Вирусные кишечные инфекции (гастроэнтериты) у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Вирусные кишечные инфекции у детей — острые высококонтагиозные инфекционные антропонозные заболевания с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующиеся развитием гастрита, гастроэнтерита и синдрома дегидратации. Диагноз устанавливают на основании эпидемиологического анамнеза, жалоб, клинического обследования и этиологической диагностики; выбор лечения зависит от клинической картины, степени тяжести и наличия осложнений.

Главное

- Для ВГЭ типичны гастрит, энтерит или гастроэнтерит; наиболее характерен обильный водянистый энтеритный стул без крови и слизи, часто с рвотой, болью в животе и метеоризмом.
- Тяжесть состояния у детей, особенно первого года жизни, часто определяется дегидратацией; при ВГЭ она может быть изотонической или гипертонической.
- Диагноз ставят по эпиданамнезу, жалобам, клиническому осмотру и этиологической диагностике.
- Оценка степени дегидратации обязательна у всех пациентов; можно использовать шкалу CDS. УУР С, УДД 4.
- Первая линия лечения обезвоживания — оральная регидратация пероральными солевыми растворами сниженной осмолярности 210–260 мосмоль/л до купирования дегидратации. УУР А, УДД 2.
- Этиология острого гастроэнтерита не меняет тактику патогенетической терапии, но лабораторное подтверждение информативно для этиологического диагноза. УУР С, УДД 5.
- Легкие и среднетяжелые формы без факторов риска лечат амбулаторно; тяжелые формы, среднетяжелые при факторах риска или сопутствующих болезнях и случаи по эпидемиологическим показаниям — в стационаре.

Диагностика

1. Соберите эпиданамнез: осенне-зимний период, дошкольный/школьный возраст, посещение детского коллектива, эпидобстановка, пребывание в местах массового скопления, контакт с больными или носителями, употребление контаминированной воды или пищи. УУР С, УДД 5.
2. Уточните жалобы: повторная рвота, боли в животе, метеоризм, водянистый обильный стул, жажда, снижение диуреза, снижение аппетита, вялость, тошнота, головная боль. УУР С, УДД 5.
3. Проводите общую термометрию минимум дважды в сутки — утром и вечером; температура выше 40 °С или лихорадка дольше 3 дней заставляют думать о возможном развитии осложнений. УУР С, УДД 5.
4. Измерьте ЧСС, ЧД, АД и массу тела; при развитии синдрома дегидратации возможно снижение массы тела. УУР С, УДД 5.
5. Оцените степень дегидратации с использованием шкалы CDS: 0 баллов — дегидратации нет, 1–4 — легкая, 5–8 — средняя или тяжелая.
6. Назначьте копрологическое исследование: при ВГЭ возможны кислая pH, признаки ферментативных нарушений, гастритический или энтеральный синдром, прозрачная слизь. УУР С, УДД 5.
7. Проведите этиологическую диагностику кала на аденовирусы, астровирусы, норовирусы/саповирусы, парэховирусы и энтеровирусы методами ИФА, ПЦР или экспресс-иммунохроматографии; параллельно исключайте бактериальную диарею культуральными или экспресс-методами. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Выбор лечения зависит от клинической картины, тяжести и осложнений.
- Начинайте оральную регидратацию пероральными солевыми растворами с учетом возраста, массы и степени дегидратации; предпочтительны растворы сниженной осмолярности 210–260 мосмоль/л до полного купирования обезвоживания. УУР А, УДД 2.

- Если оральная регидратация неэффективна, проводите инфузионную терапию растворами для внутривенного введения: электролиты, электролиты с углеводами или углеводы; расчет — физиологическая потребность плюс текущие потери и дефицит жидкости. УУР А, УДД 1.
- При диарее назначают кишечные адсорбенты до ее купирования; смектит диоктаэдрический применяют в возрастных дозировках. УУР А, УДД 1 для смектита.
- Не применяйте противодиарейные средства, которые снижают тонус и моторику кишечника, замедляют пассаж и уменьшают выделение жидкости и электролитов с калом.
- Пробиотики с доказанной эффективностью можно назначать в острую фазу и реконвалесценцию; в тексте указаны Bifidobacterium animalis subsp. lactis, Lactobacillus acidophilus, S. boulardii CNCM I-745, Lactobacillus GG. УУР С, УДД 5.
- При многократной рвоте используют противорвотные препараты по инструкции и возрастным ограничениям: ондансетрон, метоклопрамид или домперидон. УУР С, УДД 5.
- Для лихорадки применяют парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут; у здоровых детей в возрасте ≥3 месяцев жаропонижающие оправданы при температуре выше 39 °C, при 38–38,5 °C — детям до 3 месяцев, при хронической патологии или дискомфорте. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Стационар показан при тяжелой форме ВГЭ, среднетяжелой форме с сопутствующими заболеваниями или факторами риска, а также по эпидемиологическим показаниям.
- В ОРИТ направляют при развитии угрожающих жизни осложнений.
- Госпитализируют детей до 2 лет с тяжелыми и среднетяжелыми формами ОКИ, детей с отягощенным преморбидным фоном, пациентов любого возраста с тяжелыми сопутствующими болезнями, затяжными формами, невозможностью противоэпидемического режима дома, из декретированного контингента или закрытых учреждений.
- Выписка из стационара возможна после купирования дегидратации, нормализации температуры тела и характера стула.
- После ВГЭ диспансерное наблюдение за детьми длится 1 месяц; за контактными из указанных групп медицинское наблюдение длится 7 дней с опросом, осмотром, контролем стула и термометрией.

Частые вопросы

Какой стул наиболее типичен для вирусного гастроэнтерита у ребенка?

Обильный водянистый энтеритный стул до 10–15 раз в сутки, желтый или желто-зеленый, часто пенистый и с резким неприятным или кислым запахом. Для типичного ВГЭ примесей крови и слизи нет.

Как быстро оценить обезвоживание у ребенка с ВГЭ?

Для оценки степени дегидратации используют шкалу CDS: оценивают внешний вид, глазные яблоки, слизистые оболочки и слезы. 0 баллов — нет дегидратации, 1–4 — легкая, 5–8 — средняя или тяжелая.

Нужно ли всем детям с подозрением на ВГЭ искать конкретный вирус?

Всем пациентам с подозрением на ВГЭ рекомендована этиологическая диагностика кала методами ИФА, ПЦР или экспресс-тестами. При этом в тексте отдельно указано, что этиология острого гастроэнтерита не меняет патогенетическую терапию.

Когда переходить от питьевой регидратации к инфузии?

Инфузионная терапия показана при неэффективности оральной регидратации. Объем рассчитывают по физиологической потребности, текущим патологическим потерям и имеющемуся дефициту жидкости.

Какие препараты можно использовать при рвоте, боли и температуре?

При повторной или многократной рвоте возможны ондансетрон, метоклопрамид или домперидон по инструкции. При абдоминальной боли — папаверин или дротаверин; при лихорадке — парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/925-virusnye-kishechnye-infekcii-gastroenterity-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/925_1