Брюшной тиф (инфекция, вызванная Salmonella Typhi) у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A01.0 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Брюшной тиф — острое антропонозное заболевание, вызванное Salmonella Typhi, с лихорадкой, интоксикацией, бактериемией и поражением лимфатического аппарата тонкой кишки. Рекомендация посвящена диагностике, неотложному стационарному лечению взрослых, выявлению осложнений и предупреждению бактерионосительства.

Главное

- При подозрении на брюшной тиф уточняйте пребывание за 3–6 недель до болезни на неблагополучной по брюшному тифу территории, контакт с больными или носителями и употребление потенциально загрязнённых воды и пищи. УУР С, УДД 5.
- Инкубация обычно длится 9–14 дней, возможный диапазон — 3–21 день, редко до 60 дней. Подозрение усиливают длительная лихорадка, интоксикация, относительная брадикардия, вздутие живота, запор или стул типа «горохового супа», гепатоспленомегалия и розеолы.
- Специфические осложнения брюшного тифа — кишечное кровотечение и перфорация кишечника; при развитии осложнений степень тяжести оценивают как тяжёлую независимо от других показателей.
- Диагноз подтверждают выделением S. Typhi из клинического материала. Кровь исследуют с 1-го дня болезни и весь лихорадочный период, кал и мочу — в течение всего периода болезни; при возможности определяют антибиотикорезистентность.
- Антибактериальную терапию начинают после установления клинико-эпидемиологического диагноза и проводят с учётом чувствительности штамма. При развитии резистентности к фторхинолонам или отсутствии данных о чувствительности используют азитромицин. Для начала терапии и выбора препарата с учётом чувствительности УУР С, УДД 4; для азитромицина УУР В, УДД 2.
- Пациентам с брюшным тифом рекомендована госпитализация в инфекционный стационар по клиническим и эпидемическим показаниям; помощь имеет неотложный характер, а госпитализацию проводят в первые 3 часа после получения экстренного извещения. УУР С, УДД 5.
- После выписки необходим контроль бактерионосительства: первые 2 месяца инфекционист осматривает пациента еженедельно, третий месяц — раз в 2 недели; исследования кала и мочи выполняют по установленной схеме. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите клинический и эпидемиологический анамнез: характер начала и лихорадки, её длительность, интоксикацию, стул, поездки за 3–6 недель, контакты с больными или носителями, употребление потенциально загрязнённых воды и продуктов. УУР С, УДД 5.
2. При осмотре оцените температуру, кожу и розеолы, язык, лимфоузлы, вздутие и урчание живота, печень и селезёнку, пульс и артериальное давление; проверьте симптомы Падалки и Щёткина–Блюмберга. УУР С, УДД 5.
3. Не позднее 12 часов от поступления выполните общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи и биохимический анализ крови с амилазой, АЛТ, АСТ, мочевиной, билирубином, калием, натрием и кальцием. УУР С, УДД 5.
4. В течение первых 3 часов в стационаре возьмите материал для этиологической диагностики: кровь на культуральное исследование, кал для молекулярного и культурального исследования, мочу на бактериальные патогены; применяйте автоматизированный посев. УУР С, УДД 5.
5. Проведите серологическое исследование антител к S. Typhi и паратифам при диагностике и повторно через 7–10 дней. Важнее четырёхкратное и более изменение титра в парных сыворотках, чем изолированный титр; ориентировочные диагностические титры указаны как 1:160 в неэндемичных и 1:640 в эндемичных районах. УУР С, УДД 5.

6. Выполните УЗИ органов брюшной полости для оценки печени и селезёнки; при неясных или противоречивых очаговых изменениях уточните данные КТ или МРТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Антибактериальную терапию начинайте всем пациентам после установления клинико-эпидемиологического диагноза; препарат и длительность курса выбирайте по чувствительности S. Typhi, виду препарата и тяжести болезни. УУР С, УДД 4–5.
- Стартовые варианты: ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки внутрь после еды или 0,4 г 2 раза в сутки внутривенно; офлоксацин 0,2–0,4 г 2 раза в сутки внутрь или внутривенно; пефлоксацин 0,4 г 2 раза в сутки внутрь; цефтриаксон 1–2 г внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки; цефиксим 400 мг внутрь 1 раз в сутки или 200 мг 2 раза в сутки. Для схем с фторхинолонами и цефтриаксоном УУР В, УДД 2; для цефиксима УУР С, УДД 4.
- При резистентности к фторхинолонам или отсутствии данных о чувствительности назначайте азитромицин: 1 г внутривенно или внутрь, затем 0,5 г внутривенно или внутрь 1 раз в сутки 7 дней. УУР В, УДД 2.
- Если через 48 часов нет снижения температуры, уменьшения интоксикации и улучшения аппетита, антибактериальный препарат заменяют. Комбинированную антибактериальную терапию используют только при тяжёлом течении; лечение продлевают до 5 суток нормальной температуры. УУР С, УДД 5; для комбинированной терапии УУР А, УДД 3.
- Комбинация при тяжёлом течении: цефтриаксон 2 г внутривенно 1 раз в сутки и азитромицин 0,5 г внутрь 1 раз в сутки в течение 7 дней или 72 часов после нормализации температуры. УУР А, УДД 3.
- Соблюдайте постельный режим во время лихорадки и первые 7 дней нормальной температуры; с 6–7-го дня нормальной температуры разрешают сидеть, с 10–12-го — ходить. Назначают легкоусвояемую протёртую пищу, исключают грубую клетчатку, жидкость — до 1,5–2 л в сутки. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжёлом и тяжёлом течении для дезинтоксикации применяют 800–1200 мл 5% раствора декстрозы внутривенно капельно и меглюмина натрия сукцинат 400–800 мл в сутки, со скоростью до 90 капель в минуту; средняя суточная доза — 10 мл/кг. Объём и длительность зависят от тяжести; лечение проводят до купирования интоксикации. УУР С, УДД 5.
- При кишечном кровотечении обеспечьте полный покой, холод на живот и голод 12 часов; назначьте 5% раствор аминокапроновой кислоты в суточной дозе 5–30 мг. При сильном кровотечении проводят трансфузию 100–150 мл одногруппной крови или эритроцитарной массы. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Направляйте пациентов с брюшным тифом в инфекционный стационар по клиническим и эпидемическим показаниям; госпитализация должна быть выполнена в первые 3 часа, а в сельской местности — в течение 6 часов после экстренного извещения. УУР С, УДД 5.
- Вызов инфекциониста нужен не позднее 20 минут от поступления пациента с подозрением на брюшной тиф. УУР С, УДД 5.
- При перфорации кишки и/или разрыве селезёнки переведите пациента в хирургическое отделение в течение 30 минут. УУР С, УДД 5.
- При неотложных состояниях осмотр анестезиологом-реаниматологом проводят в течение 30 минут для решения вопроса о переводе в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- Выписывайте реконвалесцента после клинического выздоровления и трёх отрицательных контрольных исследований кала и мочи; первое исследование проводят через 5 дней после нормализации температуры, последующие — с интервалом 5 дней. Получавших антибиотики выписывают не ранее 21-го дня, не получавших — не ранее 14-го дня апирексии.

Частые вопросы

Какие исследования подтверждают брюшной тиф?

Основное подтверждение — выделение S. Typhi из крови, кала или мочи. Дополнительно выполняют серологию при диагностике и через 7–10 дней, оценивая прежде всего четырёхкратную и более динамику титра антител.

Можно ли назначать фторхинолоны при брюшном тифе?

Они указаны среди стартовых вариантов, но выбор должен учитывать чувствительность штамма. При резистентности или неизвестной чувствительности рекомендован азитромицин по схеме 1 г, затем 0,5 г в сутки 7 дней.

Что делать, если через 48 часов антибиотик не помогает?

При отсутствии снижения температуры, уменьшения интоксикации и улучшения аппетита антибактериальный препарат заменяют. Тактика должна учитывать результаты определения чувствительности S. Typhi.

Какие признаки указывают на кишечное кровотечение или перфорацию?

Кровотечение подозревают при мелене или алой крови в стуле, бледности, падении давления, учащении пульса и критическом снижении температуры. Для перфорации характерны боль, локальное напряжение мышц, метеоризм, исчезновение перистальтики и печёночной тупости.

Как контролируют бактерионосительство после выписки?

Первые 2 месяца инфекционист осматривает пациента еженедельно с термометрией, третий месяц — раз в 2 недели. Кал и мочу исследуют через 10 дней после выписки пять раз с интервалом 2 дня, затем ежемесячно в течение 3 месяцев; через год однократно исследуют кал, мочу и кровь на серологию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/494-bryushnoj-tif-infekciya-vyzvannaya-salmonella-typhi-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/494_3