Норовирусный гастроэнтерит у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A08.1 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Норовирусный гастроэнтерит у детей — острое высококонтагиозное заболевание с фекально-оральной передачей, рвотой, диареей и риском дегидратации. В рекомендации главное место занимают оценка обезвоживания, этиологическая диагностика и регидратация; лечение зависит от тяжести, осложнений и сопутствующих заболеваний.

Главное

- Типичная картина — острое начало, многократная рвота, боли в животе, жидкий стул и умеренная интоксикация; диарея может отсутствовать или быть минимальной. Рвота обычно длится 1–2 дня, диарея — от 1–2 до 3–4 дней.
- Инкубационный период составляет от нескольких часов до 1–3 суток, чаще 12–24 часа; в очагах в замкнутых помещениях возможен период 4–12 часов.
- Основной риск — дегидратация; у детей раннего возраста она развивается быстро, а тяжесть состояния определяется нарушениями микроциркуляции и водно-электролитного обмена.
- После инфекции иммунитет нестойкий и сохраняется несколько месяцев, поэтому возможны повторные заболевания.
- Источником инфекции служит больной или вирусовыделитель; инфицирующая доза составляет 10–100 вирусных частиц. Передача происходит водным, пищевым и контактно-бытовым путями.
- Острое течение длится до 14 дней; заболевание классифицируют по типу, форме, тяжести, наличию осложнений и характеру течения.
- Пик выделения вируса приходится на острый период, но экскреция может продолжаться до 7 недель; у иммунокомпрометированных пациентов бессимптомное выделение описано до 119–182 дней.

Диагностика

1. Собрать эпидемиологический анамнез: сезон, посещение детского сада или школы, пребывание в местах массового скопления людей, состояние эпидемической обстановки в коллективе, контакт с больными или носителями, употребление потенциально загрязнённых воды и пищи. УУР С, УДД 5.
2. Уточнить многократную рвоту, боли в животе, их длительность и выраженность; дополнительно выявить снижение диуреза, жажду и признаки интоксикации — головную боль, снижение аппетита, вялость, нарушение общего самочувствия. УУР С, УДД 4.
3. Оценить состояние физикально: измерять температуру утром и вечером, ЧСС, ЧД и артериальное давление, определить массу тела и степень дегидратации, в том числе по шкале CDS. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить копрологическое исследование, а для подтверждения норовирусной этиологии — ИФА на антиген норовируса, молекулярно-биологическое исследование на калицивирусы или иммунохроматографический экспресс-тест кала. УУР С, УДД 4.
5. Для исключения бактериальной диареи провести культуральные или экспресс-исследования на кишечные патогены, включая иерсинии, псевдотуберкулёз, кампилобактерии, сальмонеллы и Escherichia coli. УУР С, УДД 5.
6. При дегидратации I–II, II или II–III степени определить калий и натрий крови до начала инфузионной терапии. При среднетяжёлом и тяжёлом течении выполнить общий анализ крови с гематокритом, общий анализ мочи по показаниям и биохимический анализ крови у госпитализированных пациентов. УУР С, УДД 5.
7. УЗИ органов брюшной полости используют при необходимости дифференциальной диагностики, в том числе с хирургической патологией; ЭКГ проводят при среднетяжёлом и тяжёлом течении для выявления сердечно-сосудистых осложнений. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Всем детям назначают пероральную регидратацию солевыми растворами с учётом возраста и массы тела; предпочтительны растворы сниженной осмолярности 225–245 мосмоль/л, применение продолжают до полного купирования дегидратации. УУР А, УДД 1.
- Если пероральная регидратация неэффективна, проводят инфузионную терапию растворами электролитов, электролитов с углеводами или углеводов. Объём рассчитывают по физиологической потребности, текущим потерям и дефициту жидкости. УУР А, УДД 1.
- При диарее назначают кишечные адсорбенты, включая препараты на основе диоктаэдрического смектита, в возрастных дозировках до купирования диареи. Противодиарейные препараты, снижающие моторику и замедляющие пассаж кишечного содержимого, не применяют. УУР А, УДД 1.
- Пробиотики с доказанной эффективностью назначают в острую фазу и период реконвалесценции по инструкции, с учётом возраста и штамма. В тексте указаны Bifidobacterium animalis subsp. lactis, Lactobacillus acidophilus, S. boulardii CNCM I-745 и Lactobacillus GG. УУР А, УДД 1.
- При повторной или многократной рвоте используют противорвотные препараты для уменьшения патологических потерь жидкости. УУР С, УДД 4.
- При тяжёлом течении или сопутствующих заболеваниях могут применяться противовирусные средства или иммуностимуляторы. Один из указанных вариантов — человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b в свечах: по одному суппозиторию ректально 2 раза в сутки, детям до 7 лет — по 150 000 МЕ, курс не менее 5 дней. УУР С, УДД 4.
- Назначают диету с механическим и химическим щажением. Естественное вскармливание у детей раннего возраста сохраняют; при искусственном вскармливании при средней степени тяжести болезни возможны безлактозные или низколактозные смеси, а при тяжёлой степени тяжести и выраженном синдроме мальабсорбции — смеси на основе гидролиза белка, не содержащие лактозу, при наличии лактазной недостаточности.
- Для профилактики боли при медицинских манипуляциях допускается аппликация местного анестетика в форме крема или пластыря за 1 час до процедуры, например перед установкой периферического катетера. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Лёгкие и среднетяжёлые формы без факторов риска лечат амбулаторно. Тяжёлое течение, среднетяжёлая форма при сопутствующих заболеваниях или факторах риска, а также эпидемиологические показания требуют лечения в стационаре.
- Госпитализация показана детям до 2 лет с тяжёлой или среднетяжёлой формой, детям с отягощённым преморбидным фоном, пациентам с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, затяжным течением, невозможностью соблюдать противоэпидемический режим, а также пациентам из декретированных контингентов и учреждений закрытого типа.
- При угрожающих жизни осложнениях ребёнка направляют в отделение реанимации и интенсивной терапии; стационар должен иметь возможность проведения интенсивной терапии, поскольку состояние при тяжёлой НВИ может быстро ухудшаться.
- Медицинское наблюдение за контактными детьми и лицами декретированного контингента продолжают 7 дней с опросом, осмотром, оценкой стула и термометрией; диспансерное наблюдение за детьми после НВИ составляет 1 месяц.
- Выписка возможна после купирования дегидратации, нормализации температуры тела и характера стула.

Частые вопросы

Как подтвердить норовирусный гастроэнтерит?

Для этиологического подтверждения используют ИФА на антиген норовируса в кале, молекулярно-биологическое исследование на калицивирусы или иммунохроматографический экспресс-тест.

Когда при норовирусной инфекции нужна инфузионная терапия?

Инфузии проводят при неэффективности пероральной регидратации.

Какие признаки указывают на дегидратацию у ребёнка?

Для стандартизированной оценки используют шкалу CDS: 0 баллов — дегидратации нет, 1–4 — лёгкая, 5–8 — средняя или тяжёлая.

Можно ли назначать противодиарейные препараты, замедляющие моторику кишечника?

Нет, такие препараты при норовирусной инфекции не показаны. При диарее назначают кишечные адсорбенты, в том числе препараты на основе диоктаэдрического смектита, в возрастных дозировках до купирования симптома.

Кого госпитализировать при норовирусном гастроэнтерите?

Госпитализация нужна при тяжёлом течении, среднетяжёлой форме с сопутствующими заболеваниями или факторами риска, детям до 2 лет со среднетяжёлой или тяжёлой формой, при затяжном течении и невозможности соблюдения противоэпидемического режима. При угрожающих жизни осложнениях требуется ОРИТ.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/825-norovirusnyj-gastroenterit-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/825_1