

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Атамухамедова Д. М.¹, Мидасов М. М.²

¹Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, г. Ташкент

Кафедра «Эпидемиологии, инфекционных болезней»

²Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Кафедра «Профессиональных болезней»

Ключевые слова: ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, диарея, гиповолемия

Резюме: В данной статье представлены данные исследований представляющие особенности клинических проявлений и терапии ротавирусной инфекции у детей, необходимые для фокусирования внимания практических врачей по этой проблеме, разработка новых подходов к диагностике, терапии, профилактики уточнения патогенеза заболевания.

Resume: This on story Feature of rotavirus infection in the city of Tashkent review presents recent data on the epidemiology, pathogenesis, clinical features and treatment of the manifestations of rotavirus infection in children, needed to focus the attention of directors and practitioners on this issue, initiate the development of new approaches to diagnosis, therapy, prevention, clarify the pathogenesis of the disease.

Актуальность. Число клинических форм ОКИ превышает 30 нозологических единиц, возбудителем которых могут быть бактерии, вирусы и простейшие. Актуальность проблемы кишечных инфекций вирусной этиологии определяется их повсеместным распространением, высокой заболеваемостью и значительным социально-экономическим ущербом. Вирусные кишечные инфекции относятся к «вновь возникающим инфекционным болезням», значение которых в последние годы постоянно возрастает. Вирусы вызывают от 60 до 90% верифицированных кишечных инфекций у детей раннего возраста [2, 3].

Цель: Изучить клинические проявления инфекционного процесса ротавирусной инфекции у детей.

Задачи: Выделить наиболее значимые клинические и эпидемиологические особенности ротавирусных гастроэнтеритов у детей.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследования, ротавирусная инфекция может протекать в различных клинических формах и наиболее часто (у 65-70% больных) проявляется как ротавирусный гастроэнтерит. Его клинический симптомокомплекс достаточно широко представлен в исследованиях различных авторов [1, 2, 3, 5]. Заболевание начинается с повышения температуры, интоксикации, диареи и повторной рвоты. Указанные симптомы отмечаются у 90% заболевших детей и возникают почти одновременно, чаще в первый день болезни. Лишь у 10% больных диарея и рвота возникают на 2-3-день болезни. Метеоризм наблюдается у 60% больных, боли в животе – 35%. Катаральные явления на слизистых оболочках верхних дыхательных путей,

ротоглотки и конъюнктив также отмечаются с первого дня болезни у 70% детей. Синдром интоксикации характеризуется ухудшением самочувствия, изменением настроения, вялостью, снижением аппетита, развитием бледности кожных покровов, появлением «мраморного» рисунка кожи у детей первого года жизни, приглушением сердечных тонов, систолическим шумом в сердце. Продолжительность интоксикации у 70% детей не превышает трех дней, а у 30% больных может составлять 7 дней и более. Рвота чаще бывает повторной и многократной (85% больных), хотя длительность ее у большинства больных (до 90%) не превышает трех дней от начала заболевания. Температура тела у 65% детей не повышается более 38С, у 35% колеблется от 38,2 до 39,8С. Температурная реакция бывает кратковременной (у 60% детей до трех дней) и более продолжительной (до семи дней у 40% больных). Повышение температуры тела не всегда отмечается при ротавирусном гастроэнтерите, особенно у взрослых. У некоторых больных может быть озноб без повышения температуры. В то же время нередко в разгар заболевания выраженность лихорадочной реакции варьирует (от субфебрильных цифр до 38-39С как у детей, так и у взрослых). Синдром гастроэнтерита характеризуется развитием диареи, снижением аппетита, появлением урчания и болей в животе, тошноты и рвоты. Наиболее типичен для ротавирусного гастроэнтерита обильный водянистый пенный стул желтого или желто-зеленого цвета. У больных с легким течением заболевания стул может быть кашицеобразным. Как правило, патологические примеси в стуле отсутствуют. Боль локализуется преимущественно в верхней половине живота или может быть диффузной, разной интенсивности. Почти всегда она сопровождается громким урчанием в животе [1, 2, 3]. У половины детей частота стула увеличивается до 5 раз в сутки, у 40% - до 10 раз и у 10% - более 10 раз в сутки. Стул носит преимущественно энтеритический (у 80% больных) или энтероколитический (у 20% детей) характер. Примеси зелени и слизи в кале при энтероколитическом синдроме, выявляемом при сочетанном течении РВИ, появляется обычно не ранее 2-3-го дня от начала диареи [1, 3, 5]. В разгар болезни отмечается изменение функционального состояния сердечно-сосудистой системы, чаще у пациентов с более тяжелым течением при наличии сопутствующих заболеваний органов кровообращения. У большинства пациентов наблюдаются тенденция к артериальной гипотензии, тахикардия, глухость сердечных тонов при аускультации. У больных с тяжелым течением заболевания, как правило, возникают обмороки и коллапсы из-за выраженных расстройств гемодинамики, в генезе которых наряду с токсическими воздействиями существенное значение имеет гиповолемия. Потери жидкости и электролитов вследствие рвоты и диареи могут быть значительными и приводят к развитию дегидратации. Клинические проявления дегидратации, как и при других ОКИ, зависят от ее степени выраженности [3, 8]. В связи с возможностью развития осложнений, главным образом циркуляторных расстройств, острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений гомеостаза, при ротавирусном гастроэнтерите выделяют группы больных повышенного риска, в которые включают новорожденных, детей младшего возраста, лиц пожилого возраста, а также больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Описанные в литературе случаи

ротавирусного заболевания с летальным исходом относятся именно к этим группам [3]. Катаральные явления на слизистых оболочках конъюнктив, верхних дыхательных путей и ротоглотки отмечаются почти у 70% больных, причем, как правило, с 1-2-го дня заболевания. У трети этих детей они могут предшествовать развитию кишечных расстройств. Чаще катаральные явления выражены незначительно или умеренно и представлены сочетанием таких симптомов, как гиперемия слизистой оболочки твердого и мягкого неба, небных дужек, миндалин, разрыхленность задней стенки глотки, ринит, конъюнктивит, незначительный суховатый кашель. В литературе имеются сведения о возможности развития отитов у детей раннего возраста из-за способности ротавируса репродуцироваться в эпителиальных клетках барабанной перепонки [1, 2, 3, 5]. У 35% больных детей, переносящих ротавирусный гастроэнтерит, кишечные расстройства могут возникнуть в конце 1-й и на 2-й неделе от начала заболевания. При этом выраженность гипертермии, интоксикации и катаральных явлений к концу 1-й недели может значительно уменьшиться, а появление диареи обычно сопровождается повторным нарастанием температуры тела и интоксикации. Можно полагать, что РВИ у этих детей протекает в виде двух волн - респираторной и кишечной [2]. Гастритическая форма РВИ выявляется у 3-5% детей, преимущественно старше трех лет. При этом отмечаются все основные признаки заболевания, за исключением диареи. Выделение ротавирусного антигена к ротавирусному антигену в сыворотке крови в динамике с нарастанием в 2-4 раза подтверждают диагноз.

Терапия ротавирусной инфекции строилась в основном по патогенетическому принципу на основе патофизиологических представлений о механизме развития диареи, при этом в качестве препаратов неспецифической этиотропной и патогенетической терапии и используются энтеросорбенты, пробиотики, а также препараты, обладающие противовирусным и иммунокорректирующим действием. [2, 4, 5]. В мире довольно широко внедрена специфическая профилактика РВИ (вакцинация). Применяют пероральные моно-, поликомпонентные вакцины Ротарикс или РотаТек и др. с 3-месячного возраста 2-3-кратно [2].

Выводы: Таким образом, ротавирусы – одна из наиболее частых в мире нашей страны причин острых гастроэнтеритов у детей, особенно раннего возраста и их внутрибольничного инфицирования, что диктует необходимость не только фокусирования внимания руководителей здравоохранения и практических врачей на этой проблеме, но и инициации разработки новых подходов к диагностике, терапии, профилактике, уточнении патогенеза заболевания.

Литература

1. Битиева Р.Л. Оценка новых подходов к диагностике и терапии ротавирусной инфекции у детей: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 2007.
2. Горелов А.В., Усенко Д.В. Ротавирусная инфекция у детей (обзор литературы) // Вопр. совр. педиатр. – 2008. – Т. 7, №6 – С. 78-84
3. Зайцева И.А., Цека Ю.С., Дорогойкин Д.Л. Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей: Учебно-метод. Пособие. – Саратов, 2001.
4. Куприна Н.П. и др. Ротавирусная инфекция у детей раннего возраста //Материалы второго Конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей». – М., 2003. – С.101.

5. Тихомирова О.В. Вирусные диареи у детей: особенности клинического течения и тактика терапии // Дет. инфекции .- 2003. - №3. – С. 7-10.

Репозиторий БГМУ