

следование 1209 больных на токсокароз, поступающих в стационар длительно болеющих аллерго-дерматозами.

У 5%, выявлено токсокароносительство (титр АТ ниже 1:800), у 8% титры были выше чем 1:800, что говорит о токсокарозе с кожными проявлениями.

На фоне специфического лечения отмечен регресс кожных проявлений и снижение титра антител. Следовательно, необходимо обследовать больных на токсокароз, учитывая различные проявления инвазии.

### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Фролова А.В., Сретенская Д.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д., Рамазанова К.Х., Бабиченко О.Е.

Анализируя нозологический профиль больных, госпитализированных в инфекционные отделения больниц г. Саратова мы пришли к выводу, что наиболее часто причиной госпитализации являются острые кишечные инфекции. При этом врачами приемного отделения ставится синдромальный диагноз острого гастроэнтерита или острого гастроэнтероколита. Не всегда учитываются данные эпидемиологического анамнеза (указания на тот или иной продукт, употребление которого, могло привести к возникновению острой кишечной инфекции, несоблюдение правил гигиены) и преобладание симптомов поражения того или иного отдела желудочно-кишечного тракта. Как известно, сальмонеллез чаще всего возникает после употребления сырых или недостаточно обработанных яиц и изделий из них, кур, сырого молока, отсутствует сезонность. Наиболее частой клинической формой сальмонеллеза является гастроинтестинальная в виде острого гастроэнтерита (Покровский В.И. 2004 года). Другими причинами гастроэнтеритов могут быть как бактерии, так и вирусы (ротавирус, энтеровирус, стафилококки, протей, иерсинии и т.д.). При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза и пищевых токсикоинфекциях назначение антибактериальных препаратов нецелесообразно, так как они пролонгируют диарейный синдром, нередко провоцируют развитие инфекционно-токсического шока, замедляют элиминацию возбудителя и способствуют развитию дисбактериоза (Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров, 2003). Ведущее место при лечении гастроинтестинальной формы сальмонеллеза является регидратационная терапия полиионными кристаллоидными растворами.

Принципиально иного подхода требует лечение острой дизентерии, протекающей с поражением дистального отдела толстого кишечника (синдром колита, энтероколита, гастроэнтероколита) и довольно выраженных симптомов общей интоксикации. При этом не всегда удается

четко выявить эпидемиологический фактор (недоброкачественный продукт и др.), который спровоцировал развитие заболевания. Для дизентерии характерна сезонность, чаще всего весенне-осенний период. В лечении дизентерии (или при выделении возбудителя – шигеллы Зонне или Флекснера) основное место занимает дезинтоксикационная и антибактериальная терапия (препаратами выбора являются фторхинолоны), так как это приводит к быстрому купированию всех симптомов болезни и нормализации стула.

Поэтому становится понятным необходимость ранней диагностики этих заболеваний, так как это определяет правильность тактики лечения. Но так как в ряде случаев из-за схожести клинической картины в первые часы заболевания, недостаточно четко собранного анамнеза, в том числе и эпидемиологического, нередко возникают трудности при постановке диагноза и, как следствие этого, неверная дальнейшая тактика ведения больного. Окончательный диагноз острой кишечной инфекции ставится только после бактериального подтверждения.

Нами проанализировано 100 историй болезней с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза и 10 историй болезни пациентов с диагнозом шигеллез, госпитализированных в 18 отделение 2 ГКБ с июня 2008 г по январь 2009 года. В этиологической структуре сальмонеллезом преобладали сальмонеллы группы «Д» (*Sal. Enteritidis*) - 77% больных. В 23% случаев регистрировался возбудитель группы «В» (*Sal. thyphimurium*). Пациенты с шигеллезом выделяли *Shigella Sonne* и *Flexneri* с одинаковой частотой. Возраст больных варьировал в пределах 18 - 60 лет. В 95% случаев имели место средне-тяжелые формы острых кишечных инфекций.

Из 100 больных сальмонеллезом в 32% случаев на первоначальном этапе был установлен диагноз острой дизентерии и назначена антибактериальная терапия. И только результат бактериологического исследования позволил поставить правильный диагноз. При анализе клинической картины заболевания нами установлено, что у большинства больных отмечались умеренно выраженные симптомы интоксикации, частота рвоты не превышала 2-3 раз, стула 5-6 раз; в ряде случаев отмечались патологические примеси в виде слизи, пальпировалась умеренно спазмированная сигмовидная кишка, что, скорее всего и послужило основанием для постановки неверного диагноза острой дизентерии.

Таким образом, в 1/3 случаев возникают трудности в дифференциальном диагнозе между сальмонеллезом и шигеллезом, и назначением адекватного лечения. Это требует более подробного сбора анамнеза и эпид анамнеза, учета всех диагностических признаков сальмонеллеза и шигеллеза.