

**Лекция № 4. (5курс). Тема. Острые кишечные инфекции.  
Шигеллез. Сальмонеллез. Острые кишечные инфекции,  
вызванные УПМФ.**

**План:**

- 1.**
  - 2.** Актуальность темы. **3.**
  - 4.** Эпидемиология.
  - 5.** Патогенез основных синдромов. **6.** Патоморфология.
  - 7.** Клиника. Классификация. **8.**
  - Диагностика. **9.**
  - Дифференциальная диагностика. **10.**
  - Осложнения. **11.**
  - Лечение. **11.**
- Доцент  
кафедры инф. болезней с эпидемиологией ЛГМУ, к.мед.н.  
Хомутянская Н.И.

## • Острые кишечные инфекции (ОКИ) -

по терминологии ВОЗ - **диарейные болезни**- большая группа инфекционных заболеваний с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, вызываемых патогенными бактериями условно-патогенной микрофлорой , вирусами , простейшими **основными симптомами которых являются, интоксикация, диарея, обезвоживание.**

**Актуальность.**

ОКИ являются одними из самых актуальных инфекционных заболеваний после гриппа и ОРВИ.

**По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. диарейных заболеваний, умирает 5 - 10 млн. человек, преимущественно дети.**

Высокая заболеваемость, эпидемические вспышки обусловлены неблагоприятными условиями жизни людей, низким санитарным уровнем, миграционными процессами.



# ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

## I. БАКТЕРИИ

Salmonella  
Shigella  
Escherichia  
Campilobacter  
Yersinia  
Vibrio cholerae

## II. ВИРУСЫ

Ротавирус  
Вирус Норфолк  
Аденовирус  
Астровирус  
Коронавирус

## III. ПРОСТЕЙШИЕ

Cryptosporidium  
Entamoeba  
histolytica  
Giardia lamblia  
Balantidium

**IV. УПМФ** : Enterobacteriaceae (роды –  
Proteus, Serratia, Hafnia, Enterobacter,  
Citrobacter др.)

Vibrionaceae (V.parahaemoliticus)

Pseudomonadaceae Streptococcaceae

Bacillaceae (роды Bacillus – B.cereus;  
Clostridium – C. perfringens)

\* **Факторы патогенности:**

- \* ● **адгезия** (адгезины – лектиноподобные молекулы – обеспечивают адгезию бактерий к микроворсинкам слизистой оболочки кишечника;
- \* ● **ИНВАЗИЯ** (инвазины – белки бактериального происхождения, прикрепляются к мембране эпит. клеток, вызывают апоптоз фагоцитов, лизис М-клеток, обеспечивая инвазию в клетку и межклеточное пространство.
  - **продукция : энтеротоксинов(экзотоксинов)** (действующих на механизмы ионного обмена в энтероцитах, поражение почек и развитие ГУС, нейротоксикоз); **эндотоксинов (усиление перистальтики к-ка , общая интоксикация)**
  - **ЦИТОТОКСИНОВ** (вызывающих гибель клеток хозяина).

# Классификации диарей по патогенезу (ВОЗ) :

- инвазивные
- секреторные
- осмотические (смешанные)

**1. Инвазивные диареи** : экссудативный воспалительный процесс в кишечнике, обуславливает выпотевание плазмы, крови, слизи и сывороточных белков в просвет кишки при различных инфекционных заболеваниях (шигеллез, кампилобактериоз, сальмонеллез, клостридиоз, эшерихиоз (O24), иерсиниоз);

при неинфекционных заболеваниях: ЯК, болезнь Крона, лимфома и карцинома кишечника.

**2. Секреторные диареи** - усиление секреции натрия и воды в просвет кишки, со снижением всасывательной способности кишечника (холера, сальмонеллез, эшерихиоз, клебсиеллез) .

Возбудители продуцируют энтеротоксин (экзотоксин), вызывающий активацию аденилатциклазы клеточных мембран-стимуляцию синтеза цАМФ -усиление секреции эпителия тонкой кишки воды и натрия, нарушение реабсорбции воды и электролитов и в результате возникает обезвоживание и расстройство водно- электролитного обмена.

\* 3. Осмотические диареи - рота, адено-, астровирусы и др. действуют на ферментативные системы энтероцитов, расщепляющих углеводы, вызывают нарушение всасывания осмотически активных субстанций: углеводов или пептидов, нарушают осмотическое равновесие, что увеличивает транспортировку воды из тканей организма в просвет кишки и возникновение диареи. Осмотическая диарея может возникнуть: - если поступление секрета в толстую кишку превышает ее всасывательную способность, - ПРИ возникновение ферментной дисахаридазной и лактазной недостаточности.

\* *Пример*, при ротавирусной инфекции: потеря эпителиоцитов и появление функционально неполноценных клеток обуславливают развитие лактозной недостаточности, что имеет доминирующее значение в развитии диареи.? К ст-ту.

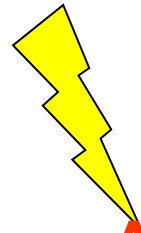
\* Другим патогенетическим механизмом развития диареи при ротавирусной инфекции является нарушение всасывания воды и электролитов, увеличение их обратной транспортировки в просвет кишки и их неконтролируемая потеря во время диареи. При этом постепенно увеличивается обезвоживание организма (эксикоз 1-II-III ст.).

\*

\*

# ПАТОГЕНЕЗ ИНВАЗИВНОЙ ДИАРЕИ

# ПАТОГЕНЕЗ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ



Аденилатциклаза

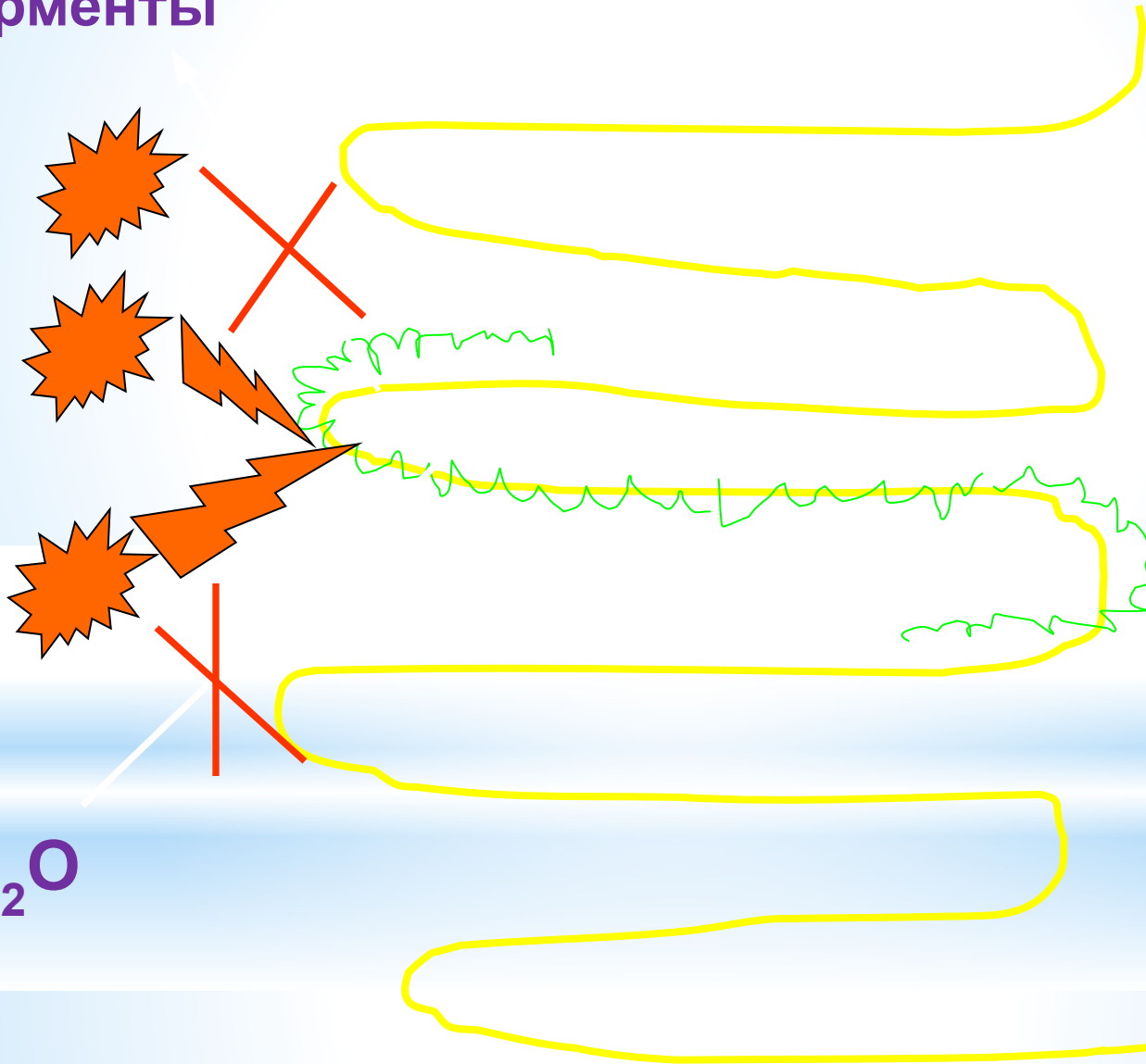




# ПАТОГЕНЕЗ ОСМОТИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ

Ферменты

Р  
о  
т  
а  
в  
и  
р  
у  
с



$H_2O$

## Патогенетические синдромы

### ОКИ:

**синдром гастрита:** тошнота, повторная рвота, боль и чувство тяжести в эпигастрии;

**синдром энтерита:** частый обильный жидкий водянистый стул, метеоризм, боль в животе в околопупочной области,

**синдром гастроэнтерита:** сочетание признаков гастрита и энтерита,

**синдром энтероколита:** частый обильный жидкий стул с примесью слизи, иногда крови, болями в животе, болезненностью при пальпации и урчанием по ходу кишечника,

- **синдром дистального колита:** втянутый «ладьевидный живот», схваткообразные боли с преимущественной локализацией в левой подвздошной области, спазмированная болезненная урчащая сигмовидная кишка, податливость анального сфинктера, тенезмы, частый скудный со слизью, кровью, стул - типа «ректального плевка»

**Шигеллез** — острая антропонозная кишечная инфекция, вызываемая бактериями рода *Shigella*, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующаяся синдромами общей интоксикации и поражения желудочно-кишечного тракта с преимущественным повреждением слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки (синдром колита).

# Этиология: КЛАССИФИКАЦИЯ ШИГЕЛЛ



Всего насчитывают около **50 сероваров шигелл**. Наибольшее значение во всех странах имеют **шигеллы Зонне и Флекснера**.

Все шигеллы хорошо растут на дифференциально-диагностических средах; температурный оптимум **37 °С**, **шигеллы Зонне могут размножаться при 10-15 °С**.

Вирулентность шигелл Флекснера, особенно подсеровара 2а, довольно **высокая**.

Шигеллы Зонне менее вирулентны. Их отличает большая ферментативная активность, неприхотливость к составу питательных сред. Они интенсивно размножаются в молоке и молочных продуктах. **В процессе размножения шигелл Зонне в продуктах накапливается эндотоксин, способный вызывать тяжёлые поражения при отрицательных результатах бактериологического исследования инфицированных пищевых продуктов**. Важная особенность шигелл Зонне - их **устойчивость к антибактериальным препаратам**.

# УСТОЙЧИВОСТЬ ШИГЕЛЛ ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ

Вода, пищевые продукты – от нескольких дней до месяца.  
Канализационные стоки – 20-25 дней. Почва – несколько месяцев, Прямой солнечный свет- 30мин.  
Ультрафиолетовое облучение – 10 минут. При нагревании шигеллы быстро погибают: при 60 °С - в течение 10 мин, при кипячении - мгновенно. В последние годы часто выделяют терморезистентные (способные выживать при 59 °С) штаммы шигелл Зонне и Флекснера . Дезинфектанты в обычных концентрациях действуют на шигеллы губительно.

Устойчивость во внешней среде

Зонне, Бойда

Флекснера

Григорьева - Шиги

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИГЕЛЛЕЗА

## Источник инфекции

1. Больной острой и хронической дизентерией
2. Реконвалесценты
3. Бактериовыделители

## Пути передачи

(В.И. Покровский, Ю.П. Солодовников, 1980г. – теория соответствия)

Шигеллез Григорьева Шиги – контактно-бытовой

Шигеллез Флекснера – водный

Шигеллез Зонне, Бойда - пищевой

**Структура заболеваемости  
дизентерией  
в Н. регионе(1961-1991гг)**



# Структура вспышечной заболеваемости дизентерией

**ДДУ 58,5%**

**ЛПУ 47,8%**

# ПАТОГЕНЕЗ ШИГЕЛЛЕЗА

## \* МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНИКЕ

1. Острое катаральное  
воспаление

2. Фибринозно-  
некротическое  
воспаление

3.

Стадия образования язв

Стадия заживления язв

## **Классификация шигеллеза:**

I. Международная классификация болезней  
X пересмотра (МКБ-10)

A03 Шигеллез

A03.0 Шигеллез, вызванный *Shigella*  
*dysenteriae*

A03.1 Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

A03.2 Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

A03.3 Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

A03.8 Другой шигеллез

A03.9 Шигеллез неуточненный

# КЛАССИФИКАЦИЯ ШИГЕЛЛЕЗА

Форма	Клинический вариант	Тяжесть течения	Особенности течения	Этиология
Острая	Колитический Гастроэнтеро- колитический Гастроэнтери- тический	Легкое Средне- тяжелое Тяжелое Ст. обезвожи- ва- ния	Типичное. Атипичное: - стертое; - бессимптомное; Затяжное	Зонне Флекснера Бойда Григорьев- а-Шиги Лардж- Сакса
Хрони- ческая			Рецидивирующее Непрерывное	
Бактери- оносите- льство			Субклиническое Реконвалесцен- тное	

## **Клиника. Острая дизентерия (шигеллез).**

**Инкубационный период от 1 до 7 дней.**

**1. Колитический вариант** с легким течением характеризуется умеренно или слабо выраженной интоксикацией. Начинается обычно остро с кратковременным подъемом температуры до 37-38°C. В первые часы болезни наблюдаются слабость, снижение аппетита, в дальнейшем появляются умеренные боли в животе. **Стул от 3-5 до 10 раз в сутки.** Испражнения полужидкие или жидкие, часто со слизью, а иногда и с прожилками крови. Больные остаются трудоспособными и часто прибегают к самолечению. При осмотре язык - обложен. **Сигмовидная кишка болезненная и спазмированная, при пальпации отмечается урчание.** При ректороманоскопии можно обнаружить катаральный или катарально-геморрагический проктосигмоидит и сфинктерит. Изменения в гемограмме незначительны. Заболевание продолжается 3-5, реже 7-8 дней и заканчивается выздоровлением.

**Колитический вариант** со средней тяжестью течения: начинается остро, с озноба, чувства «ломоты» и разбитости во всем теле. Температура повышается до 38-39°C и держится на этом уровне 3-5 дней, редко дольше. Часто наблюдаются анорексия, головная боль, тошнота, иногда рвота, резкие схваткообразные боли в животе, тенезмы. **Частота стула 10-20 раз в сутки.** Испражнения быстро теряют каловый характер и состоят из слизи, окрашенной кровью. Они могут быть скудными, в виде «ректального плевка» или более обильными, слизистыми. **Острые явления на 3-5-й день болезни постепенно ослабевают.**

**При ректороманоскопии выявляется катарально-эрозивный проктосигмоидит. Клиническое выздоровление наступает к концу 2-й недели болезни.**

**В крови наблюдается лейкоцитоз или лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью в лейкоцитах**

**Тяжелое течение колитического варианта дизентерии** характеризуется острым началом с подъемом температуры до 39°C и выше, резко выраженной интоксикацией. Могут наблюдаться обморочные состояния, бред, тошнота, рвота. Боли в животе резко выражены и сопровождаются мучительными тенезмами и частыми позывами на мочеиспускание. **Стул от 20-25 до 50 раз в сутки, скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый. Иногда испражнения имеют вид мясных помоев.** Больные вялые, адинамичные. Кожа и слизистые оболочки постоянная тахикардия. К концу 1-2-х суток может развиваться коллаптоидное состояние. **Жалобы на режущие, схваткообразные боли в животе, локализованные в подвздошных областях, больше слева. Боли в животе обычно предшествуют каждой дефекации и наслаиваются на нее. Позывы чаще ложные, сопровождаются мучительными тянущими болями в области прямой кишки - тенезмами .**

При тяжелом течении дизентерии Флекснера обнаруживают фибринозно-некротическое, фибринозно-язвенное и флегмонозно-некротическое поражение слизистой оболочки толстой кишки. Заболевание длится 3-6 нед и более.



**Гастроэнтероколитический вариант шигеллеза протекает по типу пищевой токсикоинфекции с коротким инкубационным периодом, бурным началом болезни. Для начального периода типичны рвота, профузный понос, обильные водянистые испражнения без примеси крови и слизи, диффузные боли в области живота. В последующем стул становится менее обильным, в нем обнаруживаются примеси слизи и крови. Учитывают степень обезвоживания организма: В случае легкого течения дизентерии симптомы дегидратации отсутствуют. Средней тяжести течение болезни сопровождается дегидратацией I степени (потеря жидкости составляет 1-3 % массы тела). При тяжелом течении дизентерии развивается дегидратация II-III степени (потеря жидкости составляет 4-9 % массы тела).**

# \* Алгоритм обследования при шигеллезах

- \* Предварительный диагноз при гастроэнтероколите, колите с вовлечением в процесс сигмовидной кишки:
  - \* «шигеллез»?
  - \* «бактериальная кишечная инфекция неуточненная» (МКБ-10)
- \* Копрограмма
- \* Посев кала на шигеллы
- \* Посев кала на энтеробактерии (Enterobacteriaceae (род - Proteus, Serratia, Hafnia, Enterobacter, Citrobacter др.))
- \* Посев кала на сальмонеллы.  
В случаях трудности в диагностике - ректороманоскопия
- \* Серологические реакции не являются обязательными

## Критерии оценки тяжести

Критерий оценки	Легкая	Средне-тяжелая	Тяжелая
Температура тела	<b>&lt; 38°C</b>	<b>38-39°C</b>	<b>&gt; 40°C</b>
Частота стула	<b>До 10 раз в сутки</b>	<b>10-15 раз в сутки</b>	<b>Более 15 раз в сутки</b>

Диагноз устанавливается после тщательного сбора анамнеза болезни, эпидемиологического анамнеза, а также своевременного лабораторного обследования.

**Диагностика :** **Шигеллез – чаще протекает в виде колитического синдрома, характерны:**

**- короткий инкубационный период (2-3 дня), -эпиданамнез: необходимо учитывать все возможные пути передачи — контактный, алиментарный, водный. Эпидемиологические критерии диагностики «Шигеллез»**

**1. Пребывание в очаге шигеллеза в период, соответствующий инкубационному периоду. 2. Наличие эндемичной вспышки шигеллеза(водного или пищевого характера).3. Сезонность (весенне-летний период).4.Миграция.**

**- заболевание начинается с нарастающих явлений общей интоксикации (слабость, головная боль, повышение температуры тела, озноб), спустя несколько часов присоединяются симптомы острого колита (периодические боли внизу живота, больше в левой подвздошной области, сопровождающиеся позывами на дефекацию, обильный в первый день болезни стул на 2-3 день становится более частым, но скудным («ректальный плевок»), характерны тенезмы, ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации, при нарастании интоксикации – рвота, не приносящая облегчения). Диф. диагноз: с сальмонеллезом, ПТИ, иерсиниозом ,эшерихиозом O24, кампилобактериозом, амебиаз ,балантидиаз**

## **Бактериологическое исследование на дизентерию**

**производят с целью:** диагностики заболевания, контроля перед выпиской из лечебного учреждения для выявления бактериовыделителей среди реконвалесцентов декретированной группы лиц; обследование пациентов, подозрительных на хроническую дизентерию, обследование лиц, подозрительных как источник инфекции при вспышках; обследование лиц пищевой промышленности. Материалом для исследования служат испражнения больного, при гастроэнтеритическом варианте дизентерии целесообразно исследование промывных вод желудка и рвотных масс. Серологические методы исследования. Применяют РНГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом. Положительные ответы могут быть получены на 5-7 день от начала клинических проявлений болезни, с нарастанием титра антител к 4-5 неделе болезни. Минимальным диагностическим титром считается 1:200.

**Копрология:** необильный кашецеобразный или жидкий стул, с неприятным запахом, наличием слизи, а иногда и крови, перемешанной с каловыми массами. Обнаруживаются лейкоциты и кишечный эпителий, наличие эритроцитов свидетельствует о развитии выраженного воспаления в толстой кишке с деструктивными процессами в кишечнике (геморрагического, эрозивного, язвенного).

# ОСЛОЖНЕНИЯ

1. 1.ИТШ
2. Парезы и перфорация кишечника
3. Перитонит
4. Инвагинация кишечника
5. Эрозивные желудочные и кишечные кровотечения
6. Выпадение слизистой прямой кишки
7. Трещины и эрозии заднего прохода
8. Панкреатит, токсический гепатит, миокардит, полиартрит, нефрит, иридоциклит

# ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- I. Клинические:** - все тяжелые формы инфекции независимо от возраста,
- средне-тяжелые формы у детей раннего возраста и у лиц старше 60 лет с отягощенным преморбидным фоном;
  - заболевания у лиц резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями;
  - затяжные и хронические формы дизентерии при обострении;

- I. Эпидемиологические:** - при угрозе распространения шигеллеза по месту жительства больного.
- Работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные в обязательном порядке до полного клинического выздоровления.

# Принципы ЛЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА

1. Диета - стол №4, №13
2. Этиотропная терапия
3. Патогенетическая терапия:
  - 3.1. Дезинтоксикационная терапия
  - 3.2. Регидратационная терапия
  - 3.3. Медикаментозная терапия диарейного синдрома



# Этиотропная терапия

## Легкое течение

- Нитрофурановые препараты (фуразолидон, фурадонин, фурагин) 0,1г 4 раза, курс 5 дней или
- -Хинолины (хлорхинальдол 0,2 г 4 раза, интетрикс 2 капсулы 3 раза), курс 5 дней.

**Среднетяжелое течение** - фторхинолоны: цiproфлоксацин (ципробай, цифран) 0,5 г 2 раза, офлоксацин (таривид 0,4 г 2 раза), норбактин 0,4 г 2 раза. Курс 7 дней.

## Тяжелое течение

- офлоксацин (таривид) или цiproфлоксацин (циплекс) по 0,2 г 2 раза в/в капельно + фторхинолоны (перорально). Курс 3-5 дней.

Дополнительно биопрепараты :энтерол-250 по 1 капсуле 2р/день или бактисубтил 2 капсулы 3 раза в день.

Или - офлоксацин (таривид) или цiproфлоксацин (циплекс) по 0,2 г 2 раза в/в капельно +аминогликозиды (гентамицина сульфат 80 мг 3 раза в/м) .

## 2. Дезинтоксикация терапия

2.1.

### Энтеросорбция

а) препараты целлюлозы: полифепан, лигносорб;

активированный уголь по 15-20 г 3 раза в день;

б) Производные ПВП: энтеродез 5 г в 100 мл воды 3р/день.

2.2 Мукопротекторы: смекта, полисорбМП .

2.3. Инактивация токсина протеолитическими ферментами:

панзинорм-форте, мезим-форте в сочетании с препаратами кальция и щелочными растворами.

3. Пероральная регидратация: регидрон, глюкосолан, оралит, гастролит и др. Состав регидрона: • натрия хлорида -3,5г; натрия цитрат -2,9г; калия хлорид 2,5г; глюкоза 10 г на 1л свежее кипяч. воды,, осмолярность=250 мосмоль/л. Глюкозоэлектролитные растворы назначают в охлажденном виде (10-15 С) по 100-150 мл, каждые 15-20 мин, общим объемом в 1,5 раза превышающим дефицит жидкости. Продолжают пероральную регидратацию до прекращения диареи и восстановления диуреза. 4. Гемодилюция: кристаллоиды 3 части, коллоиды 1 часть (возможно назначение диуретиков и гормонов).

- \* **5. Пробиотики** в качестве дополнительного средства в случаях присоединения к диарее синдрома избыточного бактериального роста:
- \* **Бифиформ** (*bifidobacter, longum enterococcus faecium*) 5-10 капс./сут.;
- \* **Линекс** (*Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium infantis, Streptococcus faecium*, 2-3 капсулы 3 раза в сутки.
- \* **Бактисубтил** (*Bacillus subtilis* IP 5832, карбонат кальция, окись титана, желатин, белая глина, 1капс. 2-3 раза в/с за 1 час до еды 2-4 дня при острых формах, 2-3 недели при хронических).

• *АБП выбора для лечения диареи известной этиологии*

<p>●</p> <p>Shigella spp Энтероинвазивные E.coli Aeromonas spp. Plesiomonas spp.</p>	<p>Фторхинолоны: Норфлоксацин по 0,4 г 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. Ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. Офлоксацин по 0,2 г 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. Ко-тримоксазол по 0,96 г 2 раза в /с-3-5 дней.</p>
--	--

• **SALMONELLA** spp. *Y.enterocolitica*

- -Фторхинолоны (внутри или парентерально):

Норфлоксацин по 0,4 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.

Ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.

Офлоксацин по 0,2 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.

--Цефтриаксон по 1-2 г 1 раз в сутки в течение 5-7 дней.

• Ко-тримоксазол по **0,96 г 2** раза в /с-**5-7** дней.

# Медикаментозная терапия диарейного синдрома

## А. Ингибиторы биосинтеза простагландинов

-индометацин в первые сутки заболевания 50 мг 3 раза в день через 2 часа

-Глюконат кальция в первые сутки заболевания однократно 5 г

-Б.Энтеросорбенты (активированный уголь, карболен, поли сорб, полифепан, смекта, энтеросгель)

## -В. Препараты замедляющие перистальтику кишечника:

-Лоперамид (имодиум) по 2 капсулы, затем по 1 после каждого акта дефекации, но не более 6 раз в сутки

Атропин-содержащие препараты - Лиспафен по 2 таблетки 3 раза в день, Реасек по 1 таблетке 2-3 раза в день

# Медикаментозная терапия диарейного синдрома

**-Г. Препараты, оказывающие обволакивающее и вяжущее действие, висмутсодержащие препараты (десмол) – повышают выработку слизи, оказывают противовоспалительный эффект**

## **Д. Эубиотики**

**-Колибактерин, бифидумбактерин, лактобактерин, бактисубтил, линекс, хилак.**

## **Е. Ферментные препараты**

**- абомин, панкреатин, фестал, ораза и т.д.**

## **Критерии выписки:**

- **Клиническое выздоровление, нормализация температуры тела, стула, исчезновение признаков интоксикации, болей в животе, спазма и болезненности кишечника.**
- **Отсутствие патологических изменений во время контрольной ректороманоскопии и при получении отрицательного бактериологического исследования на патогенные бактерии кишечной группы, которое производится не ранее 2 дней после окончания этиотропной терапии.**
- **Нормализация клинического и биохимического анализов крови.**

**Работники пищевых предприятий и лица, приравненные к ним, перенесшие острую дизентерию без бактериологического подтверждения, выписываются из стационара при соблюдении перечисленных условий и после однократного отрицательного бактериологического исследования испражнений.**

## **Диспансерное наблюдение**

Все реконвалесценты, перенесшие заболевание, подтвержденное бактериологически, подлежат диспансерному наблюдению в течение **4-6 недель**. Для работников пищевых предприятий и военнослужащих срок диспансерного наблюдения составляет **3 месяца** (с ежемесячными осмотрами врачом и бактериологическими исследованиями кала). **Военнослужащим** срочной службы после выписки из госпиталя назначается **диетическое питание на 30 суток**. **Лица с хронической дизентерией** состоят на диспансерном наблюдении в **течение года**. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом этих лиц проводятся **ежемесячно**.