

*В.Д.Москалюк, Н.А.Богачик, Я.В.Венгловська, О.І.Голяр*

## ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології (зав. – д.мед.н. В.Д.Москалюк)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** У зв'язку з актуальністю проблеми гострих кишкових інфекцій у роботі сімейного лікаря, лікаря швидкої медичної допомоги, з метою полегшення проведення диференційної діагностики непрофільних хворих хірургічного та терапевтичного профілю зі схожою клінічною симптоматикою, подано основні клініч-

ні прояви найбільш поширених бактеріальних, вірусних і паразитарних кишкових інфекцій.

**Ключові слова:** синдром інтоксикації, діарея, дисбактеріоз, дегідратація, діагностика.

Проблема гострих кишкових інфекцій (ГКІ) залишається актуальною і сьогодні. Соціально-економічні зміни, що відбулися в 90-х роках в Україні, суттєво вплинули на рівень захворюваності на ГКІ [8, 12, 13]. Відмічається прискорення еволюції інфекційних хвороб, особливо з групи гострих кишкових інфекцій [4, 32].

ГКІ – поліетіологічна група хвороб, спричинених шигелами, сальмонелами, ешерихіями, кампілобактеріями, вібріофлорою, умовно-патогенними мікроорганізмами, що проникають в організм людини ентсральним шляхом [8, 12].

ГКІ проходять із синдромами загальної інтоксикації, гострого гастроентериту, ентероколіту та дегідратації [19, 30]. Останнім часом ГКІ можуть проходити в генералізованій (септичній) формі з високою летальністю, особливо серед немовлят та людей літнього і старечого віку [6, 22].

Захворюваність на ГКІ займає досить високу питому вагу серед 12-15 мільйонів щорічно зареєстрованих інфекційних захворювань в Україні [11, 12].

Питання ранньої диференційної діагностики ГКІ із захворюваннями, що проходять у початковому періоді зі схожою клінічною симптомати-

кою, зумовленою низкою чинників. Це і є проблемою ранньої діагностики, особливо в лікарів сімейної медицини [15, 18]. Дані літератури свідчать про те, що понад 25 % хворих надходять в інфекційні стаціонари з помилковими діагнозами гострого шигельозу, сальмонельозу, ешерихіозу, гастроентероколіту, черевного тифу, паратифів, вібріозів, харчової токсикоінфекції або інтоксикації [3, 17].

Під клінічною маскою ГКІ різної етіології у перші години від початку захворювання нерідко (9,4-11,9 % від числа непрофільних хворих) надходять пацієнти з гострими хірургічними захворюваннями (2-5 % від загального числа госпіталізованих), у тому числі з гострим апендицитом (34,5-37,5 % серед хірургічних захворювань), гострим холециститом (10-25 %), гострим панкреатитом (11,3-23,5 %), гострою кишковою непрохідністю (12,5-23,1 %), шлунково-кишковою кровотечею різного генезу (10,6 %), акушерсько-гінекологічною патологією (позаматкова вагітність, пельвіоперитоніт, гострий аднексит, ендометрит, аборти, токсикоз вагітності – (10,1-12,5 %), тромбоемболії мезентеріальних судин (5-6 %), проривною виразкою шлунка або дванадцятипалої кишки (0,9 %) тощо.

Серед хворих, які госпіталізовані до інфекційного стаціонару, відзначено групу непрофільних терапевтичних осіб: загострення хронічного гепатиту, хронічного холециститу (35,5-37,7 %), ентероколіту (23,0-31,2 %), хронічного гастриту (11,7-17,3 %), хронічного пієлонефриту або хронічного гломерулонефриту (3,9-5,2 %), виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки (2,3-3,9 %), неспецифічного виразкового коліту (1,6 %); серцево-судинна патологія (гіпертонічний криз, інфаркт міокарда – (1,4-1,6 %); пневмонія (4,7-5,1 %); пухлини кишок (0,8-1,4 %); отруєння грибами (1,5-2,7 %); порушення мозкового кровообігу (1,4 %); токсико-алергічний дерматит (1,4 %); гнійний вторинний менінгоенцефаліт (1,2 %); хронічна недостатність надниркових залоз у стадії декомпенсації (адисоновий криз – 0,5 %); туберкульоз легень; ревматизм, лімфогранулематоз, лейкоз, дисбактеріоз, дисферментоз, харчова алергія та інші захворювання.

Помилки в діагностиці гострих кишкових інфекцій та інших захворювань, що проходять зі схожою клінічною симптоматикою, особливо в перші дні від початку захворювання, умовно можна розділити на три групи.

До першої групи варто віднести випадки, коли хворим з гострою хірургічною, акушерсько-гінекологічною патологією ставиться помилковий діагноз ГКІ. Прогностично цей варіант діагностичних помилок найбільш небезпечний, тому що госпіталізація осіб в інфекційні стаціонари і зволікання з оперативним або іншим патогенетично обґрунтованим лікуванням супроводжується помітним зростанням летальності, інвалідизації і збільшенням термінів перебування в стаціонарі.

Друга група осіб – із помилковим діагнозом направляють у відповідні стаціонари, що часто

призводить до зараження контактних осіб і медичного персоналу, виникненню внутрішньолікарняних спалахів ГКІ, розвитку ускладнень і несприятливих наслідків гострої інфекції.

Третя група помилок полягає у встановленні двох передбачуваних діагнозів – ГКІ і гострого хірургічного або іншого захворювання.

Нижче наведені деякі анамнестичні, клінічні, лабораторні та інструментальні дані, характерні для гострих кишкових інфекцій різної етіології і захворювань з інших груп.

Шигельози характеризуються ознаками інтоксикації, що виникла гостро, переймоподібним болем, переважно в лівій здухвинній ділянці, тенезмами, несправжніми позивами на низ, багаторазовими рідкими нерясними випорожненнями з домішками слизу, прожилками крові, нудотою, блюванням. Сигмоподібна кишка спазмована, ущільнена, болюча. При ректороманоскопічному дослідженні спостерігається катаральне, катарально-ерозивне або виразкове ураження слизової оболонки дистальних відділів товстої кишки. Підтверджують діагноз результатами бактеріологічного дослідження випорожнень, серологічної реакцією (РНГА) в динаміці хвороби (діагностичний титр 1:200) [1, 2, 9, 14, 33].

Для сальмонельозу характерні короткий (від 2-3 годин до 2-3 днів) інкубаційний період, гострий початок захворювання з ознобу, високої температури, багаторазового блювання, переймоподібного болю в животі в ділянці сальмонельозного трикутника (епігастрій, навколо пупка, права здухвинна ділянка), ознаки інтоксикації і легідратації. Випорожнення часті, рясні, пінисті, неприємного запаху, зеленуватого кольору. Вирішальне значення у встановленні етіологічного діагнозу мають результати бактеріологічного і серологічного дослідження випорожнень, крові, блювотних мас, промивних вод шлунка [21, 26, 29].

Холера типово починається з проносу, частих, рясних, водянистих випорожнень типу "рисового відвару". У подальшому при прогресуванні хвороби з'являються блювання „фонтаном" без нудоти, що швидко призводить до розвитку легідратації, демінералізації, метаболічного ацидозу, різкої загальної слабкості, клоніко-тонічних болючих судом різних груп м'язів, олігоанурії, гострої ниркової і серцево-судинної недостатності. Виникають ознаки гемоконцентрації – збільшення відносної щільності плазми, індексу гематокриту, в'язкості крові. У постановці остаточного діагнозу враховуються дані епідеміологічного анамнезу, досліджень на вібріофлору випорожнень, блювотних мас, дуоденального вмісту й об'єктів зовнішнього середовища [5, 28].

Клініка ешерихіозів залежить від групи збудників, що спричинили захворювання. Так, ентеропатогенні кишкові палички (ЕПКП) призводять до виникнення сальмонельозоподібного синдрому, ентероінвазивні (ЕІКП) – до появи шигельозоподібного синдрому і ентеротоксигенні (ЕТКП) – до холероподібного синдрому [6, 22].

Кишкові інфекції, спричинені умовно-патогенними мікроорганізмами роду *Proteus*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Erwinia* та іншими, проходять із помірно вираженими гастроентеритом, інтоксикацією і зневодненням. Вирішальне діагностичне значення мають результати бактеріологічного дослідження випорожнень, блювотних мас, промивних вод і серологічних досліджень. Діагностичним є виявлення умовно-патогенних збудників у монокультури  $10^6$  і вище в 1 мл випорожнень і (або) наростання титру антитіл у реакції аглютинації з автоштамом у 2-4 рази і більше в динаміці хвороби [21, 30].

Харчові інтоксикації стафілокової етіології відрізняються коротким інкубаційним періодом (декілька годин), гострим початком з ознобу, багаторазовим блюванням, інтенсивним перемішаним болем у надчерев'ї, рідкими водянистими випорожненнями без крові, швидким зворотним розвитком. Чинниками передачі збудників і токсинів найчастіше є молоко і молочні продукти [23].

Кишковий ерсиніоз пов'язаний із вживанням овочевих салатів, починається гостро з ознобу, гастроентериту, а також часто супроводжується залученням у патологічний процес печінки, лімфовузлів, шкіри, суглобів, легень із подальшим септичним перебігом. Можливий розвиток повторно-вогнищевих форм із ураженням апендикса, міокарда, ЦНС у вигляді серозного менінгіту [6].

Кампілобактеріози займають у структурі кишкових інфекцій високу питому вагу (5-30 %), проходять із вираженим гастроентеритом або ентероколітом, зневодненням, а при затяжному перебігу уражаються слизові оболонки очей, виникає ендокардит, проноси чергуються з запорами, знижується маса тіла хворого. Остаточний діагноз встановлюється на підставі бактеріологічних і серологічних методів дослідження (копро-, гемокультура, РНГА) [6].

Ботулізм у частини хворих починається з диспептичного синдрому, однак незабаром діарея змінюється запором, з'являється неврологічна симптоматика, пов'язана з нейроінтоксикацією, зокрема розлади зору, ковтання, рідше – дихання. Діагностичне значення мають указівки на вживання консервованих грибів, м'яса, в'яленої риби тощо та позитивної біологічної проби на мишах [3, 25].

Вірусні діареї, спричинені рота-, ентеро-, аденовірусами, характеризуються як синдромом гастроентериту, так і розвитком катаральних проявів, гепатолієнальним синдромом, генералізованою лімфаденопатією, кон'юнктивітом, фарингітом, герпетичною ангіною, міалгіями, міокардитом і почасти розвитком менінгеального симптомокомплексу. Випорожнення водянисті. Етіологічний діагноз підтверджується результатами вірусологічних і серологічних досліджень [10].

Для амебіазу характерний поступовий початок, хвилеподібний перебіг. Біль локалізується переважно в правій половині живота, випорожнення типу малинового желе. При ректороманос-

копії на тлі катарального проктосигмоїдиту видніються глибокі, з інфільтрованими підритими краями, виразки. Діагноз хвороби підтверджується виявленням у калі тканинних форм збудника [27].

Лямбліоз нерідко проходить з помірно вираженим болем у животі, переважно в епігастрії, бурчанням, рідкими водянистими випорожненнями без патологічних домішок. Діагноз підтверджується виявленням вегетативних форм збудника в дуоденальному вмісті, у рідких випорожненнях або цист в оформлених випорожненнях [6].

При балантидіазі спостерігається загальна слабкість, головний біль, зниження апетиту, субфебрильна температура, біль у животі, метеоризм, пронос, слиз і кров у випорожненнях. Пальпаторно ушільнені і спазмовані окремі ділянки товстої кишки, збільшена печінка. У крові – лейкоцитоз, гіпохромна анемія, еозинофілія, збільшення ШЗЕ. Підтверджує діагноз виявлення балантидів у калі [6].

В останні роки істотно зросла частота отруєння грибами, що відрізняється коротким, протягом 1-3 годин, інкубаційним періодом без продрому, розвитком інтенсивного колікоподібного болю в животі, нудотою, блюванням, частими рідкими водянистими випорожненнями, рідше гемоколітом, серцево-судинною недостатністю, колапсом на тлі нормальної температури і відсутності синдрому загальної інтоксикації. На відміну від гострих кишкових інфекцій спостерігаються підвищена пітливість і слинотеча, нервово-психічні розлади, марення, галюцинації, гемоліз, токсичне ураження нирок, печінки з розвитком гострої нирково-печінкової недостатності [3].

При отруєнні солями важких металів, зокрема свинцю, ртуті, миш'яку, міді, цинку, талію й інших, розвиваються синдроми гастроентероколіту, нейропатії, міалгії, сухість у роті, присмак металу, блювання, діарея, ураження нирок, печінки, міокарда, судоми на тлі нормальної температури. Мають значення результати токсикологічного дослідження блювотних мас, випорожнень і крові.

Дисбактеріоз кишечника проходить із чергуванням проносів і запорів, постійним тупим ниючим дифузним болем у животі, метеоризмом, субфебрилітетом, анемією, гіпопротеїнемією, збільшенням ШЗЕ. Дисбактеріоз частіше пов'язаний з наявністю хронічних захворювань органів травлення, ГКІ, впливом радіонуклідів, гормональних, антибактеріальних та інших засобів. Етіологія та ступінь тяжкості дисбактеріозу кишечника визначаються за результатами мікробіологічних досліджень випорожнень із зазначенням величини обсеменіння і властивостей мікрофлори [16, 20, 24].

Алергійні діареї виникають після вживання молока, молочних продуктів, яєць, риби, креветок, цитрусових, полуниці, горіхів, шоколаду й інших можливих алергенів, проходять із болем у животі спастичного характеру, частими рідкими випорожненнями з домішками слизу, еозинофілією на тлі алергійних дерматиту, поліартриту й інших ознак алергозів.

Доведено, що приблизно 19-21 % населення України страждає на уроджений лактазодефіцит, що нерідко є причиною розвитку діареї після вживання молока. З віком частота лактозної недостатності зростає, що супроводжується порушенням процесів усмоктування, які лежать в основі розвитку діареї, болем у животі на тлі нормальної температури і без ознак вираженої інтоксикації. Остаточний діагноз ферментопатії встановлюється на підставі результатів диференційованих вуглеводних навантажень полі-, ди- і моносахаридами.

Загострення хронічних ентероколітів, як правило, пов'язані з погіршеннями в дієті, проходять без підвищення температури й інших ознак інтоксикації, а також вираженої дегідратації і дизелектролітемії. Діагноз підтверджується даними анамнезу, колонофіброскопії і бакдослідженням випорожнень.

Пухлини тонкої і товстої кишок відрізняються поступовим розвитком захворювання, постійними домішками крові у випорожненнях, схудненням. Підтверджують діагноз результати рентгенологічного та ендоскопічного досліджень.

У клінічній практиці важливо вчасно розпізнати гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, що нерідко починаються і проходять із симптоматикою, характерною для гострих кишкових інфекцій [31]. Найчастіше ГКІ приходиться диференціювати з гострим апендицитом.

Гострий апендицит починається з болю в животі, що є домінуючим симптомом, має постійний характер, локалізується в правій здухвинній ділянці, спочатку може локалізуватися в епігастрії. У деяких хворих, особливо при ретроцекальному апендициті, бувають розлади випорожнень, частота їх не перевищує 5-7 разів на добу без слизу і крові. Відсутні тенезми і несправжні позиви на дефекацію. Позитивні апендикулярні симптоми Ровзинга, Сітковського, Воскресенського й ознаки подразнення очеревини – локальна напруга м'язів, симптом Щоткіна-Блюмберга тощо. У крові – лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. На відміну від ГКІ при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини чітко виражені ознаки термоасиметрії з високим температурним градієнтом, що має істотне значення в експрес-диференційній діагностиці зазначених груп захворювань.

Гострий холецистит і загострення хронічного холецистоангіохоліту частіше виникають після вживання гострої, жирної, смаженої їжі, алкоголю і проходять із нападами сильного болю в правому підбер'ї, що іррадіює у праву лопатку, плечовий суглоб, супроводжуються ознобом, високою температурою. Турбує нудота, багаторазове блювання, що не приносить полегшення. Нерідко з'являється жовтушність склер і шкіри. Пальпаторно визначається напруження м'язів у правому підбер'ї, позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ортнера, Кера, Мерфі, Мюссі. У рідких випорожненнях немає патологічних домішок. У крові – високий нейтрофільний лейкоци-

тоз. Діагностичне значення мають результати холецистографії, сканування печінки, ультразвукового дослідження.

Гострий панкреатит відрізняється від ГКІ раптовим початком після погіршення у дієті, вживання жирної і гострої їжі, алкоголю. З'являється інтенсивний біль у животі оперізуювального характеру з іррадіацією в ліве підбер'я. Турбує багаторазове блювання, що не приносить полегшення. Живіт роздутий, можуть мати місце явища динамічної кишкової непрохідності, больового шоку і колапсу. У крові – лейкоцитоз, підвищення ШЗЕ, збільшення активності амілази. Уточнюють діагноз дані рентгенослідження, ретроградної холедохопанкреатографії, УЗД, радіоізотопного сканування і термографії.

При тяжкому гострому панкреатиті на ранніх стадіях хвороби виникає синдром поліорганної недостатності – гострої серцево-судинної, легеневої, нирково-печінкової.

Гостре порушення мезентеріального кровообігу характеризується раптовою появою дуже сильного болючого переймоподібного болю в животі, нудоти, блювання, частих рідких кров'янистих випорожнень. У запущених випадках з'являється інтоксикація і динамічна кишкова непрохідність. Тромбоемболія мезентеріальних судин частіше виникає в осіб літнього і старечого віку, які страждають на ревматизм, хронічні серцево-судинні захворювання, тромбофлебіт, артеріїт, порушення в системі регуляції агрегатного стану крові. Характерні високий лейкоцитоз і порушення в коагулограмі. Для верифікації діагнозу показана ангіографія.

Гостра кишкова непрохідність унаслідок странгуляції, обтурації, інвагінації й іншого генезу відрізняється від ГКІ раптовою появою сильного переймоподібного болю в животі, бурхливою перистальтикою при нормальній температурі та відсутності інтоксикації. Виникає багаторазове блювання, здуття й асиметрія живота, на відміну від ГКІ характерна затримка випорожнень. Позитивні симптоми Склярівського, Обухівської лікарні. При оглядовій рентгеноскопії органів черевної порожнини виявляються чаші Клойбера, кишкові аркади. Показано ендоскопічні методи діагностики.

Виразковий коліт характеризується більш поступовим, ніж при гострих кишкових інфекціях початком, прогресивним перебігом, позакишковими проявами хвороби, зокрема полігландулярної недостатності, анемією, гіпопротейнемією. Біль локалізується переважно в лівій здухвинній ділянці. У випорожненнях постійно виявляються домішки крові. При колонофіброскопії спостерігається підвищена ранимість слизової оболонки, набряклість, кровоточивість, ерозії, виразки, кров і гній у просвіті кишки і пристінково. Характерними є також результати рентгенологічного дослідження товстої кишки.

Для гострої шлунково-кишкової кровотечі характерний раптовий розвиток загальної слабкості, запаморочення, блідість шкіри і слизових

оболонок, тахікардії на тлі нормальної температури і відсутності ознак загальної інтоксикації. З'являється криваве блювання, часті випорожнення, мелена. У крові – зниження вмісту еритроцитів і гемоглобіну. Найбільш частими причинами шлунково-кишкової кровотечі є виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, портальна гіпертензія, пухлини, що розпадаються, та інші захворювання. Діагноз підтверджується даними гастроуденофіброскопії, колонофіброскопії й іншими методами дослідження.

При гастралгічному варіанті інфаркту міокарда [18] диференційно-діагностичне значення мають дані про ішемічну хворобу серця у минулому, нормальна температура, відсутність ознак інтоксикації. У клініці домінує різкий біль, який раптово з'явився, іррадіює в ліву половину грудної клітки, ліву лопатку, руку, що рідше локалізується в надчеревній ділянці. Пульс частий, слабкий, аритмічний, нерідко виникає колапс, астматичний статус. Живіт м'який, немає симптомів подразнення очеревини, спазмів кишок і патологічних домішок у рідких випорожненнях. Показана ЕКГ. Вже в перші 3-4 години від початку інфаркту в крові хворих істотно підвищена активність КФК, АсАТ і окремих фракцій ізоферментів лактатдегідрогенази.

Гіпертонічний криз і гостре минуче порушення мозкового кровообігу виникають переважно після психічних і фізичних перевантажень, стресових ситуацій, при перепадах атмосферного тиску в осіб з гіпертонічною хворобою і хронічною серцево-судинною патологією. Відзначаються загально-мозкові й вогнищеві неврологічні симптоми, блювання, запаморочення, різкий головний біль, але температура тіла залишається нормальною, немає болу в животі, спазму кишечника і крові у випорожненнях. У блювотних масах і випорожненнях патогенна мікрофлора відсутня.

У хворих на менінгіти різної етіології багаторазове блювання без нудоти, що не приносить полегшення, пов'язане з внутрішньочерепною гіпертензією, турбує сильний головний біль. З'являються м'язові контратури – позитивні менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, Керніга, Брудзинського тощо. Вирішальне значення мають запальні зміни ліквору – підвищений тиск, зміна кольору, прозорості, вмісту і характеру клітин, білка, цукру, хлоридів [6].

При ендокринопатіях, зокрема аддисонічній шлунково-кишковій кризі раптово виникають різка загальна слабкість, блювання і пронос на тлі нормальної або зниженої температури, у випорожненнях немає слизу і крові. Шкіра хворого пігментована, холодна. Відзначаються тахікардія, гіпотонія, гостра серцево-судинна недостатність. У крові – низький вміст глюкози, калію, натрію, хлору. В анамнезі – хвороба Аддисона, порушення режиму і лікування.

Рідше із симптомами ГКІ проходять токсикози вагітності, ендометрит, аднексит, пельвіоперитоніт та інші захворювання, за яких спостерігається біль у животі, що іррадіює в попереk,

статеві органи, пряму кишку, стегна. Визначається локальне напруження м'язів черевної стінки, симптоми подразнення очеревини. У крові – лейкоцитоз. При порушеній позаматковій вагітності і кровотечі виникають ознаки гіповолемії й анемії. Мають значення результати вагінального дослідження, епіданамнезу, а також дані спеціальних методів обстеження хворих.

Таким чином, масовість поширення гострих кишкових інфекцій та іншої клінічно схожої патології характеризує проблему ранньої диференційної діагностики зазначених груп захворювань як загальномедичну і вимагає від лікарів вдумливого, обережного ставлення до таких пацієнтів при встановленні діагнозу.

### Література

1. Андрейчин М.А. Шигельоз / М.А.Андрейчин // Лікування та діагност. – 2001. – № 3. – С. 33-37.
2. Андрейчин М.А. Шигельоз / М.А.Андрейчин, В.М.Козько, В.С.Копча. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 7-39.
3. Андрейчин М.А. Клініко-синдромальна диференційна діагностика ботулізму та отруєння токсичними грибами / М.А.Андрейчин, Б.А.Люкай, О.А.Герасименко // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 4. – С. 48-52.
4. Андрейчин М.А. Бактериальные диареи / М.А.Андрейчин, О.Л.Ивахив. – Киев: Здоров'я, 1998. – 418 с.
5. Кириченко Д.Ф. Холера / Д.Ф.Кириченко, П.Д.Кириченко // Лікування та діагност. – 2002. – № 2. – С. 48-52.
6. Кишкові інфекції: Навчальний посібник для студентів 5-6 курсів медичних факультетів та лікарів-інтернів ВМЗО III-IV рівнів акредитації / А.М.Сокол, Н.А.Богачик, В.Д.Москалюк [та ін.] – Чернівці: БДМУ, 2006. – 176 с.
7. Козько В.М. Мікробіоценологічні аспекти гострих кишкових інфекцій / В.М.Козько, А.В.Бондаренко // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 2. – С. 5-11.
8. Копча В.С. Епідеміологічний моніторинг захворюваності шигельозом у різних областях України / В.С.Копча, С.А.Деркач, І.Г.Йовко [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 4. – С. 49-53.
9. Копча В.С. Патогенетичні особливості різних форм шигельозу та оптимізація лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ст. докт. мед. наук / В.С.Копча. – Київ, 2006. – 43 с.
10. Павленко О.В. Особливості клініки гострих кишкових інфекцій вірусної етіології у дорослих / О.В.Павленко, Є.В.Нікітін, Л.І.Скрипник // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 1. – С. 63-68.
11. Риза Л.В. Тенденції розвитку епідемічного процесу шигельозу в Україні та її західному регіоні / Л.В.Риза // Прак. мед. – 2007. – Т. XIII, № 4. – С. 81-83.
12. Лапушенко О.В. Стан захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби в Україні у

- 2003 році / О.В.Лапушенко, С.П.Бережнов, Л.М.Мухарська [та ін.] // Сучасні інфекції. – 2004. – № 2 – С. 4-8.
13. Хомутянська Н.І. Епідеміологічні особливості гострих кишкових інфекцій в умовах екологічно несприятного регіону / Н.І.Хомутянська // Укр. мед. альманах. – 2003. – Т. 6, № 1. – С. 143-145.
  14. Чемич М.Д. Епідеміологічні, клінічні та лабораторні особливості епідемічного шигельозу / М.Д.Чемич // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 3. – С. 52-56.
  15. Антоненко Н.И. Острые кишечные инфекции в работе семейного врача / Н.И.Антоненко // Вестн. сем. мед. – 2005. – № 3. – С. 41-44.
  16. Барановский А.Ю. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника / А.Ю.Барановский, Э.А.Кондрашина. – М.: Медицина, 2001. – 209 с.
  17. Бондаренко А.Л. Ошибки в диагностике кишечных инфекций / А.Л.Бондаренко, Е.О.Утенкова, В.И.Жуйкова [и др.] // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2002. – № 5. – С. 27-31.
  18. Вовк Е.И. Острые кишечные инфекции в практике врача скорой медицинской помощи / Е.И.Вовк, А.А.Машерова, А.Л.Верткин // Леч. врач. – 2002. – № 1-2: пер. с англ. – С. 58-63.
  19. Козько В.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты ассоциированных бактериальных кишечных инфекций / В.Н.Козько, М.И.Краснов // Сучасні інфекції. – 2001. – № 3. – С. 58-63.
  20. Копанёв Ю.А. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические и клинические аспекты микрoэкологических нарушений / Ю.А.Копанёв, А.Л.Соколов – М.: Медицина, 2002. – 148 с.
  21. Лобзин Ю.В. Клиника, диагностика и лечение актуальных кишечных инфекций / Ю.В.Лобзин, В.М.Волжанин, С.М.Захаренко. – СПб.: Фолиант, 1999. – 192 с.
  22. Мазанкова Л.И., Ильина Н.О. Современные аспекты диагностики и лечения острых кишечных инфекций у детей / Л.И.Мазанкова, Н.О.Ильина // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2007. – Т. 52, № 2. – С. 4-10.
  23. Малеев В.В. Пищевые токсикоинфекции / В.В.Малеев // Врач. – 2005. – № 2. – С. 20-23.
  24. Малянский А.Н. Дисбактериоз: современный взгляд на проблему / А.Н.Малянский // Новые мед. технологии. – 2002. – № 2. – С. 28-30.
  25. Никифоров В.В. Ботулизм: клинические особенности и современные подходы к терапии / В.В.Никифоров // Терапевт. арх. – 2001. – Т. 73, № 11. – С. 97-100.
  26. Покровский В.И. Бактериальная дизентерия / В.И.Покровский, Н.Д.Ющук. – М.: Медицина, 1994. – 256 с.
  27. Токмалаев А.К. Кишечный и внекишечный амелиаз: клинические наблюдения / А.К.Токмалаев, Н.К.Астафьева, Р.П.Быкова [и др.] // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. – 2005. – № 2. – С. 18-21.
  28. Ющук Н.Д. Острые кишечные инфекции: актуальные проблемы клиники и диагностики / Н.Д.Ющук, Я.М.Ерёмушкина // Инфекционные болезни. – 2006. – Т. 4, № 1. – С. 76-78.
  29. Ющук Н.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых кишечных инфекций / Н.Д.Ющук, Л.Е.Бродов // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – Т. 10, № 5. – С. 13-16.
  30. Ющук Н.Д. Основные принципы диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций / Н.Д.Ющук, Я.М.Ерёмушкина // Мед. помощь. – 2005. – № 1. – С. 16-19.
  31. Ющук Н.Д. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и острых кишечных инфекций / Н.Д.Ющук, Л.Е.Бродов // Инфекционный контроль. – 2001. – № 2-3. – С. 40-46.
  32. Dupout H.I. Practice Paramiters Committle of acute infections diarrhea in adults / H.I.Dupout // Am. J. Gastroenterology. – 1997. – Vol. 92. – P. 1962-1975.
  33. Epidemiology of shigellosis in Lagos, Nigeria: Trends an antimicrobial resistance / V.A.Iwalokun, G.O.Gbenle, S.I.Smith [et. al.] // J. Health Popul. Nutr. – 2001. – Vol. 19, № 3. – P. 183-190.

## ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*В.Д.Москалюк, Н.А.Богачик, Я.В.Венгловская, О.И.Голяр*

**Резюме.** В связи с актуальностью проблемы острых кишечных инфекций в работе семейного врача, врача скорой медицинской помощи, с целью облегчения проведения дифференциальной диагностики непрофильных больных хирургического и терапевтического профиля с подобной клинической симптоматикой, приводятся основные клинические симптомы наиболее распространенных бактериальных, паразитарных и вирусных кишечных инфекций.

**Ключевые слова:** синдром интоксикации, диарея, дисбактериоз, дегидратация, диагностика.

## SPECIFIC CHARACTERISTICS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS (BIBLIOGRAPHICAL REVIEW)

*V.D.Moskaliuk, N.A.Bogachyk, Ya.V.Venglovs'ka, O.I.Holiar*

**Abstract.** The principal clinical manifestations of the most widespread bacterial, viral and parasitogenic intestinal infections are presented in connection with the topicality of the issue of acute intestinal infections in the work of a family

doctor, an ambulance doctor, for the purpose of making easier the forming of a differential diagnosis of nonprofile patients of the surgical and therapeutic profile with similar symptomatology.

**Key words:** intoxication syndrome, diarrhea, dysbacteriosis, dehydration, diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Фелів

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol.13. №1.–P.122-128

Надійшла до редакції 15.10.2008 року