

И.Н. Захарова,
Е.Н. Андрюхина,
Ю.А. Дмитриева
РМАПО, Москва

Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения инфекционных и неинфекционных диарей у детей

Диареи часто встречаются в практике педиатра. По данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ от 2009 года, от поноса ежегодно умирает 1,5 млн детей. Диарея представляет собой учащение более 2-3 раз в сутки опорожнения кишечника с выделением жидкого или кашицеобразного стула (1). Наиболее опасными являются последствия диареи в виде обезвоживания организма и потери солей. К этому предрасполагают анатомо-физиологические особенности пищеварительного тракта у детей раннего возраста, лабильность обменных процессов.

Причиной развития диарей у детей могут быть неправильное вскармливание, непереносимость определенных продуктов питания и компонентов пищи, бактериальные и вирусные инфекции, использование антибактериальных, слабительных и других лекарственных средств и др.

В зависимости от причины и длительности диареи делятся на инфекционные и неинфекционные, острые и хронические. При острой диарее симптомы сохраняются до 1-3 недель. Острые диареи инфекционного генеза обусловлены воздействием вирусов, бактерий, грибов, паразитов. Наиболее частыми причинами являются вирусы (ротавирусы, норовирусы, астровирусы, аденовирусы и др.), реже – бактерии (энтеропатогенные и энтеротоксигенные штаммы эшерихий, шигеллы, сальмонеллы и др.) и паразиты (криптоспоридии, балантидии и др.) (2).

Выделяют особую группу – антибиотик-ассоциированные диа-

реи (ААД), которые составляют от 5 до 30% всех случаев диарей. Согласно определению ВОЗ, ААД представляет собой три или более эпизодов жидкого, водянистого стула в течение суток, которые возникают на фоне антибактериальной терапии или в течение 2 месяцев после ее прекращения (3). Риск развития ААД существенно повышается при применении клиндамицина, линкомицина, аминопенициллинов, цефалоспоринов 3 поколения.

ААД в большинстве случаев имеет легкое течение и, как правило, не требует специфического лечения, а отмена антибиотика чаще всего приводит к купированию симптомов заболевания. Однако в ряде случаев развивается псевдомембранозный колит, характеризующийся наличием округлых фибриновых бляшек, сливающихся при прогрессировании процесса между собой на фоне геморрагий слизистой оболочки толстой кишки. Наиболее тяжелые формы ААД и псевдомембранозного колита обусловлены воздействием токсинов А (энтеротоксин) и В (цитотоксин) *Clostridium difficile* (4). Оба токсина действуют синергично, провоцируют развитие поверхностного воспаления слизистой оболочки кишки с последующей секрецией в ее просвет экссудата, содержащего большое количество белка, нейтрофилов, моноцитов и слущенных энтероцитов. Псевдомембранозный колит может развиваться в результате воздействия *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*, *Staphylococcus aureus* и др., а также грибов рода *Candida*. Основными симптомами антибиотик-ассоциированной диа-

реи являются понос, схваткообразные боли в животе, стихающие после дефекации. Иногда заболевание сопровождается повышением температуры тела, появлением воспалительных изменений в анализе крови и лейкоцитов в кале (3).

Острые диареи неинфекционного генеза могут быть связаны и с воздействием психогенных, алиментарных, аллергических, токсических, эндокринных факторов. Неинфекционные диареи длятся преимущественно более 3 месяцев и являются хроническими (1). Причины их возникновения могут быть панкреатогенными (хронический панкреатит, муковисцидоз); гепатобилиарными (нарушение желчеобразования и желчеотделения); тонкокишечными (целиакия, болезнь Уиппла, лимфома, болезнь Крона и другие); толстокишечными (язвенный колит, ишемический колит, болезнь Крона, полипоз, опухоли); нейрофункциональными (синдром раздраженной кишки, функциональная диарея); гастрогенными (атрофический гастрит, резекция желудка, демпинг-синдром); эндокринными (диабет, тиреотоксикоз); сосудистыми (вакулиты, ишемия); лекарственными; токсическими; радиационными. Кроме того, причинами неинфекционных диарей могут являться гормонально активные опухоли (випома, гастринома, карцинома); гастроинтестинальная форма пищевой аллергии и другие.

Жидкий стул может быть кашицеобразным, водянистым, слизистым, слизисто-гнойным, кровянисто-слизистым (рисунки 1-6, таблица 1).

По механизму развития диареи различают секреторный, осмотиче-

ский, гипер- и гипокINETический и экссудативный типы (таблица 2) (1). Секреторная диарея обусловлена активной секрецией ионов натрия и воды в просвет кишки. Осмолярная диарея развивается вследствие повышенного осмотического давления пищевого химуса. Гипер- и гипокINETическая диарея возникает в результате нарушения транзита кишечного содержимого. Экссудативная диарея наблюдается вследствие «сброса» воды и электролитов в просвет кишки через поврежденную слизистую оболочку и сопровождается экссудацией белка в просвет кишки.

При болезнях тонкой кишки стул обычно становится объемным, водянистым или жирным. При заболеваниях толстой кишки, напротив, стул может быть частым, но менее обильным, он может содержать кровь, гной и слизь. В отличие от диареи, связанной с патологией тонкой кишки, поносы при патологии толстой кишки в большинстве случаев сопровождаются болями в животе. Для заболеваний прямой кишки характерен частый, скудный стул в сочетании с тенезмами и ложными позывами к дефекации.

Для назначения адекватной терапии ребенку с диареей необходимо как можно раньше поставить правильный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится на основании тщательного собранного анамнеза жизни, заболевания, сведений о наследственности, результатов клинического осмотра ребенка, а также лабораторных и инструментальных методов исследования.

Необходимо уточнить при сборе анамнеза:


- 1) режим и характер кормления ребенка;
- 2) при кормлении грудью 

Таблица 1. Дифференциальный диагноз диарей инфекционного и неинфекционного генеза в зависимости от характера стула		
Диареи инфекционного генеза		
Водянистая диарея	Жирная диарея	Кровянистая диарея
Эшерихиоз. Ротавирусная инфекция. Криптоспоридиоз	Сальмонеллез	Шигеллез. Сальмонеллез. Камбиллобактериоз. Иерсиниоз. Эшерихиоз
Диареи неинфекционного генеза		
Аллергия к белкам коровьего молока. Дисахаридазная недостаточность. Целиакия. Хлоридная диарея. Эозинофильный гастроэнтерит. Гипертиреозидизм. Синдром раздраженной толстой кишки. Адреногенитальный синдром	Муковисцидоз. Синдром Швахмана– Даймонда. Хронический панкреатит. Интестинальная лимфангиоэктазия	Полипоз кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона. Опухоль кишки. Сосудистая эктазия кишки

Таблица 2. Патогенетические варианты и механизмы развития различных диарей у детей (1)		
Тип диареи	Механизм развития	Характер стула
Секреторная (повышенная секреция воды и электролитов в просвет кишки)	Увеличение гидростатического давления при поражении лимфатических сосудов кишечника (лимфангиэктазия, лимфома, амилоидоз, болезнь Уиппла); присутствие в кишке секреторных агентов (желчные и жирные кислоты, бактериальные энтеротоксины, слабительные, содержащие антрагликозиды, касторовое масло; вазоактивный интестинальный пептид, глюкагон, серотонин, кальцитонин и др.)	Обильный водянистый
Осмотическая (сниженная абсорбция воды и электролитов)	Нарушение переваривания и всасывания пищевых веществ; недостаточное время контакта химуса с кишечной стенкой (резекция тонкой кишки, межкишечный свищ); повышение содержания осмотически активных веществ в просвете кишечника	Полифекалия, стеаторея
Гипер- и гипокINETическая	Повышенная скорость транзита химуса по кишечнику (неврогенная, гормональная или фармакологическая стимуляция); замедленная скорость транзита (склеродермия, синдром слепой петли)	Жидкий или кашицеобразный, необильный
Экссудативная	Воспалительные изменения стенки кишки (болезнь Крона, язвенный колит, туберкулез кишечника, сальмонеллез, дизентерия); экссудативные энтеропатии с потерей белка	Жидкий, необильный, слизь, кровь

Таблица 3. Характер стула у грудных детей в зависимости от вскармливания (7)						
Питание	Цвет	Форма, консистенция	Особые примеси	Объем	Запах	Число эпизодов в сутки
Женское молоко	Желтый, зеленоватый	Равномерно мажущийся, либо жидкий, с комочками	Может быть немного слизи	Незначительный (20-30 г)	Кислый	2-6
Докорм коровьим молоком	Желтоватый	«Мазевидный» или оформленный, плотноватый	–	Больше 30-40 г	Кисловатый, «сырный»	1-3
Прикорм – каша, овощи	Коричневатый	«Мазевидный» или оформленный	Остатки овощей	Обильный (40-80 г)	Резкий или тухлый	1-3
Голод	Темно-зеленый, черный	Густой	–	Очень малый	Резкий	1 раз в 1-2 дня

Таблица 4. Связь диареи с особенностями питания ребенка (8)

Связь диареи с употреблением	Заболевания
Молочных продуктов	Аллергия к белкам коровьего молока; лактазная недостаточность
Продуктов, содержащих сахарозу	Сахарозо-изомальтазная недостаточность
Продуктов, содержащих глюкозу	Глюкозо-галактозная мальабсорбция
Продуктов, содержащих крахмал	Мальабсорбция крахмала
Определенного объема пищи	Аномалии желудочно-кишечного тракта; нерациональное по объему питание
Различных продуктов	Пищевая аллергия; пищевая непереносимость
Жирных продуктов	Нерациональное питание; заболевания, сопровождающиеся экзокринной недостаточностью поджелудочной железы; заболевания печени и желчевыводящих путей

Таблица 5. Дифференциальный диагноз диареи инфекционного и неинфекционного генеза

Симптомы	Инфекционная диарея	Неинфекционная диарея
Эпидемиологический анамнез	Отягощен	Не отягощен
Связь с нарушением диеты	–	Имеется
Лихорадка	Может быть	Может быть при язвенном колите, болезни Крона
Наличие симптомов вегетативной дисфункции	–	Типично для синдрома раздраженной кишки
Снижение массы тела	–	Встречается при синдроме мальабсорбции, болезни Крона, язвенном колите, опухоли
Гиперпигментация кожи	–	Может быть при надпочечниковой недостаточности
Полифекалия	–	Типична для мальдигестии и мальабсорбции
Кровь в стуле	Может быть при дизентерии, сальмонеллезе, эшерихиозе, клостридиозе и т.д.	Может быть при язвенном колите, болезни Крона, опухоли, ишемическом колите и т.д.
Длительность диареи	1-3 нед.	Более 3 мес.
Симптомы интоксикации	Присутствуют	При выраженных водно-электролитных нарушениях
Рвота	Может быть	+/-

Таблица 6. Характеристика стула при диареях неинфекционного генеза (8)

Характеристика стула	Заболевания
Разжиженный, пенный с кислым запахом	Дисахаридазная недостаточность; глюкозо-галактозная мальабсорбция
Водянистая диарея	Дисахаридазная недостаточность; глюкозо-галактозная мальабсорбция; аллергия к белкам коровьего молока; синдром раздраженной кишки; гормонпродуцирующие опухоли; врожденная хлоридная диарея; идиопатическая семейная диарея; врожденная гиперплазия надпочечников
Жирный стул (жирные капли вытекают из анального отверстия, белье трудно отстирывается, горшок плохо отмывается), нередко сочетается с выпадением слизистой прямой кишки, имеет характерный запах	Муковисцидоз; врожденная липазная недостаточность
Выраженная полифекалия, нередко – серый, жирный стул	Целиакия; энтеропатический акродерматит
Чередование запоров и кашицеобразного стула, появление диареи на фоне стресса, нередко в сочетании со схваткообразными болями в животе	Синдром раздраженной кишки

стул у младенца чаще всего кашицеобразный, с частотой до 5 раз в сутки, что не является патологией, а вот при голодании или при неполноценном питании отмечается изменение характера стула без увеличения его частоты. Необходимо попытаться найти связь между появлением жидкого стула и изменениями в рационе питания (таблица 3);

3) при подозрении на пищевую аллергию следует уточнить, явилось ли возникновение диареи следствием введения ребенку продуктов, содержащих белок коровьего молока, глютен и других аллергенов (таблица 4);

4) данные о наследственности у ребенка с диарейным синдромом (наличие в семье целиакии, язвенного колита, болезни Крона и др.), недавно перенесенных оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте (резекция желудка, тощей кишки и др.);

5) данные о применении лекарственных препаратов, которые могут вызывать учащение и разжижение стула (слабительные; антациды, содержащие соли магния; антибиотики (особенно клиндамицин, линкомицин, ампициллин, цефалоспорины 3-го поколения); антиаритмические препараты (квинидин, пропранолол); соли калия (панангин, аспаркам); сахарозаменители (сорбитол); препараты урсоеоксихолевой кислоты; холестирамин; сульфасалазин; антикоагулянты);

6) эпидемиологический анамнез: наличие больных в окружении, набор продуктов питания за последние 3 суток, пребывание в других стационарах в течение 10 дней до заболевания;

7) длительность заболевания, начальную симптоматику, последовательность появления отдельных симптомов (боль в животе, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, диарея, запаха ацетона изо рта, а также лихорадка и симптомов интоксикации). Необходимо обратить внимание на частоту и консистенцию стула, его объем, наличие патологических примесей (кровь, слизь, зелень, непереваренные комочки, пена), запаха (кислый, зловонный, тухлый и т.д.), тенезмов, метеоризма, связи болевых синдромов с актом дефекации.

Тщательно собранный анамнез

в сочетании с данными физикального обследования позволяет выставить предположительный диагноз, определить форму и тип диареи.

Предполагаемый диагноз необходимо подтвердить с помощью лабораторных, бактериологических и инструментальных методов исследования. При подозрении на острую кишечную инфекцию в план исследования включается посев кала на патогенную микрофлору, посев крови на стерильность (при сохраняющейся лихорадке), посев рвотных масс (при подозрении на сальмонеллез), серологическое исследование крови на иерсиниоз, псевдотуберкулез, дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, кала на вирусы (ротавирусы, норовирусы, аденовирусы и т.д.). Целесообразно проведение копрологического исследования, позволяющего уточнить степень мальабсорбции, а также выявить наличие лейкоцитов, эритроцитов и слизи в кале, типичных для инфекционных заболеваний с преимущественным поражением толстой кишки. В ряде

случаев оправдано исследование кала на дисбактериоз, липидограмму, углеводы.

Дифференциальный диагноз диарей инфекционного и неинфекционного генеза представлен в таблице 5.

При проведении дифференциальной диагностики все заболевания неинфекционного генеза, сопровождающиеся диареей, условно можно разделить на две большие группы: диареи при воспалительных заболеваниях кишечника и синдроме нарушенного переваривания и всасывания (мальабсорбция). Для каждой из этих групп свойственен определенный характер стула. При воспалительных заболеваниях толстой кишки стул чаще кашицеобразный, реже жидкий. При обострении заболевания он становится частым, нередко появляется в ночное время. Типично наличие слизи, крови, гноя. При синдроме нарушенного переваривания и всасывания стул чаще жидкий или кашицеобразный, он может быть обильным, непереваренным, пенным, «блестящим», с запа-

хом (зловонным, кислым, затхлым и т.д.) (таблица 6).

Тщательное микроскопическое исследование кала позволяет обнаружить признаки воспаления в виде скопления лейкоцитов, слущенного эпителия, характерных для воспалительных заболеваний кишки. Копрологическое исследование дает возможность выявить избыток нейтрального жира (стеаторею 1-го типа), мышечных волокон (креаторею) и глыбки крахмала (амилорею), свидетельствующих о нарушениях кишечного пищеварения. Большое значение для проведения дифференциального диагноза диарей имеет обнаружение яиц глистов, амеб, цист лямблий. Необходимо обращать внимание на pH кала, который в норме обычно > 6,0. Снижение pH кала может быть связано с бактериальным гидролизом нерасщепленных углеводов. Увеличение pH стула чаще наблюдается вследствие злоупотребления некоторыми слабительными препаратами.

При сочетании диареи с абдоми-



Современные энтеросорбенты с противовирусным действием

Фильтрум-Сафари®

все лучше от Фильтрума



- Доказанная эффективность при ротавирусной инфекции
- Широкий спектр: острая вирусная и бактериальная кишечные инфекции
- Лечение и профилактика при синдроме «диарея путешественника»



Фильтрум-Сафари: по 1–3 пастилке
Фильтрум^{СТИ}: по 1–3 таблетке } 3 раза в день
до 10–14 дней

Таблица 7. Иммунодефицитные состояния, сопровождающиеся диарей (9)

Заболевание	Клиническая картина	Характер стула	Диагностические критерии
Агаммаглобулинемия врожденная X-сцепленная (типа Брутона)	Дети хорошо развиваются в течение 6 месяцев, затем развиваются пневмонии, отиты, фурункулезы, поражения ЖКТ и т.д.	Диарея вначале умеренная, затем может быть водянистой, сопровождающейся выраженными водно-электролитными нарушениями, потерей витаминов и микроэлементов	Уровень гамма-глобулинов ниже 1 г/л у детей до 1 года и ниже 5 г/л у детей старшего возраста
Селективная недостаточность секреторного иммуноглобулина класса IgA	Дети склонны к повторным вирусным и бактериальным респираторным и кишечным заболеваниям	Диарея чаще появляется после перевода на искусственное вскармливание. Хроническая диарея с потерей жира и витаминов	Отсутствие иммуноглобулина класса IgA при нормальном содержании IgM и IgG
Незелофа синдром	Появляется в возрасте до 3 лет, у детей рецидивирующие вирусные и грибковые инфекции	Диарея умеренная, возможна стеаторея	Отсутствие или резкое снижение Т-клеточного иммунитета при нормальном содержании иммуноглобулинов
Ди Джорджи синдром	Гипоплазия тимуса, после рождения у ребенка появляются судороги. Выявляются внешние малые аномалии развития (гипертелоризм, микрогнатия). Дети предрасположены к грамотрицательным инфекциям, цитомегаловирусной, герпетической инфекции, кандидозу	В тяжелых случаях отмечается водянистая диарея, развивающаяся на первом году жизни	Отсутствие вилочковой железы при рентгенографии грудной клетки
Вискота–Олдрича синдром	Развивается только у мальчиков. Характерна тромбоцитопения, петехии, экхимозы, кровотечения из слизистых, распространенная энантема, пиодермия, гнойные отиты, пневмония, частые бактериальные и грибковые инфекции	Может быть водянистая диарея за счет непереносимости белков коровьего молока	Дефицит IgM при нормальном содержании IgA, IgG, IgE, «лысая» кишка при еюноскопии


Рисунок 1. Осмотическая диарея у ребенка с вирусной кишечной инфекцией

Рисунок 2. Стул при антибиотик-ассоциированной диарее

нальным синдромом необходимо уточнить характер абдоминального синдрома (схваткообразные, тупые, ноющие боли). Нередко подобные симптомы типичны для синдрома раздраженной кишки, чаще наблюдающиеся у детей с неустойчивой психикой, с последствиями постгипоксического поражения ЦНС. Появление абдоминального синдрома в сочетании с метеоризмом и обильным пеннистым стулом с кислым запахом на фоне приема молочных продуктов характерно для аллергии к белкам коровьего молока, лактазной недостаточности. Сочетание диареи с повторной рвотой может быть при аллергии к белкам коровьего молока, аномалиях развития кишечника. Сочетание высыпаний на коже и диарейного синдрома встречается при аллергии к белкам коровьего молока, энтеропатическом акродерматите, герпетиформном дерматите.

Особую группу хронических диарей составляет диарея при иммунодефицитных состояниях, которые являются одним из симптомов заболевания. Особенности течения состояний при нарушении гуморального и клеточного иммунитета представлены в таблице 7.

Тактика ведения детей при диарее инфекционного и неинфекционного генеза существенно различается.

Диетотерапия при инфекционной диарее у детей в возрасте до одного года заключается в уменьшении объема питания наполовину с увеличением кратности приема пищи до 8-10 раз в день (5). При грудном вскармливании с целью коррекции вторичной лактазной недостаточности, развивающейся на фоне инфекционной диареи, добавляются ферменты, вызывающие гидролиз лактозы («Лактаза беби», «Лактазар»). При искусственном вскармливании целесообразно кормить детей низколактозными («Нутрилон низколактозный», «Хумана ЛП») и другие аналоги) или безлактозными смесями на основе молока («НАН безлактозный», «Энфамил лактофри» и другие аналоги) или сои («Фрисосой», «Нутрилон соя» и другие аналоги).

Из питания детей в возрасте старше 1 года необходимо исключить цельное коровье или козье молоко, кефир, йогурт, сметану, сливки, ряженку, бульоны, хлеб, бобовые, свеклу, огурцы, репу, редис, редьку. В острый период рекомендуются каши, не содержащие глютен, молоко, лактозу. Рекомендуются каши – рисовая, кукурузная, гречневая, пшенная, овощное пюре, печеное яблоко. Детям в возрасте старше трех лет рекомендуется употребление безлактозного молока.

Лечебное питание при диарее неинфекционного генеза зависит от характера заболевания. Так, при дисахаридазной недостаточности детям первого года жизни рекомендуются низколактозные и безлактозные смеси на основе молока и сои. При аллергии к белкам коровьего молока назначаются смеси на основе гидролизата белка («Фрисопеп АС», «Нутрамиген», «Прегестимил», «Нутриллон Пепти ТСЦ», «Алфаре» и другие аналоги). При подтвержденном диагнозе целиакии рекомендуется пожизненное соблюдение безглютеновой диеты.

Ввиду потерь со стулом при диарее большого количества воды и электролитов, приводящих к обезвоживанию и метаболическим нарушениям, при тяжелых состояниях необходимым является проведение регидратации как оральной, так и парентеральной. Оральная регидратация осуществляется путем использования раствора Регидрон, содержащего 3,5 г хлорида натрия, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г хлорида калия, 10 г глюкозы. Осмолярность раствора составляет 330 мосм/л, что необходимо учитывать при тяжелых диареях. В современные растворы для оральной регидратации введены полимеры глюкозы, сахароза, крахмал (из риса, пшеницы, чечевицы, картофеля), за счет чего достигается медленное и более полное всасывание углеводов. Кроме того, добавление в питание пищевых волокон из пектинов яблок, моркови, апельсинов, черники способствует блокаде адгезии кишечной палочки, клебсиеллы, синегнойной палочки к эпителию тонкой кишки.

При диареях инфекционного и неинфекционного генеза проводится медикаментозная терапия. В терапию включаются препараты – сорбенты на основе полифепана (Филь-

трум, Филтрум-Сафари, Лактофильтрум), глины (Неосмектин, Смекта), Энтеросгеля и др. Отдельно хочется отметить Лактофильтрум, так как в отличие от других энтеросорбентов в нем дополнительно содержится лактулоза (пребиотик), которая способствует восстановлению нормальной микрофлоры кишечника, и Филтрум-Сафари, специально созданный для детей. Выпускается в виде пастилок со вкусом шоколада и лесных ягод, гипоаллергенен, не содержит сахара и, в отличие от других энтеросорбентов, содержит фруктоолигосахариды – пребиотики, положительно влияющие на микрофлору кишечника.

Антибактериальная терапия при инфекционной диарее назначается при:

- 1) инвазивных диарей;
- 2) тяжелых и генерализованных форм заболевания;
- 3) легких и среднетяжелых форм заболевания у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном;
- 4) холере, амебиазе, брюшном тифе, сальмонеллезе.

Препаратами выбора являются фурановые препараты, в частности нифуратель (Макмирор), налидиксовая кислота.

В комплексную терапию больных с диареями входят пробиотики. Предпочтение отдается препаратам, не содержащим лактозу, – «Бифиформ беби», «Бифиформ», «Бифиформ-малыш», «Нормофлорин Л», «Нормофлорин В», «Йогулакт», «Примадофилус», «Нормобакт». При наличии симптомов панкреатической недостаточности в терапию включаются ферментные препараты на основе панкреатина (Микразим, Креон, Мезим-форте) из расчета 1000 ЕД на килограмм массы до липазе. Длительность терапии зависит от заболевания.

Своевременная диагностика, диф-




Рисунок 3. Стул ребенка при инфекционном энтероколите



Рисунок 4. Стул со слизью у ребенка с аллергией к белку коровьего молока



Рисунок 5. Стул ребенка при вирусной диарее

ференциальный диагноз и адекватное лечение детей с диареями позволят существенно сократить летальность. 

Литература

1. Парфенов А.И. Диарея и место пробиотиков в ее лечении // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2007; Т. 9, №1.
2. Preliminary Foodnet data on the incidence of foodborne illnesses – selected sites, United States, 2002, MMWR Mortal Wkly Rep 2003; 52: 340-3.
3. Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А., Сугян Н.Г. Антибиотик-ассоциированные диареи: лечение и профилактика // Consilium Medicum. Педиатрия. 2009; №2.
4. Маев И.В., Самсонов А.А. Антибиотик-ассоциированная диарея // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2007; Т. 9, №1.
5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2009.
6. Каджаева Э.П., Усенко Д.В., Горелов А.В. Современные нитрофураны в лечении кишечной инфекции у детей // Фарматека. 2007; №13, Т. 147: 79-83.
7. Херл М. Дифференциальная диагностика. Новосибирск, 1998. Т. 2: 336-346.
8. Практическое руководство по детским болезням / Под ред. В.В. Коколиной, А.Г. Румянцев. Т. 2. / С.В. Бельмер, А.И. Хавкин. Гастроэнтерология детского возраста. М.: Медпрактика, 2003. С. 159-191.
9. Майданник В.Г. Педиатрия: учеб. для студ. высших медицинских учебных заведений. Изд. 2. Харьков, 2002. С. 1010-1015.