

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОКИ)

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – группа острых инфекционных заболеваний человека, вызываемых различными инфекционными агентами (преимущественно бактериями), с алиментарным механизмом заражения, проявляющиеся лихорадкой и кишечным синдромом с возможным развитием обезвоживания и тяжелым течением в детской возрастной группе и у пожилых людей.

Выделяют несколько видов кишечных инфекций в зависимости от этиологии:

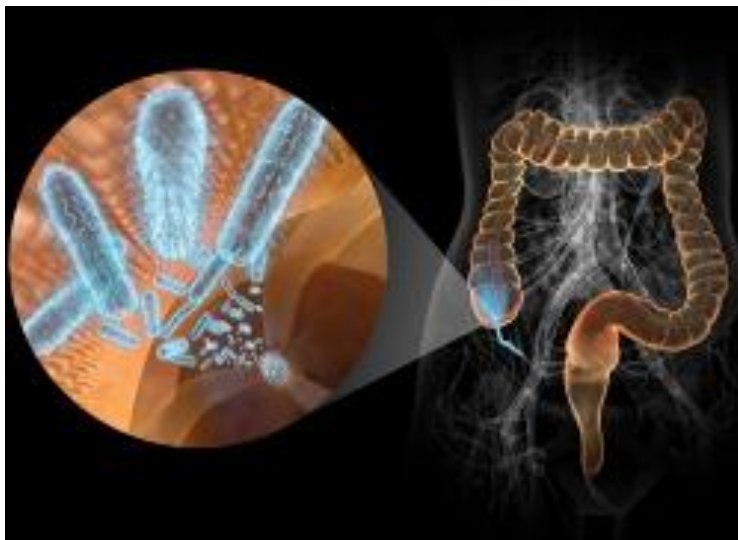
1. Кишечная инфекция бактериальная: сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, эшерихиоз, кампилобактериоз, острая кишечная инфекция, вызванная синегнойной палочкой, клостридиями, клебсиеллами, протеем, стафилококковое пищевое отравление, брюшной тиф, холера, ботулизм и прочие.
2. ОКИ вирусной этиологии (ротавирусы, вирусы группы Норфолк, энтеровирусы, коронавирусы, аденовирусы, реовирусы).
3. Грибковые кишечные инфекции (чаще грибы рода *Candida*).
4. Протозойные кишечные инфекции (лямблиоз, амебиаз).

Источник инфекции – больной клинически выраженной или стертой формой кишечной инфекции, а также носитель. Заразный период с момента возникновения первых симптомов болезни и весь период симптомов, а при вирусной инфекции – до 2х недель после выздоровления.

Больные выделяют возбудителей в окружающую среду с испражнениями, рвотными массами.

Механизм заражения – алиментарный. Пути инфицирования – фекально-оральный (пищевой или водный), бытовой, а при некоторых вирусных инфекциях – воздушно-капельный. Большинство возбудителей острой кишечной инфекции высокоустойчивы во внешней среде, хорошо сохраняют свои патогенные свойства на холоде (в холодильнике, например). Факторы передачи – пищевые продукты (вода, молоко, яйца, торты, мясо в зависимости от вида кишечной инфекции), предметы обихода (посуда, полотенца, грязные руки, игрушки, дверные ручки), купание в открытых водоемах. Основное место в распространении инфекции отводится соблюдению или не соблюдению норм личной гигиены (мытьё рук после туалета, ухода за больным, перед едой, дезинфекция предметов обихода, выделение личной посуды и полотенца заболевшему, сокращение контактов до минимума).

Наиболее восприимчивы к кишечным патогенам – дети и лица преклонного возраста, лица с заболеваниями желудка и кишечника, люди, страдающие алкоголизмом, т.е. лица имеющие ослабленный иммунитет заболевают чаще других.



Общие симптомы острых кишечных инфекций.

Инкубационный период (с момента попадания возбудителя до появления первых признаков болезни) длится от 6 часов до 2-х суток, реже дольше.

Для практически любой кишечной инфекции характерно развитие одних и тех же основных синдромов, но в различной степени выраженности:

1. Инфекционно-токсического синдрома (ИТС), который проявляется температурой от субфебрильных цифр (37° и выше) до фебрильной лихорадки (38° и выше). При некоторых инфекциях температуры нет совсем (например, холера), также отсутствие температуры или небольшой кратковременный подъем характерен для пищевого отравления (стафилококкового, например). Температура может сопровождаться симптомами интоксикации (слабость, головокружение, ломота в теле, тошнота, иногда на фоне высокой температуры рвота). Часто инфекционно-токсический синдром является началом острой кишечной инфекции длится до появления второго синдрома от нескольких часов до суток, реже дольше.
2. Синдром гастрита характеризуется появлением болей в области желудка (эпигастрии), постоянной тошноты, рвоты после приема пищи и питья воды, причем ее может вызвать даже глоток жидкости. Рвота может быть многократной, приносящей недолговременное облегчение.
3. Синдром энтерита характеризуется появлением только нарушений стула в виде частого водянистого стула. Частота зависит от вида возбудителя и степени инфицирующей дозы его, попавшей к конкретному больному.
4. Синдром колита проявляется болями в нижних отделах живота, преимущественно слева, акты дефекации болезненные, содержимое скудное с примесью слизи и крови, ложные позывы на стул, отсутствие облегчения в конце дефекации.

Синдром гастроэнтерита сопровождается болями в животе в области желудка и околопупочной области, рвотой, появлением частого стула сначала кашицеобразного характера, а затем с водянистым компонентом. В зависимости от

причины возникновения в стуле может меняться цвет (зеленоватый при сальмонеллезе, светло-коричневый при эшерихиозе, к примеру), а также появляться слизь, непереваренные остатки пищи.

Синдром гастроэнтероколита проявляется и рвотой, и частым жидким стулом, боли в животе становятся разлитого характера и практически постоянными, акты дефекации становятся болезненными, не приносящими облегчения, нередко примеси крови и слизи в стуле. Некоторые акты дефекации со скудным слизистым отделяемым.

Синдром энтероколита характеризуется только выраженным болевым синдромом по всему периметру живота, частым стулом вперемешку со скудным отделяемым.

Такие синдромы как гастроэнтерит, гастроэнтероколит и энтероколит характерны для сальмонеллеза, энтероколит и колит – для дизентерии, эшерихиозы сопровождаются развитием гастроэнтерита, энтерит – ведущий синдром холеры, синдром гастрита может сопровождать пищевое отравление, однако это может быть и гастроэнтерит, вирусные кишечные инфекции протекают чаще в виде гастроэнтеритов.

Особенности острой кишечной инфекции у детей

- более тяжелое течение острой кишечной инфекции;
- быстрое развитие симптомов обезвоживания;
- более высокая доля вирусного поражения кишечника, нежели во взрослой возрастной группе.

При возникновении острой кишечной инфекции у ребенка быстрее развивается обезвоживание, обессоливание организма, в результате чего и наблюдается высокая летальность; к тому же характерна способность даже условно-патогенных микроорганизмов вызвать тяжелый процесс в кишечнике у малышей.

Симптомы, с которыми нужно обратиться к врачу незамедлительно:

- 1) ранний детский возраст (до 3х лет) и дошкольный возраст ребенка (опасность быстрой дегидратации);
- 2) лица преклонного возраста (старше 65 лет);
- 3) частый жидкий стул более 5 раз в сутки у взрослого;
- 4) многократная рвота;
- 5) высокая лихорадка с диареей и рвотой;
- 6) кровь в стуле;
- 7) схваткообразные боли в животе любой локализации;
- 8) выраженная слабость и жажда;
- 9) наличие хронических сопутствующих болезней.

Вызвать скорую помощь при значительных болях в животе, в особенности у детей или срочно посетить врача хирурга.

Что нельзя категорически делать, если появился частый жидкий стул, сопровождаемой болями в животе и температурой:

- 1) Нельзя применять болеутоляющие лекарственные средства. В случае скрытых симптомов какой-либо хирургической патологии (холецистит, аппендицит, кишечная непроходимость и другие) снятие болевого синдрома может затруднить постановку диагноза и отложить оказание своевременной специализированной помощи.
- 2) Нельзя самостоятельно применять закрепляющие средства (вяжущие) – такие как имодиум или лоперамид, лопедиум и другие. При острой кишечной инфекции основная масса токсинов возбудителей концентрируется в кишечнике, и применение таких препаратов способствует их накоплению, что усугубит состояние пациента. Течение кишечной инфекции будет благоприятным при своевременном опорожнении содержимого кишечника вместе с токсинами патогенов.
- 3) Нельзя делать клизмы, (особенно с горячей водой!), т.к. диагноз может оказаться иным.
- 4) Нельзя применять греющие процедуры на живот (грелка с горячей водой, например), что безусловно способствует усилению воспалительного процесса, что усугубит состояние пациента.
- 5) При наличии симптомов острой кишечной инфекции и подозрении на хирургическую патологию нельзя медлить и пытаться лечить консервативными средствами.

Лабораторная диагностика острой кишечной инфекции

Предварительный диагноз выставляется после клинико-эпидемиологического обследования, которое включает в себя контакт с больным, возможные случаи кишечной инфекции среди ближайшего окружения, употребление в пищу недоброкачественных продуктов, продуктов без водной обработки и термической обработки, несоблюдение правил личной гигиены, а также по симптомам заболевания (начало болезни, основные симптомы, характерные для той или иной инфекции).

Уже на данной стадии возможно безошибочное определение диагноза (например, при вспышечном характере болезни и наличии подобных больных в инфекционной клинике, при наличии специфических симптомов – кровь в стуле, ложные позывы на стул, температура при дизентерии, например; обильный водянистый стул без запаха и примесей, без температуры – при холере), в силу чего в некоторых случаях после забора всех материалов для лабораторного исследования назначается специфическое лечение уже на стадии предварительного диагноза.

Окончательный диагноз выставляется после лабораторного подтверждения:

- 1) Бактериологические методы (посев материалов для исследования на специальные среды и выращивание колоний бактерий). Материалами могут быть испражнения, рвотные массы, промывные воды желудка, остатки пищи, пробы воды. Предварительный высев и результат может быть выдан на 2е-3и сутки.
 - 2) Серологические методы (обнаружение специфических антител в крови) ИФА, РНГА – берутся обязательно парные сыворотки крови с интервалом в 10-14 дней.
 - 3) ПЦР диагностика в биологических жидкостях (например, L-формы сальмонелл). Результат выдается в тот же день.
- Инструментальные методы диагностики: ректороманоскопия, колоноскопия, иригоскопия.

Лечение при острой кишечной инфекции

1. Организационно-режимные мероприятия. Госпитализации подлежат все дети раннего возраста с любой тяжестью кишечной инфекции в связи с опасностью быстрого развития синдрома обезвоживания. Взрослые госпитализируются при среднетяжелой и тяжелой форме острой кишечной инфекции, а также при невозможности изолировать пациента (проживание в малосемейках с общим туалетом, общежитиях, закрытые организованные учреждения – детские дома и др.). На весь период лихорадки постельный режим, далее до прекращения жидкого стула – полупостельный.

Диетотерапия (стол № 4 по Певздеру). В острый период болезни – слизистые супы, некрепкие мясные бульоны, протертое нежирное мясо, отварная нежирная рыба, омлет, каши, белый черствый хлеб и сухари, сухое несдобное печенье, печеные яблоки без кожуры.

Исключаются: молоко, приправы, пряности, копчености, консервы, чеснок, зеленый лук, редис, алкоголь. На общий стол переводят осторожно и постепенно в течение 3-4 недель. Такие продукты как молоко и тугоплавкие жиры плохо усваиваются еще в течение 3х месяцев.

2. Медикаментозное лечение острой кишечной инфекции.

1) Регидратационная терапия (восполнение потерь жидкости и дезинтоксикация организма). Проводится при любой острой кишечной инфекции в 2 этапа: 1) ликвидация симптомов обезвоживания на настоящий момент, 2) восполнение продолжающихся потерь.

Можно принимать жидкость через рот (питьевой режим при отсутствии рвоты и позывов на нее), а также парентерально (внутривенные инфузии растворов). Как рассчитать объем оральной регидратации в домашних условиях при 1 степени обезвоженности и амбулаторном лечении: это 30 мл/кг веса в сутки у взрослого, и

30-50 мл/кг/сут у детей. Пить жидкость нужно дробно каждые 5-10-15 минут в теплом виде. Это растворы регидрона, цитроглюкосолана, энтеродеза. Внутривенная регидратация проводится только в условиях стационара под строгим контролем показателей водно-солевого обмена.

2) Патогенетическая и посиндромальная терапия.

- Противодиарейные препараты: энтеросорбенты (например, современный кишечный адсорбент энтеросгель);
- Кишечные антисептики (интетрикс, энтерол, энтеро-седив, интестопан, энтерофурил);
- Ферменты (панкреатин, креон, эрмиталь, микразим, мезим и прочие);
- Антибактериальные препараты группы фторхинолонов **назначаются только врачом!**
- Пробиотики (линнекс, аципол, ацилак, бион3, бифидумбактерин форте, бифиформ, бифистим и многие другие).

Регидрационную терапию проводить при первых симптомах кишечной инфекции, так же при первых симптомах начать лечение энтеросорбентами. Кишечные антисептики и антибактериальные средства не помогут при вирусной инфекции, но они могут быть назначены врачом до подтверждения точного диагноза или для предотвращения вторичной бактериальной инфекции. На третий день лечения антибактериальными средствами обязательно начать прием пробиотиков для восстановления микрофлоры кишечника.

Прогноз острой кишечной инфекции

Исходами могут быть как благоприятный исход (выздоровление), так и неблагоприятные (формирование хронических форм, носительства). В детской возрастной группе исходами кишечной инфекции могут быть в 25% случаев формирование патологии желудочно-кишечного тракта в виде нарушений функции поджелудочной железы, расстройств желчевыводящих путей, дисбактериоза кишечника, функциональной диспепсии.

Профилактика острой кишечной инфекции сводится к следующим мероприятиям:

1. соблюдение правил личной гигиены;
2. употребление кипяченой, бутилированной воды;
3. мытье овощей, фруктов перед употреблением проточной водой, а для маленьких детей – кипяченой;
4. тщательная термическая обработка необходимой пищи перед употреблением;
5. краткосрочное хранение скоропортящихся продуктов в холодильнике;
6. не скапливать мусор;
7. следить за поддержанием чистоты в жилище и санитарное содержание туалетной комнаты и ванной.

Примеры острых кишечных инфекций

Дизентерия – инфекционное заболевание, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта, преимущественно толстой кишки. Заболевание вызывают бактерии рода Шигелла. При разрушении микробов выделяется токсин, который играет большую роль в развитии болезни и обуславливает ее проявления. Возбудители дизентерии отличаются высокой выживаемостью во внешней среде. В зависимости от температурно-влажностных условий они сохраняются от 3-4 суток до 1-2 месяцев, а в ряде случаев до 3-4 месяцев и даже более. При благоприятных условиях шигеллы способны к размножению в пищевых продуктах (салатах, винегретах, вареном мясе, фарше, вареной рыбе, молоке и молочных продуктах, компотах и киселях).

Дизентерия передается только от человека через загрязненные фекалиями пищу, воду, а также при контакте.

Источником возбудителя инфекции при дизентерии являются больные, а также бактерионосители, которые выделяют шигеллы во внешнюю среду с фекалиями. Больные дизентерией заразны с начала болезни. Длительность выделения возбудителя больными, как правило, не превышает недели, но может затягиваться и до 2-3 недель.

Наибольшая чувствительность к инфекции у лиц с группой крови А (II). Ведущим фактором в развитии болезни является поступление ядов бактерий в кровь. В первую очередь поражается нервная, а также сердечно-сосудистая система, надпочечники и органы пищеварения.

Шигеллы могут находиться в желудке от нескольких часов до нескольких суток (в редких случаях). Преодолев кислотный барьер желудка, шигеллы попадают в кишечник. В тонкой кишке они прикрепляются к клеткам кишечника и выделяют токсин, который вызывает повышенную секрецию жидкости и солей в просвет кишки. Шигеллы активно перемещаются, вызывая воспалительный процесс в тонкой кишке, который поддерживается и усугубляется действием продуцируемого шигеллами токсина. Токсин шигелл, попадает в кровь и обуславливает развитие интоксикации.

В толстую кишку шигеллы попадают несколько позже, но массивно. Это приводит к более значительному действию токсинов.

Выздоровление при дизентерии обычно сопровождается освобождением организма от возбудителя. Однако при недостаточности иммунной системы очищение организма от возбудителя затягивается до 1 месяца и более. Формируется носительство, а у части переболевших болезнь приобретает хроническое течение.

Проявления дизентерии

Заболевание начинается быстро. В начале развивается синдром общей интоксикации, характеризующийся повышением температуры тела, ознобом,

чувством жара, разбитости, снижением аппетита, головной болью, снижением артериального давления.

Поражение желудочно-кишечного тракта проявляется болями в животе, вначале тупыми, разлитыми по всему животу, имеющими постоянный характер. Затем они становятся более острыми, схваткообразными, локализуются в нижних отделах живота, чаще слева. Боли обычно усиливаются перед опорожнением кишечника.

Брюшной тиф – острая кишечная инфекция, отличающаяся циклическим течением с преимущественным поражением лимфатической системы кишечника, сопровождающимся общей интоксикацией и экзантемой. Брюшной тиф имеет алиментарный путь заражения. Инкубационный период длится в среднем 2 недели. Клиника брюшного тифа характеризует интоксикационным синдромом, лихорадкой, высыпаниями мелких красных пятен (экзантемой), гепатоспленомегалией, в тяжелых случаях - галлюцинациями, заторможенностью. Брюшной тиф диагностируют при выявлении возбудителя в крови, кале или моче. Серологические реакции имеют лишь вспомогательное значение.

Брюшной тиф вызывается бактерией *Salmonella typhi* – подвижной грамположительной палочкой с множеством жгутиков. Брюшнотифозная палочка способна сохранять жизнеспособность в окружающей среде до нескольких месяцев, некоторые пищевые продукты являются благоприятной средой для ее размножения (молоко, творог, мясо, фарш). Микроорганизмы легко переносят замораживание, кипячение и химические дезинфектанты действуют на них губительно. Резервуаром и источником брюшного тифа является больной человек и носитель инфекции. Уже в конце инкубационного периода начинается выделение возбудителя в окружающую среду, которое продолжается на протяжении всего периода клинических проявлений и иногда некоторое время после выздоровления (острое носительство). В случае формирования хронического носительства человек может выделять возбудителя на протяжении всей жизни, представляя наибольшую эпидемиологическую опасность для окружающих.

Выделение возбудителя происходит с мочой и калом. Путь заражения – водный и пищевой. Инфицирование происходит при употреблении воды из загрязненных фекалиями источников, пищевых продуктов, недостаточно обработанных термически. В распространении брюшного тифа принимают участие мухи, переносящие на лапках микрочастицы фекалий. Пик заболеваемости отмечается в летне-осенний период.

Инкубационный период брюшного тифа в среднем составляет 10-14 дней, но может колебаться в пределах 3-25 дней. Начало заболевания чаще постепенное, но может быть и острым. Постепенно развивающийся брюшной тиф проявляется медленным подъемом температуры тела, достигающей высоких значений к 4-6 дню. Лихорадка сопровождается нарастающей интоксикацией (слабость, разбитость, головная и мышечная боль, нарушения сна, аппетита).

Лихорадочный период составляет 2-3 недели, при этом отмечаются значительные колебания температуры тела в суточной динамике. Одним из первых

симптомов, развивающихся в первые дни, является побледнение и сухость кожи. Высыпания появляются, начиная с 8-9 дня болезни, и представляют собой небольшие красные пятна до 3 мм в диаметре, при надавливании кратковременно бледнеющие. Высыпания сохраняются в течение 3-5 дней, в случае тяжелого течения приобретают геморрагический характер. На протяжении всего периода лихорадки и даже при ее отсутствии возможно появление новых элементов сыпи. Разгар заболевания характеризуется интенсивным нарастанием симптоматики, выраженной интоксикацией, токсическими поражением ЦНС (заторможенность, бред, галлюцинации).

При снижении температуры тела больные отмечают общее улучшение состояния. В некоторых случаях вскоре после начала регресса клинической симптоматики вновь возникает лихорадка и интоксикация, появляется розеолезная экзантема. Это так называемое обострение брюшного тифа.

Сальмонеллёз. Источником заболевания являются многочисленные виды животных и птиц, а также человек. Основной путь передачи — алиментарный. Заражение происходит через мясо, рыбу, консервы, яйца, молочные продукты при нарушении правил их приготовления и хранения. Возможно заражение через загрязненные руки, различные предметы обихода. Не исключен воздушно-пылевой путь передачи инфекции.

Клиника

Инкубационный период — от нескольких часов до суток, в отдельных случаях он может затягиваться до 2-3 дней. В связи с полиморфизмом клинических проявлений выделяют следующие формы болезни: гастроинтестинальную (гастрит, гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит), стертую, тифоидную, септическую и бактерионосительство. Каждый тип сальмонелл способен вызывать любую клиническую форму различной тяжести.

Наиболее распространенной является гастроинтестинальная форма. Начало болезни обычно острое, сопровождается ознобом, повышением температуры. Отмечается общая слабость, головная боль, ломота, боль в суставах. Одновременно с явлениями интоксикации или несколько позже возникают боль в животе, тошнота, рвота, отмечается обильный зловонный стул, иногда с примесью слизи и крови. Возможны тенезмы. Артериальное давление понижено, часто наблюдаются коллапсы.

При многократной рвоте и обильной диарее быстро развиваются симптомы нарушения водно-электролитного баланса. Продолжительность течения форм средней тяжести 3-7 дней, в тяжелых случаях болезнь может затянуться до 2-4 недель.

Ротавирусная инфекция — острое кишечное заболевание, вызываемое ротавирусами, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта по типу гастроэнтерита.

Ротавирусы лидируют по частоте выявляемости в зимние и весенние месяцы. Осенью наиболее часто выделяются норовирусы, обуславливающие до 1/4 всех случаев ОКИ, зарегистрированных в это время года. Заболеваемость адено- и астровирусной инфекциями подвержена менее значительным колебаниям на протяжении года.

Этиология. Ротавирусы являются одним из этиологических агентов диарей у детей.

В фекалиях при комнатной температуре сохраняют инфекционные свойства до 7 месяцев, которые утрачиваются при прогревании до температуры 50 °С и выше, при замораживании, обработке поверхностно-активными веществами.

Причины

Источником и резервуаром инфекции является только человек (больной или носитель). Больной выделяет возбудителя во внешнюю среду в течение 2—3 недель. Для детей источником инфекции в основном являются взрослые. Носительство регистрируется как у детей, в том числе и у новорожденных, так и у взрослых.

Возбудитель передается контактно-бытовым путем, возможны внутрибольничные, пищевые и водные вспышки.

Восприимчивость к ротавирусу всеобщая, заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наибольшая заболеваемость регистрируется у детей 6—12 месяцев. У детей первых шести месяцев жизни ротавирусная инфекция встречается редко.

После перенесенного заболевания формируется нестойкий иммунитет, в связи с чем возможны повторные случаи заболевания.

Симптомы

Инкубационный период продолжается от 10 часов до 3 суток. Заболевание начинается остро. К ранним признакам заболевания относится диарейный синдром. Стул при ротавирусной инфекции обильный, водянистый, желтого цвета, пенистого вида, с резким запахом.

При легкой форме заболевания испражнения могут оставаться кашицеобразными, а частота не превышать 5 раз в сутки.

При среднетяжелой форме заболевания частота стула может достичь 10 раз в сутки.

Рвота появляется одновременно с диареей, но чаще на несколько часов опережает ее. Часто в начале болезни отмечается тошнота.

У 20-60% больных жалуются на кашель, першение в горле, затруднение носового дыхания. В ряде случаев катаральные симптомы предшествуют желудочно-кишечным проявлениям, у большинства появляются несколько позже. Степень выраженности катаральных явлений зависит от тяжести ротавирусной инфекции.

Заболевание часто протекает тяжело за счет развития обезвоживания и осложнений. У 90% новорожденных при ротавирусной инфекции формируется вторичная лактазная недостаточность. Это проявляется в увеличении продолжительности и интенсивности диареи, появлении боли и беспокойства, усиливающихся после приема пищи, более глубоком нарушении водносолевого баланса. У части пациентов лактазная недостаточность исчезает в период реконвалесценции, но 50% из них выписываются с этой патологией, что требует проведения соответствующей корригирующей терапии, иногда — повторной госпитализации.

У детей раннего возраста ротавирусный гастроэнтерит часто протекает в виде микст-инфекции (в сочетании с сальмонеллезом, шигеллезом, условно-патогенной кишечной инфекцией).

За счет формирования микст-инфекции изменяются клинические проявления заболевания. В частности, стул приобретает энтероколитический или даже гемоколитический характер. Лихорадка более выражена (38-39 °С) и сохраняется длительно (5-7 дней). Развиваются токсикоз и эксикоз. Выздоровление наступает через 2-3 недели. Не исключена возможность летального исхода.

Диагностика

Диагностика ротавирусной инфекции осуществляется на основании эпидемических данных, с учетом ведущего синдрома «Секреторная диарея», а также результатов лабораторного обследования — вирусологического и серологического.

Классическая симптоматика острого вирусного гастроэнтерита характеризуется клинической триадой:

- лихорадка до 38-39°С;
- рвота;
- диарея с обильной потерей жидкости.

Больных беспокоит боль в животе, иногда присоединяются признаки воспаления со стороны респираторного тракта. При быстром развитии ацидоза возможен летальный исход.

Клиническая симптоматика наблюдается до 7 дней, затем наступает стадия реконвалесценции.

Лечение предполагает проведение патогенетической терапии с целью восстановления солевого баланса и кислотно-щелочного равновесия в организме больного. Применяют оральную или парэнтеральную регидратацию организма солевыми растворами.

Специфическая профилактика проводится антиротавирусным иммуноглобулином для энтерального применения. Необходимо выполнять обычные приемы прерывания передачи возбудителя кишечных инфекций от больных, основанные на строгом соблюдении правил личной гигиены персонала и матерей в родильных домах, и санитарных норм ухода за детьми.