

2026.10.15 Острые кишечные инфекции (ОКИ) у взрослых - Клин.Рек. ID 875_1 от 25.12.2024 - КОНСПЕКТ 10.2026

Коды по МКБ-10: A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.8, A05.9, A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09, B34.1

Оглавление

**2026.10.15 Острые кишечные инфекции (ОКИ) у
взрослых - Клин.Рек. ID 875_1 от 25.12.2024 -
КОНСПЕКТ 10.2026**

Оглавление

Список сокращений

1. Краткая информация по заболеванию или
состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

1.2 Этиология и патогенез

Этиология

Патогенез — 3 вида диареи

1.3 Эпидемиология

1.4 Особенности кодирования по МКБ-10

1.5 Классификация

1.6 Клиническая картина

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1 Дифференциальная диагностика

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная терапия

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

3.2 Хирургическое лечение

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Специфическая профилактика

5.2 Неспецифическая профилактика

- 5.3 Диспансерное наблюдение
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация

Критерии оценки качества медицинской помощи

Приложение А3.1. Оценка тяжести дегидратации по В. И. Покровскому

Приложение А3.2. Шкала комы Глазго (*Glasgow Coma Scale*)

Приложение А3.3. Шкала возбуждения-седации Ричмонда (*RASS*)

Приложение А3.4. Дифференциальная диагностика часто встречающихся ОКИ

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

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

Острые кишечные инфекции (ОКИ) — собирательное понятие, включающее ряд заболеваний ЖКТ преимущественно **бактериальной, вирусной или неуточнённой** этиологии, проявляющихся **симптомокомплексом острой инфекционной диареи**.

Специфические возбудители — холера, сальмонеллёз, дизентерия (шигеллёз), иерсиниоз (псевдотуберкулёз), ботулизм, протозойные и гельминтные инвазии, брюшной тиф и паратифы — изложены в отдельных документах и в данных рекомендациях не рассматриваются.

1.2 Этиология и патогенез

Этиология

- **Вирусы** (доминируют в этиологической структуре инфекционной диареи в мире): **ротавирусы (чаще группа А), норовирусы (чаще II типа), астровирусы, аденовирусы (группа F), энтеровирусы** и др. С возрастом этиологическая роль вирусов уменьшается, но остаётся значимой.

- **Патогенные бактерии** семейства **Enterobacteriaceae**: **Salmonella**, **Shigella**, **Yersinia**, диарогенная **Escherichia coli**.
- **Условно-патогенные энтеробактерии** (*родов **Citrobacter, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Proteus, Morganella***) — вызывают заболевания при **массивной инфицирующей дозе** (*например, при пищевых отравлениях*) или приобретении штаммом **дополнительных факторов патогенности** (*плазмид адгезивности, энтеротоксигенности и др.*).
- **Прочие бактерии** — при массивной инфицирующей дозе и снижении резистентности организма: **Aeromonas hydrophila**, **Pseudomonas aeruginosae**, **Staphylococcus aureus**, **Streptococcus faecalis**, **Clostridium perfringens**, **Clostridium difficile**, **Bacillus cereus**.

Патогенез — 3 вида диареи

Секреторная диарея

- В основе — **усиление секреции натрия и воды** в просвет кишечника (*реже — снижение всасывательной способности*).
- **Экзотоксин** бактерии проникает в энтероциты и активирует **аденилатциклазу** → усиление синтеза **цАМФ** → повышение секреции **электролитов и воды**.

- Соотношение потерь: **5 г** натрия хлорида, **4 г** натрия гидрокарбоната, **1 г** калия хлорида на **1 литр** испражнений.
- Роль **простагландинов** — стимуляция синтеза цАМФ.
- Возбудители: **V. cholerae**, энтеротоксигенные эшерихии, многие условно-патогенные бактерии.
- Осмотическое давление каловых масс **ниже** осмотического давления плазмы крови. Стул **водянистый** и **обильный**.

Гиперэкссудативная (воспалительная, инвазивная) диарея

- В основе — **выпотевание плазмы, крови, слизи и сывороточных белков** в просвет кишки.
- Бактерии **прикрепляются к слизистой**, проникают в неё, размножаются и вырабатывают **токсины**; при гибели бактерий образуется **эндотоксин**, проникающий в кровь.
- Возбудители: **шигеллы, сальмонеллы**, некоторые **эшерихии**, кишечные **иерсинии**, **кампилобактерии**.
- Развиваются **интоксикация, лихорадка, повреждение слизистой, диарея**.
- Осмотическое давление фекальных масс **выше** осмотического давления плазмы крови. Стул **жидкий**, с примесью **слизи, крови и гноя**.

Гиперосмолярная диарея

- Наблюдается при **синдроме мальабсорбции** — расстройстве всасывания в тонкой кишке.
- При **вирусной этиологии** вирусы прикрепляются к **эпителиоцитам ворсинок**, проникают в клетки и разрушают их (*лизис*) → **утрата клеток**, абсорбирующих жидкость и синтезирующих **дисахаридазы**.
- Накапливаются **нерасщеплённые дисахариды** → повышение **осмотического давления** → привлечение жидкости в просвет кишки → **диарея**.
- В толстой кишке — усиление **гнилостного распада** до низкомолекулярных кислот (*молочной, уксусной и др.*). Жидкость **не всасывается** (*мальабсорбция*).
- Осмотическое давление каловых масс **выше** осмотического давления плазмы крови. Стул **обильный, жидкий**, с примесью **полупереваренной пищи**.

1.3 Эпидемиология

- ОКИ занимают значительную долю в структуре инфекционной заболеваемости; по экономическому ущербу уступают лишь **ОРВИ**.
- Заболеваемость ОКИ в РФ — **до 400** на **100 тыс.** населения; ежегодный экономический ущерб — **40 млрд рублей**.

- Среди ОКИ установленной этиологии почти **половина** случаев — **ротавирусная инфекция** (*характерна для детей*).
- Удельный вес ОКИ и пищевых токсикоинфекций **неустановленной этиологии** — около **70%**.

Норовирусная инфекция

- **Превалирует** в структуре очагов групповой заболеваемости с фекально-оральным механизмом передачи.
- В **2023 г.** в РФ зарегистрировано **269** очагов с **3957** пострадавшими (*в 2021 г. — 210 и 2882 соответственно*).
- Наибольшее число пострадавших — в **дошкольных, общеобразовательных и летних оздоровительных организациях**.

Сезонность и источник

- Пик заболеваемости — с **июня по сентябрь** (*связано с активацией путей передачи*).
- ОКИ — преимущественно **антропонозные** болезни.
- **Источник:** больные с **клинически выраженными, стёртыми формами, здоровые бактерио- и вирусоносители**.
- **Механизм передачи:** **фекально-оральный** (*водный, пищевой, контактно-бытовой*); ведущий — **пищевой**. Для вирусных инфекций возможен **аэрозольный** механизм.

- Эпидемический процесс — **вспышечная и спорадическая** заболеваемость.

Взаимосвязь фактора передачи с типом возбудителя

Фактор передачи	Наиболее вероятные возбудители
Непастеризованное молоко / молочные продукты	<i>Shigella sonnei</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>St. aureus</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Listeria</i> , <i>Brucella</i> , <i>Coxiella burnetii</i>
Мясные продукты / птица	STEC, <i>Cl. perfringens</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>St. aureus</i>
Яйца, изделия из яиц	<i>Salmonella enteritidis</i>
Сырые моллюски	<i>Vibrio</i> , <i>Norovirus</i> , <i>Hepatitis A</i> , <i>Plesiomonas</i>
Неочищенная вода	<i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> , STEC, <i>Giardia</i> (лямблия), <i>Shigella flexneri</i>

Цифры официальной статистики не вполне отражают реальную картину: значительное число случаев не регистрируется, так как пациенты не обращаются в ЛПУ.

1.4 Особенности кодирования по МКБ-10

A04 — Другие бактериальные кишечные инфекции:

- **A04.0** — Энтеропатогенная инфекция, вызванная **E. coli**
- **A04.1** — Энтеротоксигенная инфекция, вызванная **E. coli**

- **A04.2** — Энтероинвазивная инфекция, вызванная **E. coli**
- **A04.3** — Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная **E. coli**
- **A04.4** — Другие кишечные инфекции, вызванные **E. coli**
- **A04.5** — Энтерит, вызванный **Campylobacter**
- **A04.6** — Энтерит, вызванный **Yersinia enterocolitica**
- **A04.7** — Энтероколит, вызванный **Clostridium difficile**
- **A04.8** — Другие уточнённые бактериальные кишечные инфекции
- **A04.9** — Бактериальная кишечная инфекция неуточнённая

A05 — Другие бактериальные пищевые отравления:

- **A05.0** — Стафилококковое пищевое отравление
- **A05.3** — Пищевое отравление, вызванное **Vibrio parahaemolyticus**
- **A05.4** — Пищевое отравление, вызванное **Bacillus cereus**
- **A05.8** — Другие уточнённые бактериальные пищевые отравления
- **A05.9** — Бактериальное пищевое отравление неуточнённое

A08 — Вирусные и другие уточнённые 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 неуточнённая
- **A08.5** — Другие уточнённые кишечные инфекции

A09 — Другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточнённого происхождения:

- **A09.0** — Другой и неуточнённый гастроэнтерит и колит инфекционного происхождения
- **A09.9** — Гастроэнтерит и колит неуточнённого происхождения

B34.1 — Энтеровирусная инфекция неуточнённая.

1.5 Классификация

А. По течению:

1. **Типичное** (*манифестное*)
2. **Атипичное** (*бессимптомное, стёртое*)
3. **Носительство** (*острое, хроническое, транзиторное*)

Б. По тяжести:

1. **Лёгкое** течение
2. **Среднетяжёлое** течение

3. Тяжёлое течение

В. По характеру течения:

1. Неосложнённое
2. Осложнённое

Г. По длительности течения:

1. Острое (*до 13 дней*)
2. Затяжное (*персистирующее*) (*14–29 дней*)
3. Хроническое (*30 и более дней*)

Д. По локализации поражения ЖКТ:

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

Е. По степени обезвоживания (дегидратации):

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

1.6 Клиническая картина

- Инкубационный период при ОКИ — от 1 до 7 суток (*чаще 1–2 дня*). При пищевых

токсикоинфекциях — короче: от 30 минут до 6 часов.

- Типичная клиника представлена двумя основными синдромами: **интоксикационным** и **синдромом дисфункции ЖКТ**.
- **Интоксикационный синдром** — прежде всего **лихорадка** (*повышение температуры тела выше 37 °C*).

Клинические формы ОКИ

Синдром острого гастрита

- Внезапные **боли** и **тяжесть** в **эпигастральной области**; **тошнота** и **рвота** (*рвота приносит облегчение, при тяжёлых случаях — неукротимая*).
- При пальпации — **болезненность** в эпигастрии.

Синдром острого энтерита

- **Урчание** и «**переливание**» в животе (*нередко слышны на расстоянии*); **периодические боли** по всему животу или в области пупка; **императивные позывы** на дефекацию; **обильный жидкий стул**.
- Испражнения **водянистые**, с комками **непереваренной пищи** (*нарушение ферментативных процессов и всасывания*); окраска **светлая, золотисто-жёлтая** или **зеленоватая**.

- При тяжёлых формах — **полупрозрачная белесоватая мутная жидкость** с хлопьевидными взвесями.
- При пальпации — **урчание, «шум плеска»** по ходу тонкой и толстой кишок.
- Характерно развитие **обезвоживания**.

Синдром острого колита

- **Схваткообразные боли** в нижней части живота (*чаще слева*); **ложные позывы** на дефекацию; **тенезмы** (*болезненные позывы*); ощущение **неполного освобождения** кишечника.
- Стул **гомогенный, кашицеобразный** или **полужидкий**, с примесью **слизи, крови, гноя**.
- При тяжёлых колитах испражнения становятся **скудными**, теряют каловый характер.
- **«Ректальный плевок»** — стул из **слизи, крови и гноя** (*при геморрагическом процессе в терминальных отделах*).
- **«Малиновое желе»** — слизь равномерно окрашена в **красный** или **буро-красный** цвет (*кровоизлияния и некроз в правой половине*).
- **Гной** в чистом виде практически не наблюдается (*его наличие в период реконвалесценции свидетельствует о сохраняющемся язвенном процессе*).
- Пальпаторно — толстая кишка в виде **плотной ригидной трубки**.

Сочетанные синдромы — гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит представлены сочетанием соответствующих симптомов.

Специфические осложнения

Дегидратационный шок — разновидность негеморрагического гиповолемического шока; развивается в результате изотонической дегидратации.

- Гемодинамический профиль: **снижение преднагрузки и сердечного индекса, увеличение индекса периферического сосудистого сопротивления.**
- «Окна шока»: **кожный покров** (*похолодание, мраморность, замедление заполнения белого пятна*), **сознание** (*дефицит или качественные изменения*), **диурез** (*снижение темпа*).
- Важнейшие критерии: **артериальная гипотензия, тахикардия.**
- Лечение: **быстрое внутривенное введение сбалансированных изотонических солевых растворов.**

Септический шок — самый частый вариант дистрибутивного шока; характеризуется выраженной вазодилатацией и первичным микроциркуляторно-митохондриальным дистрессом.

- Гемодинамический профиль: **снижение преднагрузки и индекса периферического**

сосудистого сопротивления, увеличение сердечного индекса.

- Важнейшие характеристики:
 1. необходимость **вазопрессоров** для достижения **$АД_{ср} \geq 65$ мм рт. ст.** несмотря на адекватную инфузионную терапию;
 2. **лактат крови > 2 ммоль/л.**

Смешанный шок (дегидратационный + септический) — заподозрить, если через **2–3 часа** достаточной по объёму регидратации для поддержания АД требуется **вазопрессор**.

Острое повреждение почек (ОПП) — по критериям **KDIGO**:

- повышение **креатинина $\geq 26,4$ мкмоль/л** в течение **48 часов**;
- или повышение **креатинина $\geq 1,5$ раз** от исходного (*в течение предшествующих 7 дней*);
- или объём мочи **$< 0,5$ мл/кг/час за 6 часов.**
- Патогенетический механизм — **преренальный** (*гиповолемия, гипотензия, шок $\rightarrow$ ишемия коркового слоя*).

Синдром острой печёночной дисфункции — компонент системной органной дисфункции при сепсисе: **билирубин > 20 мкмоль/л** в течение **2 дней** или **трансаминазы ≥ 2 раза** от верхней границы нормы. *Дифференцировать от*

лекарственного и другого токсического повреждения печени.

Острый панкреатит: интенсивный болевой синдром, рвота, вздутие живота; повышение амилазы и липазы крови/амилазы мочи; изменения на УЗИ/КТ (увеличение поджелудочной железы, выпот в сальниковой сумке, расширение протока).

Прочие осложнения: острая церебральная недостаточность, аппендицит, межкишечный абсцесс, пневмония, венозные и артериальные тромбозы, сепсис и др.

2. Диагностика

Диагностика ОКИ у взрослых включает **сбор анамнеза (в т. ч. эпидемиологического), клинический осмотр, лабораторные и специальные методы** обследования; направлена на определение **нозологий, клинической формы, тяжести, выявление осложнений и показаний к лечению.**

2.1 Жалобы и анамнез

- **Оценка первых признаков:** степень повышения температуры, слабость, жажда, тошнота, рвота (*частота, характер, количество*), боли в животе, «урчание» и «переливание», диарея (*время появления, частота, характер, объём потери жидкости*). Для оценки **дегидратации** — частота и обильность **рвоты и стула,**

звонкость голоса, снижение слуха/зрения, судороги, количество мочи.

- **Определение длительности заболевания и факторов, препятствующих немедленному началу лечения или требующих коррекции** (*непереносимость препаратов, неадекватное психоэмоциональное состояние, угрожающие жизни состояния, отказ от лечения*).
- **Эпидемиологический анамнез: употребление эпидемически значимых продуктов в пределах инкубационного периода — мясо, яйца, молоко, рыба и морепродукты; нарушения приготовления и хранения; небутилированная/некипячёная вода** (*особенно в зарубежных поездках — Египет, Индия, Тунис и др.*).
- **Контакт с больными ОКИ; наличие вспышек, связанных с употреблением одного и того же продукта.**
- **Сопутствующие хронические заболевания или состояния (беременность) — для дифференциальной диагностики и определения показаний к госпитализации.**
- **Место работы и профессиональная деятельность — для определения показаний к госпитализации, контрольно-выписному обследованию и диспансерному наблюдению. К декретированной группе относят работников пищевых производств, водоснабжения,**

воспитателей и учителей, работников коммунально-бытового обслуживания.

- **Оценка степени обезвоживания по В. И. Покровскому (Приложение А3)** всем на момент обращения; учёт баланса жидкости при обезвоживании $\geq$ II степени. Шкала CDS не используется у взрослых — вместо неё применяется оценка по В. И. Покровскому.

2.2 Физикальное обследование

- **Общий осмотр:** оценка уровня сознания по шкалам Глазго и RASS; положение и поведение пациента; кожные покровы и слизистые (цвет, влажность, тургор); вес и ИМТ.
- **Физикальные методы исследования ЖКТ:**
 - **поверхностная и глубокая пальпация** живота;
 - **определение симптомов раздражения брюшины;**
 - **перкуторное определение** границ печени и селезёнки;
 - **аускультация** кишечных шумов.
- **Физикальные методы исследования сердца:** измерение пульса и артериального давления — для определения степени тяжести, осложнений и дифференциальной диагностики.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

- **Общий (клинический) анализ крови** развёрнутый (эритроциты, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула) — для комплексной оценки тяжести, выявления осложнений и дифференциальной диагностики.
 - Нарастание **лейкоцитоза** в динамике — неблагоприятный признак (исключить хирургические осложнения). **Гематокрит** важен для оценки дегидратации. При тяжёлых септических вариантах — **тромбоцитопения**.
- **Общий (клинический) анализ мочи** — для выявления почечной дисфункции и декомпенсации сопутствующих заболеваний.
 - При неосложнённом течении патологических изменений нет. При **лейкоцитурии ≥ 7** в поле зрения — исследование по **Нечипоренко** (желательно катетером). При **> 2000 лейкоцитов в 1 мл** — культуральное исследование мочи.
- **Копрологическое исследование (копрограмма)** — при поступлении в стационар и в динамике.
 - Позволяет выявить **воспалительный процесс в толстой кишке**, оценить функцию поджелудочной железы, предположить дисбиоз.

- **Микроскопическое исследование кала на простейшие и яйца/личинки гельминтов** — однократно при поступлении.
— *Для дифференциальной диагностики с паразитарной инфекцией (аскаридоз, лямблиоз, описторхоз и др.). У иммунокомпрометированных — криптоспоридиоз, изоспороз, микроспоридиоз.*
- **Биохимический анализ крови (в течение первых 12 часов)** — пациентам с дегидратацией $\geq$ II степени и/или тяжёлым течением и/или признаками шока:
 - **креатинин, калий, натрий, АСТ, АЛТ, глюкоза, общий билирубин, связанный билирубин.**
- **Исследование кислотно-основного состояния и газов крови** — тяжёлым пациентам в ОРИТ.
- **Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген, D-димер)** — для дифференциальной диагностики с мезентериальным тромбозом, при септической форме, у пациентов в ОРИТ.
- **Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2** — при генерализованном (септическом) течении ОКИ или диарее $\geq$ 30 дней.

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

- **Этиологическая диагностика (ПЦР)** всем пациентам с признаками ОКИ при обращении —

на **ротавирусы** (*gr. A*), **норовирусы** (*II, I* генотипа), **сальмонеллы**, **шигеллы**, **диарогенные эшерихии** (*EHEC, EPEC, ETEC, EIEC, EAgEC*), **кампилобактерии** (*C. jejuni/coli*).

— Чувствительность > **90%**, специфичность > **95%**; позволяет существенно сократить время установления диагноза.

• **Бактериологическое (культуральное) исследование** фекалий/ректального мазка на энтеропатогенную группу всем при обращении:

- на **Shigella spp.** (возбудитель дизентерии);
- на **Salmonella typhi** (брюшной тиф и паратифы);
- на **Salmonella spp.**;
- на **диарогенные эшерихии** (*EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC*);
- на **аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.**

— Основной материал — **испражнения**; посев **крови и мочи** — при лихорадке ≥ 5 **дней**, подозрении на сепсис. Посев **мочи** — при достоверной лейкоцитурии. Посев **ликвора** — при менингеальном синдроме.

• **Контрольное бактериологическое исследование** — **однократно**, через **1–2 дня** после окончания лечения, **только** пациентам **декретированной группы** с установленной этиологией.

- **Исследование на холеру (*Vibrio cholerae*)** — **трёхкратно** с интервалом **3 часа**: всем с ОКИ в сезон, прибывшим из неблагополучных по холере стран (*в течение 5 дней после прибытия*), при тяжёлом течении с выраженным обезвоживанием.
- **Определение антигенов вирусов (ротавирусы, норовирусы)** в фекалиях — при невозможности ПЦР или на амбулаторном этапе.
— *Определение вирусов в кале **обязательно** при всех ОКИ.*
- **Серологическое исследование** всем пациентам **не рекомендуется**.
— *Интерпретировать только в динамике; антитела могут появляться поздно (к концу 2-й — началу 3-й недели). Целесообразно для дифференциальной диагностики субклинических форм и носительства.*
- При подозрении на ***Clostridium difficile***: **иммунохроматографический экспресс-тест** на токсины **А и В**, или **ПЦР** фекалий.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **ЭКГ** — всем взрослым при поступлении в стационар, далее по показаниям.
— *Для дифференциальной диагностики с **абдоминальной формой инфаркта миокарда** и выявления сопутствующей патологии.*

- **УЗИ органов брюшной полости (комплексное)** — при стойком неясном болевом синдроме и/или подозрении на **хирургические осложнения**.
- **Эндоскопические исследования (с дифференциально-диагностической целью)** — при подозрении на **ЖК-кровотечение**, персистирующей диарее (**более 14 дней**), подозрении на **ВЗК, амебиаз, балантидиаз, псевдомембранозный колит**:
 - **эзофагогастродуоденоскопия;**
 - **колоноскопия;**
 - **ректороманоскопия.**

2.5 Иные диагностические исследования

- **Консультации специалистов:**
 - **врач-хирург** — при подозрении на аппендицит, межкишечный абсцесс, мезентериальный тромбоз, перитонит, ЖК-кровотечение;
 - **врач-кардиолог** — при острой сердечно-сосудистой недостаточности, декомпенсации кардиальной патологии;
 - **врач-акушер-гинеколог** — при развитии ОКИ на фоне беременности;
 - **врач-невролог** — при подозрении на ботулизм.
- **Осмотр анестезиологом-реаниматологом** — при гиповолемическом шоке или другой

органной недостаточности (≥ 2 балла по шкале **qSOFA**) для перевода в ОРИТ.

2.5.1 Дифференциальная диагностика

- Необходимо дифференцировать ОКИ между собой (*ротавирусы, норовирусы, астровирусы, аденовирусы, энтеровирусы; сальмонеллёз, дизентерия, эшерихиозы, иерсиниоз, холера, ПТИ, ботулизм, кампилобактериоз, амебиаз, балантидиаз, лямблиоз, гельминтозы*).
- Дифференцировать с **неинфекционными** заболеваниями: **отравления** токсическими веществами, **хирургическая патология** (*аппендицит, панкреатит, кишечная непроходимость, мезентериальный тромбоз, опухоли ЖКТ, внематочная беременность*), **инфаркт миокарда, ВЗК, медикаментозные, гормональные, аллергические диареи**.
- Обоснованные сомнения должны трактоваться в пользу нозологий с **более высокими прогностическими рисками** для пациента.

3. Лечение

Принципы лечения предусматривают решение задач:

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

Факторы, влияющие на выбор тактики: период заболевания, тяжесть, клиническая форма, ведущие проявления и особенности течения (с учётом признаков иммунодефицита — хронический алкоголизм, истощение, тяжёлая сопутствующая патология, пожилой возраст), возраст больного, наличие и характер осложнений, доступность лечения.

Условия лечения

- **Амбулаторно** — пациенты, не относящиеся к декретированной группе, с лёгкой и среднетяжёлой формой ОКИ без хронической сопутствующей патологии. При безуспешности лечения или невозможности его проведения — вопрос о госпитализации.
- **Госпитализация в инфекционные отделения** — пациенты с тяжёлой формой, среднетяжёлой формой при отягощённом преморбидном фоне, с осложнениями, беременные, а также по эпидемическим показаниям (в т. ч. при лёгком течении).

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная терапия

Показания к антимикробной терапии: тяжёлое и среднетяжёлое течение ОКИ с признаками колита (инвазивной диареи) и/или генерализации инфекции и/или при серьёзных фоновых заболеваниях (сахарный диабет, туберкулёз,

ВИЧ-инфекция и др.); при **затянувшемся бактериовыделении** у декретированных лиц.

Стартовые кишечные антисептики (при *среднетяжёлом течении без признаков генерализации*):

Препарат	Дозировка
Фуразолидон	0,1 г 4 раза в сутки
Нифуроксазид	0,2 г 4 раза в сутки
Нифурател	0,4 г 3 раза в сутки
Рифаксимин	0,4 г 2 раза в сутки

Кишечные антисептики действуют только в содержимом кишечника, не оказывают общерезорбтивного действия. При склонности к **септическому течению** не рациональны.

Продолжительность — **3–5 дней** (до нормализации температуры). Жидкий стул, астеновегетативный синдром, боли, метеоризм сами по себе **не основание** для продолжения антибактериальной терапии.

Антибактериальные препараты системного действия (при *среднетяжёлом течении и/или признаках генерализации*):

Препарат	Дозировка
Ципрофлоксацин	0,5 г 2 раза в сутки
Ко-тримоксазол [Сульфаметоксазол+Триметоприм]	0,48 г 2 раза в сутки

Выбор — с учётом лекарственной устойчивости возбудителей в регионе.

Бактериофаги — беременным при **нетяжёлом** и **неосложнённом** течении:

- **Интести-бактериофаг** — по **30–40 мл 4 раза** в сутки за **0,5–1 час** до еды.

Лизирует S. flexneri, S. sonnei, S. paratyphi A и B, S. typhimurium, S. enteritidis, E. coli, Proteus, Enterococcus, Staphylococcus, Pseudomonas aeruginosa.

Парентеральные антимикробные препараты (при **тяжёлом течении**):

- **фторхинолоны, аминогликозиды, цефалоспорины III поколения** (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефаперазон+сульбактам), **карбапенемы** (меропенем).
- При беременности — **Цефтриаксон, Цефтазидим**. Комбинации из **2 и более** антибиотиков — строго при тяжёлых генерализованных случаях.
- При развитии **ОПП** аминогликозиды **не рекомендованы**.

Не рекомендовано этиотропное лечение при подозрении/подтверждении **вирусной этиологии** ОКИ.

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

Базисная терапия — всем пациентам независимо от тяжести: **постельный режим, диета, промывание желудка.**

Промывание желудка — при клинико-эпидемиологических признаках **ПТИ** (короткая инкубация, групповой характер, связь с недоброкачественным продуктом).

— Целесообразно независимо от времени, прошедшего с начала заболевания. Используют **5–10 л** кипячёной воды температуры **20–30 °С**. При подозрении на **ботулизм** промывание «ресторанным» способом не рекомендовано.

Диета — **щадящая** (стол ЩД).

— В разгар ОКИ разрешены: слизистые супы, кисель, рисовая каша, картофель, сушки, белые сухари, макароны, творог, мясные тефтели, нежирная рыба, гранаты, черника, кизил.

Голодание и водно-чайная пауза не рекомендованы.

Пероральная регидратация — всем пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей.

— Основной компонент патогенетической терапии. Часто адекватная регидратация приводит к выздоровлению даже без дополнительных методов лечения.

Этапы регидратации:

1. **Первичная** (*ликвидация имеющихся потерь*)
— **1,5–3 часа**;
 2. **Вторичная** (*коррекция продолжающихся потерь*).
- Растворы подогревают до **37–40 °С**. Объём: при I степени — **30–40 мл/кг**, при II–III степени — **40–70 мл/кг**. Дробное применение — по **1 стакану** в течение **8–12 минут**.
 - **ORS** с действующими веществами: **декстроза + калия хлорид + натрия хлорид + натрия цитрат**; специализированные пищевые продукты с **цинком** и без.
 - Коррекция должна проводиться с использованием и **бессолевых растворов**, среди которых предпочтение — **питьевой воде**.

Не рекомендована оральная регидратация (*ORS*) при **инвазивной диарее**.

Средства растительного происхождения — при **нетяжёлом** течении:

- При **секреторной диарее** — *отвары соплодий ольхи, плодов черники, гранатовых корок, настой черемухи.*
- При **воспалительной (инвазивной) диарее** — *отвар бадана, горца змеиного, листьев эвкалипта, корневища лапчатки.*

Внутривенная регидратация — госпитализированным пациентам при:

- **шоке, ОПП, обезвоживании II–III степени**;

- **неукротимой рвоте**, потерях жидкости **более 1,5 л/ч**, **сахарном диабете**.
- *Рекомендованные растворы:*
сбалансированные солевые (калия хлорид + кальция хлорид + магния хлорид + натрия ацетат + натрия хлорид и др.).
- *Пример: больному ~75 кг с обезвоживанием III степени за 2 часа — 4,5–6,5 л жидкости.*
- *Первый этап завершён при восстановлении гемодинамики, прекращении рвоты, восстановлении диуреза.*
- *Переход на оральную регидратацию — при появлении калового характера испражнений, отсутствии рвоты 12 часов, преобладании количества мочи над испражнениями в течение 12 часов.*

Дезинтоксикационная терапия — пациентам **без обезвоживания** для купирования синдрома интоксикации:

- **Лёгкая/средняя степень** — пероральная дезинтоксикация **2–3 л** жидкости в сутки (чай с лимоном, кизилковое/черничное варенье, гранатовый сок, фруктовый кисель, питьевая вода).
- **Среднетяжёлая/тяжёлая (стационар)** — инфузионная терапия **800–1200 мл** глюкозо-солевых растворов. При повышенной глюкозе — солевые растворы в дозе **5–20 мл/кг**,

меглюмин натрия сукцинат — **10 мл/кг** со скоростью до **90 капель/мин.**

Жаропонижающие — при гипертермии **выше 38,5 °С:**

- **Парацетамол** — по **500–1000 мг** до **4 раз** в сутки (*максимум 4000 мг/сут*);
- **Метамизол натрия** — в/м или в/в по **1–2 мл** (*500 мг/мл*) **2–3 раза** в сутки (*не более 2 г/сут*).

Кишечные адсорбенты — всем пациентам:

Группа	Препарат	Дозировка
Диоксид кремния	Кремния диоксид коллоидный	100–200 мг/кг/сут (<i>макс. 330 мг/кг, 20 г</i>), 3–4 приёма
Лигнин	Лигнин гидролизный	0,5–1,0 г/кг/сут в 3–4 приёма
Диосмектит	Смектит диоктаэдрический	1 пакет 3 раза в сутки
Поливинилпирролидон	Повидон	100 мл 3 раза в сутки

Противодиарейные средства — при секреторной и гиперосмолярной диареях:

- **Рацекадотрил** — ингибитор энкефалиназы; **100 мг 3 раза** в сутки перед едой (*только дополнительно к регидратации и этиотропной терапии*).
- **Октреотид** — синтетический аналог соматостатина; при **рефрактерной СПИД-ассоциированной диарее**; п/к **0,1 мг 3**

раза в сутки, через неделю — 0,25 мг 3 раза в сутки.

Не рекомендованы:

- агонисты периферических μ -опиоидных рецепторов (лоперамид и др.);
- препараты цинка в качестве антидиарейного средства у взрослых.

Пробиотики:

Пробиотик	Уровень
Lactobacillus GG, Saccharomyces boulardii CNCM I-745	A (достоверность — 1)
Lactobacillus acidophilus LB	A (достоверность — 1)
Lactobacillus reuteri DSM 17938	C
Комбинации: LA-5 + BB-12, E. faecium + B. longum и др.	C

- *S. boulardii* обладает генетически детерминированной устойчивостью почти ко всем группам антибиотиков; назначают по 1–2 капсулы 2 раза в день.

Спазмолитики — при болевом синдроме:

Препарат	Дозировка
Папаверин	0,02–0,04 г (1–2 мл 20 мг/мл), интервал $\geq$ 4 часов
Дротаверин	40 мг до 6 раз в день (макс. 240 мг/сут)
Платифиллин	п/к 1–2 мл 0,2% раствора 1–2 раза в сутки
Мебеверин	200 мг 2 раза в сутки за 20 мин до еды

Препарат	Дозировка
Тримебутин	100–200 мг 3 раза в сутки

Противорвотные препараты — при выраженной рвоте в первые дни:

- **Метоклопрамид** — блокатор D2 и 5-HT3 рецепторов; **10 мг (2 мл) 1–3 раза** в сутки парентерально. *При передозировке — экстрапирамидные расстройства, требующие дифференциальной диагностики с ботулизмом.*
- **Ондансетрон** — блокада 5-HT3 рецепторов; **4 мг 2–3 раза** в сутки. *Пероральный приём увеличивает долю пациентов с прекращением рвоты и сокращает число нуждающихся во внутривенной регидратации и госпитализации.*

3.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

- **Начало реабилитационных мероприятий** — уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции.
- **Комплексный характер** — с участием различных специалистов и применением

разнообразных методов (*исходя из преобладающих симптомов и синдромов*).

- **Последовательность и преемственность** — обеспечение **непрерывности** на различных этапах реабилитации и диспансеризации.
 - **Адекватность мероприятий адаптационным и резервным возможностям** пациента.
— Важны **постепенность** возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также **дифференцированное** применение различных методов.
 - **Постоянный контроль эффективности** проводимых мероприятий.
— Учитываются **скорость и степень** восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций (прямыми и косвенными методами).
-

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Специфическая профилактика

Специфическая вакцинопрофилактика ОКИ (*описанных в настоящем документе*) взрослым **не** проводится.

5.2 Неспецифическая профилактика

- **Экстренное извещение** в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора — обязательно всеми медицинскими

организациями (*независимо от формы собственности*), выявившими больного или носителя.

- **Эпидемиологическое расследование** очага ОКИ — с целью установления **границ очага**, выявления **возбудителя** и его **источника**, лиц, подвергшихся риску заражения, определения **путей и факторов передачи**, условий возникновения очага, принятия мер по **ликвидации**.
- **Изоляция** лиц с симптомами ОКИ в соответствии с законодательством РФ. Оказание помощи в **стационарных** условиях — по **клиническим и эпидемическим** показаниям.
- **Лабораторное обследование** на возбудителей ОКИ в очаге: выявленных больных с симптомами, лиц, **общавшихся с больными**, работников **отдельных профессий** (*связанных с производством, хранением, транспортировкой пищевой продукции*).
— Число обследуемых и объём исследований определяет специалист, отвечающий за расследование.
- **Лабораторное исследование остатков пищевого продукта** (*или блюд*), подозреваемых в качестве фактора передачи, а также **пищевого сырья, смывов** с оборудования, рук, инвентаря и других объектов внешней среды.
- **Медицинское наблюдение** за лицами, подвергшимися риску заражения, —

медицинскими работниками учреждений, где зарегистрирован очаг, или территориальных ЛПУ.

— *Длительность — 7 дней; включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.*

- **Дезинфекция в квартирном очаге:**
 - * **Текущая** — членами семьи после инструктажа медицинскими работниками;
 - * **Заключительная** — специалистами организаций, имеющих право на дезинфекционную деятельность.*
- **Экстренная профилактика бактериофагом и антибактериальными средствами** — лицам, подвергшимся риску заражения, в соответствии с инструкцией по применению.
- **Соблюдение санитарно-гигиенических норм и противоэпидемического режима** в медицинских организациях — в соответствии с действующими нормативными актами профилактики **внутрибольничного инфицирования.**

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются.

5.3 Диспансерное наблюдение

- **Диспансерное наблюдение** — врачом-терапевтом или врачом-инфекционистом в **кабинете инфекционных заболеваний** поликлиники.

- **Допуск к работе** лиц из числа **декретированных категорий** — после **клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом** (*за исключением случаев выявления УПМ*), проведенного через **1–2 календарных дня** после окончания лечения (*в стационаре или на дому*), если для отдельных патогенов санитарно-эпидемиологическими требованиями не предусмотрено иное.
- При **неустановленной этиологии ОКИ** — допуск к работе декретированных лиц **не ранее 3 календарных дней** со дня прекращения клинических проявлений (*отсутствие лихорадки, нормализация стула, прекращение рвоты*).
- **Временное отстранение от работы и направление в медицинские организации** — при выявлении **носителей возбудителей ОКИ** у декретированных лиц, а также лиц с заболеваниями, ассоциируемыми с УПМ (*гнойничковые заболевания, фарингиты, ангины и др.*).
— **Допуск к работе** — на основе заключения лечащего врача о клиническом выздоровлении и **отрицательном результате** контрольного лабораторного исследования.
- **Отстранение от работы**, связанной с приготовлением, производством, транспортировкой, хранением, реализацией

продуктов питания и обслуживанием водопроводных сооружений, — лиц с **постоянным и персистирующим выделением возбудителей ОКИ.**

- **Временный перевод** на работу, не связанную с эпидемическим риском, — декретированных лиц с **положительными результатами** лабораторного обследования после повторного курса лечения.
- **Снятие с диспансерного наблюдения** — при условии **полного клинического выздоровления** и **отрицательного результата** лабораторного обследования.

6. Организация оказания медицинской помощи

Факторы, влияющие на выбор тактики лечения: возраст пациента, характер сопутствующих заболеваний, клиническая форма, характер течения (*динамика нарастания симптомов*), тяжесть заболевания, наличие и характер осложнений.

Госпитализация

Госпитализация в инфекционные отделения показана пациентам:

- с **тяжёлой** формой ОКИ;
- со **среднетяжёлой** формой при **отягощённом преморбидном фоне;**

- с осложнениями болезни;
- беременных;
- по эпидемическим показаниям (*проживающие в общежитиях или в условиях неблагоприятных факторов жилой среды, лица декретированных категорий*) — в т. ч. с лёгким течением.

Показания к выписке

- Нормализация температуры тела;
- Купирование рвоты.

Условия оказания медицинских услуг

Формы медицинской помощи:

- экстренная;
- неотложная.

Виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная;
- скорая (*в т. ч. скорая специализированная*);
- специализированная (*в т. ч. высокотехнологичная*).

Условия оказания:

- амбулаторно (*без круглосуточного наблюдения*);
- стационарно (*с круглосуточным наблюдением и лечением*).

Уровень помощи	Кем осуществляется	Условия
Первичная доврачебная	Фельдшерско-акушерские пункты	Амбулаторно
Первичная врачебная	Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач)	Амбулаторно
Первичная специализированная	Врач-инфекционист	Амбулаторно
Специализированная / высокотехнологичная	Врачи-инфекционисты и другие специалисты	Стационар

Лечение в стационаре — по направлению **врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-инфекциониста**, медицинских работников, выявивших ОКИ, а также при **самостоятельном обращении**.

7. Дополнительная информация

Критерии оценки качества медицинской помощи

1. Этап постановки диагноза

№	Критерий качества	Оценка
1	Выполнено определение массы тела	Да / Нет
2	Проведена оценка обезвоживания по В. И. Покровскому	Да / Нет

№	Критерий качества	Оценка
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развёрнутый не позднее 12 часов от момента поступления в стационар	Да / Нет
4	Выполнено классическое бактериологическое исследование фекалий на энтеропатогенную группу	Да / Нет
5	Выполнено определение антигенов вирусов в фекалиях или молекулярно-биологическое исследование (определение РНК) на вирусы	Да / Нет
6	Выполнено копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейших и на яйца и личинки гельминтов однократно	Да / Нет
7	Выполнен биохимический анализ крови при шоке и/или обезвоживании ≥ II степени и/или тяжёлом течении в течение первых 12 часов	Да / Нет
8	Выполнена регистрация ЭКГ	Да / Нет

2. Этап лечения

№	Критерий качества	Оценка
1	Выполнена оральная регидратация	Да / Нет
2	Проведена внутривенная регидратация необходимого объёма при наличии показаний	Да / Нет
3	Выполнена терапия кишечными адсорбентами	Да / Нет
4	Проведена терапия антимикробными препаратами (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний)	Да / Нет

3. Этап контроля эффективности лечения

№	Критерий качества	Оценка
1	Проведено контрольное лабораторное исследование (<i>бактериологическое или ПЦР/ИФА</i>) лицам декретированных категорий при установленной этиологии через 1–2 дня после окончания специфического лечения	Да / Нет
2	Достигнута нормализация температуры, прекращение рвоты	Да / Нет

Приложение А3.1. Оценка тяжести дегидратации по В. И. Покровскому

Признаки	Стертая и лёгкая	Средней тяжести	Тяжёлая	Очень тяжёлая
Потеря массы тела	1–3%	4–6%	7–9%	10% и более
Стул	до 10 раз	до 20 раз	более 20 раз	без счёта
Рвота	до 5 раз	до 10 раз	до 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	тяжёлое	очень тяжёлое

Признаки	Стертая и лёгкая	Средней тяжести	Тяжёлая	Очень тяжёлая
Глазные яблоки	норма	норма	запавшие	резко запавшие
Слизистые 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 (складка расправляется > 1 сек)	резко снижен (складка расправляется > 2 сек)
Пульс	норма	до 100/мин	до 120/мин	> 120/мин, нитевидный
АД сист. (мм рт. ст.)	норма	до 100	60–100	< 60
Голосовое звучание	сохранено	сохранено	осиплость голоса	афония

Приложение А3.2. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale)

Назначение — оценка хирургического риска в зависимости от времени вмешательства.

Баллы	1	2	3	4	5	6
Открывание глаз	Нет	На болевое раздражение	На голос	Самопроизвольно	—	—
Речевая реакция	Никаких звуков	Звуки, но не слова	Отдельные слова	Спутанные фразы	Ориентирован, правильный ответ	—
Двигательная реакция	Не двигается	Патологическое разгибание (децеребрационная ригидность)	Патологическое сгибание (декортикационная ригидность)	Бессмысленные движения	Локализуется боль	Выполнение по команде

Интерпретация

Баллы	Степень 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 (RASS)

Баллы	Термин	Описание
+4	Агрессивен	Агрессивен, воинственен, опасен для персонала
+3	Крайне возбуждён	Тянет/удаляет катетеры, агрессивен к персоналу
+2	Возбуждён	Частые нецеленаправленные движения, десинхронизация с ИВЛ
+1	Беспокоен	Взволнован, движения не агрессивные
0	—	Бодрствует, спокоен, внимателен
−1	Сонлив	Потеря внимательности, глаза при вербальном контакте не закрывает > 10 сек
−2	Лёгкая седация	Глаза закрывает < 10 сек при вербальном контакте
−3	Умеренная седация	Любое движение (<i>кроме зрительного контакта</i>) в ответ на голос
−4	Глубокая седация	Нет реакции на голос, есть движения на физическую стимуляцию
−5	Отсутствие пробуждения	Нет реакции на голос и физическую стимуляцию

Процедура оценки

- Наблюдение** — спокоен и внимателен → **0 баллов**; признаки беспокойства → **от +1 до +4**.
- Вербальный контакт** — громко назвать имя, попросить открыть глаза и посмотреть:
 - зрительный контакт **> 10 сек** → **−1**;
 - зрительный контакт **< 10 сек** → **−2**;

- движение (без зрительного контакта) → -3.

3. **Физическая стимуляция** — встряхивание за плечо, растирание грудины:

- движение в ответ → -4;
- нет реакции → -5.

Приложение А3.4.

Дифференциальная диагностика

часто встречающихся ОКИ

Признак	Дизентерия	Сальмонеллёз	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
Инкубация	1–7 сут	12–24 ч	1–6 сут	1–3 ч	15 ч – 3 сут	1–5 сут
Фактор передачи	вода, молочные продукты	яйца, мясные и рыбные продукты	овощи, мясо (свинина)	кондитерские, молочные продукты	вода, предметы окружающей среды	вода
Лихорадка	фебрильная, 2–4 дня	фебрильная, 3–5 дней	фебрильная, > 5 дней	отсутствует	фебрильная, 1–3 дня	чаще отсутствует
Гиперемия/зернистость ротоглотки	–	–	+	–	+/-	–
Испражнения	скудные со слизью и кровью	обильные зловонные зеленоватые	жидкие необильные, иногда	чаще нет	пенистые обильные водянистые	обильные водянистые белесоватые

Признак	Дизентерия	Сальмонеллёз	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
			со слизью		жёлтые с кислым запахом	водянистые без запаха («рисовый отвар»)
Частота стула	10–20	5–10	до 5	—	5–10	более 10
Обезвоживание	нехарактерно	чаще 1–2 ст.	редко	редко 1–2 ст.	у взрослых редко	3–4 ст.
Тошнота и рвота	редко	часто	редко	характерны	характерны	рвота «фонтаном» без тошноты
Увеличение печени	—	+	+	—	—	—
Боли в животе	схваткообразные, нижние отделы, тенезмы, ложные позывы	постоянные, пупочная область, эпигастрий, правая подвздошная	постоянные, правая подвздошная	эпигастрий, кратковременные	разлитые, эпигастрий и околопупочная	для начала болезни не характерны
Пальпаторная болезненность	левая подвздошная, спазмированная	«сальмонеллёзный треугольник» (эпигастрий и правая подвздошная)	правая подвздошная	чаще безболезненный живот	эпигастрий и околопупочная	чаще безболезненный живот

Признак	Дизентерия	Сальмонеллёз	Иерсиниоз	Стафилококковая ПТИ	Ротавирусный гастроэнтерит	Холера
	ованная сигма	ий, околопупочная, правая подвздошная)				
ОАК	лейкоцитоз	нормоцитоз со значительным палочкоядерным сдвигом	лейкоцитоз со сдвигом влево, иногда эозинофилия, ↑ СОЭ	чаще не изменён	лейкопения, лимфоцитоз	признак и сгущения крови

Шип Степан Александрович (для личного пользования 10.2026)