



Дифференциальная диагностика гемоколитов у детей

Слижневская Екатерина, 564 группа, пед. ф-т

Гемоколит – кровь в стуле.

Гемоколит (от лат. haema – кровь, colit – толстая кишка) – «кровянистое воспаление толстой кишки».



ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В СТУЛЕ

Неинфекционные

Травматизация ануса или прямой кишки;
Анальная трещина при запоре;
Аллергический энтероколит (чаще на белки коровьего молока);
Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
Хирургическая патология (инвагинация, полипоз, дивертикул Меккеля и пр.).

Инфекционные

ОКИ инвазивного типа:

- дизентерия;
- сальмонеллёз;
- эшерихиозы;
- иерсиниоз;
- кампилобактериоз и пр.;

Паразитозы:

- гельминтозы;
- амёбиаз и пр.;



ОКИ

У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЮТ ВИРУСНЫЕ ОКИ, У ВЗРОСЛЫХ – БАКТЕРИАЛЬНЫЕ



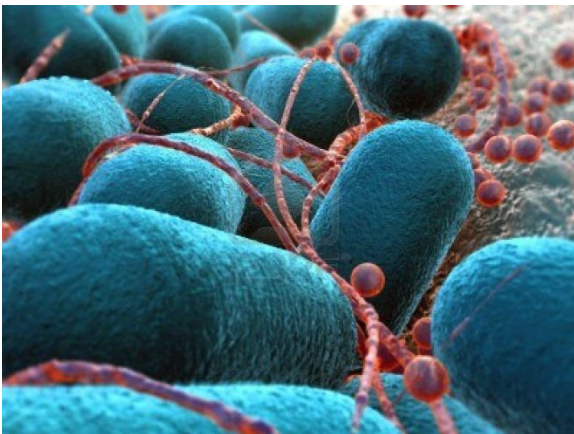
Возраст	До 1 года	1–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–59 лет	60 лет
Вирусы	89%	75%	41%	42%	34%	36%
Бактерии	11%	25%	59%	58%	66%	64%

СРАВНЕНИЕ СИМПТОМОВ ДИАРЕИ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Вирусная диарея	Бактериальная диарея
<ul style="list-style-type: none">• Возможно наличие респираторных симптомов• Водянистый частый обильный стул• Выраженная рвота• Лихорадка• Характерны более выраженные обезвоживание и электролитный дисбаланс• Чаще диарея носит затяжной характер	<ul style="list-style-type: none">• Характерны многочисленные диспепсические эпизоды с небольшим количеством стула• Стул с примесью крови• Слизь в стуле• Характерна высокая лихорадка• Боли в животе• Неврологические симптомы

ОКИ «инвазивного» типа

Инвазия



Это глубокое поражение стенки кишечника вследствие действия бактерий или простейших, а также различных альтернирующих факторов воспаления, вызванного этими патогенами.

Патогенез инвазивной диареи

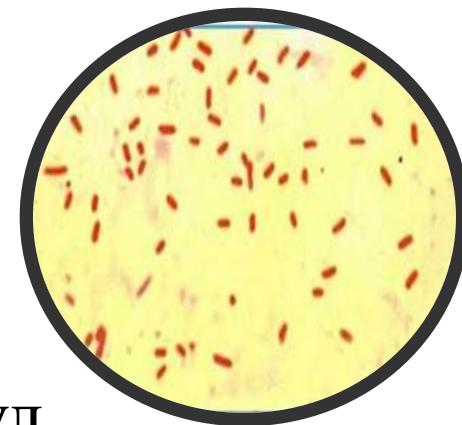
1. Адгезия, колонизация и инвазия бактериальных агентов в эпителий кишечника с развитием воспалительного процесса.
2. Нарушение всасывания воды и электролитов из просвета кишечника в результате:
 - усиления перистальтики и быстрой эвакуации химуса;
 - гиперосмолярности, за счет продуктов воспаления и нарушенного пищеварения (белка и углеводов)
3. Повышение экссудации воды и электролитов через поврежденную воспалительным процессом слизистую кишечника.
4. Наличие эрозивного или язвенно-некротического процесса в кишечнике с повышением чувствительности рецепторов и паретическим состоянием сфинктеров прямой кишки при дистальном колите.

ШИГЕЛЛЁЗ

(бактериальная дизентерия)

Этиология

- Возбудители шигеллёзов относятся к семейству *Enterobacteriaceae*, роду *Shigella*.
- Палочки с закругленными концами, неподвижные, спор не образуют, капсул, жгутиков не имеют, **грамотрицательные**.



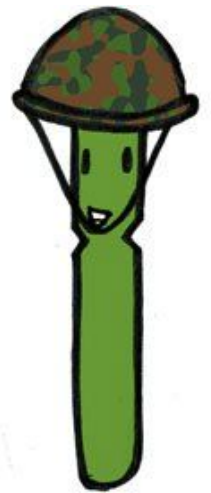
В состав клеточной стенки шигелл входят **эндотоксины**, состоящие из двух фракций: **термостабильной** (дисфункция кишечника) и **термолабильной** (цитопатическое действие).

Бактерии Григорьева—Шига способны продуцировать **экзотоксин** (энтеротропное, нейротропное действие и цитотоксическая активность).

Шигеллы обладают *инвазивностью* (проникновение и размножение в эпителиальных клетках слизистой оболочки толстой кишки) и *колициногенностью* (образование биологически активных веществ).

Эпидемиология

- *Источник*: больные острым или хроническим шигеллёзом, бактериовыделители.
- *Механизм передачи*: фекально-оральный.
- *Пути передачи*: пищевой, водный, контактно-бытовой.
- *Факторы передачи*: пищевые продукты, инфицированная вода, руки, белье, игрушки, посуда, мухи; продукты, не подвергнутые термической обработке: молоко, мясо, салаты, компоты, ягоды.



SHIGELLA
DYSENTERIAE

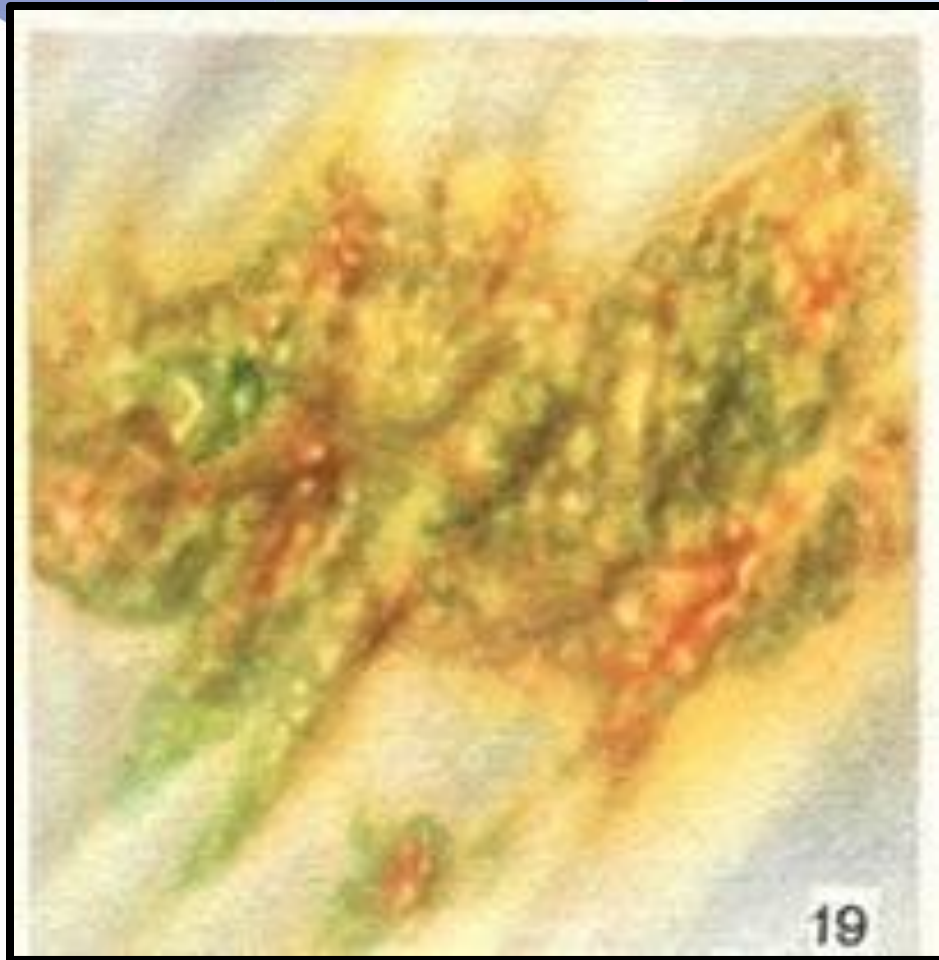
Клиника

Инкубационный период: от нескольких часов до 7 дней (2—3 дня).

Начальный период. Начало острое с максимальным нарастанием симптомов в течение 1—2 суток.

Период разгара. Синдром интоксикации и колитический синдром:

- Повышение температуры тела в течение 2—3 дней.
- Однократная или повторная рвота.
- Боли в животе локализуются **в левой подвздошной области**, сначала постоянные, затем схваткообразные, усиливаются перед дефекацией. Стул учащается, становится жидким, с примесями слизи, зелени, прожилок крови, имеет каловый характер.
- На 2—3 день болезни количество каловых масс резко уменьшается, увеличивается содержание крови, испражнения теряют каловый характер, становятся слизисто-кровянистыми в виде **«ректального плевка»**.
- Появляются ложные позывы на дефекацию (**тенезмы**) или их эквиваленты у детей раннего возраста (плач и покраснение лица при дефекации).
- Дефекация не приносит облегчения.
- При осмотре: живот втянут, болезненность, урчание и **«плеск»** по ходу толстой кишки, уплотненная, малоподвижная, резко болезненная сигмовидная кишка.



САЉМОНЕЛЉЉЗ

Этиология

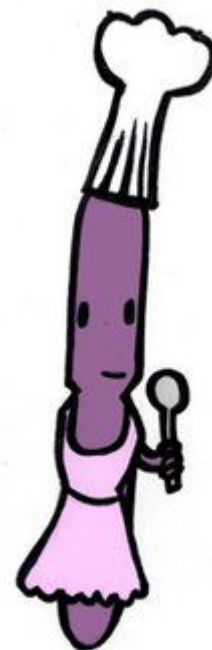


- Возбудители: микроорганизмы, относящиеся к семейству кишечных (*Enterobacteriaceae*), роду *Salmonella*.
- Сальмонеллез у детей наиболее часто вызывают *S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. heidelberg*, *S. haifa*, *S. panama*, *S. infantis*, *S. virchow*, *S. anatum*, *S. london*.

- Сальмонеллы — **грамтрицательные** палочки, подвижные, не образуют спор и капсул.
- Антигенная структура сальмонелл представлена тремя основными антигенами: **O** — соматическим (термостабильным), **H** — жгутиковым (термолабильным) и **K** — поверхностным (капсульным). Помимо указанных, у сальмонелл установлены **Vi**-антиген (один из компонентов O-антигена), **M**- и **T**-антигены.

Эпидемиология

- *Источник:* животные и человек (больной и бактерионоситель). Важнейший источник — домашняя птица (куры, индейки, гуси, утки), крупный рогатый скот, свиньи, реже — овцы и козы.
- *Механизм передачи:* фекально-оральный.
- *Пути передачи:* пищевой, контактно-бытовой, реже — водный; возможен — воздушно-пылевой. Ребенок может заразиться сальмонеллезом от больной матери внутриутробно, во время родов, а также через грудное молоко. Возможно инфицирование через конъюнктивы.



SALMONELLA

Клиника

Колитная форма (дизентериеподобная)

- *Инкубационный период*: до 5-8 дней.
- Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела.
- С первых дней отмечается учащенный, обильный, жидкий стул.
- Характерный симптом — **рвота**, которая появляется периодически через 2—3 дня, не связана с приемом пищи.
- Продолжительность лихорадки колеблется от 1 до 2-3 нед., нормализация стула отмечается на 2-3 неделе и позднее.
- Гепатолиенальный синдром.
- **Тенезмов и зияния ануса не наблюдается.** Частота дефекации не соответствует выраженности симптомов интоксикации: при высокой температуре тела и тяжелом состоянии больного стул может быть относительно редким, и наоборот.
- Стул в виде **«болотной тины»** или «лягушачьей икры».
- Болезненность и урчание **в правой подвздошной области.**

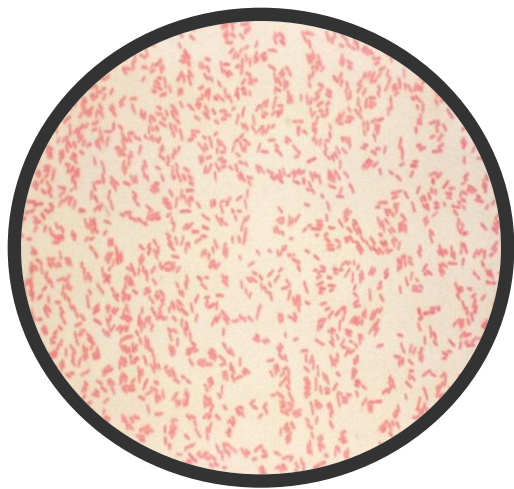


КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ

Этиология

- Возбудитель: *Yersinia enterocolitica* (относится к семейству *Enterobacteriaceae*, роду *Yersinia*).

Грамотрицательные палочки с закругленными концами. Спор и капсул не образуют. Имеют жгутики.



Y. enterocolitica имеет соматический термостабильный (**O**), жгутиковый термолабильный (**H**) антигены и антигены вирулентности в наружной мембране. Энтеротоксигенность связана с продукцией большого количества термостабильного энтеротоксина.

Эпидемиология

- *Источник инфекции:* человек и животные, больные и носители. Среди животных чаще болеют свиньи, коровы, овцы, козы, реже — собаки, кошки.
- *Механизм передачи:* фекально-оральный.
- *Пути передачи:* пищевой, водный, контактно-бытовой.



YERSINIA
ENTEROCOLITICA

Клиника

- *Инкубационный период*: 3—19 дней (5 - 7 дней).
- *Начальный период* продолжается 1—5 дней, характеризуется синдромом интоксикации, повышением температуры тела, полиморфизмом местных проявлений.
- *Период разгара*. Заболевание начинается остро.
 - Синдром интоксикации.
 - *Лихорадка. До 38-39° С и выше. Длительность около 1 недели.*
 - Синдромы поражения ССС, суставов, мочевыделительной системы, нервной системы.
 - *Синдром экзантемы*. Обычно появляется на 2—6 день болезни, сходна с высыпаниями при псевдотуберкулезе.
 - Отмечаются гиперемия кожи лица и шеи, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив.

Синдром поражения ЖКТ

- Отмечается с первого дня болезни.
- Характеризуется наличием диареи.
- Стул жидкий, зловонный, от 3 до 10—15 раз в сутки, часто с примесью слизи и зелени, *редко — крови*.
- Тошнота и повторная рвота.
- *Абдоминальный синдром*: боли в животе (умеренные или сильные, постоянные или схваткообразные), локализуются *чаще в правой подвздошной* или околопупочной областях (обусловлены мезаденитом)
- Живот умеренно вздут, при пальпации: болезненность и урчание по ходу кишечника, преимущественно в области слепой и подвздошной кишки.
- *Гепатомегалия*, в ряде случаев: желтушное окрашивание кожи, склер, потемнение мочи, умеренное повышение уровня трансаминаз и билирубина.
- Возможно развитие *спленомегалии*.

ЭШЕРИХИОЗ

Этиология

- Возбудители: принадлежат к семейству *Enterobacteriaceae*, роду *Escherichia*, виду *Escherichia coli*.
- Палочки с закругленными концами.
Грамотрицательные, подвижные за счет жгутиков, спор не образуют.
- Антигенный комплекс представлен соматическим **термостабильным** **O**-антигеном, **поверхностным** (капсульным) **K**-антигеном и жгутиковым **термолабильным** **H**-антигеном.

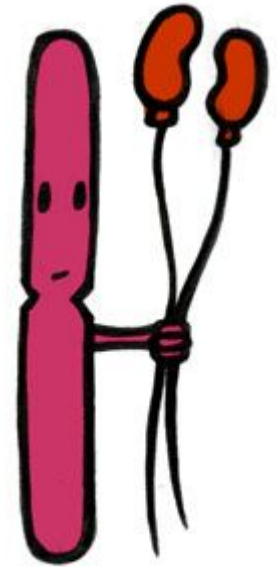


В настоящее время все диареегенные эшерихии условно разделены на группы:

- энтеропатогенные (ЭПЭ),
- энтероинвазивные (ЭИЭ),
- энтеротоксигенные (ЭТЭ),
- энтерогеморрагические (ЭГЭ),
- энтероадгерентные (ЭАггЭ).

Эпидемиология

- *Источник инфекции:* больные в остром периоде заболевания, бактерионосители патогенных эшерихий. Реже — животные (крупный рогатый скот).
- *Механизм передачи:* фекально-оральный.
- *Пути передачи:* контактно-бытовой, пищевой, водный.
- *Факторы передачи:* пищевые продукты, предметы домашнего обихода (посуда, игрушки), вода.



ESCHERICHIA
COLI

Эшерихиозы, вызванные ЭПЭ

- Характерный эпидемиологический анамнез.
- Болеют преимущественно дети первого года жизни.
- Дисфункция кишечника по типу энтерита и гастроэнтерита.
- Наличие нечастой, но упорной рвоты.
- **Водянистый брызжущий стул желто-оранжевого цвета**, иногда с небольшим количеством прозрачной слизи.
- Постепенно нарастающий токсикоз с эксикозом, трудно поддающийся терапии.



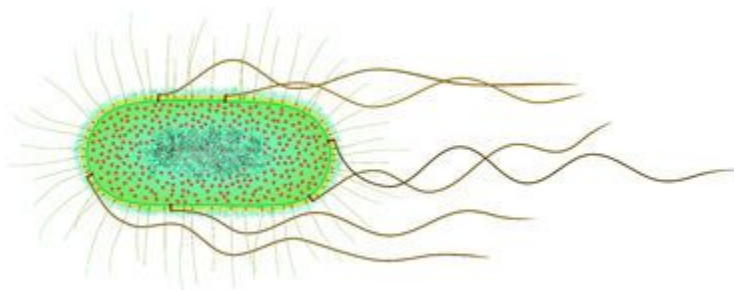
Эшерихиозы, вызванные ЭТЭ

- Характерный эпидемиологический анамнез.
- Дисфункция кишечника по типу **гастроэнтерита**.
- Острейшее начало.
- Нормальная температура тела.
- **Отсутствие патологических примесей в стуле.**
- Развитие обезвоживания I-II степени.



Эшерихиозы, вызванные ЭИЭ

- Характерный эпидемиологический анамнез.
- Острое начало.
- Кратковременная лихорадка.
- Схваткообразные боли в животе.
- **Частый жидкий стул со слизью и прожилками крови.**
- Быстрая положительная динамика клинических симптомов.



Эшерихиозы, вызванные ЭГЭ

Энтерогеморрагическая бактерия Escherichia coli (EHEC)



Большинство штаммов Escherichia coli (E. coli) безвредны.

Однако некоторые штаммы, например, энтерогеморрагическая **E. coli (EHEC)**, представляют угрозу для здоровья и жизни человека.

Инкубационный период

3-8 дней

E. coli (EHEC), при попадании в желудок человека, начинает производить токсины, которые вызывают тяжелые заболевания

Симптомы заболеваний, вызванные E. coli (EHEC)

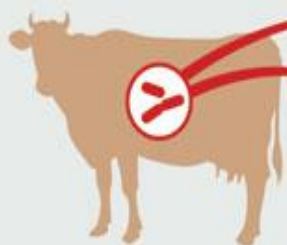
- Спазмы гладких мышц органов брюшной полости
- Диарея (в некоторых случаях кровавая диарея)
- Жар
- Рвота

Осложнения

Гемолитический уремический синдром (ГУС).

Коэффициент летальности **3-5 %**

ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ



Носителем бактерии E. coli (EHEC) является, в основном, **крупный рогатый скот и другие жвачные животные**



Мясо, не прошедшее достаточную тепловую обработку, непастеризованное молоко

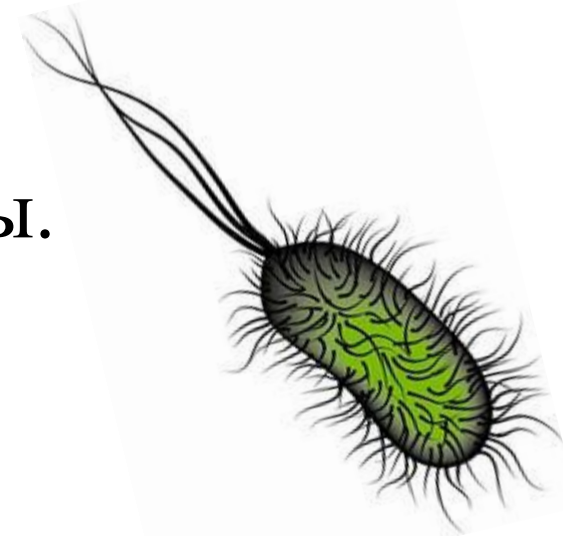
Бактерии погибают при тепловой обработке продуктов (от 70°C и выше)



Овощи и фрукты (фекалии больных животных попадают в водоемы, которые питают почву)



- Характерный эпидемиологический анамнез.
- Дисфункция по типу **гемоколита**, реже – энтероколита.
- Развитие энтерита на фоне нормальной температуры.
- Появление интоксикации и геморрагического колита на 2-3 день болезни.
- Нередко развитие ОПН, **ГУС**, тромбоцитопенической пурпуры.



Гемолитико-уремический синдром

Продромальный период: от 2 до 14 дней. Характерна диарея с примесью крови, повышенная возбудимость, беспокойство, судорожная готовность. Постепенное развитие обезвоживания, побледнение кожи, снижается количество выделяемой мочи.

Период разгара: кожа бледно-желтого цвета, геморрагическая сыпь – от петехий до крупных экхимозов, носовые кровотечения. Нарастают симптомы поражения центральной нервной системы (возбуждение сменяется угнетением, вялость, судороги, кома). Олигурия или анурия. Увеличение печени и селезенки, кардиомиопатия, тахикардия, аритмия. В тяжелых случаях – отек легких, головного мозга, легочное кровотечение, некроз и перфорация кишечника.

ОАК и б/х крови: анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, увеличение содержания креатинина и мочевины, остаточного азота, билирубина, снижение количества белка.

ОАМ: протеинурия, микро- и макрогематурия.

Копроцитограмма: большое количество эритроцитов.

Восстановительный период: при адекватной терапии состояние ребенка улучшается.

Дифференциально-диагностические признаки	Шигеллезы	Сальмонеллезы	Кишечный иерсиниоз	Эшерихиозы		
				обусловленный ЭПЭ	обусловленный ЭИЭ	обусловленный ЭТЭ
Возраст	Преимущественно старше 3 лет	Разный, чаще 2 лет	Разный, чаще 2–7 лет	Преимущественно до 1 года	От 2 до 7 лет	Разный, чаще до 3 лет
Сезонность	Летне-осенняя	Зимне-весенняя при контактном пути, летняя – при пищевом	Зимне-весенняя	Зимне-весенняя	Летне-осенняя	Летняя
Пути передачи	Контактно-бытовой, пищевой, водный	У детей до 1 года чаще контактно-бытовой, старше 1 года чаще пищевой	Пищевой	Контактно-бытовой, пищевой	Пищевой	Пищевой, водный
Начало болезни	Острое	Острое, реже постепенное	Острое, реже постепенное	Чаще постепенное	Острое	Острое
Температура тела	Фебрильная, в том числе гипертермия 1–2 дня	Фебрильная, в том числе гипертермия. волнообразная до 2–3 нед.	Фебрильная, в том числе гипертермия. волнообразная до 2–7 дней	Субфебрильная, фебрильная, 1–5 дней	Фебрильная, 1–2 дня	Нормальная

Дифференциально-диагностические признаки	Шигеллезы	Сальмонеллезы	Кишечный персифиоз	Эшерихиозы		
				обусловленный ЭПЭ	обусловленный ЭИЭ	обусловленный ЭТЭ
Рвота	У половины 1–2 раза в сутки в течение 1–2 дней	Частая, длительная, немотивированная, в течение 3–5 дней	У большинства многократная, в течение 2–7 дней	Срыгивания, упорная рвота 7–10 дней	У большинства 1 день	Многократная, 1–2 дня
Боли в животе	Схваткообразные, перед дефекацией, в левой подвздошной области; тенезмы	Умеренные, в области эпигастрия и вокруг пупка	Очень интенсивные, вокруг пупка или в правой подвздошной области; могут быть симптомы раздражения брюшины	Умеренные, приступообразные	Схваткообразные, в левой подвздошной области	Приступообразные, в области эпигастрия и вокруг пупка
Метеоризм	Не характерен	Часто у детей до 1 года	Не характерен	Характерен	Не характерен	Не характерен
Гепатолитенальный синдром	Не характерен	Часто у детей до 1 года	Редко	Не характерен	Не характерен	Не характерен
Экзантема	Не характерна	Не характерна	Часто, различная	Не характерна	Не характерна	Не характерна

Дифференциально-диагностические признаки	Шигеллезы	Сальмонеллезы	Кишечный иерсиниоз	Эшерихиозы		
				обусловленный ЭПЭ	обусловленный ЭИЭ	обусловленный ЭТЭ
Характер стула	Частый, жидкий, теряет каловый характер, содержит большое количество слизи, прожилки крови, типичен «ректальный плевок»	Частый, жидкий, обильный, цвета «болотной тинь», со слизью, у половины пациентов — с прожилками крови	Частый, жидкий, обильный, зловонный, со слизью, зеленью	Частый, жидкий, водянистый, ярко-желтого цвета без патологических примесей	Частый, жидкий, со слизью и кровью	Частый, жидкий, водянистый, без патологических примесей
Гемограмма	Лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ	Лейкоцитоз, нейтрофилез, у детей до 1 года может быть анэозинофилия, анемия, моноцитоз	Гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, резко повышенная СОЭ	Незначительный лейкоцитоз, лимфоцитоз, умеренно повышенная СОЭ	Незначительный лейкоцитоз, нейтрофилез, умеренно повышенная СОЭ	Незначительный лейкоцитоз, возможен нейтрофилез
Копроцитограмма	«Воспалительные» изменения (большое количество лейкоцитов и эритроцитов)	Разная, зависит от клинического варианта	Признаки нарушения переваривания и всасывания, реже лейкоциты и эритроциты	Признаки нарушения переваривания и всасывания	«Воспалительные» изменения (большое количество лейкоцитов и эритроцитов)	Признаки нарушения переваривания и всасывания

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ

Этиология

Возбудители — мелкие подвижные неспорообразующие *грамотрицательные* бактерии с одним или двумя полярно расположенными жгутиками. Принадлежат к семейству *Spirillaceae*, роду *Campilobacter*. Для человека патогенны три вида *Campilobacter*: *C. jejuni*, *C. coli*, *C. fetus*.



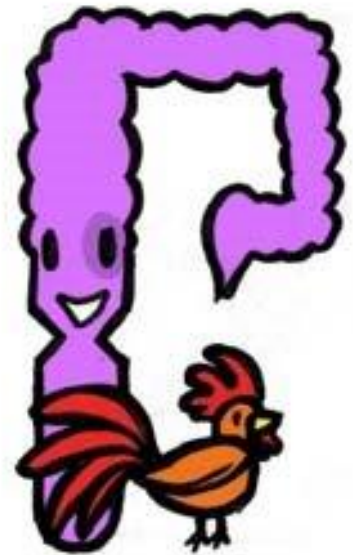
Эпидемиология

Источник инфекции: больные люди и животные, носители. Основной резервуар — животные (крупный рогатый скот, овцы, свиньи, домашние и дикие птицы) и продукты питания животного происхождения.

Механизм передачи: фекально-оральный.

Путь передачи: пищевой. Водный и контактно-бытовой пути передачи имеют меньшее значение. Возможно заражение интранатально и в постнатальном периоде.

Фактор передачи: инфицированное мясо — говядина, свинина и цыплята. Заражение может происходить при употреблении в пищу молочных продуктов, а также овощей и фруктов.



CAMPYLOBACTER

JEJUNI

Клиника

Выделяют *типичные* (желудочно-кишечную и генерализованную) и *атипичные* (бессимптомную, инаппарантную) формы кампилобактериоза.

Желудочно-кишечная форма

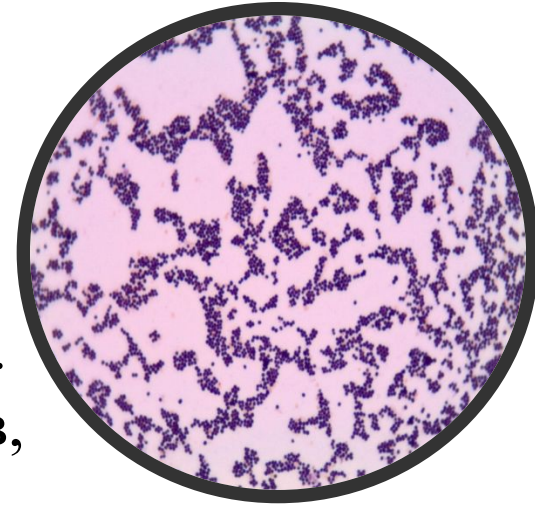
- Вызывается *C. jejuni* и *C. coli*.
- Протекает по типу энтероколита и колита.
- *Инкубационный период* — от 1 до 6 дней.
- *Начальный период* от нескольких часов до 1—2 дней. Типичное проявление — синдром интоксикации. С первого дня болезни — лихорадка, боли в животе, чаще в *мезогастрии*.
- В *периоде разгара* боли в животе нарастают, становятся приступообразными, с преимущественной локализацией *в правой половине живота или вокруг пупка*, усиливаются перед дефекацией и уменьшаются после опорожнения кишечника. Появляется обильный жидкий, затем водянистый, пенистый, зловонный стул. На 2—3-й день болезни стул учащается (до 20 раз в сутки), *появляется слизь и кровь*, нередко в большом количестве.
- Может наблюдаться рвота, увеличение печени.

СТАФИЛОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология

Возбудители: бактерии рода *Staphylococcus* (19 видов).

Наибольшее значение для человека имеют 3 вида: золотистый (*S. aureus*), эпидермальный (*S. epidermidis*), сапрофитный (*S. saprophyticus*). Имеют шаровидную форму, не имеют жгутиков, не образуют спор, *грамположительные*. В мазках располагаются скоплениями, напоминающими *гроздь винограда*.



Патогенность стафилококка обусловлена способностью вырабатывать токсины!

Токсины стафилококка

Альфа-гемолизин (продуцируется *S. aureus*). Вызывает повреждение тканей, дермонекротический, нейротоксический и кардиотоксический эффекты, оказывает цитотоксическое действие на клетки амниона и фибробласты, клетки почек обезьян, тромбоциты, макрофаги.

Бета-гемолизин оказывает литическое действие на эритроциты и лейкоциты.

Гамма-гемолизин обладает цитотоксической активностью. В низких дозах вызывает увеличение уровня цАМФ и повышение секреции ионов Na^+ и Cl^- в просвет кишки.

Лейкоцидин оказывает губительное воздействие на фагоцитирующие клетки (полиморфноядерные лейкоциты и макрофаги), обладает выраженной антигенной активностью.

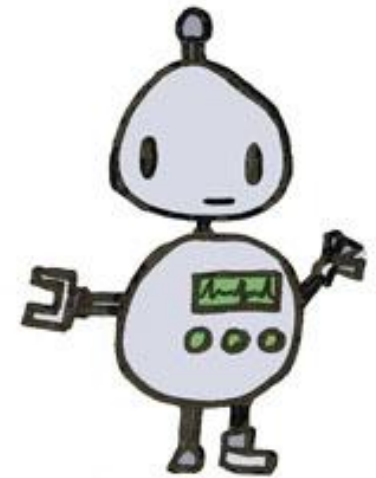
Эксфолиативные токсины вызывают у человека синдром «обожженной кожи».

Энтеротоксины термостабильные, устойчивые к протеолитическим энзимам, вызывают у детей пищевые отравления, вызывают синдром токсического шока, влияют на иммунокомпетентные клетки и их предшественники.

Токсин-1 обнаруживается только у некоторых штаммов золотистого стафилококка и обуславливает развитие синдрома токсического шока.

Эпидемиология

- *Источник:* человек (больной или бактерионоситель), домашние животные. Наибольшую опасность представляют лица со стафилококковыми поражениями верхних дыхательных путей, ЖКТ.
- *Механизмы передачи:* капельный, контактный, фекально-оральный.
- *Пути передачи:* воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой, пищевой.



STAPHYLOCOCCUS
EPIDERMIDIS



STAPHYLOCOCCUS
AUREUS

Поражение ЖКТ (энтероколиты)

Первичные энтероколиты

- ✓ Возникают в результате пищевого или контактно-бытового заражения.
- ✓ Болеют чаще ослабленные дети.
- ✓ Заболевание начинается остро или постепенно.
- ✓ Отмечается срыгивание, беспокойство, повышение температуры тела, бледность кожи.
- ✓ Стул постепенно учащается, сохраняет каловый характер, содержит большое количество слизи; к концу недели могут появиться *прожилки крови*.
- ✓ Живот вздут, увеличивается печень, реже — селезенка.
- ✓ Частота стула при легких формах не превышает 5—6 раз, при среднетяжелых — 10—15 раз в сутки.

Вторичные энтероколиты

- ✓ Являются проявлением генерализованной стафилококковой инфекции. Поражение ЖКТ присоединяется к другим очагам стафилококковой инфекции (отит, пневмония, стафилодермия).
- ✓ Клиника: субфебрильная/фебрильная температура тела, упорные срыгивания или рвоты, стойкая анорексия, дисфункция кишечника, потеря массы тела, анемия, токсикоз, эксикоз.
- ✓ Поражение кишечника начинается постепенно, характерен энтероколит, в том числе и язвенно-некротический (резкое ухудшение общего состояния ребенка, нарастание диспепсических расстройств, вздутие живота, появление в стуле слизи, *крови*, гноя. Возможна перфорация кишечника с развитием перитонита.
- ✓ *Отмечается высокая летальность.*

СТАФИЛОКОККОВЫЙ ДИСБАКТЕРИОЗ

- Поражение желудочно-кишечного тракта вызывают *антибиотикорезистентные штаммы* стафилококка, которые бурно размножаются в отсутствие или при уменьшении облигатной кишечной микрофлоры.
- Наиболее часто встречается стафилококковый энтерит и псевдомембранозный стафилококковый энтероколит (протекает тяжело, характерен холероподобный синдром, возможно *развитие язв кишечника*).

АМЁБИАЗ

Этиология

Возбудитель: Дизентерийная амёба (*Entamoeba histolytica*) — относится к простейшим, может существовать в 3-х формах (тканевой, просветной и цисты). Тканевая форма обнаруживается только у больных амёбиазом, другие — и у носителей.

Жизненный цикл состоит из 2-х стадий: вегетативной (трофозоит) и стадии покоя (цисты).

Вегетативная стадия включает в себя 4 формы амёб: **тканевую**, **большую вегетативную**, **малую просветную** и **предцистную**.

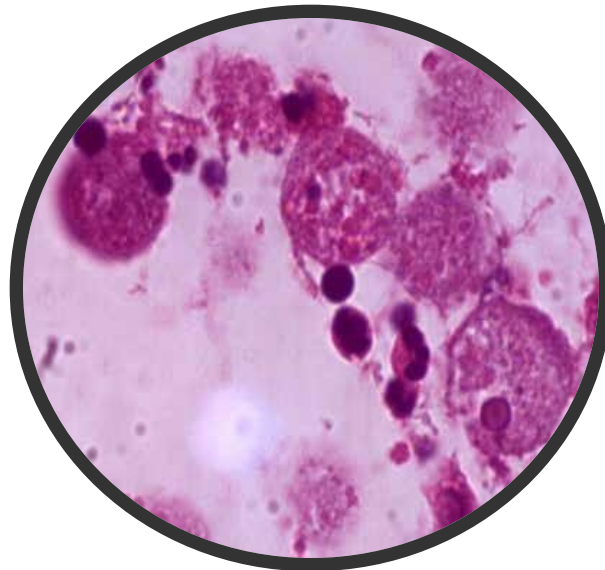
- ✓ Предцисты обнаруживаются в кале в период реконвалесценции и при цистоносительстве.
- ✓ Цисты с четырьмя ядрами — зрелые — обнаруживаются в острой стадии кишечного амёбиаза и в стадии реконвалесценции.

При попадании цист в тонкую кишку происходит разрушение их оболочек. Из цисты выходит четырёхядерная материнская форма амёбы, из которой после деления образуются 8 одноядерных амёб. При благоприятных условиях они размножаются и превращаются в вегетативные формы, которые обитают в проксимальных отделах толстой кишки.

Эпидемиология

Источник: только человек (больной или носитель).

Заражение происходит фекально-оральным путем при употреблении инфицированных цистами воды и свежих овощей и зелени.



Клиника

- Через 7—10 дней (иногда позднее) после заражения появляются первые неспецифические симптомы: слабость, боли *в нижних отделах живота*, субфебрильная температура.
- Стул со стекловидной слизью и кровью, по типу *«малинового желе»*.
- Отмечаются диспептические явления, поражения печени, гипохромная анемия.



ГЕЛЬМИНТОЗЫ

Гельминтозы (шистосомоз, анкилостомидоз)

Помимо примеси *крови* в стуле, отмечаются кожные высыпания и зуд, поражения органов дыхания, диспептические явления, гепатомегалия.

В анализе крови - *эозинофилия*, специфические IgG.

В анализе кала - *яйца гельминтов*.



!!! Важен эпидемиологический анамнез - выезд в эндемичные регионы.

Критерии дифференциальной диагностики гемоколитов

- 1) Наличие клинико-эпидемиологических данных.
- 2) Наличие клинических признаков колита.
- 3) Выраженный болевой синдром и патологические примеси в стуле (слизь, кровь).
- 4) ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, при гельминтозах – эозинофилия).
- 5) Копрограмма (признаки воспалительного процесса, лейкоциты, эритроциты).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!