Острые кишечные инфекции (ОКИ) у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Острые кишечные инфекции у взрослых — группа преимущественно бактериальных, вирусных или неуточнённых заболеваний с острой инфекционной диареей. Рекомендация охватывает диагностику тяжести и обезвоживания, этиологическое обследование, регидратацию, показания к антимикробной терапии и госпитализации.

Главное

- Тяжесть обезвоживания оценивают по потере массы тела: I степень — до 3%, II — 4–6%, III — 7–9%, IV — 10% и более.
- Секреторная диарея сопровождается обильным водянистым стулом; при инвазивной диарее типичны интоксикация, лихорадка и жидкий стул со слизью, кровью или гноем; при гиперосмолярной — обильный жидкий стул с примесью полупереваренной пищи.
- При сборе анамнеза уточняют частоту рвоты и стула, потери жидкости, жажду, диурез, боли в животе и другие симптомы; при обезвоживании II степени и выше учитывают баланс жидкости. УУР С, УДД 5.
- Этиологическое обследование при признаках ОКИ включает ПЦР или молекулярно-биологическое исследование кала на ротавирусы, норовирусы, сальмонеллы, шигеллы, диарогенные эшерихии и кампилобактерии. УУР А, уровень достоверности 2.
- Антимикробные препараты показаны при тяжёлом или среднетяжёлом течении с колитом, генерализацией инфекции, серьёзными сопутствующими заболеваниями, а также при затяжном бактериовыделении у декретированных лиц. При вирусной этиологии этиотропное лечение не проводят. УУР С, УДД 5.
- Базисная терапия обязательна для всех пациентов и включает постельный режим и щадящую диету; промывание желудка проводят при клинико-эпидемиологических признаках пищевой токсикоинфекции. Регидратацию проводят по показаниям; голодание и водно-чайная пауза не применяются. УУР С, УДД 5.
- Госпитализация нужна при тяжёлом течении, осложнениях, беременности, среднетяжёлом течении на фоне отягощённого преморбидного состояния и по эпидемическим показаниям, включая некоторые случаи лёгкого течения. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Уточнить начало и длительность болезни, температуру, слабость, жажду, боли в животе, рвоту и диарею с оценкой частоты, характера и ориентировочного объёма потерь жидкости; выяснить диурез, судороги, изменения голоса, слуха и зрения. УУР С, УДД 5.
2. Собрать эпидемиологический анамнез: употребление мяса, яиц, молока, рыбы и морепродуктов, небутилированной или некипячёной воды, контакт с больными и наличие вспышки; уточнить сопутствующие болезни, беременность, официальное место работы и характер профессиональной деятельности. УУР С, УДД 5.
3. Оценить уровень сознания, положение и поведение, цвет и влажность кожи и слизистых, тургор, массу тела и ИМТ; измерить пульс и артериальное давление. УУР С.
4. Провести осмотр живота: поверхностную и глубокую пальпацию, оценку симптомов раздражения брюшины, аускультацию кишечных шумов, перкуссию границ печени и селезёнки. УУР С.
5. Провести этиологическое исследование кала: молекулярно-биологическую диагностику основных вирусных и бактериальных возбудителей и классическое бактериологическое исследование на энтеропатогенную группу. При подозрении на Clostridium difficile исследовать токсины A и B или выполнить ПЦР. УУР А для молекулярно-биологической диагностики; УУР С, УДД 5 для культурального исследования.

Лечение

- Всем пациентам назначают базисную терапию: постельный режим и щадящую диету; при клинико-эпидемиологических признаках пищевой токсикоинфекции проводят промывание желудка 5–10 л кипячёной

воды температурой 20–30 °C. При подозрении на ботулизм промывание желудка «ресторанным» способом не рекомендуется. УУР С, УДД 5.

- При секреторной и гиперосмолярной диарее проводят пероральную регидратацию в два этапа. Для I степени обезвоживания используют 30–40 мл/кг, для II–III степени — 40–70 мл/кг; раствор дают подогретым до 37–40 °C, дробно, примерно по стакану за 8–12 минут. УУР С, УДД 5.
- Внутривенная регидратация показана госпитализированным пациентам при шоке, ОПП, обезвоживании II–III степени, неукротимой рвоте, потерях жидкости более 1,5 л/ч и сахарном диабете. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжёлом течении без генерализации возможны кишечные антисептики: фуразолидон 0,1 г 4 раза в сутки, нифуроксазид 0,2 г 4 раза в сутки, нифурател 0,4 г 3 раза в сутки или рифаксимин 0,4 г 2 раза в сутки. Обычно лечение ограничивают 3–5 днями, ориентируясь на нормализацию температуры. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на бактериальную инфекцию со среднетяжёлым течением и/или признаками генерализации применяют системные препараты: ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки или ко-тримоксазол 0,48 г 2 раза в сутки. При тяжёлом течении используют парентеральные фторхинолоны, аминогликозиды, цефалоспорины III поколения или меропенем; при ОПП аминогликозиды не применяют. УУР С, УДД 5.
- Кишечные адсорбенты назначают всем пациентам: кремния диоксид коллоидный 100–200 мг/кг/сут в 3–4 приёма, лигнин гидролизный 0,5–1 г/кг/сут в 3–4 приёма, смектит диоктаэдрический по 1 пакету 3 раза в сутки или повидон по 100 мл 3 раза в сутки. УУР С, УДД 5.
- Противодиарейные средства используют при секреторной и гиперосмолярной диарее: рацекадотрил по 100 мг 3 раза в сутки перед едой — только дополнительно к регидратации и этиотропной терапии, если она возможна. Агонисты периферических μ-опиоидных рецепторов и препараты цинка как антидиарейные средства у взрослых не применяют. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Амбулаторно можно лечить пациентов, не относящихся к декретированной группе, с лёгкой или среднетяжёлой ОКИ без хронической сопутствующей патологии; при неэффективности или невозможности амбулаторного лечения решают вопрос о госпитализации. УУР С, УДД 5.
- В инфекционный стационар направляют пациентов с тяжёлым течением, осложнениями, беременных, со среднетяжёлой ОКИ и отягощённым преморбидным фоном, а также по эпидемическим показаниям. УУР С, УДД 5.
- При гиповолемическом шоке или другой органной недостаточности, соответствующей 2 и более баллам по qSOFA, нужен осмотр анестезиолога-реаниматолога для перевода в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на аппендицит, межкишечный абсцесс, мезентериальный тромбоз, перитонит или желудочно-кишечное кровотечение требуется консультация хирурга; при острой сердечно-сосудистой недостаточности — кардиолога, при беременности — акушера-гинеколога. УУР С, УДД 5.
- Выписка возможна после нормализации температуры и прекращения рвоты.

Частые вопросы

Когда при ОКИ нужны антибиотики?

При тяжёлом или среднетяжёлом течении с колитом, генерализацией инфекции, серьёзными сопутствующими заболеваниями, а также при затяжном бактериовыделении у декретированных лиц. При подозрении или подтверждении вирусной этиологии этиотропное лечение не проводят; выбор препарата учитывает устойчивость возбудителей в регионе.

Как обследовать взрослого с ОКИ на возбудителей?

При обращении проводят молекулярно-биологическое исследование кала на основные вирусные и бактериальные возбудители, а также культуральное исследование на энтеропатогенную группу. Серологическое исследование антител всем пациентам не рекомендуется.

Кого с ОКИ госпитализировать?

Пациентов с тяжёлым течением, осложнениями, беременностью, среднетяжёлой инфекцией на фоне отягощённого преморбидного состояния, а также по эпидемическим показаниям. При шоке или органной недостаточности с 2 и более баллами по qSOFA нужен осмотр реаниматолога и решение о переводе в ОРИТ.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/875-ostrye-kishechnye-infekcii-oki-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/875_1