



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Острые кишечные инфекции (ОКИ) у взрослых

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем,
связанных со здоровьем:

A04.0-A04.9; A05.0, A05.3-A05.9; A08.0-A08.5; A09.0, A09.9, B34.1

Год утверждения 2024 (частота пересмотра) 3 года

Возрастная группа: взрослые

ID:

URL:

Разработчик клинической рекомендации:

Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика
В.И.Покровского (НАСИБ)

Утверждены

18 декабря 2024 г.

Председатель
Правления НАСИБ,
академик РАН



А.В.Горелов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

17 декабря 2024 г.

Оглавление

Ключевые слова.....	3
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	17
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	27
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	37
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	38
6. Организация оказания медицинской помощи.....	42
Список литературы	46
Приложение А1. Состав рабочей группы	52
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	54
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	58

Ключевые слова

- Острые кишечные инфекции
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика

Список сокращений

ВЗК – воспалительное заболевание кишечника

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

д.м.н. – доктор медицинских наук

ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЖНВЛП - Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

к.м.н. – кандидат медицинских наук

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

ИФА – иммуноферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра

МНН – международное непатентованное наименование

НВИ – норовирусная инфекция

ОМС - Обязательное медицинское страхование граждан

ОКИ - Острые кишечные инфекции

ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПТИ – пищевая токсикоинфекция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РМС – ректороманоскопия

РФ – Российская Федерация

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФЗ - Федеральный закон

ФКС – фиброколоноскопия

ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

Тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

Исходы заболеваний - медицинские и биологические последствия заболевания;

Последствия (результаты) - исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий;

Осложнение заболевания:

- присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса;
- нарушение целостности органа или его стенки;
- кровотечение;
- развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов;

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Клинические рекомендации – документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Модель пациента - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно.

Нозологическая форма - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими.

Синдром - состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими

Диарея – это частый (три раза и больше) жидкий стул (жидкий настолько, что принимает форму сосуда, в которую он попадает) в течение 24 часов.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том,

что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Формулярные статьи на лекарственные препараты - фрагмент протоколов лечения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В клинической практике существует собирательное понятие «острые кишечные инфекции» (ОКИ), которое включает ряд заболеваний желудочно-кишечного тракта преимущественно бактериальной, вирусной или неуточненной этиологии, проявляющихся симптомокомплексом острой инфекционной диареи, которые рассматриваются в настоящем документе.

Клинические рекомендации по некоторым специфическим возбудителям ОКИ (например, холере, сальмонеллезу, дизентерии (шигеллезу), иерсиниозу (псевдотуберкулезу), ботулизму, протозойным и гельминтным инвазиям, брюшному тифу и паратифам) изложены в отдельных документах, и в настоящих рекомендациях не рассматриваются.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудители ОКИ, рассмотренных в настоящих рекомендациях, - в основном, вирусы и бактерии-представители семейства Enterobacteriaceae. В этиологической структуре инфекционной диареи в мире на современном этапе доминируют энтеропатогенные вирусы: ротавирусы (чаще gr A), норовирусы (чаще II типа), астровирусы, аденовирусы (gr F), энтеровирусы и др. [1,2]. С возрастом этиологическая роль вирусов уменьшается, но остается значимой. Патогенными представителями семейства Enterobacteriaceae являются бактерии родов: Salmonella, Shigella, Yersinia, диарогенная Escherichia. Условно-патогенные энтеробактерии (родов Citrobacter, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Proteus, Morganella) могут вызывать острые кишечные

диарейные заболевания при наличии дополнительных условий: массивной инфицирующей дозе бактерий (например, при пищевых отравлениях), приобретения штаммом бактерий дополнительных факторов патогенности (плазмид адгезивности, энтеротоксигенности и др.). При определенных условиях (массивной инфицирующей дозе бактерий, снижении резистентности организма) диарейные заболевания могут вызывать бактерии из прочих семейств: *Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Bacillus cereus* [2, 3].

Известны 3 патогенетических вида диареи, в основе которых лежат различные механизмы. При этом каждому заболеванию кишечника свойственен тот или иной вид диареи, а иногда их сочетание [2, 3, 4].

- Секреторная диарея. В основе лежит усиление секреции натрия и воды в просвет кишечника. Реже она обусловлена снижением всасывательной способности кишечника. Экзотоксин бактерии проникает через рецепторные зоны в энтероциты и активирует аденилатциклазу, которая способствует усилению синтеза циклического 3'-5'-аденозин-монофосфата (цАМФ). Это приводит к повышению секреции энтероцитами электролитов и воды в кишке в довольно постоянном соотношении: 5 г натрия хлорида, 4 г натрия гидрокарбоната и 1 г калия хлорида в 1 литре испражнений. Определенная роль отводится простагландинам, стимулирующим синтез цАМФ. Возбудителями, вырабатывающими энтеротоксин, являются *V. cholerae*, энтеротоксигенные эшерихии и многие условно-патогенные бактерии. Заболевания проявляются потерей с фекалиями интестинальной жидкости, что ведет к дегидратации. При секреторной диарее осмотическое давление каловых масс ниже осмотического давления плазмы крови. Стул у больных водянистый и обильный.
- Гиперэкссудативная (воспалительная, инвазивная) диарея. В основе ее возникновения лежит выпотевание плазмы, крови, слизи и сывороточных белков в просвет кишки. При инвазивных острых кишечных диарейных инфекциях бактерии прикрепляются к слизистой оболочке кишечника, а затем проникают в нее, где размножаются и вырабатывают токсины. В результате гибели большого количества шигелл, сальмонелл, эшерихий и др. образуется эндотоксин, который проникает через защитные барьеры в кровь. Интоксикация, обусловленная эндотоксинами шигелл, сальмонелл, некоторых эшерихий, кишечных иерсиний, кампилобактерий, имеет определяющее значение в патогенезе инвазивных острых кишечных диарейных инфекций. Развиваются интоксикация, лихорадка, повреждение

слизистой оболочки кишечника, диарея. Осмотическое давление фекальных масс выше осмотического давления плазмы крови. Стул у больных жидкий, с примесью слизи, крови и гноя.

- Гиперосмолярная диарея. Она наблюдается при синдроме мальабсорбции – расстройстве всасывания в тонкой кишке одного или нескольких питательных веществ и нарушении обменных процессов. При острых кишечных диарейных инфекциях вирусной этиологии возбудители прикрепляются к рецепторам эпителиоцитов, покрывающих вершины ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки, а затем проникают в эти клетки. Размножение вирусов в клетке ведет к ее разрушению (лизису). Происходит обнажение свободной поверхности верхней части ворсинок и утрата клеток, абсорбирующих жидкость из кишки и синтезирующих дисахаридазы. Сохраняются только незрелые эпителиальные клетки крипт, секретирующие жидкость и электролиты. В содержимом кишки накапливаются нерасщепленные дисахариды, повышается осмотическое давление, что привлекает жидкость в просвет кишки и приводит к диарее. Повышенное осмотическое давление усиливает гнилостный распад в толстой кишке до низкомолекулярных (молочной, уксусной и др.) кислот. Жидкость не всасывается в толстой кишке за счет высокого осмотического давления (мальабсорбция). Осмотическое давление каловых масс выше осмотического давления плазмы крови. Стул у больных обильный, жидкий, с примесью полупереваренной пищи.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОКИ занимают значительную долю в общей структуре заболеваемости человечества инфекционными болезнями, по экономическому ущербу уступая лишь острым респираторным вирусным инфекциям.

В Российской Федерации (РФ) заболеваемость ОКИ установленной и неустановленной этиологии достигает 400 на 100 тыс. населения, а ежегодный суммарный экономический ущерб оценивается в 40 млрд. рублей. Среди ОКИ установленной этиологии в РФ почти половина случаев приходится на ротавирусную инфекцию (характерна для детей). Удельный вес ОКИ и пищевых токсикоинфекций неустановленной этиологии составляет около 70% [5].

В структуре очагов групповой заболеваемости с фекально-оральным механизмом передачи норовирусная инфекция превалирует как по количеству очагов, так и по числу пострадавших. В 2023 г. в Российской Федерации зарегистрировано 269 очагов

групповой заболеваемости НВИ с общим количеством пострадавших 3957 человека (в 2021 г. – 210 и 2882 соответственно). Наибольшее число пострадавших зарегистрировано в дошкольных, общеобразовательных и летних оздоровительных организациях.

Пик заболеваемости ОКИ приходится на период с июня по сентябрь, что связано с активацией путей передачи инфекции.

ОКИ являются, в основном, антропонозными болезнями. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, здоровые бактерио- и вирусоносители. Основной механизм передачи – фекально-оральный, реализующийся водным, пищевым, контактно-бытовым путями. Ведущим является пищевой путь передачи. А установление фактора передачи имеет определенное дифференциально-диагностическое значение (таблица 1). Для отдельных заболеваний (вирусные инфекции) возможна реализация аэрозольного механизма передачи инфекции [2]. Эпидемический процесс ОКИ проявляется вспышечной и спорадической заболеваемостью. В зависимости от вида возбудителя наблюдаются сезонные и эпидемические подъемы заболеваемости на отдельных территориях или в климатических зонах.

Таблица 1.

Взаимосвязь фактора передачи с типом возбудителя [1].

Фактор передачи	Наиболее вероятные возбудители
пищевого происхождения	
Непастеризованное молоко или молочные продукты	Shigella sonnei, Campilobacter, St.aureus, Yersinia enterocolitica, Listeria, Brucella, Coxiella burneti
Мясные продукты или птица	STEC (энтероинвазивная кишечная палочка, продуцирующая шига-токсин), Cl.perfringens, Salmonella, Campilobacter, St.aureus
Яйца, изделия из яиц	Salmonella enteritidis
Сырые моллюски	Vibrio, Norovirus, Hepatitis A, Plesiomonas
Неочищенная вода	Campilobacter, Cryptosporidium, STEC, Gardia (лямблия), Shigella flexneri

Цифры официальной статистики не вполне отражают реальную картину заболеваемости ОКИ: значительное число случаев не регистрируются, поскольку пациенты не обращаются в лечебно-профилактические учреждения.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

I. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10):

- **A04** Другие бактериальные кишечные инфекции

A04.0 – Энтеропатогенная инфекция, вызванная *Escherichia coli*

A04.1 – Энтеротоксигенная инфекция, вызванная *Escherichia coli*

A04.2 – Энтероинвазивная инфекция, вызванная *Escherichia coli*

A04.3 – Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная *Escherichia coli*

A04.4 – Другие кишечные инфекции, вызванные *Escherichia coli*

A04.5 – Энтерит, вызванный *Campylobacter*

A04.6 – Энтерит, вызванный *Yersinia enterocolitica*

A04.7 – Энтероколит, вызванный *Clostridium difficile*

A04.8 – другие уточненные бактериальные кишечные инфекции

A04.9 – бактериальная кишечная инфекция неуточненная

- **A05** Другие бактериальные пищевые отравления, не классифицированные в других рубриках

A05.0 – Стафилококковое пищевое отравление

A05.3 – Пищевое отравление, вызванное *Vibrio parahaemolyticus*

A05.4 – Пищевое отравление, вызванное *Bacillus cereus*

A05.8 – Другие уточненные бактериальные пищевые отравления

A05.9 – Бактериальное пищевое отравление неуточненное

- **A08** Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции

A08.0 – Ротавирусный энтерит

A08.1 – Острая гастроэнтеропатия, вызванная Норовирусом

A08.2 – Аденовирусный энтерит

A08.3 – Другие вирусные энтериты

A08.4 – Вирусная кишечная инфекция неуточненная

A08.5 – Другие уточненные кишечные инфекции

- **A09** Другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточненного происхождения

A09.0 – Другой и неуточненный гастроэнтерит и колит инфекционного происхождения

A09.9 – Гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения

- **В34.1** – Энтеровирусная инфекция неуточненная

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

[2, 4, 6]

А. По течению:

1. Типичное (манифестное);
2. Атипичное (бессимптомное, стертое);
3. Носительство (острое, хроническое, транзиторное);

Б. По тяжести:

1. Легкое течение;
2. Среднетяжелое течение;
3. Тяжелое течение;

В. По характеру течения:

1. Неосложненное;
2. Осложненное;

Г. По длительности течения:

1. острое (до 13 дней);
2. затяжное (персистирующее) (14-29 дней);
3. хроническое (30 и более дней) [1];

Д. По локализации поражения желудочно-кишечного тракта:

1. Острый гастрит;
2. Острый энтерит;
3. Острый колит;
4. Острый гастроэнтерит;
5. Острый энтероколит;
6. Острый гастроэнтероколит.

Е. По степени обезвоживания (дегидратации) [10].:

- обезвоживание I степени — потеря массы тела не превышает 3%;
- обезвоживание II степени — потеря массы тела 4–6%;
- обезвоживание III степени — потеря массы тела 7–9%;
- обезвоживание IV степени — потеря массы тела 10% и более.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) [2, 4, 6, 10]

Инкубационный период при ОКИ, вызванных наиболее распространенными патогенами, составляет от 1 до 7 суток, чаще 1-2 дня. При пищевых токсикоинфекциях инкубационный период короче и составляет, как правило, от 30 минут до 6 часов.

Типичная клиника ОКИ представлена двумя основными остро возникшими синдромами: **интоксикационным и синдромом дисфункции желудочно-кишечного тракта.**

Под интоксикационным синдромом в инфектологии понимают, прежде всего, лихорадку (повышение температуры тела выше 37°C).

Дисфункция различных отделов желудочно-кишечного тракта (гастрит, энтерит, колит) объясняется механизмом и путями инфицирования, дозой инфицирующего агента, тропностью возбудителей (токсинов) к определенным участкам пищеварительной трубки, преморбидным состоянием желудочно-кишечного тракта, анатомо-физиологическими особенностями организма в разные возрастные периоды, состоянием иммунного статуса в общем и местного иммунитета, в частности.

Клинические формы при острых кишечных инфекциях

Синдром острого гастрита характеризуется внезапно возникающими болями и тяжестью в эпигастральной области. Болевому синдрому сопутствуют, а иногда предшествуют тошнота и рвота. Рвота приносит облегчение, в тяжелых случаях становится неукротимой, возникает после каждого приема жидкости. При пальпации живота в эпигастральной области отмечается болезненность разной степени выраженности.

Синдром острого энтерита проявляется урчанием и “переливанием” в животе, нередко слышными на расстоянии; периодическими болями по всему животу или в области пупка, императивными позывами на дефекацию, обильным жидким стулом. Испражнения водянистые, могут быть с комками непереваренной пищи, вследствие нарушения ферментативных процессов и всасывания в тонкой кишке. Окраска испражнений светлая, золотисто-желтая или зеленоватая (встречается не только при сальмонеллезе) за счет присутствия неизмененных желчных пигментов, повышенной перистальтики и быстрого продвижения содержимого кишечника. При тяжелых острых энтеритах испражнения могут иметь вид полупрозрачной белесоватой мутной жидкости с хлопьевидными или отрубевидными взвешенными частицами, которые после отстоя образуют осадок. При пальпации живота отмечаются урчание, “шум плеска” по ходу

тонкой и толстой кишок. Для заболеваний, при которых энтерит является главным синдромом, в большинстве случаев характерно развитие обезвоживания.

Синдром острого колита характеризуется периодическими схваткообразными болями в нижней части живота, чаще в левой подвздошной области, ложными позывами на дефекацию, тенезмами (болезненными позывами), ощущением неполного освобождения кишечника после дефекации. Для колитического синдрома типичны гомогенный характер испражнений, их кашицеобразная или полужидкая консистенция, наличие патологических примесей: слизи, крови, гноя. При тяжелых колитах, сопровождающихся частым стулом, испражнения с каждой дефекацией становятся все более скудными, теряют каловый характер. При развитии геморрагического процесса в терминальных отделах толстой кишки стул состоит из слизи, крови и гноя (“ректальный плевок”). Когда кровоизлияния и некроз локализуются преимущественно в правой половине толстой кишки, слизь равномерно окрашивается в красный или буро-красный цвет (“малиновое желе”). Гной в чистом виде (без слизи) в острый период болезни практически никогда не наблюдается. Его можно обнаружить в период реконвалесценции в последних порциях испражнений или на поверхности оформленных каловых масс, что почти всегда свидетельствует о сохраняющемся очаговом воспалительном или язвенном процессе в прямой и сигмовидной кишках. Пальпаторно толстая кишка имеет характер плотной ригидной трубки, тонически сокращается, становится менее подвижной. Диаметр и консистенция кишки примерно одинаковы в отличие от того, что наблюдается при хронических колитах.

Синдромы гастроэнтерита, энтероколита, гастроэнтероколита представлены сочетанием соответствующих симптомов.

Специфические осложнения

Дегидратационный шок [7, 18] – это разновидность негеморрагического гиповолемического шока, развивается в результате первичного снижения ОЦК за счет изотонической дегидратации. Для гемодинамического профиля гиповолемического шока характерно снижение преднагрузки и сердечного индекса, увеличение индекса периферического сосудистого сопротивления. Клиническая картина складывается из признаков недостаточной перфузии нескольких органов и систем – «окон шока». Первое окно – состояние кожного покрова (похолодание, мраморность, замедление заполнения белого пятна ногтевого ложа и др.), второе – различной глубины дефицит сознания либо качественные изменения сознания, третье – снижение темпа диуреза. Одним из самых важных критериев шока являются гемодинамические нарушения (артериальная

гипотензия, тахикардия). Клинико-лабораторная характеристика степеней дегидратации представлена в Приложении Г1. В лечении используется быстрое внутривенное введение сбалансированных изотонических солевых растворов в объемах, зависящих от степени дегидратации.

Септический шок – самый частый вариант дистрибутивного шока, характеризующийся выраженной вазодилатацией и первичным микроциркуляторно-митохондриальным дистрессом. Для гемодинамического профиля септического шока характерно снижение преднагрузки и индекса периферического сосудистого сопротивления, увеличение сердечного индекса. Клиника представлена совокупностью признаков гипоперфузии тканей: «окна шока» (описание смотри выше). Важнейшими характеристиками септического шока являются: 1) необходимость применения вазопрессоров для достижения АД_{ср} ≥ 65 мм рт.ст., несмотря на адекватную инфузионную терапию, и 2) увеличение концентрации лактата в крови > 2 ммоль/л [11].

Смешанный шок (дегидратационный+септический) необходимо заподозрить, если через 2-3 часа достаточной по объему регидратации, для поддержания АД больному требуется вазопрессорный препарат.

Острое повреждение почек (ОПП). На основании критериев KDIGO и национальных рекомендаций Ассоциации нефрологов России в настоящее время ОПП определяется как повышение креатинина плазмы крови на $\geq 26,4$ мкмоль/л в течение 48 часов; или повышение креатинина $\geq 1,5$ раз по сравнению с исходным уровнем (если это известно, или предполагается, что это произошло в течение предшествующих 7 дней); или объем мочи $< 0,5$ мл/кг/час за 6 часов [8]. По патогенетическому механизму ОПП при ОКИ прerenальная. Явления гиповолемии, гипотензии и шока приводят к изменениям внутривисочной гемодинамики с развитием ишемии коркового слоя и прогрессированием ишемического повреждения тубулогломерулярного регуляторного механизма [7].

Синдром острой печеночной дисфункции – компонент системной органной дисфункции при сепсисе, характеризуется увеличением содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение двух дней или повышением уровня трансаминаз в два и более раза от верхней границы референтного интервала [7]. Синдром острой печеночной дисфункции необходимо дифференцировать от лекарственного (и другого токсического) повреждения печени.

Острый панкреатит: характерны упорный интенсивный болевой синдром, рвота, вздутие живота; повышение активности амилазы и липазы крови/амилазы мочи;

увеличение поджелудочной железы, размытость контуров, выпот в сальниковой сумке, расширение главного панкреатического протока на УЗИ/КТ.

Осложнять течение ОКИ также могут **острая церебральная недостаточность, аппендицит, межкишечный абсцесс, пневмония, венозные и артериальные тромбозы, сепсис** и др.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагностика острых кишечных инфекций у взрослых производится путем сбора анамнеза (в том числе эпидемиологического), клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению.

2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у всех пациентов обратить внимание на первые признаки заболевания, степень повышения температуры тела, слабость, жажду, тошноту, рвоту (частоту, характер и количество рвотных масс), боли в животе, ощущение «урчания» и «переливания»; наличие диареи, времени ее появления, частоту, характер и примерный объем потери жидкости за одну дефекацию. Для оценки степени дегидратации необходимо выяснить у больного частоту и обильность рвоты и жидкого стула до момента обращения за медицинской помощью; оценить звонкость голоса, наличие острых снижений слуха и зрения; прицельно уточнить возникновение судорог; акцентировать внимание на количестве выделенной мочи [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется всем пациентам при сборе анамнеза определить длительность заболевания, а также факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний для определения тактики терапии [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Таковыми факторами могут быть наличие непереносимости лекарственных препаратов; неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением; угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю; отказ от лечения*

- Рекомендуется у всех пациентов обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза об употреблении эпидемически значимых продуктов питания в пределах инкубационного периода. В первую очередь рекомендуется выяснять употребление продуктов, в которых возможно активное размножение и токсинообразование бактерий семейства Enterobacteriaceae: мясо и мясопродукты, яйца и изделия из них, натуральное молоко и молокопродукты, рыба и морепродукты. Важным является указание на нарушения приготовления и/или условий хранения данных продуктов. Рекомендуется обратить внимание на употребление небутилированной и некипяченой воды, особенно в зарубежных поездках (Египет, Индия, Тунис и другие страны Африки и Юго-Восточной Азии) [2, 3, 4, 6, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано обратить внимание на контакт с больными ОКИ; наличие вспышек, связанных с употреблением одного и того же продукта [2, 3, 4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний или иных состояний (беременность) для дифференциальной диагностики и определения показаний к госпитализации. [6, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется обратить внимание на официальное место работы и характер профессиональной деятельности пациента для определения показаний к госпитализации, к проведению контрольно-выписного обследования и диспансерному наблюдению [2, 4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии:

К декретированной группе относят: должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения. [2, 4, 6].

- Рекомендуется оценить степень обезвоживания по В.И.Покровскому (Приложение А3) всем на момент обращения и наладить учет баланса жидкости при обезвоживании \geq II ст [2, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: в Приказе МЗ РФ от 10.05.2017 №203н , обязательным критерием качества является оценка дегидратации по шкале *Clinical Dehydration Scale*, однако данная шкала не используется для оценки потерь жидкости у взрослых. Вместо шкалы CDS у взрослых используется оценка степени обезвоживания по В.И.Покровскому (Приложение А3).

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендовано для всех начать общий осмотр пациента с оценкой уровня сознания на основе шкал ком Глазго и RASS (Приложение А3), оценить положение и поведение пациента. Далее определить состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, мраморность, цианоз), влажность, тургор. Необходимо определить вес пациента и рассчитать ИМТ [2, 4, 6]. **Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательности - 5).**
- Рекомендованы физикальные методы исследования желудочно-кишечного тракта для диагностики клинической формы инфекции и дифференциальной диагностики [2]:
 - поверхностная и глубокая пальпация живота;
 - определение симптомов раздражения брюшины;
 - перкуторное определение границ печени и селезенки;
 - аускультация кишечных шумов

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления для определения степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, проведения дифференциальной диагностики [2, 12, 15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1. Неспецифическая лабораторная диагностика

- Рекомендовано всем пациентам выполнение В03.016.002 общего (клинического) анализа крови развернутого с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний, дифференциальной диагностики [2, 4, 6, 10, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *уровень лейкоцитов и палочкоядерных элементов важен в дифференциальной диагностике, нарастание лейкоцитоза в динамике – неблагоприятный признак, при котором нужно исключить ряд хирургических осложнений (аппендицит, абсцесс, перитонит и др.). Важным параметром ОАК в оценке дегидратации при ОКИ является гематокрит. При тяжелых септических вариантах возможна тромбоцитопения.*

- Рекомендовано всем пациентам выполнение В03.016.006 общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *при неосложненном течении ОКИ патологических изменений нет. При наличии лейкоцитурии (лейкоциты ≥ 7 в поле зрения) рекомендовано исследование мочи методом Нечипоренко (забор мочи желателен катетером). При лейкоцитурии >2000 лейкоцитов в 1 мл мочи, целесообразно проведение микробиологического (культурального) исследования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы и/или микробиологического (культурального) исследования мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева.*

- Рекомендовано всем пациентам при поступлении в стационар и в динамике (при необходимости) В03.016.010 копрологическое исследование (микроскопическое исследование испражнений (копрограмма)) [2, 4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: копрограмма позволяет выявить воспалительный процесс в толстом кишечнике (колит), оценить функцию поджелудочной железы, предположить формирование дисбиоза [11, 20, 21].

- Рекомендовано всем пациентам при поступлении в стационар микроскопическое исследование кала на простейшие и на яйца и личинки гельминтов однократно [6, 11, 29] :

A26.19.010 Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов

A26.19.011 Микроскопическое исследование кала на простейшие

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: это исследование позволяет провести дифференциальную диагностику с паразитарной инфекцией и/или выявить сопутствующий паразитоз (аскаридоз, лямблиоз, описторхоз и др.). Для дифференциальной диагностики ОКИ у иммунокомпроментированного контингента актуальны криптоспоридиоз, изоспороз, микроспоридиоз.

- Пациентам с дегидратацией \geq II степени и/или тяжелым течением ОКИ и/или признаками любого шока с целью диагностики органических поражений рекомендовано выполнение в течение первых 12-х часов анализа крови биохимического терапевтического с определением [2, 4, 6, 11]:

A09.05.020 Исследование уровня креатинина в крови

A09.05.031 Исследование уровня калия в крови

A09.05.030 Исследование уровня натрия в крови

A09.05.041 Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови

A09.05.042 Определение активности аланинаминотрансферазы в крови

A09.05.023 Исследование уровня глюкозы в крови

A09.05.021 Исследование уровня общего билирубина в крови

A09.05.022.001 Исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- Тяжелым пациентам, поступающим в ОРИТ (АРО) в связи с развитием осложнений, рекомендуется:

B03.016.011 Исследование кислотно-основного состояния и газов крови [7].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- С целью проведения дифференциальной диагностики с мезентериальным (либо другим) тромбозом; а также при генерализованной (септической) форме ОКИ; у пациентов в ОРИТ/АРО для своевременной диагностики расстройств гемостаза

рекомендована B03.005.006 Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) с определением [7]: A12.05.039 Активированного частичного тромбопластинового времени; A12.05.027 определением протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме; A12.05.028 определением тромбинового времени в крови; A09.05.050 исследованием уровня фибриногена в крови; A09.05.051.001 определением концентрации D-димера в крови

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- С целью своевременной диагностики ВИЧ-инфекции пациентам с генерализованным (септическим) течением ОКИ или при диарее длительностью ≥ 30 дней **рекомендовано** [2, 6]:

A26.06.048 Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу

иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови

A26.06.049 Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу

иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - 5).

2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика

- Рекомендовано у всех пациентов с признаками ОКИ при поступлении/обращении за медицинской помощью проведение этиологической диагностики, направленной на установление вирусной, бактериальной или сочетанной этиологии заболевания: молекулярно-биологическое исследование фекалий на ротавирусы (Rotavirus gr. A) или определение РНК ротавирусов (Rotavirus gr.A) в образцах фекалий методом ПЦР; молекулярно-биологическое исследование фекалий на норовирусы (Norovirus II, I генотипа) или определение РНК калицивирусов (норовирусов) (Caliciviridae (Norovirus)) в образцах фекалий методом ПЦР; молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы сальмонелла (*Salmonella* spp.); молекулярно-биологическое исследование фекалий на микроорганизмы рода шигелла (*Shigella* spp.); молекулярно-биологическое исследование фекалий на диарогенные эшерихии (EHEC, EPEC, ETEC, EIEC, EAgEC); молекулярно-биологическое исследование фекалий на патогенные кампилобактерии (*Campylobacter jejuni/coli*) [49].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности – 2).

Комментарии: Молекулярно-биологические исследования фекалий на наличие РНК/ДНК ведущего спектра возбудителей ОКИ характеризуются высокой

чувствительностью (более 90%) и специфичностью (более 95%), что позволяет существенно сократить время установления этиологического диагноза, определения тактики терапии и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге (в случае регистрации очаговой заболеваемости).

- Рекомендовано классическое бактериологическое (выделение и идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов) исследование фекалий на энтеропатогенную группу всем пациентам при поступлении/обращении за медицинской помощью, которое включает [2, 3, 4, 6, 10, 12, 28]:

A26.19.001 Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на возбудителя дизентерии (*Shigella* spp.);

A26.19.002 Микробиологическое (культуральное) исследований фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов (*Salmonella typhi*);

A26.19.003 Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (*Salmonella* spp.);

A26.19.078 Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий/ректального мазка на диарогенные эшерихии (EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC);

A26.19.008 Микробиологическое (культуральное) исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: кратность первичного бактериологического исследования фекалий не определена (исключение – при обследовании на холеру). Основным материалом для исследований при ОКИ являются пробы испражнений, и только при необходимости производится посев рвотных масс, промывных вод желудка и кишечника. Кровь и моча подлежат бактериологическому исследованию при ОКИ с лихорадкой ≥ 5 дней; при органной дисфункции и повышении лактата крови (т.е. подозрении на сепсис). Посев мочи необходим при достоверной лейкоцитурии. Посев цереброспинальной жидкости – только при наличии менингеального синдрома. Кровь, моча и желчь должны быть исследованы при определении характера носительства у декретированного контингента только при брюшном тифе и сальмонеллезе [2,6].

При летальных исходах заболеваний исследуются образцы как прижизненно отобранного, так и аутопсийного (нативного или фиксированного) материала, полученные при патологоанатомическом исследовании [6].

- Контрольное бактериологическое исследование пробы испражнений после клинического выздоровления проводится однократно, через 1-2 дня после окончания лечения и только пациентам декретированной группы с установленной этиологией ОКИ [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- С целью своевременной диагностики холеры всем пациентам с ОКИ в сезон (продолжительность сезона зависит от типа территории), а также пациентам с ОКИ, развившейся в течение пяти календарных дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, пациентам с диареей и рвотой при тяжелом течении болезни и выраженном обезвоживании, рекомендовано трехкратно с интервалом в 3 часа А26.19.006 Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий на холерные вибрионы (*Vibrio cholerae*) [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано пациентам с ОКИ при невозможности проведения молекулярно-биологического исследования фекалий на основных возбудителей ОКИ, а также на амбулаторном этапе оказания помощи, определение антигенов вирусов в образцах фекалий [6, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30]:

А26.19.039 Определение антигенов ротавирусов (*Rotavirus* gr.A) в образцах фекалий ;

А26.19.040 Определение антигенов норовирусов (*Norovirus*) в образцах фекалий

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *определение вирусов в кале является обязательным при всех ОКИ [25, 27, 39]. Однако перечень вирусов, поиск которых необходим при спорадическом случае ОКИ, не уточнен.*

- Серологическое исследование для определения уровня антител к антигенам возбудителей ОКИ всем пациентам не рекомендуется [1, 6, 11].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: *к результатам серологического исследования необходимо относиться с максимальной осторожностью, интерпретировать результаты*

только в динамике; помнить о возможности позднего появления антител (к концу 2-й – началу 3-й недели). Целесообразно использовать этот метод для дифференциальной диагностики субклинических форм ОКИ и носительства; для дифференциальной диагностики ОКИ с неинфекционными диареями.

- При подозрении на инфекцию, вызванную *Clostridium difficile*, рекомендовано: A26.19.095 Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (*Clostridium difficile*), или A26.19.071 Молекулярно-биологическое исследование фекалий на возбудителя диффициального клостридиоза (*Clostridium difficile*) [6,11, 36].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендована регистрация электрокардиограммы (A05.10.006) при поступлении в стационар всем взрослым пациентам, далее – по показаниям [2, 4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

Комментарии: ЭКГ выполняется, прежде всего, для дифференциальной диагностики с абдоминальной формой инфаркта миокарда и для выявления сопутствующей патологии, влияющей на решение о госпитализации пациента и план лечения.

- Рекомендовано A04.16.001 ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное) при стойком неясном болевом синдроме и/или подозрении на хирургические осложнения с целью дифференциальной диагностики [2, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

- С дифференциально-диагностической целью при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение; при персистирующей диарее (более 14 дней) и/или подозрении на ВЗК, амебиаз, балантидиаз, псевдомембранозный колит рекомендовано [2, 6, 10]:

A03.16.001 Эзофагогастродуоденоскопия и/или

A03.18.001 Колоноскопия и/или

A03.19.002 Ректороманоскопия

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень доказательства - 5).

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-хирурга при подозрении на аппендицит, межкишечный абсцесс, мезентериальный тромбоз, перитонит, желудочно-кишечное кровотечение и другие хирургические осложнения;
- Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога при острой сердечно-сосудистой недостаточности, декомпенсации хронической кардиальной патологии;
- Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога при развитии ОКИ на фоне беременности,
- Прием (осмотр, консультация) врача-невролога при подозрении на ботулизм для определения дальнейшей тактики ведения [3, 4, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом пациентам с гиповолемическим шоком, а также другой органной недостаточностью (2 и более балла по шкале qSOFA) для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [7, 8, 9, 18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

2.5.1 Дифференциальная диагностика [2, 3, 4, 6, 10, 12, 15, 20, 28, 36, 39]

Многообразие клинических проявлений ОКИ обуславливает практическую важность дифференциальной диагностики их с рядом инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Необходимо дифференцировать ОКИ, вызываемые ротавирусами, норовирусами, астровирусами, аденовирусами, энтеровирусами; сальмонеллез, дизентерию, эшерихиозы, иерсиниоз, холеру, ПТИ, ботулизм, кампилобактериоз, амебиаз, балантидиаз, лямблиоз, некоторые гельминтозы.

Часто ОКИ приходится дифференцировать с отравлениями различными токсическими веществами, хирургическими заболеваниями (аппендицитом, острым и хроническим панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных сосудов, опухолями ЖКТ, внематочной беременностью); инфарктом миокарда, ВЗК, медикаментозными, гормональными, аллергическими диареями [6, 12, 20].

На всех этапах выявления случаев ОКИ должна проводиться дифференциальная диагностика с патологией, сопровождающейся высокими прогностическими рисками для пострадавших (пневмонии, острая хирургическая и гинекологическая патология,

ИБС, фульминантные формы инфекционных заболеваний, энтеральные интоксикации не микробной этиологии и иные). Обоснованные сомнения при дифференциальной диагностике должны трактоваться в пользу нозологий, сопровождающихся более высокими прогностическими рисками для пациента [6].

Дифференциальная диагностика ОКИ представлена в **Приложении А3.4**.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Принципы лечения больных с ОКИ предусматривают решение следующих задач:

- *предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления;*
- *профилактика развития возможных осложнений заболевания.*

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы [2, 3, 4, 6, 10, 12 13]:

период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст); возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи [2, 4, 13].

- Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов, не относящихся к декретированной группе, с легкой и среднетяжелой формой ОКИ без хронической сопутствующей патологии. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар [2, 6, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована госпитализация в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с инфекционными заболеваниями, пациентов, переносящих заболевание в тяжелой форме, в среднетяжелой форме в случае отягощенного преморбидного фона, с

осложнениями болезни, беременных, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни [3, 6, 10, 12, 13,].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: для получения полной информации (касающейся доз, показаний к применению и способов применения) о том или ином ЛС, следует ознакомиться с инструкции по медицинскому применению (ИМП).

3.1. Консервативное лечение

3.1.1. Этиотропная терапия

- Антимикробная терапия рекомендована пациентам с тяжелым и среднетяжелым течением ОКИ: с признаками колита (инвазивной диареи) и/или генерализации инфекции и/или наличии серьезных фоновых и сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция и другие); а также при затянувшемся бактериовыделении в периоде реконвалесценции у декретированных лиц [2, 4, 6, 12, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Комментарии:** декретированное лицо самостоятельно определяет выбор активной (с проведением скорректированных повторных циклов антибактериальной терапии) или пассивной (ожидание естественного прекращения бактериовыделения) тактики в периоде реконвалесценции для получения допуска к работе [6].
- Рекомендованы стартовые антимикробные средства при среднетяжелом течении инфекции и отсутствии признаков генерализации: фуразолидон, нифуроксазид, #нифурател, рифаксимин – так, называемые, кишечные антисептики [2, 4, 6, 10, 47].
- Фуразолидон 0,1г 4 раза в сутки;
- Нифуроксазид 0,2г 4 раза в сутки;
- #Нифурател 0,4г 3 раза в сутки [53];
- Рифаксимин 0,4г 2 раза в сутки;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: кишечные антисептики – это антимикробные средства, которые после приема внутрь обеспечивают антимикробный эффект практически только в содержимом кишечника и не оказывают общерезорбтивного действия. Поэтому для лечения ОКИ, склонных к септическому течению, применение кишечных антисептиков нерационально. Продолжительность этиотропной терапии определяется нормализацией температуры и, как правило, ограничивается 3-5 днями. Наличие жидкого стула, астеновегетативного синдрома, болей в животе, метеоризма сами по себе не являются основанием для продолжения антибактериальной терапии [4, 6].

- При подозрении на бактериальные ОКИ рекомендованы антибактериальные препараты системного действия при среднетяжелом течении инфекции и/или наличии признаков генерализации: ципрофлоксацин**, Ко-тримоксазол [Сульфаметоксазол+Триметоприм] ** [2, 4, 6, 19]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии:

- Ципрофлоксацин** 0,5г 2 раза в сутки;
- Ко-тримоксазол [Сульфаметоксазол+Триметоприм]** 0,48г 2 раза в сутки.

При выборе антимикробных средств необходимо руководствоваться лекарственной устойчивостью возбудителей ОКИ, циркулирующих в регионе.

- Рекомендовано применение бактериофагов беременным в случае нетяжелого и неосложненного течения ОКИ [6, 48]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Интести-бактериофаг обладает способностью специфически лизировать стафилококковые бактерии, возбудителей инфекций: *S. flexneri* I, II, III, IV и VI типов и *S. sonnei*, *S. paratyphi* A, *S. paratyphi* B, *S. typhimurium*, *S. infantis*, *S. choleraesuis*, *S. oranienburg*, *S. enteritidis*; *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris* и *mirabilis*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*.

- Интести-бактериофаг принимают по 30-40 мл 4 раза в сутки за 0,5-1 час до приема пищи.

- Рекомендованы парентеральные антимикробные препараты системного действия при тяжелом течении ОКИ [2, 4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: рекомендованы парентеральные фторхинолоны, аминогликозиды, цефалоспорины III поколения (цефтриаксон**, цефотаксим**, цефтазидим**, цефоперазон+сульбактам**), карбапенемы (меропенем**).

*Во время беременности могут применяться Цефтриаксон**, Цефтазидим**.*
Комбинации из 2-х и более антибиотиков должны быть строго ограничены тяжелыми генерализованными случаями заболевания.

При развитии ОПП не рекомендовано применение аминогликозидов.

- Не рекомендовано этиотропное лечение при подозрении/подтверждении вирусной этиологии ОКИ [1, 4, 6]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.1.2. Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания [2, 3, 4, 7, 10, 12, 33, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Базисная терапия включает в себя постельный режим, диету и промывание желудка.

- Рекомендовано промывание желудка пациентам с клинико-эпидемиологическими признаками ПТИ (короткая инкубация, групповой характер заболевания, связь с недоброкачественным продуктом питания) [2, 3, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: целесообразно проведение промывания желудка, независимо от времени, прошедшего с начала заболевания. Для промывания желудка используют 5-10 л кипяченой воды температуры 20-30 °С. Исключением является ситуация подозрения на ботулизм. В этом случае промывание желудка «ресторанным» способом не рекомендовано.

- Рекомендована всем пациентам с ОКИ щадящая диета (стол ЩД) [2, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в разгар ОКИ разрешены: слизистые супы, кисель, рисовая каша; картофель, сушки, белые сухари, макароны; домашний творог, мясные тефтели, рыба нежирных сортов; сладкие гранаты, черника, кизил. Организация диетического лечебного питания пациентов с ОКИ при стационарном лечении в медицинских организациях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», от 12 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» и от 23 сентября 2020 г. № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».

- Не рекомендованы голодание и водно-чайная пауза [2, 6, 10, 12, 37]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована пероральная регидратация всем пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей [2, 4, 6, 10, 32, 33, 34, 37]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: регидратация – основной компонент патогенетической терапии ОКИ, особенно протекающих с секреторной и гиперосмолярной диареей. Часто адекватная регидратационная терапия приводит к выздоровлению больных даже без каких-либо дополнительных методов лечения. Регидратацию проводят в два этапа:

- Регидратация с целью ликвидации имеющихся потерь жидкости (первичная) – 1,5-3 часа.
- Регидратация с целью коррекции продолжающихся потерь жидкости (вторичная или компенсаторная).

Растворы для оральной регидратации подогревают до 37-40°C. Объем раствора определяется степенью обезвоживания и массой тела больного. Для I ст. – это 30-40 мл/кг, для II-III ст. – это 40-70 мл/кг. Рекомендуют дробное применение раствора – по 1 стакану в течение 8-12 минут. Регидратацию проводят оральными регидратационными солями (ORS) [32, 33, 34]. По фармакологическому указателю оральные регидратационные соли относятся к группе «Регуляторы водно-электролитного баланса и кислотно-щелочной среды в комбинациях».

Рекомендовано применение ORS с действующими веществами:

- декстроза + калия хлорид + натрия хлорид + натрия цитрат**;
- декстроза + калия хлорид + натрия хлорид + натрия цитрат + диоксид кремния + аминокислотный хелат цинка (специализированный пищевой продукт диетического лечебного питания для детей с первых дней жизни и взрослых);
- декстроза + натрия цитрата дигидрат + калия хлорид + натрия хлорид (специализированный пищевой продукт диетического лечебного питания для детей с первых дней жизни и взрослых)

Коррекция обезвоживания должна проводиться с использованием и бессолевых растворов, среди которых предпочтение следует отдать питьевой воде.

- Не рекомендовано назначение оральной регидратации (ORS) пациентам с инвазивной диареей [4, 6, 10, 19]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано назначение средств растительного происхождения пациентам с ОКИ нетяжелого течения [2, 6, 31]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: вяжущими свойствами обладают отвар соплодий ольхи, плодов черники, гранатовых корок, настой плодов черемухи, что позволяет их использовать при секреторной диарее. Отвар бадана, горца змеиного, листьев эвкалипта, корневища лапчатки обладают противовоспалительным, бактерицидным, кровоостанавливающим и противодиарейным эффектом, поэтому могут с успехом применяться при воспалительной (инвазивной) диарее [31].

- Рекомендована внутривенная регидратация госпитализированным пациентам с явлениями шока, острого повреждения почек, обезвоживания II-III степени; с неукротимой рвотой, потерями жидкости более 1,5 л/ч, сахарным диабетом [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: для внутривенной регидратации рекомендованы растворы следующего состава:

- Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид**;

- Калия хлорид+Натрия гидрокарбонат+Натрия хлорид**;
- Натрия лактата раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид+Натрия лактат] **;
- Калия хлорид + Магния хлорид + Натрия хлорид+ Натрия фумарат **;
- Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид+Яблочная кислота **;
- Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид**;

Расчет объема первичной регидратации на практике проводится, чаще всего, по клиническим признакам дегидратации. Так, например, больному средней массы тела (75 кг) с признаками обезвоживания III степени за 2 часа необходимо ввести 4,5 - 6,5л жидкости. Первый этап считается завершенным при условии восстановления гемодинамики, прекращения рвоты, восстановления диуреза. Полный переход на оральную регидратацию возможен при условиях появления испражнений калового характера; отсутствия рвоты в течение 12 часов; преобладания количества мочи над количеством испражнений в течение 12 часов.

- Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии пациентам с ОКИ без обезвоживания для купирования синдрома интоксикации [2, 4, 52-55].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: объем зависит от степени тяжести пациента

Легкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2–3 литров жидкости в сутки (черный чай с лимоном, кизилковым, черничным вареньем; гранатовый сок, фруктовый кисель; а также питьевая вода).

- *Средняя степень тяжести и тяжелое течение при лечении больного в условиях стационара – инфузионная терапия: 800–1200 мл глюкозо-солевых растворов, У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение натрия хлорида раствора сложного [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид]**, раствора калия хлорида+натрия ацетата+натрия хлорида**, раствора натрия ацетата+натрия хлорида, раствора калия хлорида+натрия гидрокарбоната+натрия хлорида, 0,9% раствора натрия хлорида** в суточной дозе – 5 – 20 мл/кг, меглюмина натрия суццинат**- со скоростью до 90 капель/мин (1–4,5 мл/мин) - средняя суточная доза - 10 мл/кг. [52-55]. Длительность определяется выраженностью и продолжительностью синдрома интоксикации.*

- Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов или пиразолонов пациентам с гипертермией выше 38,5°C с жаропонижающей и противовоспалительной целью [2, 4, 10]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий:

- парацетамол** перорально по 1–2 табл. (500–1000 мг) до 4 раз в сутки (максимальная суточная — 4000 мг.),
- метамизол натрия внутримышечно или внутривенно (при выраженной гипертермии) по 1–2 мл 500 мг/мл раствора 2–3 раза в сутки, но не более 2 г в сутки.

- Рекомендованы кишечные адсорбенты всем пациентам с ОКИ [2, 3, 4, 6, 10, 12, 33, 35, 39]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: все сорбенты, использующиеся в лечении ОКИ, по составу можно разделить на группы:

- Препараты на основе диоксида кремния:
кремния диоксид коллоидный назначают в средней суточной дозе 100-200 мг/кг массы тела (6-12 г). Кратность приема - 3-4. Максимальная суточная доза у взрослых составляет 330 мг/кг массы тела (20 г);
- Препараты на основе лигнина:
лигнин гидролизный назначают по 0,5–1,0 г/кг массы тела за сутки в 3–4 приема;
- Препараты на основе диосмектита природного происхождения, обладают адсорбирующим и противодиарейным действием:
смектит диоктаэдрический** назначают по 1 пакету 3 раза в сутки
- Препараты поливинилпирролидона:
Повидон назначают по 100 мл раствора 3 раза в сутки

- Рекомендовано назначение противодиарейных средств при секреторной и гиперосмолярной диареях [4, 6, 12, 37]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий:

- Рацекадотрил относится к ингибиторам энкефалиназы и оказывает непосредственное супрессирующее влияние на процессы гиперсекреции воды

и электролитов в кишечнике, индуцированные патогенным влиянием вирусов и бактериальных токсинов; назначают по 100 мг 3 раза в сутки перед едой только дополнительно к регидратации и этиотропной терапии (если она возможна)

- Октреотид** – это синтетический аналог соматостатина, увеличивающий скорость всасывания воды и электролитов в тонкой кишке, уменьшающий число актов дефекации. Показан в случаях рефрактерной СПИД-ассоциированной диареи. Вводят п/к в начальной дозе 0,1 мг (100 мкг) 3 раза в сутки. Через неделю дозу увеличивают до 0,25 мг 3 раза в сутки.

- Не рекомендовано использование агонистов периферических μ -опиодных рецепторов в качестве антидиарейного ЛС при ОКИ [4, 6, 10, 37]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Не рекомендовано использование препаратов цинка в качестве антидиарейного ЛС при ОКИ взрослых [6, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано применение пробиотиков в качестве противодиарейных микроорганизмов с учетом уровня убедительности и уровня достоверности доказательства эффективности [2, 4, 6, 12, 40, 42, 43, 44, 45, 50, 51]:

- Рекомендовано использование пробиотиков *Lactobacillus GG*, *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 (Сахаромицеты буларди) [50, 51]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 (Сахаромицеты буларди) обладают генетически детерминированной устойчивостью по отношению почти ко всем группам антибиотиков, сульфаниламидов и других антимикробных агентов. Применяется в качестве антидиарейного и антисептического средства при острых кишечных инфекциях любой этиологии; антибиотикоассоциированной диарее и инфекции ЖКТ, вызванной *C. difficile*; паразитарных диареях и кишечном дисбактериозе, включая микробную контаминацию тонкой кишки условными патогенами [42, 43, 44, 45]. Назначают по 1-2 капсулы 2 раза в день.

- Рекомендовано использование пробиотиков *Lactobacillus reuteri* штамм DSM 17938 (исходный штамм ATCC 55730), *Lactobacillus acidophilus* LB [50, 51]

Уровень убедительности рекомендаций для *Lactobacillus acidophilus* LB А (уровень достоверности доказательств – 1)

Уровень убедительности рекомендаций для *Lactobacillus reuteri* С (уровень достоверности доказательств – 5)

– Рекомендовано использование комбинации пробиотиков *Lactobacillus acidophilus* (LA-5) и *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB-12); комбинации *Enterococcus faecium* + *Bifidobacterium longum*; комбинации *L. acidophilus* + *L. acidophilus rhamnosus* + *L. paracasei* ST11, *B. lactis* Bb12 + *Str. thermophilus* TH3; *L. acidophilus* + *L. Paracasei* + *L. Bulgaricus* + *L. plantarum* + *B. breve* + *B. Infantis* + *B. Longum* + *Str. thermophilus*. [40]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендованы спазмолитики (А03А Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) пациентам при наличии болевого синдрома [2, 3, 4, 6, 10]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: используется

- папаверин** разовая доза для взрослых составляет 0,02–0,04 г (1–2 мл 20 мг/мл раствора), интервал между введениями — не менее 4 часов. Внутривенное введение производят, предварительно разбавив 20 мг/мл раствор препарата 10–20 мл изотонического раствора натрия хлорида**;
 - дротаверин** - по 40 мг до 6 раз в день, максимальная суточная доза — соответствует 240 мг;
 - платифиллин** - препарат вводят под кожу по 1–2 мл 0,2% раствора 1–2 раза в сутки;
 - мебеверин** по одной таблетке (200 мг) 2 раза в сутки, приблизительно за 20 мин до еды;
 - тримебутин – по 100-200 мг 3 раза в сутки
- Рекомендованы противорвотные препараты пациентам с выраженной рвотой в первые дни заболевания [1, 2, 4, 6, 10]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: с противорвотной целью используются

– Метоклопрамид** - специфический блокатор дофаминовых (D2) и серотониновых (5-HT₃) рецепторов, угнетает хеморецепторы триггерной зоны ствола мозга, ослабляет чувствительность висцеральных нервов, передающих импульсы от пилоруса и двенадцатиперстной кишки к рвотному центру. Применяется по 10 мг (2 мл) 1-3 раза в сутки парентерально. При передозировке быстро появляются экстрапирамидные расстройства, в ряде случаев требующие дифференциальной диагностики с ботулизмом.

– #Ондансетрон**- тормозит появление рвотного рефлекса путем блокады рецепторов 5-HT₃ на уровне нейронов как центральной, так и периферической нервной системы. Замедляет перистальтику кишечника при многократном применении. Оказывает противотревожное действие, не влияет на координацию движений и не снижает работоспособность. При рвоте вводят по 4 мг препарата 2-3 раза в сутки. По результатам метаанализа, пероральный прием ондансетрона увеличил долю пациентов, у которых прекратилась рвота, и сократил число пациентов, нуждающихся во внутривенной регидратации и немедленной госпитализации [1, 6, 38].

3.2. Хирургическое лечение

Не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции [2, 12, 13, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия, исходя из преобладающих симптомов и синдромов [2, 12, 13, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации [2, 12, 13, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям пациента [2, 12, 13, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.*

- Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Специфическая профилактика

Специфическая вакцинопрофилактика острых кишечных инфекций (описанных в настоящем документе) взрослым не проводится [2, 4, 6, 10].

5.2. Неспецифическая профилактика

- Рекомендовано обязательное направление экстренного извещения в территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор всем медицинским организациям, независимо от формы собственности, выявившим больного или носителя возбудителей ОКИ [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано эпидемиологическое расследование эпидемического очага ОКИ органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя ОКИ и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, условий, способствовавших возникновению очага, а также принятию мер по ликвидации очага и стабилизации ситуации [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано изолировать лиц с симптомами ОКИ в соответствии с законодательством Российской Федерации. Оказание мед помощи в стационарных условиях у выявленных больных (лиц с подозрением на ОКИ) и носителей возбудителей ОКИ рекомендовано по клиническим и эпидемическим показаниям [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано обязательное лабораторное обследование на возбудителей ОКИ в эпидемическом очаге выявленных больных с симптомами, лиц, общавшиеся с больными, работников отдельных профессий, связанных с производством, хранением, транспортировкой пищевой продукции и отдельных продуктов [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *число обследуемых лиц и объем проводимых исследований определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования.*

- Рекомендовано в эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя провести также лабораторное исследование остатков пищевого продукта или блюд, подозреваемых в качестве фактора передачи возбудителей инфекции, исследование пищевого сырья, смывов с оборудования, рук, инвентаря и других объектов внешней среды [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, медицинскими работниками учреждений, где зарегистрирован очаг, или территориальных лечебно-профилактических учреждений [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *длительность медицинского наблюдения составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.*

- Рекомендовано проведение дезинфекции в квартирном очаге [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *текущая дезинфекция осуществляется членами семьи после проведенного медицинскими работниками инструктажа. Заключительную дезинфекцию выполняют специалисты организаций, имеющие право заниматься дезинфекционной деятельностью.*

- Рекомендовано проведение экстренной профилактики бактериофагом и антибактериальными средствами в соответствии с инструкцией по применению препаратов лицам, подвергшимся риску заражения [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано в медицинских организациях соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, а также противоэпидемического режима в соответствии с действующими нормативными правовыми актами профилактики внутрибольничного инфицирования возбудителями ОКИ [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются.

5.3. Диспансерное наблюдение

- Рекомендовано диспансерное наблюдение врачом-терапевтом или врачом-инфекционистом в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники [2, 4, 12]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5).

- Рекомендуется допуск к работе лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, из числа декретированных категорий после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом (за исключением случаев выявления УПМ), проведенного через 1-2 календарного дня после окончания лечения в стационаре или на дому, если в отношении отдельных патогенов санитарно-эпидемиологическими требованиями не предусмотрено иное [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- При неустановленной этиологии ОКИ рекомендуется допуск к работе лиц декретированных категорий не ранее 3 календарных дней со дня прекращения клинических проявлений острой фазы заболевания (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты) [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендуется временное отстранение от работы и направление в медицинские организации для установления диагноза и лечения (санации) при выявлении носителей возбудителей ОКИ у лиц, которые могут быть источниками инфекции (декретированные категории), а также лиц с заболеваниями, ассоциируемыми с УПМ (гнойничковыми заболеваниями, фарингитами, ангинами и другими) [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: допуск к работе осуществляется на основе заключения (справки) лечащего врача о клиническом выздоровлении и отрицательном результате контрольного лабораторного исследования на возбудителей ОКИ (за исключением УПМ), если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены санитарно-эпидемиологическими требованиями.

- Рекомендовано отстранение от работы, связанной с приготовлением, производством, транспортировкой, хранением, реализацией продуктов питания и обслуживанием водопроводных сооружений лиц с постоянным и персистирующим выделением возбудителей ОКИ [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется временный перевод на несвязанную с эпидемическим риском работу декретированных лиц с положительными результатами лабораторного обследования, проведенного после повторного курса лечения [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано снятие реконвалесцента с диспансерного наблюдения врачом медицинской организации при условии полного клинического выздоровления и отрицательного результата лабораторного обследования [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

6. Организация оказания медицинской помощи

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы [2, 4, 6, 10, 12, 13]: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

- Рекомендована госпитализация в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с инфекционными заболеваниями, пациентов:
 - переносящих заболевание в тяжелой форме,
 - со среднетяжелой формой ОКИ в случае отягощенного преморбидного фона,
 - с осложнениями болезни,
 - беременных,
 - по эпидемическим показаниям (проживающих в общежитиях или в условиях неблагоприятных факторов жилой среды, отношение к лицам декретированных категорий) в том числе и с легким течением болезни [3, 6, 10, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- нормализация температуры тела;
- купирование рвоты

Условия оказания медицинских услуг

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослым больным ОРВИ может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового; врача общей практики (семейного врача); врача-инфекциониста; медицинских работников, выявивших ОКИ; а также в случае самостоятельного обращения за медицинской помощью.

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи.

№	Критерии качества		Критерий выполнения	
1. Этап постановки диагноза				
1	Выполнено определение массы тела		Да	Нет
2	Проведена оценка обезвоживания по В.И.Покровскому		Да	Нет
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 12 часов от момента поступления в стационар		Да	Нет
4	Выполнено классическое бактериологическое (выделение и идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов) исследование фекалий на энтеропатогенную группу		Да	Нет
5	Выполнено определение антигенов вирусов в образцах фекалий или молекулярно-биологическое исследование фекалий (определение РНК) на вирусы		Да	Нет
6	Выполнена копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов однократно		Да	Нет
7	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический при шоке и/или признаках обезвоживания ≥ II степени и/или тяжелом течении ОКИ в течение первых 12 часов		Да	Нет
8	Выполнена регистрация электрокардиограммы		Да	Нет
2. Этап лечения				
1.	Выполнена оральная регидратация		Да	Нет
2.	Проведена внутривенная регидратация необходимого объема при наличии показаний		Да	Нет
3.	Выполнена терапия кишечными адсорбентами		Да	Нет
	Проведена терапия антимикробными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)		Да	Нет

3. Этап контроля эффективности лечения.				
1	Проведено контрольное лабораторное исследование (бактериологическое или ПЦР/ИФА) лицам декретированных категорий при установленной этиологии ОКИ через 1-2 дня после окончания специфического лечения		Да	Нет
2	Достигнута нормализация температуры, прекращение рвоты		Да	Нет

Список литературы

1. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea/ Andi L Shane, Rajal K Mody, John A Crump et al.//Clinical Infectious Diseases, Volume 65, Issue 12, 15 December 2017, Pages 1963–1973, <https://doi.org/10.1093/cid/cix959>
2. Инфекционные болезни: национальное руководство/Под ред.Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгерова. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2022. – 848с.
3. Жданов К.В. и др. Методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению дизентерии и других острых кишечных диарейных инфекций в Вооруженных Силах Российской Федерации. – М., 2019 – 136 с.
4. Острые кишечные инфекции: руководство / Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кулагина М.Г., Бродов Л.Е. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. — 400 с. : ил. (Библиотека врача-специалиста).
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. 364 с.
6. Городин В.Н., Мойсова Д.Л. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций у взрослых: учебное пособие. – Краснодар: Изд. Новация, 2022. – 129 с.ил.
7. Интенсивная терапия: национальное руководство/Под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н.Проценко. - М.: ГЭОТАР –Медиа, 2022. – 1152с.
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury // Kidney Int Suppl. – 2012. – Vol. 2. – P. 1–126.
9. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021/ Evans L, Rhodes A, Alhazzani W et al.// Intensive Care Med. 2021 Nov;47(11):1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y. Epub 2021 Oct 2. PMID: 34599691; PMCID: PMC8486643.
10. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при синдроме диареи инфекционного генеза [Электронный ресурс] : утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации "Российское общество скорой медицинской помощи", 23 января 2014 г. в г. Казани / Российское общество скорой медицинской помощи; [подгот.: Д. А. Лиознов, Е. Ю. Карнаухова]. - : ил(Национальные клинические рекомендации).

11. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. Справочник/Под редакцией Покровского В.И., Твороговой М.Г., Шипулина Г.А. – М.: Издательство БИНОМ, 2014. – 648с.
12. Сальмонеллёз у взрослых : клинические рекомендации / Д. А. Валишин, А. Н. Бурганова, Л. Р. Шайхуллина [и др.] ; Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», 2021. – 58 с. – EDN GXAVIQ.
13. Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых : клинические рекомендации / А. В. Горелов, А. Г. Малявин, В. П. Чуланов [и др.] ; Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва : Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов», 2021. – 81с.
14. Melinda Gindin, Hallie P. Febvre, Sangeeta Rao, Taylor C. Wallace, Tiffany L. Weir. (2019). Bacteriophage for Gastrointestinal Health (PHAGE) Study: Evaluating the Safety and Tolerability of Supplemental Bacteriophage Consumption. *Journal of the American College of Nutrition*. 38, 68-75;
15. Инфекционные болезни. Синдромальная диагностика/ Под ред.Н.Д.Ющука, Е.А.Климовой. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2020. – 176с.
16. Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях/Под ред.Ю.В.Лобзина, Е.Е.Ачкасова, Д.Ю.Бутко. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2020. – 544с
17. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / Под ред. В.В.Зверева, Б.Ф.Семенова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2020. – 880с.
18. Неотложная и скорая медицинская помощь при острой инфекционной патологии / Под ред. Н.Ф.Плавунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 – 512с.
19. Никифоров В.В., Шахмарданов М.З., Бурова С.В., Томилин Ю.Н., Абусуева А.С. Эволюция этиотропного лечения шигеллезов// *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2017. -Т. 22, № 5.- С. 264-266.
20. Сарсенбаева А. С., Лазебник Л. Б. Диареи у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;178(6): 4–41. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-4-41
21. Характеристика сальмонеллеза у госпитализированных больных по данным ГБУЗ "СКИБ" / В.Н. Городин, Д.Л. Мойсова, Л.А. Угрюмова [и др.]; В книге: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 48-49.
22. Опыт применения молекулярных методов диагностики острых кишечных инфекций у взрослых пациентов /Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Яковчук Е.Е. [и др.]; В книге:

- Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 49-51.
23. Методические указания МУК 4.2.2746-10 «Порядок применения молекулярно-генетических методов при обследовании очагов острых кишечных инфекций с групповой заболеваемостью» от 30.09.2010
 24. Etiology of Gastroenteritis in Sentinel General Practices in The Netherlands /dMatty A. S. de Wit, Marion P. G. Koopmans et al.// Clinical Infectious Diseases, Volume 33, Issue 3, 1 August 2001, Pages 280–288, <https://doi.org/10.1086/321875>
 25. Методические указания МУ 3.1.1.2969-11. 3.1.1. «Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика норовирусной инфекции» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 15.11.2011)
 26. Особенности норовирусной инфекции у взрослых пациентов /Мойсова Д.Л., Городин В.Н., Яковчук Е.Е. и др. //В книге: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания. Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 96-97.
 27. Методические указания МУ 3.1.1.2957-11. 3.1.1. «Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 15.11.2011)
 28. Шигеллез у взрослых. Клинические рекомендации/ Шестакова И.В., Сологуб Т.В., Токин И.И. и др.// Москва. -2016. – 55с.
 29. Методические указания МУ 3.2.1882-04 "Профилактика лямблиоза" (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 03.03.2004г.)
 30. Методические указания МУК 4.2.2963—11. «Методические указания по лабораторной диагностике заболеваний, вызываемых *Escherichia coli*, продуцирующих шига-токсины (STEC-культуры), и обнаружению возбудителей STEC-инфекций в пищевых продуктах» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 19.08.2011г.)
 31. Применение растительных средств при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: учебное пособие / В.М. Минович, Е.Г. Привалова, С.А.Петухова. – Иркутск: ИГМУ, 2020 –139 с.
 32. Горелов А.В., Плоскирева А.А., Руженцова Т.А., Попова Р.В. Патогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей. Пособие для врачей. – Москва, 2018. -40с.

33. Плоскирева А.А., Горелов А.В. Алгоритм терапии острых кишечных инфекций у детей //Лечащий врач. - 2016; 3: 55-59.
34. Gregorio GV, Gonzales MLM, Dans LF, Martinez EG. Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12. Art. No: CD006519. [DOI: [10.1002/14651858.CD006519.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006519.pub3)]
35. Николаева И.В., Ткачева С.В., Шарифуллина Г.С., Саматова Э.Т., Кошелева У.В. Энтеросорбция в комплексной терапии острых кишечных инфекций у взрослых. Инфекционные болезни. 2020; 18(3): 152–158. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-3-152-158
36. Клинические рекомендации по диагностике, лечению *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи / Шелыгин Ю.А., Алёшкин В.А., Сухина М.А. и др.. - Москва: 2017 – 24 с.
37. Ющук Н.Д., Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А. Острая диарея у взрослых: актуальность проблемы и новые возможности терапии // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017. №4 (21). -С.99-107
38. Fedorowicz Z, Jagannath VA, Carter B. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No: CD005506. [DOI: [10.1002/14651858.CD005506.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005506.pub5)]
39. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным норовирусной инфекцией/ Бехтерева М.К., Комарова А.М., Иоффе М.Я. – С-Петербург: 2015 – 86 с.
40. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev./ Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A. - 2020 Dec 8;12(12):CD003048. doi: 10.1002/14651858.CD003048.pub4.
41. Lazzerini M, Wanzira H. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12. Art. No:CD005436. [DOI: [10.1002/14651858.CD005436.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005436.pub4)]
42. Pais P, Almeida V, Yilmaz M, Teixeira MC. *Saccharomyces boulardii*: What Makes It Tick as Successful Probiotic? J Fungi (Basel). 2020 Jun 4;6(2):78. doi: 10.3390/jof6020078. PMID: 32512834; PMCID: PMC7344949 Kabbani TA & al. Prospective randomized controlled study on the effects of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 and amoxicillin-clavulanate or the combination on the gut microbiota of healthy volunteers. Gut Microbes. 2017 Jan 2;8(1):17-32
43. Czerucka D, Rampal P. Diversity of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 mechanisms of action against intestinal infections. World J Gastroenterol. 2019 May 14;25(18):2188-2203. doi: 10.3748/wjg.v25.i18.2188. PMID: 31143070; PMCID: PMC6526157.

44. Kalakuntla AS, Nalakonda G, Nalakonda K, Pidikiti CV, Aasim SA. Probiotics and *Clostridium Difficile*: A Review of Dysbiosis and the Rehabilitation of Gut Microbiota. *Cureus*. 2019 Jul 2;11(7):e5063. doi: 10.7759/cureus.5063. PMID: 31516774; PMCID: PMC6721914.
45. Barbosa MLL, Albano MO, Martins CDS, Warren CA, Brito GAC. Role of probiotics in preventing *Clostridioides difficile* infection in older adults: an integrative review. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Aug 10;10:1219225. doi: 10.3389/fmed.2023.1219225. PMID: 37636573; PMCID: PMC10450140.
46. Éliás AJ, Barna V, Patoni C, Demeter D, Veres DS, Bunduc S, Eröss B, Hegyi P, Földvári-Nagy L, Lenti K. Probiotic supplementation during antibiotic treatment is unjustified in maintaining the gut microbiome diversity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2023 Jul 19;21(1):262. doi: 10.1186/s12916-023-02961-0. PMID: 37468916; PMCID: PMC10355080.
47. Плоскирева А.А. Новые подходы к этиотропной терапии острых кишечных инфекций: опыт применения препарата нифурател // МС. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-podhody-k-etiotropnoy-terapii-ostryh-kishechnyh-infektsiy-opyt-primeneniya-preparata-nifuratel> (дата обращения: 29.09.2024).
48. Furfaro LL, Chang BJ and Payne MS (2018) Applications for Bacteriophage Therapy during Pregnancy and the Perinatal Period. *Front. Microbiol*. 8:2660. doi: 10.3389/fmicb.2017.02660
49. Лабораторная диагностика инфекционных болезней / Агеева М. Р., Александрова Е. Н., Альварес Фигероа М. В. [и др.]; под редакцией академика В. Г. Акимкина, д.б.н., профессора М. Г. Твороговой. — Москва : ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2020. — 479, [1] с. табл.; 25. — ISBN 978-5-9900432-0-6.
50. Guarner F, Sanders ME, Szajewska H, Cohen H, Eliakim R, Herrera-deGuise C, Karakan T, Merenstein D, Piscoya A, Ramakrishna B, Salminen S, Melberg J. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: Probiotics and Prebiotics. *J Clin Gastroenterol*. 2024 Jul 1;58(6):533-553. doi: 10.1097/MCG.0000000000002002. PMID: 38885083.
51. McFarland L.V., Goh S. Are probiotics and prebiotics effective in the prevention of travellers' diarrhea: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2019;27:11–19. DOI: 10.1016/j.tmaid.2018.09.007
52. Тихонова Е.О. Изучение эффективности патогенетической терапии больных острыми кишечными инфекциями с использованием сукцинатсодержащего препарата реамберина / Е.О. Тихонова и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2013. — Том 76. — No 1. — С. 11-13.
53. Тихонова Е.О. Целесообразность включения сукцинатсодержащего препарата реамберин в комплексную терапию острых кишечных инфекций / Е.О. Тихонова и др. //

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2017. — No – 138 (2). — С. 77-84.

54. Тихонова Е.О. Использование препаратов, содержащих сукцинат, в клинике инфекционных болезней / Е.О. Тихонова и др. // Терапевтический архив. — 2016. — No 11. — С. 121-127.
55. Мазина Н.К. Адьювантная энергопротекция Реамберином в практике интенсивной терапии и реанимации: эффективность по данным мета-анализа (систематический обзор) / Н.К. Мазина и др. // Анестезиология и реаниматология. — 2016. — No 61 (4). — С. 314-319.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. **Городин В.Н.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанского государственного медицинского университета» Минздрава России, главный врач ГБУЗ Инфекционная больница №2 Министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Российской Федерации в Южном федеральном округе
2. **Мойсова Д.Л.** - д.м.н., доцент, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанского государственного медицинского университета» Минздрава России
3. **Чуланов В. П.** - д.м.н., заместитель директора по научной работе и инновационному развитию ФГБУ НМИЦ Фтизиопульмонологии и инфекционных болезней МЗ РФ, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Российской Федерации
4. **Малеев В. В.** - академик РАН, д.м.н., профессор, Советник директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
5. **Горелов А. В.** - академик РАН, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московского государственного медико-стоматологического университета им .А.И. Евдокимова» Минздрава России.
6. **Плоскирева А.А.** - д.м.н., профессор РАН, заместитель директора по клинической работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
7. **Усенко Д.В.** – д.м.н., ведущий научный сотрудник клинического отделения инфекционной патологии, профессор образовательного центра ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
8. **Понежева Ж.Б.** – д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней медицинского факультета, заведующая клиническим отделом инфекционной патологии ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
9. **Тагирова З.Г.** – д.м.н., ведущий научный сотрудник, профессор образовательного центра ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
10. **Иванова М.Р.** – д.м.н., главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями" Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, главный внештатный специалист по инфекционным болезням

Министерства здравоохранения Российской Федерации в Северо-Кавказском федеральном округе

11. **Эсауленко Е.В.** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
12. **Новак К.Е.** - к.м.н., доцент, доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
13. **Антонова Т.В.** – д.м.н., профессор, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.
14. **Горчакова О.В.** – к.м.н., научный сотрудник лаборатории хронических вирусных инфекций НИЦ, ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.
15. **Ермоленко К.Д.** – к.м.н., научный сотрудник отдела кишечных инфекций ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА.
16. **Карнаухова Е.Ю.** – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.
17. **Лиознов Д.А.** – д.м.н., профессор директор ФГБУ НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева Минздрава России, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.
18. **Побегалова О.Е.** – к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

Все члены рабочей группы являются членами Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского (НАСИБ)

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врач-инфекционист;
2. Врач-терапевт;
3. Врач общей практики;
4. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Определение уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательности для диагностических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом ¹
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

¹Общепринятым стандартом КИ диагностических вмешательств является одномоментный дизайн исследования, в котором к каждому включённому пациенту параллельно и в одинаковых условиях применяются исследуемый диагностический метод и референсный метод, являющийся «золотым стандартом» диагностики изучаемого заболевания или состояния, при этом исследуемый и референсный методы должны применяться независимо друг от друга (т.е. исследуемый метод не может быть частью референсного) и должны интерпретироваться исследователем без знания результатов применения другого метода (рекомендуется использовать ослепление)

Таблица П2 – Шкала определения УУР для диагностических вмешательств

УУР	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
-----	---

А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Таблица ПЗ. Возможные комбинации УДД и УУР для диагностических вмешательств

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый УУР
1=Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	А
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	С
2=Отдельные исследования с контролем референсным методом	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам являются согласованными*	А
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	С

3=Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	В
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все исследования имеют низкое методологическое качество; 2. Выводы исследований по интересующим исходам не являются согласованными*	С
4=Несравнимые исследования, описание клинического случая		С
5=Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов		С

*Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается

Определение уровня достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

Таблица П4 - Уровни достоверности доказательности для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и системные обзоры исследований любого дизайна за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнимые исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства(доклинические исследования) или мнения экспертов

Таблица П5–Шкала определения уровни убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 августа 2005г. №494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям».
4. Приказ Минздрава России от 13 октября 2017г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.04.2019 N 217н, от 05.03.2020 N 148н, от 24.09.2020 N 1010н, от 26.10.2022).
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2012г. № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
6. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
7. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2
8. Приказ МЗ РФ от 05.08.2003 №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»
9. Приказ МЗ и МП РФ от 30.10.1995 №295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ»
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и от 23 сентября 2020 г. № 1008 «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».
13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 N 4 "Об утверждении Санитарных правил и норм САНПИН 3.3686-21 Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (зарегистрировано Минюстом России 15.02.2021, регистрационный N 62500)

Приложение А3.1.

Минздрав России



Оценка тяжести дегидратации по В.И. Покровскому [2]

Вр-3673235

Признаки	Степень обезвоживания (процент потери массы тела)			
	Стертая и легкая	Средней тяжести	Тяжелая	Очень тяжелая
	1–3%	4–6%	7–9%	10% и более
Стул	до 10 раз	до 20 раз	более 20 раз	без счета
Рвота	до 5 раз	до 10 раз	20 раз	многократная (неукротимая)
Жажда	слабо	умеренно выраженная	резко выраженная	неутолимая (или не может пить)
Диурез	норма	снижен	олигурия	анурия
Судороги	нет	икроножные мышцы, кратковременные	продолжительные и болезненные	генерализованные клонические
Состояние	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое	очень тяжелое
Глазные яблоки	норма	норма	запавшие	резко запавшие
Слизистые оболочки рта, язык	влажные	суховатые	сухие	сухие, резко гиперемизированы
Дыхание	норма	норма	умеренное тахипноэ	тахипноэ
Цианоз	нет	носогубный треугольник	акроцианоз	резко выражен, диффузный
Тургор кожи	норма	норма	снижен (кожная складка расправляется >1 сек)	резко снижен (кожная складка расправляется >2 сек)
Пульс	норма	до 100 в минуту	до 120 в минуту	выше 120 в минуту, нитевидный
АД сист, мм.рт.ст	норма	до 100	60–100	меньше 60
Голосовое звучание	сохранено	сохранено	осиплость голоса	афония

Приложение А3.2

ШКАЛА КОМЫ ГЛАЗГО

Название на русском языке: шкала комы Глазго

Оригинальное название (если есть): Glasgow Coma Scale

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка хирургического риска в зависимости от времени вмешательства при пластике внутричерепных аневризм

Содержание (шаблон):

Баллы	1	2	3	4	5	6
Открывание глаз	Нет	Открывает на болевое раздражение	Открывает в ответ на голос	Открывает самопроизвольно, наблюдает	-	-
Речевая реакция	Никак их звуков	Издаёт звуки, но не слова	Произносит отдельные слова	Произносит фразы, но речь спутанная	Ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	-
Двигательная реакция	Не двигается	Патологическое разгибание в ответ на боль (децеребрационная ригидность)	Патологическое сгибание в ответ на боль (декортикационная ригидность)	Бессмысленные движения в ответ на боль	Локализует боль, пытается ее избежать	Выполнение движений по голосовой команде

Ключ (интерпретация):

Баллы	Степени нарушения сознания
15	Ясное сознание
13 - 14	Умеренное оглушение
10 - 12	Глубокое оглушение
8 - 9	Сопор
6 - 7	Кома умеренная
4 - 5	Кома глубокая
3	Кома запредельная

Приложение А3.3

ШКАЛА ВОЗБУЖДЕНИЯ-СЕДАЦИИ РИЧМОНДА (ШКАЛА RASS)

Баллы	Термин	Описание
+4	Агрессивен	Больной агрессивен, воинственен, представляет непосредственную опасность для медицинского персонала
+3	Крайне возбужден	Тянет или удаляет катетеры или имеет агрессивное поведение по отношению к медицинскому персоналу
+2	Возбужден	Частые нецеленаправленные движения и/или десинхронизация с аппаратом ИВЛ
+1	Беспокоен	Взволнован, но движения не энергичные и не агрессивные
0		Бодрствует, спокоен, внимателен
-1	Сонлив	Потеря внимательности, но при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд
-2	Легкая седация	При вербальном контакте закрывает глаза меньше, чем через 10 секунд
-3	Умеренная седация	Любое движение (но не зрительный контакт), в ответ на голос
-4	Глубокая седация	Никакой реакции на голос, но есть какие-либо движения на физическую стимуляцию
-5	Отсутствие пробуждения	Никакой реакции на голос и физическую стимуляцию

Процедура оценки по Шкале RASS

1. Наблюдение за пациентом

- Если он бодрствует, спокоен и внимателен? - 0 баллов.
- Есть ли у пациента, признаки поведения, характеризующиеся беспокойством или волнением - оценка от +1 до +4 баллов с использованием критериев, перечисленных выше, в описании.

2. Если пациент сонлив, попросите его громким голосом, назвав по имени, открыть глаза и посмотреть на Вас. Повторите это несколько раз, если это необходимо. Попросите пациента задержать взгляд.

- Если с пациентом возможен зрительный контакт, который сохраняется в течение более 10 секунд - оценка -1 балл.
- Если с пациентом возможен зрительный контакт, но это не поддерживается в течение 10 секунд - оценка -2 балла.
- Если пациент производит какое-либо движение в ответ на голос, за исключением зрительного контакта - оценка -3 балла.

3. Пациент не реагирует на голос. Проведите физическую стимуляцию путем встряхивания за плечо и растирания грудины.

- Если пациент отвечает какими-либо движениями на физическую стимуляцию - оценка -4 балла.
- Если пациент не реагирует на голос или физическую стимуляцию - оценка -5 баллов.

Приложение А3.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ОКИ

Диагностические признаки	Дизентерия	Сальмонеллез	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
Инкубация	1-7 сут.	12-24 часа	1-6 сут.	1-3 часа	15 ч – 3 сут.	1-5 сут.
Фактор передачи	Чаще вода и молочные продукты	Яйца, мясные и рыбные продукты	Овощи, мясо (свинина)	Кондитерские, молочные продукты	Вода, предметы окружающей среды	Вода
Лихорадка	Чаще фебрильная, 2-4 дня	Чаще фебрильная, 3-5 дней	Фебрильная, более 5 дней	Отсутствует	Фебрильная, 1-3 дня	Чаще отсутствует
Гиперемия и зернистость ротоглотки	-	-	+	-	+/-	-
Испражнения	Скудные со слизью и кровью	Обильные зловонные зеленоватые	Жидкие необильные иногда со слизью	Чаще нет	Пенистые обильные водянистые желтые с кислым запахом	Обильные водянистые белесоватые без запаха (рисовый отвар)
Частота стула	10-20	5-10	До 5	-	5-10	Более 10
Обезвоживание	Нехарактерно	Чаще 1-2 степени	Редко	Редко 1-2 степени	У взрослых редко	3-4 степени
Тошнота и рвота	Редко	Часто	Редко	Характерны	Характерны	Рвота “фонтаном” без тошноты
Увеличение печени	-	+	+	-	-	-
Боли в животе	Схваткообразные, в нижних отделах, тенезмы, ложные позывы	Постоянные ноющие в пупочной области, в эпигастрии, правой подвздошной	Постоянные в правой подвздошной области	В эпигастрии кратковременные	Разлитые в эпигастрии и околопупочной области	Для начала болезни не характерны
Пальпаторная болезненность	Левая подвздошная область, спазмированная сигма	Сальмонеллезный треугольник (эпигастрий, околопупочная и правая подвздошная область)	Правая подвздошная	Чаще безболезненный живот	Эпигастрий и околопупочная область	Чаще безболезненный живот
ОАК	Лейкоцитоз	Чаще нормоцитоз со значительным палочкоядерным сдвигом	Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, иногда эозинофилия, увеличение СОЭ	Чаще не изменен	Лейкопения, лимфоцитоз,	Признаки сгущения крови