уровней заболеваемости. Появляется возможность всесторонне наблюдать эпидемиологический фон, быстро анализировать информацию на основе принципа альтернативности, равноценного контроля и проводить необходимую его коррекцию.

|  |  |
| --- | --- |
| Начальник Главного эпидемиологического управления Минздрава СССР | М.И. Наркевич |

**Приложение № 2**

**к приказу Минздрава СССР  
от 16 августа 1989 г. № 475**

**Инструкция о проведении противоэпидемических мероприятий в отношении острых кишечных инфекций**

**1. Порядок выявления больных**

1.1. Выявление больных, подозрительных на заболевание ОКИ, проводится врачами (фельдшерами) всех учреждений здравоохранения во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и пр. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

На каждого выявленного больного ОКИ (или подозрении) заполняется и направляется в территориальную СЭС экстренное извещение (ф. 58у) или сообщается по телефону.

1.2. Выявление больных среди работников пищевых предприятий и лиц к ним приравненных методами лабораторного обследования.

1.2.1. Контингент работников пищевых предприятий и лиц к ним приравненных определен "Инструкцией об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях", утвержденной 21.12.1987 г. № 4538-87.

1.2.2. При поступлении на работу:

Проводится однократное бактериологическое обследование на группу энтеропатогенных бактерий. Обследование на носительство брюшного тифа проводится в соответствии с приказом Минздрава СССР № 139 от 02.03.89 г. "О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в стране". Плановое обследование не проводится.

1.2.3. При подъеме заболеваемости острых кишечных инфекций на отдельной территории, выявлении эпидемиологически значимых нарушений на объектах.

Контингент, подлежащий обследованию, и объем исследований определяется врачом эпидемиологом.

1.2.4. При подъеме заболеваемости на территории, связанный с продукцией конкретного предприятия.

Прекращается эксплуатация данного предприятия или участка. Назначается 2-кратное бактериологическое обследование всех работающих. Возможно применение полного клинического обследования в условиях поликлиники, стационара.

1.3. Выявление больных среди детей детских дошкольных учреждений, школ-интернатов, летних оздоровительных учреждений.

Дети при оформлении в детские дошкольные коллективы принимаются без бактериологического обследования при наличии справки от участкового врача-педиатра о состоянии здоровья и отсутствии контакта с больными ОКИ.

Прием детей, возвращающихся в детские учреждения после любого перенесенного заболевания или длительного (5 дней и более) отсутствия, разрешается только при наличии справки от участкового врача или из стационара с указанием диагноза болезни или причины отсутствия.

При утреннем приеме ребенка необходимо проводить опрос родителей об общем состоянии ребенка, характере стула. При наличии жалоб и клинических симптомов, характерных для кишечных заболеваний, ребенок немедленно изолируется; при наличии стула (рвоты) у него берется материал для лабораторного исследования. Дальнейшее наблюдение и лечение (на дому или в стационаре) проводится участковым врачом-педиатром или инфекционистом.

**2. Сбор материала для лабораторных исследований и доставка в лабораторию**

Забор материала у больного ОКИ осуществляется до начала этиотропного лечения и возлагается на врача (фельдшера), поставившего первичный диагноз ОКИ.

Забранный материал (рвотные массы, промывные воды желудка, каловые массы) направляется на исследование для определения возбудителей группы энтеропатогенных бактерий.

Необходимость исследования на другие группы возбудителей (вирусы, условно-патогенные бактерии, иерсинии, кампилобактерии и др.) определяется врачом в зависимости от конкретных условий (клиническая картина, эпидситуация, сезонность и т.п.) и указывается в направлении отдельно.

При лечении больного на дому забор материала для исследования осуществляется персоналом лечебно-профилактических учреждений.

Во всех случаях забор материала для исследования у лиц, поступающих на работу в пищевые и приравненные к ним предприятия и учреждения, проводится медицинскими работниками лечебно-профилактических или санитарно-профилактических учреждений.

Забор материала от лиц, общавшихся с больным ОКИ, проводится медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, детских дошкольных учреждений, школ, школ-интернатов, летних оздоровительных учреждений и других учреждений и предприятий.

У больных, поступающих в стационары для госпитализации, материал для бактериологического посева забирается в приемном отделении.

Забор испражнений производится в пробирки с глицериновой смесью или полужидкой средой Кери-Блера. Рвотные массы, промывные воды желудка и др. собираются в стерильную посуду. Для вирусологического исследования материал забирается в стерильную сухую пробирку.

Материал для бактериологического исследования в лабораторию доставляется в таре, исключающей повреждение пробирок, и сопровождается специальным направлением. Категорически запрещается доставка материала в лабораторию силами самих обследуемых. Срок доставки в лабораторию не позднее 2 часов после забора.

При невозможности своевременной доставки материала он помещается в холодильник и направляется на исследование не позднее 12 часов после забора. Пробы фекалий для исследования на ротавирусы, энтеровирусы, кампилобактерии обязательно хранить в морозильной камере холодильника.

Комплексное лабораторное обследование больных ОКИ с целью определения этиологии заболевания целесообразно при необходимости дополнить существующими современными методами диагностики (РПГА, ИФА, коагглютинация, иммунофлюоресценция и др.). Забор крови и доставка в лабораторию обычны как при любом серологическом исследовании.

**3. Госпитализация больных ОКИ**

Госпитализация больных ОКИ проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

3.1. Клинические показания:

3.1.1. все тяжелые и среднетяжелые формы у детей до года с отягощенным преморбидным фоном;

3.1.2. острые кишечные заболевания у резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями лиц;

3.1.3. затяжные и хронические формы дизентерии (при обострении).

3.2. Эпидемиологические показания.

3.2.1. Невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного;

3.2.2. Работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.

**4. Порядок выписки больных из стационара**

4.1. Работникам пищевых предприятий и лицам к ним приравненных, детям, посещающим детские дошкольные учреждения, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения проводится однократное бактериологическое обследование через 1 - 2 дня после окончания лечения в стационаре или на дому.

4.2. Категории больных, не относящихся к п. [4.1](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i37671), выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их бактериологического обследования перед выпиской определяется врачом-инфекционистом.

4.3. При выписке выздоровевшего врач стационара обязан оформить и передать в поликлинику выписку из истории болезни, включающую клинический и этиологический диагнозы заболевания, данные о проведенном лечении, результаты всех исследований, рекомендации по диспансеризации.

**5. Порядок допуска переболевших на работу, в ДДУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения**

5.1. Работники пищевых объектов и лица к ним приравненные, дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, допускаются на работу и к посещению этих учреждений после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении и при наличии отрицательного результата бактериологического анализа. Дополнительного бактериологического обследования не проводится.

5.2. Дети школ-интернатов и летних оздоровительных учреждений в течение месяца после перенесенного заболевания не допускаются к дежурству на пищеблоке.

5.3. В случае положительного результата бактериологического обследования, проведенного перед выпиской, курс лечения повторяется. При положительных результатах контрольного обследования, проведенного после повторного курса лечения, устанавливается диспансерное наблюдение с переводом на другую работу, не связанную с производством, хранением, транспортировкой и реализацией продуктов питания.

В случае, если у таких лиц обнаружение возбудителя дизентерии продолжается более трех месяцев после перенесенного заболевания, то решением ВКК они как больные хронической формой дизентерии переводятся на работу, не связанную с продуктами питания.

5.4. Дети, перенесшие обострение хронической дизентерии, допускаются в детский коллектив при нормализации стула в течение 5 дней, хорошем общем состоянии и нормальной температуре.

**6. Организация эпидемиологического обследования**

Целью эпидемиологического обследования является выявление условий, способствующих появлению и распространению заболеваний, раннее выявление источников инфекции и контактных лиц, определение границ очага и проведение необходимого комплекса противоэпидемических мероприятий по его ограничению и ликвидации.

Эпидемиологическое обследование проводится:

6.1. в квартирных очагах:

6.1.1. при заболевании (бактерионосительстве) ОКИ работников пищевых предприятий и лиц к ним приравненных;

6.1.2. при заболевании детей, посещающих детские дошкольные учреждения и неорганизованных детей до 2-х лет;

6.1.3. все очаги инфекции как с одновременно, так и повторно возникшими несколькими случаями заболевания;

при росте заболеваемости ОКИ проводится 100 % обследование очагов до установления путей и факторов передачи инфекции, с проведением опроса больных в условиях стационара или на дому.

В остальных случаях необходимость обследования квартирных очагов определяется эпидемиологом с учетом эпидемиологической ситуации, материалов ретроспективного анализа;

6.1.4. В квартирных очагах однократному бактериологическому обследованию подлежат работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, дети, посещающие детские дошкольные учреждения, школы-интернаты, летние оздоровительные коллективы, а также неорганизованные дети до 2-х лет. От работы и от посещения организованных коллективов вышеуказанный контингент не отстраняется.

6.2. В детских дошкольных, лечебно-профилактических учреждениях, на пищевых предприятиях и приравненных к ним объектах, по месту работы, учебы.

При появлении первого случая ОКИ необходимость эпидемиологического обследования решается врачом-эпидемиологом. При появлении повторных заболеваний эпидемиологическое обследование проводится комплексно с участием специалистов соответствующего санитарно-гигиенического профиля.

При эпидемиологическом обследовании очагов как домашних, так и в ДДУ, пищевых объектах рекомендуется проводить забор проб пищевых продуктов, воды, смывов на определение энтеропатогенной и санитарно-показательной группы бактерий.

Бактериологическое обследование общавшихся с больными ОКИ проводится при регистрации:

- одномоментных заболеваний в коллективах взрослых и детей

- первого случая острого кишечного заболевания в детских яслях, ясельных группах детских дошкольных учреждений, эпидемиологически значимых объектах.

В остальных случаях объем и кратность бактериологического обследования определяется врачом-эпидемиологом.

Ректороманоскопия используется как дополнительный метод клинического обследования в стационаре и поликлинике. Детям ректороманоскопия проводится только по клинически обоснованным показаниям.

**7. Медицинское наблюдение за общавшимися с больными острыми кишечными инфекциями**

7.1. Наблюдение за общавшимися в детских дошкольных учреждениях, в больницах, санаториях, школах-интернатах, летних оздоровительных учреждениях на объектах, связанных с производством, хранением и реализацией пищевых продуктов проводится медицинскими работниками указанных учреждений и территориальных лечебно-профилактических учреждений.

7.2. Медицинскому наблюдению в квартирных очагах подлежат лица, относящиеся к контингенту работников пищевых предприятий и лиц к ним приравненных, дети, посещающие дошкольные учреждения, летне-оздоровительные коллективы.

Медицинское наблюдение осуществляется по месту работы, учебы общавшихся.

7.3. Длительность медицинского наблюдения при дизентерии и острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии составляет 7 дней; осуществляется ежедневный опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия.

7.4. Длительность и характер наблюдения при ОКИ установленной этиологии определяется соответствующими рекомендациями в зависимости от выделенного возбудителя.

7.5. Данные наблюдения отражаются в амбулаторных картах и историях развития ребенка.

7.6. В очагах кишечных инфекций детям раннего возраста недоношенным, ослабленным с отягощенным состоянием (гипотрофия, рахит, анемия и др.) можно рекомендовать применение биологических препаратов (бифидумбактерин) и продуктов детского питания, обогащенных бифидобактериями (бифидин).

7.7. Для детей более старшего возраста и взрослым, работающим на эпидзначимых объектах, с целью повышения неспецифической резистентности организма, предупреждения дисбактериоза и профилактики заражения ОКИ рекомендуется применение препаратов и пищевых продуктов со специально селекционированной комплексной культурой ацидофильной палочки (ацидофильное молоко, ацилакт, биофруктолакт и др.).

**8. Дезинфекционные мероприятия**

8.1. Дезинфекционные мероприятия осуществляются в соответствии с "Методическими указаниями по организации и проведению дезинфекционных мероприятий при острых кишечных инфекциях", утвержденных 18.04.89 года № 15-6/12.

8.2. Дезинфекционные мероприятия при острых кишечных инфекциях вирусной этиологии проводить по режимам и с использованием средств, рекомендуемых в приложении № 3 к приказу № 408 от 12.07.1989 года "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране".

**9. Диспансеризация**

9.1. Работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, переболевшие острыми кишечными инфекциями, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с 2-кратным бактериологическим обследованием, проведенным в конце наблюдения с интервалом в 2 - 3 дня.

9.2. Дети, посещающие дошкольные учреждения, школы-интернаты, переболевшие ОКИ подлежат клиническому наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления с ежедневным осмотром стула.

Бактериологическое обследование назначается по показаниям (наличие длительного неустойчивого стула в период проведения лечения, выделение возбудителя после законченного курса лечения, снижение массы тела и др.).

Кратность и сроки бактериологического обследования определяются как в п. [9.1](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i45563).

9.3. Лица, переболевшие хронической дизентерией, подлежат диспансерному наблюдению в течение 6-ти месяцев (с момента установления диагноза) с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием.

9.4. Остальным категориям, переболевшим острыми кишечными инфекциями, диспансерное наблюдение назначается по рекомендации врача стационара или поликлиники.

Материал для бактериологического исследования в период диспансерного наблюдения забирается медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений.

Приведенные выше сроки диспансерного наблюдения за различными категориями переболевших нужно считать ориентировочными. В каждом отдельном случае они должны назначаться специально для каждого наблюдаемого. В частности, неудовлетворительные санитарно-гигиенические бытовые условия, наличие в семье или квартире повторных заболеваний и больного хронической дизентерией, должны служить основанием для удлинения срока наблюдения.

По окончании установленного срока наблюдения, выполнения всех предусмотренных исследований, при условии полного клинического выздоровления наблюдаемого и эпидемиологического благополучия в окружении, наблюдаемый снимается с учета врачом инфекционистом поликлиники или участковым врачом.

В фф. 025-У, 026-У, 112-У оформляется краткий эпикриз и делается отметка о снятии с учета.

|  |  |
| --- | --- |
| Начальник Главного эпидемиологического управления Минздрава СССР | М.И. Наркевич |

**Приложение № 3**

**к приказу Минздрава СССР  
от 16 августа 1989 г. № 475**

**Методические указания по комплексной терапии детей, больных острыми кишечными инфекциями в условиях поликлиники**

Лечение детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) может проводиться не только в стационаре, но и на дому при соблюдении следующих условий: обеспечении изоляции ребенка от других детей, необходимого санитарно-гигиенического режима, полноценного ухода, питания и точного выполнения всех назначений врача, организации ежедневного посещения больного врачом-педиатром в остром периоде болезни, далее - по показаниям.

Показания для проведения лечения ОКИ в домашних условиях:

- легкие и стертые формы болезни у детей любого возраста;

- среднетяжелые формы болезни у детей старше 1 года;

- период реконвалесценции у детей любого возраста, перенесших кишечную инфекцию (в т.ч. при наличии различных постинфекционных синдромов или повторного бактериовыделения на фоне клинического выздоровления).

Все больные с тяжелыми формами заболевания подлежат немедленной госпитализации с оказанием первой неотложной помощи на дому (см. Методические рекомендации "Комплексная терапия неотложных состояний при острых кишечных инфекциях у детей" Минздрав СССР, Москва, 1988 год).

**I. Основные принципы терапии острых кишечных инфекций**

Для правильной организации терапии ОКИ в условиях поликлиники необходимо:

- установить инфекционную природу заболевания (дифференцировать с первичными ферментопатиями, кишечным аллергозом, функциональными "срывами" пищеварения, связанными с перекормом или неадекватным возрасту кормлением);

- уже при первой встрече врача с больным поставить вероятный этиологический диагноз или хотя бы определить принадлежность ОКИ к "инвазивной" или "секреторной" группе диарей (опираясь на данные эпид. анамнеза и динамику основных симптомов в начальном периоде болезни)[1](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i63940). К инвазивным ОКИ, ведущую роль в патогенезе которых играет инвазия возбудителя в стенку кишки с развитием воспалительного процесса, относятся дизентерия, сальмонеллез, иерсиниоз, кампилобактериоз, а также ОКИ неустановленной этиологии, протекающие с поражением толстой кишки. К секреторным диареям, ведущую роль в патогенезе которых играет нарушение процессов секреции и всасывания воды и солей в кишечнике, относятся эшерихиозы (энтропатогенной и энтеротоксигенной групп), ротавирусная инфекция и ОКИ неустановленной этиологии, протекающие с поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта[2](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i71601);

- определить уровень поражения желудочно-кишечного тракта (локализация инфекционного процесса в желудке, тонкой и (или) толстой кишке);

- установить стадию болезни (начальный период, разгар, период реконвалесценции, рецидив, обострение, реинфекция, постинфекционные функциональные нарушения - вторичная ферментопатия, аллергоэнтеропатия, дисбактериоз);

- оценить преморбидный фон больного, что необходимо как для прогнозирования дальнейшего течения у него болезни, так и для адекватного назначения питания и комплекса терапии;

- организовать своевременное и целенаправленное обследование больного (бак. посев испражнений, мочи, промывных вод желудка, общий анализ крови и мочи). В ранние сроки болезни используются также экспресс-методы, позволяющие выявлять специфические микробные и вирусные антигены в моче, кале, крови.

Терапия ОКИ должна быть адекватной этиологии и патогенезу болезни, комплексной, индивидуализированной и этапной. Наиболее быстрый терапевтический эффект достигается при раннем начале терапии (с 1-ых часов болезни).

Комплекс лечения включает лечебное питание, этиотропную (по показаниям), патогенетическую и симптоматическую терапию и направлен, с одной стороны, на борьбу с возбудителем и выведение продуктов его жизнедеятельности, а с другой стороны - на восстановление нарушенного обмена и деятельности различных органов. Терапия нуждается в постоянной коррекции в зависимости от особенностей течения болезни, возраста больного и его преморбидного фона. В каждую фазу болезни следует назначать лишь безусловно необходимые для данного больного препараты, полипрагмазия недопустима.

**II. Основные виды терапии ОКИ**

Лечебное питание является постоянным и ведущим компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни. В настоящее время голодные диеты и водно-чайные паузы не рекомендуются, т.к. доказано, что даже при тяжелых формах ОКИ пищеварительная функция большей части кишечника сохраняется, а голодные диеты значительно ослабляют защитные силы организма и замедляют процессы репарации.

Объем и состав питания определяется возрастом детей, характером вскармливания до болезни, тяжестью и фазой болезни и характером предшествующих заболеваний (прежде всего, гипотрофия и аллергические диатезы).

У детей раннего возраста в период разгара заболевания рекомендуется уменьшение объема пищи (в первый день лечения не более, чем на 50 %) и увеличения кратности кормлений до 6 - 8 раз в сутки (соотв. через 2,0, 2,5 или 3 часа). В течение 3 - 4 дней должен быть восстановлен нормальный объем питания. При легких формах ОКИ сохраняется возрастная диета, механически и химически щадящая, с дополнительным введением кисло-молочных смесей.

Оптимальным видом питания грудных детей является материнское молоко (непастеризованное!). Детям, в том числе, первых месяцев жизни, находящимся на искусственном вскармливании, предпочтительно назначать кисломолочные смеси (ацидофильная малютка, "наринэ", "балдырган" и др.), которые у детей старше 6 мес. сочетают с овощными блюдами (в виде пюре или супа-пюре), 5 - 10 % рисовой и гречневой кашей с последующим быстрым расширением ассортимента и объема питания (в соответствии с возрастом ребенка и характером вскармливания до болезни).

Дефицит белка, возникающий за счет нарушения его утилизации и всасывания или за счет потерь эндогенного белка, а также у детей с исходной гипотрофией, уже с 3-го дня терапии восполняется назначением 15 % белкового энпита (по 50 - 100 мл в сутки в 2 - 3 приема в течение 1 мес. - 1,5 мес.) творога, мясного фарша.

При нарушении всасывания жира (при энтеритах, чаще, сальмонеллезной этиологии), о чем свидетельствует жирный блестящий стул, большое количество нейтрального жира в копрограмме, при сохранении всасывания белка, назначают раболакт, содержащий 2,6 г белка, 10,0 г углеводов и только 1,5 г жира в 100 г смеси.

При нарушении всасывания углеводов (дисахаридазная, чаще, лактазная, недостаточность), которая, как правило, сопровождает ротавирусную инфекцию и колиэнтерит и проявляется беспокойством, вздутием живота, отрыжкой и брызжущим пенистым стулом после каждого кормления, ограничивают сладкие молочные смеси и назначают низколактозные смеси или 3-х дневный кефир, 10 % каши на овощном и рисовом отваре, а детям на грудном вскармливании добавляют после грудного молока 20 - 30 мл кислых молочных смесей (ацидофильную малютку, кефир, биолакт).

При непереносимости белка коровьего молока назначается диета с исключением коровьего молока и заменой его на молоко других животных, а также каши на воде или овощных отварах, овощи (картофель, кабачки, цветная капуста, тыква), мясо (за исключением говядины) в виде гаше и суфле, печеное яблоко, пюре из протертых бананов. При нетяжелых формах непереносимости белков коровьего молока допустимо назначение творога, 3-х дневного кефира.

Детей старше года следует кормить с учетом их аппетита. В первые дни ограничивается количество жира, отдается предпочтение кислым молочным смесям, пюре, овощным супам на мясном бульоне, а с 3 - 4 дня добавляется мясо (фарш, паровые котлеты) нежирных сортов, творог. К 5 - 7 дню лечения объем и состав пищи уже должен соответствовать возрастной норме, исключаются лишь продукты, усиливающие брожение и перистальтику кишки (цельное молоко, черный хлеб), а также продукты, часто вызывающие аллергические реакции (рыба, апельсины, клубника, шоколад и др.).

Этиотропная терапия включает в себя применение антибиотиков, химиопрепаратов. Назначение антибиотиков и химиопрепаратов при ОКИ у детей должно быть резко ограничено, что диктуется как неуклонным ростом лекарственной устойчивости возбудителей, так и частотой побочных реакций.

Показания к назначению разных видов этиотропной терапии определяется этиологией ОКИ (подтвержденной или предполагаемой), возрастом больного, фазой и тяжестью болезни.

Антибиотики и химиопрепараты при лечении на дому показаны только детям с инвазивными ОКИ в остром периоде болезни:

- при среднетяжелых формах болезни - детям до 2-х лет;

- при легких формах болезни - только детям первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном (в связи с частотой у них негладкого течения болезни и возможностью развития рецидивов и обострений, более тяжелых, чем начальный синдром).

Назначение антибиотика или химиопрепарата, если установлены целесообразность его применения, также не должно быть шаблонным. Выбор препарата производится с учетом тяжести болезни, свойств препарата (фармакокинетика и побочное действие), а также чувствительности к нему предположительно или окончательно установленного возбудителя (на основании информации об антибиограмме циркулирующих в данной местности возбудителей ОКИ в виде ежеквартальных бюллетеней). Метод введения антибактериальных препаратов (путь введения, доза и длительность курса) определяется патогенезом инфекции (локализация возбудителя), тяжестью болезни и сроками начатой терапии. В большинстве случаев при ОКИ достаточно бывает перорального введения препарата, поскольку при нетяжелых локализованных формах болезни возбудитель не проникает за пределы желудочно-кишечного тракта. При выраженно колитическом синдроме, а также при повторной рвоте и невозможности введения препарата через рот рекомендуется ректальное введение препарата в свечах или теплом масле шиповника в полуторной возрастной дозе.

Перед назначением антибиотиков необходимо собрать аллергологический анамнез - выяснить, не вызывали ли препараты данной группы у ребенка и (или) его родственников аллергических реакций в прошлом.

Руководствуясь вышеизложенными принципами, рекомендуется следующая тактика антибактериальной терапии инвазивных ОКИ разной этиологии.

Препаратами выбора при дизентерии служат: невиграмон (в дозе 60 мг/кг/сутки); канамицин (в дозе 60 мг/кг/сутки); полимиксин-М-сульфат (в дозе 100 мг/кг/сутки); фуразолидон (в дозе 0,05 × 3 раза в день), к которым сохранена высокая чувствительность шигелл на большинстве территорий СССР. Курс лечения - 5 - 7 дней.

При сальмонеллезе (локализованной форме) и заболеваниях, вызванных эшерихиями и условно-патогенными микроорганизмами, детям раннего возраста назначают гентамицин внутрь (в дозе 4 - 6 мг/кг/сутки), канамицин, - полимиксин-М-сульфат детям старше года - фуразолидон. Курс лечения - 5 - 7 дней. Однако, этиотропная терапия при сальмонеллезе, вызванном "госпитальными штаммами сальмонелл (тифимуриум, хайфа и др.), у детей раннего возраста недостаточно эффективна, поэтому главную роль в лечении этих больных должна играть патогенетическая терапия (см. ниже).

При вышеуказанных инфекциях не рекомендуется применять тетрациклин, стрептомицин, левомицетин (из-за их токсичности и стабильно высокой устойчивости к ним большинства возбудителей ОКИ), а также - ампициллин - из-за выраженного аллергизирующего действия и частого нарушения биоценоза кишечника.

При иерсиниозе наиболее эффективными являются левомицетин (по 25 - 30 мг/кг/сутки) и тетрациклин (25 мг/кг/сутки), курс лечения продолжается до стойкой нормализации температуры, но не менее 7 дней. Эффект от лечения тем выше и тем быстрее наступает, чем раньше оно начато.

При кампилобактериозе препаратом выбора служит эритромицин (в суточной дозе 5 - 8 тыс./кг/сутки детям до 2 лет и 0,1 - 0,25 × 3 раза в день детям старше 2 лет), однако достаточно эффективными являются невиграмон и аминогликозиды.

При отсутствии данных, даже предположительных, об этиологии инвазивных ОКИ целесообразно назначать препараты широкого спектра действия, к которым чувствительны большинство циркулирующих в данной местности возбудителей ОКИ. Чаще всего, это аминогликозиды (внутрь) и невиграмон[3](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i84113).

При отсутствии выраженного эффекта смена антибиотиков и химиопрепаратов проводится не ранее, чем через 2 суток от начала терапии.

Антибиотики и химиопрепараты не показаны:

- при "секреторных" диареях (за исключением тяжелого эшерихиоза у детей раннего возраста) - независимо от фазы болезни и возраста детей;

- при постинфекционных кишечных дисфункциях, связанных с развитием дисбактериоза, вторичных ферментопатий и др. Функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта в периоде репарации. Этим 2-м группам больных проводится только патогенетическая и симптоматическая терапия (пероральная регидратация, ферменты и др. - см. ниже);

- детям с легкой и стертой формой инвазивных ОКИ - в любой фазе болезни.

**Таблица 1**

**Наиболее распространенные препараты, используемые для этиотропной терапии ОКИ у детей в условиях поликлиники**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Антибактери льный препарат | Пути введения | Дозы | Нозоформы ОКИ | Побочное действие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| А. Антибиотики | | | | |
| Полимиксин-М-сульфат | Внутрь | До 4 лет - 100 мг/кг 350 мг × 4 р. 12-14 лет в сутки 5 - 12 лет - 500 × 4 раза | Дизентерия, сальмонеллез, эшерихиозы | Не токсичен. Аллергические реакции |
| Гентамицин сульфат | Внутрь | 4 - 6 мг/кг в сутки | Сальмонеллез, иерсиниоз, эшерихиозы, кампилобактериоз | Ототоксичен, нефротоксичен (при парентеральном введении) |
| Канамицин-моносульфат, канамицин-сульфат | Внутрь | 50 мг/кг в 3 приема | Стафилококковая инфекция, эшерихиозы, сальмонеллез | - // -  Аллергические реакции |
| Левомицетин (хлорамфеникол) | Внутрь | До 1 мес. 25 мг/кг в сутки; до 1,5 лет 30 - 40 мг/кг в сутки, старше 1,5 лет 50 мг/кг в сутки | Иерсиниоз | Гепатотоксичен, угнетает кроветворение, аллергич. реакции, энцефаломиокардит новорожд., снижает местный иммунитет, замедляет репарацию толстой кишки |
| Эритромицин-фосфат | Внутрь | До 2-х лет 5 - 8 тыс/кг × 3 р. старше 2 лет - 0,1 - 0,25 × 3 раза в сутки | Кампилобактериоз | Мало токсичен, редко - диспептические проявления |
| Б. Химиопрепараты | | | | |
| Налидиксовая кислота (не виграмон) | Внутрь | 60 мг/кг в сутки в 4 приема | Дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз | Аллергические реакции |
| Фуразолидон | Внутрь | До 1 года - 0,025 × 3 р. 1 - 4 г. - 0,03 х 3 р.; 4 - 5 л. - 0,04 × 3 р. старше 5 л. - 0,05 × 3 р. (после еды) | Сальмонеллез, дизентерия | Снижение аппетита, тошнота, рвота, аллергические реакции |

Патогенетическая и симптоматическая терапия являются основными методами лечения ОКИ, относящихся к группе "водянистых диарей", а также всех ОКИ в фазу репарации и реконвалесценции болезни независимо от их этиологии.

Пероральная регидратация глюкозо-солевыми растворами (глюкосалан, цитроглюкосалан, оралит) показана при развитии эксикоза I-I-II степени:

- при вирусных диареях, эшерихиозах - как монотерапия;

- в остром периоде инвазивных инфекций (сальмонеллез, кампилобактериоз) в сочетании с антибактериальными препаратами (см. выше). Она направлена на восстановление сниженной секреции и обратного всасывания воды и солей в кишечнике и на восстановление водно-минерального обмена. При правильном соблюдении техники[4](https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293729/4293729005.htm#i97214) этот метод эффективен у 80 - 85 % детей, а широкое внедрение его в практику позволит решить ряд важных проблем здравоохранения: уменьшит процент поздней обращаемости матерей к врачу; снизит число детей, нуждающихся в госпитализации и внутривенных вливаниях, а значит - и число осложнений от последних; позволит резко сократить стоимость лечения детей с ОКИ как в стационаре, так и в поликлиниках.

Пероральная регидратация проводится в 2 этапа:

I этап (в первые 6 часов лечения) направлен на ликвидацию водно-солевого дефицита, имеющегося к началу лечения. При отсутствии данных о динамике веса ребенка процент его снижения (от 5 % до 10 %), определяющий степень обезвоживания, можно установить по соответствующим клиническим признакам. Количество вводимой жидкости на I этапе в среднем составляет 80 - 100 мл/кг массы за 6 часов.

II этап - поддерживающая терапия в количестве продолжающихся потерь жидкости организмом - проводится до прекращения диарей. В среднем, объем жидкости, вводимой на этом этапе, составляет 80 - 100 мл/кг массы тела в сутки.

Регидратацию (дома или в пунктах оральной регидратации) проводит мать или любой ухаживающий за ребенком родственник. Особенно важно соблюдать дробность введения жидкости (не более, чем по 1/2 - 1 чайной ложечке через 5 - 10 минут), количество которой в час рассчитывает врач. Следует помнить, что при выраженном колитическом синдроме, а также при появлении многократной рвоты при редком стуле потери воды значительно превышают потери солей, в связи с чем глюкозосолевые растворы (оралит, цитроглюкосолан, глюкосолан) необходимо сочетать в соотношении 1:1 с растворами, не содержащими натрий (кипяченая вода, чай, компот, овощной отвар).

У детей 1-го года жизни в связи с особенностью нейро-эндокринной регуляции водно-солевого обмена регидратация также проводится по принципу сочетания глюкозо-солевых и бессолевых растворов (1:1, 1:2), при этом преимуществе следует отдавать цитроглюкосалану.

Водно-чайная пауза во время проведения регидратации не проводится. Эффективность оценивается по уменьшению объема потерь жидкости (со рвотой и жидким стулом), прибавке массы тела и улучшению общего состояния больного.

Пероральная регидратация прекращается:

- при отсутствии эффекта, что проявляется в нарастании потерь жидкости с рвотой и диарейными массами, таких детей необходимо направлять в стационар для проведения внутривенной регидратации;

- при развитии осложнений (отеки, олигурия); обычно они не требуют специального лечения и ликвидируются после прекращения регидратации.

Сорбционная терапия направлена на абсорбцию бактерийных токсинов и продуктов жизнедеятельности микробов с последующим выведением их из организма. С этой целью рекомендуется использовать энтеродез (низкомолекулярный поливинилпиралидон типа гемодеза), который назначают внутрь в виде 5 % раствора по 50 - 150 мл в день, дробно в 5 приемов, курс лечения не более 5 дней.

Иммунотерапия показана у детей с отягощенным преморбидным фоном, часто болеющих, с затяжным течением болезни либо при длительном бактериовыделении (в сочетании со специфическими фагами).

Неспецифическая иммунная реактивность организма повышает пентоксил (0,015 - 0,075 г в сутки в зависимости от возраста, курс лечения 10 - 14 дней), метилурацил (0,05 - 0,075 г в сутки, курс лечения 10 - 14 дней).

Одним из основных естественных факторов неспецифической защиты организма является лицозим, обладающий комплексом ферментных, антибактериальных, иммунорегулирующих, противовоспалительных, антигистаминных свойств. Лизоцим усиливает биохимические процессы, обеспечивающие гомеостаз, стимулирует регенерацию и оказывает бифидогенные действия. Лизоцим рекомендуется назначать при ОКИ перорально в дозе 50 - 100 мг в сутки (растворять в кипяченой воде в 10 мл), дробно, в 4 - 5 приемов до еды. Курс лечения 7 - 10 дней. Возможно проведение повторного курса через 10 дней по показаниям. Средства иммунокорригирующей терапии типа левамизола и тималина в амбулаторных условиях применять не следует, т.к. требуется контроль показателей клеточного иммунитета.

В остром периоде болезни в качестве заместительной терапии целесообразно использовать лактоглобулины направленного действия, приготовленные из молозива коров, иммунизированных различными антигенами (эшерихиозными, сальмонеллезным, протейным и др.). Их назначают детям раннего возраста (вместе с антибиотиками или в виде монотерапии). Препараты содержат все 3 класса иммуноглобулинов и способствуют быстрому очищению организма от возбудителей, нормализуют биоценоз кишечника. Препарат разводят в 20 мл дистиллированной воды и дают за 20 - 30 минут до еды (из соски или ложки) в 3 приема в течение 7 дней. Далее если есть эффект по 2 раза в день в течение 8 - 14 дней.

Ферментотерапия - в комплексе с диетотерапией направлена на коррекцию вторичных нарушений пищеварения на фоне ОКИ (лактазная недостаточность, нарушения всасывания белков и жира). Рекомендуется и в острой стадии заболевания, и в стадии репарации курсом от 2 до 4 недель. При наличии большого количества нейтрального жира в кале применяют моноферменты, панкреатин (0,1 - 0,3 в сутки детям до 1 года и 0,25 - 0,5 × 3 р. в день детям старше 1 года), абомин (1/3 - 1 табл. × 3 р. в день) до/или во время еды. Поликомпонентные ферментные препараты следует назначать при нарушении переваривания растительной клетчатки, крахмала, мышечных волокон и в меньшей степени - жира. С этой целью широко используются панзинорм, фестал, мезим-форте, ораза, которые назначают в дозе 1/4 - 1 т. 3 - 4 раза в день до еды, курс лечения 2 - 4 недели. При необходимости проведения повторного курса необходимо сделать 2-х недельный перерыв, возможна замена одного препарата другим. Контроль эффективности лечения и подбор дозы ферментов проводят по копроцитограмме, липидограмме кала, а также прибавке массы тела ребенка.

Коррекция дисбактериоза показана детям, часто болеющим и получавшим повторные курсы антибиотиков, а также при негладком течении острой кишечной инфекции. Выбор бактерийных препаратов должен основываться на результатах исследования биоценоза кишечника ребенка. Детям до 1 года назначают бифидум-бактерин (2,5 - 5 доз × 2 р. в день 2 - 3 недели) или лактобактерин (1 - 3 дозы × 2 р. в день 2 - 3 недели), детям старшего возраста - бификол или колибактерин в возрастных дозах. Перспективно использование биологических препаратов в виде специально заквашенных, молочных смесей (бифиллин) или биологически-активных добавок бифидумбактерина и (или) лизоцима. Нецелесообразно одновременное назначение антибиотиков и биопрепаратов. Комбинированное назначение биопрепаратов с ферментами дает лучший терапевтический эффект.

Антиаллергическая терапия показана при постинфекционных синдромах с явлениями пищевой аллергии, либо при сочетании ОКИ с различными проявлениями атопической аллергии. Наряду с элиминационной диетой, целесообразно назначение антигистаминных препаратов (супрастин, тавегил) в возрастных дозах, а также задитена (внутрь в возрастной дозе 0,025 мг/кг 2 р. в день или интала (внутрь в дозе 1/2 капсулы 3 раза в день детям до года и 1 капсула 2 раза в день детям старше года), курс лечения 1 - 3 месяца, эффективность лечения оценивается по исчезновению аллергических проявлений (кожных, респираторных), стойкой нормализации стула (с исчезновением специфической мутной слизи), отсутствию реакций на продукты питания. После определенного перерыва (в зависимости от состояния больного - от 3 до 6 мес.). Курс лечения можно повторить.

Фитотерапия назначается в период репарации кишечника в виде отваров трав (ромашки, зверобоя), коры дуба, лапчатки, граната, обладающих противовоспалительными и вяжущими свойствами. Рекомендуется курс в 1 мес., чередуя травы каждые 10 дней (по 1 чайной ложке или 1 десертной ложке 5 - 6 раз в день).

Витаминотерапия рекомендуется с целью восстановления проницаемости клеточных мембран и повышения их биопотенциала, а также их для стимуляции нормального биоценоза кишечника. Назначают витамины группы В и С per os или парентерально курсом до 10 - 14 дней.

**Таблица 2**

**Тактика комплексной терапии ОКИ у детей в разные фазы болезни**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тяжесть и течение болезни | Вид терапии при ОКИ: | | Место терапии |
| инвазивных | секреторных |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| А. В остром периоде болезни | | | |
| Стертая | эубиотики, диета | без лечения | дома |
| Легкая | эубиотики, антибиотики или химиопрепараты (детям до года) | диета, пероральная регидратация | дома, пункт оральной регидратации, дневной стационар |
| Среднетяжелая | диета, антибиотики или химиопрепараты антибактериальные препараты + энтеродез | диета пероральная регидратация, ферменты | дома, пункт оральной регидратации, дневной стационар, стационар (по клиническим показаниям) |
| Б. В период репарации и реконвалесценции | | | |
| Гладкое Затяжное с рецидивами и обострениями (при инвазивных ОКИ) | диета, витамины, антибиотики или химиопрепараты (только при среднетяжелом течении детям до 2 лет) биопрепараты, ферменты, иммунотерапия (лизоцим), фитотерапия, витаминотерапия |  | дома, дома или стационар (по клиническим показаниям) |
| Повторный высев возбудителя | фаго- и иммунотерапия (пентоксил, метилурацил) биопрепараты |  | дома (если позволяют условия) |
| Постинфекционная кишечная дисфункция: - вторичные ферментопатии | диета, ферменты, биопрепараты |  | дома или стационар (по клиническим показаниям) |
| - аллергоэн теропатии | элиминационная диета, антигистаминные препараты, интал, задитен ферменты |  | - // - |

**Заключение**

Следует помнить, что при лечении детей, особенно раннего возраста, больных ОКИ, где бы они не лечились и на какой бы стадии лечения ни находились, кроме комплекса медикаментозной терапии и диетотерапии, необходимо обеспечить адекватные гигиенические условия (с хорошей аэрацией помещений и оптимальной температурой воздуха). Большое значение имеет и хорошо организованный индивидуальный (желательно, материнский) уход, а также создание условий, исключающих возможность перекрестного инфицирования.

Критериями выздоровления являются полное восстановление аппетита, сна, существенная прибавка массы тела, стойкая нормализация температуры, стула, гемограммы и копроцитограммы. При отсутствии восстановления указанных симптомов необходимо повторно провести исследование крови, мочи, копроцитограммы, бак, посев кала для решения вопроса о стадии заболевания, месте и тактике дальнейшего лечения больного.

В связи с тем, что сроки исчезновения клинических симптомов болезни не совпадают с наступлением полной репарации кишечника и восстановлением его функциональных нарушений, дети, переболевшие ОКИ, нуждаются в наблюдении участкового врача и проведении соответствующей дието- и ферментотерапии.

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель начальника Главного управления охраны материнства и детства Минздрава СССР | С.Я. Сарычева |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 См. Методические рекомендации "Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций у детей" МЗ СССР, Москва, 1987 г.

2 Это разделение условно, т.к. и при инвазивных ОКИ (особенно, при сальмонеллезе), в ряде случаев также имеет место синдром водянистой диареи, связанный с выработкой микробами энтеротоксина.

3 Для лечения тяжелых форм ОКИ, которое проводится, как правило, в стационаре, но начинаться должно уже на догоспитальном этапе, рекомендуется препараты "резерва", которые вводятся не только внутрь, но и парентерально (см. методические рекомендации "Комплексная терапия неотложных состояний при острых кишечных инфекциях у детей" М. 1988 г.).

4 См. Методические указания "Проведение пероральной регидратации детям с острыми кишечными заболеваниями" МЗ СССР, Москва, 1988 г.