Сальмонеллез у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A02 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Сальмонеллёз — острая зооантропонозная инфекция, чаще поражающая желудочно-кишечный тракт, но способная протекать как бессимптомное носительство или генерализованная форма. Рекомендация посвящена диагностике, оценке тяжести, регидратации, показаниям к антибактериальной терапии, госпитализации и противоэпидемическим мерам у взрослых.

Главное

- Инкубация обычно занимает 6 часов–3 суток, чаще 12–24 часа. Типичны острое начало, высокая лихорадка, схваткообразная боль в животе, рвота, затем обильная водянистая зловонная диарея; тенезмы обычно отсутствуют.
- Выделяют гастроинтестинальную форму (гастритический, гастроэнтеритический и гастроэнтероколитический варианты), генерализованную форму (тифоподобный и септикопиемический варианты) и бактериовыделение: острое, хроническое или транзиторное.
- Тяжесть оценивают по наличию и выраженности дегидратации, поражения ЖКТ и общеинфекционных симптомов, поражению внутренних органов с недостаточностью их функции, а также по развитию септического процесса или инфекционно-токсического шока.
- При лёгком гастроинтестинальном сальмонеллёзе антибактериальная терапия не применяется (УУР С, УДД 5).
- Антибактериальные препараты рекомендуются при генерализованных формах и тяжёлом течении, а также при среднетяжёлом течении у пациентов с отягощённым преморбидным фоном; выбор проводят с учётом региональной устойчивости Salmonella spp. (УУР С, УДД 5).
- При признаках дегидратации проводят оральную регидратацию; к парентеральной регидратации прибегают при отсутствии эффекта от оральной, при дегидратации II–III степени, при дегидратации I–II степени в сочетании с интоксикацией или при неотложных состояниях (УУР С, УДД 5).
- О выявленном больном или бактерионосителе направляют экстренное извещение в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора; больного изолируют из организованного коллектива (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Уточнить пищевой и водный анамнез за 8–72 часа до начала болезни: употребление продуктов птицеводства, мясных и молочных продуктов, воды, а также контакт с человеком с инфекционной диареей (УУР С, УДД 5).
2. Оценить начало и характер болезни: лихорадку, интоксикацию, боль в животе, тошноту, многократную рвоту, характер стула, наличие слизи или крови и тенезмов.
3. При осмотре определить температуру, признаки дегидратации, процент острой потери массы тела, тургор кожи, сухость слизистых, состояние глазных яблок, диурез, артериальное давление, пульс и индекс Альговера; оценить признаки инфекционно-токсического шока, размеры печени и селезёнки (УУР С, УДД 5).
4. Всем пациентам выполнить общий анализ крови с лейкоформулой и общий анализ мочи (УУР С, УДД 5).
5. Для подтверждения этиологии провести культуральное исследование фекалий или ректального мазка, а при рвоте — рвотных масс и промывных вод желудка на Salmonella spp.; также провести культуральное исследование фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов и иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на Salmonella spp. (УУР С, УДД 5).
6. По возможности использовать ПЦР фекалий на Salmonella spp. как вспомогательный метод раннего подтверждения этиологии заболевания (УУР С, УДД 5).
7. При среднетяжёлом и тяжёлом течении дополнить обследование биохимическим анализом крови с исследованием электролитов, а также исследованием кислотно-основного состояния и газов крови (УУР С, УДД 5).

8. При тяжёлом течении и подозрении на генерализацию инфекции провести культуральное исследование крови на тифо-паратифозную группу микроорганизмов и культуральное исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева (УУР С, УДД 5).
9. При тяжёлой форме провести исследования спинномозговой жидкости и другие исследования для исключения поражения ЦНС и генерализации инфекции (УУР С, УДД 5).
10. Инструментальные методы не применяют для рутинной диагностики.
11. УЗИ органов брюшной полости, лимфатических узлов и почек используют при подозрении на поражение органов и систем или развитие генерализованных форм; КТ и МРТ органов брюшной полости — при неясных очаговых или противоречивых данных УЗИ; рентгенографию проводят по соответствующим клиническим показаниям (УУР С, УДД 5).
12. Ректороманоскопию и колоноскопию проводят при длительной диарее инвазивного типа, а колоноскопию или видеоколоноскопию — при болях в животе и признаках кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Лечение включает щадящий режим, гигиенический уход, лечебное питание, воздействие на возбудителя, дезинтоксикацию и восстановление гомеостаза. В острый период учитывают весь водный баланс и соблюдают щадящую диету 2–4 дня (УДД 5).
- При признаках дегидратации проводят дробную оральную регидратацию растворами со сниженной осмолярностью 200–240 мосмоль/л. Первый этап занимает 6 часов и восполняет исходный водно-солевой дефицит, второй продолжается при сохраняющихся потерях; к парентеральной регидратации прибегают при отсутствии эффекта от оральной, при дегидратации II–III степени, при дегидратации I–II степени в сочетании с интоксикацией или при неотложных состояниях (УУР С, УДД 5).
- Для дезинтоксикации при среднетяжёлом и тяжёлом течении применяют 800–1200 мл 5% раствора декстрозы внутривенно капельно и меглюмина натрия сукцинат со скоростью до 90 капель/мин (1–4,5 мл/мин), 400–800 мл/сут, средняя суточная доза 10 мл/кг; объём и длительность зависят от тяжести, лечение проводят до полного купирования симптомов интоксикации (УУР В, УДД 2).
- Пероральные адсорбенты назначают всем пациентам: активированный уголь 1–2 г 3–4 раза в сутки; смектит диоктаэдрический — по 1 пакетику 3 раза в сутки; кремния диоксид коллоидный — 0,1–0,2 г/кг/сут (6–12 г) в 3–4 приёма; лигнин гидролизный — в среднем 5–7 г/сут в 3–4 приёма. Длительность применения в среднем составляет 3–5 дней при лёгком и среднетяжёлом течении и до 10–14 дней при тяжёлом (УУР С, УДД 5).
- При тяжёлом или генерализованном течении, а также при среднетяжёлой форме у пациентов с отягощённым преморбидным фоном назначают антибактериальную терапию на 7–14 дней: нифуроксазид, рифаксимин, цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим и др.) или фторхинолоны (ципрофлоксацин и др.). Схему корректируют по чувствительности возбудителя; при тяжёлом осложнённом течении возможны комбинации фторхинолона или цефалоспорина III поколения с аминогликозидом (УУР С, УДД 5).
- При болевом синдроме используют спазмолитики; при выраженной рвоте в первые дни — противорвотные препараты. После купирования острой воспалительной реакции в реконвалесценции назначают противодиарейные микроорганизмы на 3–4 недели, после нормализации стула — пребиотики на 10–14 дней (УУР С, УДД 5).
- Хирургическое лечение сальмонеллёза не проводится.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать пациентов со среднетяжёлой, тяжёлой или осложнённой формой, обезвоживанием III–IV степени, генерализацией осложнений, а также по эпидемиологическим показаниям. Лёгкую форму можно лечить амбулаторно при отсутствии эпидемиологических и социальных показаний к госпитализации (УУР С, УДД 5).
- Осмотр инфекционистом в стационаре должен быть выполнен не позднее 20 минут после поступления (УУР С, УДД 5).
- При неотложном состоянии нужен осмотр анестезиологом-реаниматологом до 30 минут для решения вопроса о переводе в ОРИТ; при интенсивной боли в животе и гипотонии — осмотр хирурга до 30 минут для исключения острой хирургической патологии (УДД 5).

- Выписка возможна при положительной клинической динамике: отсутствии жалоб и симптомов, нормализации стула и отрицательных бактериологических анализах кала.
- Лицам, подвергшимся риску заражения в очаге, проводят медицинское наблюдение 7 дней с опросом, осмотром, термометрией и оценкой характера стула (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Когда при сальмонеллёзе нужны антибиотики?

При генерализованных формах, тяжёлом гастроинтестинальном течении и среднетяжёлой форме у пациентов с отягощённым преморбидным фоном. При лёгком гастроинтестинальном сальмонеллёзе антимикробная терапия не рекомендована.

Как подтвердить диагноз сальмонеллёза?

Основной метод — культуральное выделение Salmonella spp. из фекалий или ректального мазка; при рвоте исследуют также рвотные массы и промывные воды желудка. ПЦР фекалий может использоваться как вспомогательный метод раннего подтверждения.

Как проводить регидратацию?

При признаках дегидратации начинают дробную оральную регидратацию растворами со сниженной осмолярностью 200–240 мосмоль/л: первые 6 часов восполняют исходный водно-солевой дефицит, затем продолжают поддерживающую терапию при потерях. К парентеральной регидратации прибегают при отсутствии эффекта от оральной, дегидратации II–III степени, дегидратации I–II степени в сочетании с интоксикацией или неотложных состояниях.

Какие лабораторные исследования обязательны при подозрении на сальмонеллёз?

Всем пациентам выполняют общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи и культуральное исследование фекалий или ректального мазка на Salmonella spp.; при наличии рвоты исследуют рвотные массы и промывные воды желудка. При среднетяжёлом и тяжёлом течении добавляют биохимию, электролиты и кислотно-основное состояние; при тяжёлом течении и подозрении на генерализацию — культуральные исследования крови и мочи.

Кого госпитализировать при сальмонеллёзе?

Госпитализация показана при среднетяжёлой, тяжёлой и осложнённой формах, обезвоживании III–IV степени, генерализации осложнений и по эпидемиологическим показаниям. Лёгкое течение допускает амбулаторное лечение, если отсутствуют эпидемиологические и социальные причины для стационара.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/700-salmonellez-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/700_3