

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология. Возбудитель - Rotavirus из семейства Reoviridae. На данное время описано 4 серовара ротавирусов человека: I, II, III, IV; около 70 % случаев заболеваний вызваны сероваром II. Ротавирусы устойчивы к действию кислот и растворителей жиров.

Эпидемиология. Источник инфекции больной человек или носитель вируса.

Механизм передачи - фекально-оральный, но допускается и воздушно-капельный путь рассеивания возбудителя.

Восприимчивы к ротавирусной инфекции все лица со сниженным иммунитетом. Наиболее часто заболевание выявляется у новорожденных и детей 6-24 мес жизни; значительна заболеваемость и в возрастных группах 1-3 лет. Однако имеются многочисленные указания о вовлечении в эпидемический процесс взрослых, среди которых группами риска являются лица пожилого возраста и больные с тяжелой сопутствующей патологией.

Заболеваемость преимущественно в виде водных и пищевых вспышек, большая часть которых в СССР зарегистрирована в холодное время года (зимне-весенний период). Описаны внутрибольничные вспышки. Спорадические случаи инфекции выявляются в течение всего года. Заболевание регистрируется повсеместно.

Патогенез и патологическая анатомия. Возбудитель ротавирусной инфекции относится к энтеротропным вирусам. Он поражает наиболее дифференцированные адсорбирующие функционально активные клетки апикальных отделов ворсинок тонкой кишки. Гибель этих клеток сопровождается их замещением незрелыми кубовидными клетками крипт, что приводит к снижению основных функций кишечника - переваривания и всасывания. Вместе со снижением активности ряда ферментов щеточной каймы и возникающей гипермоторикой кишечника это приводит к диарее осмотического характера.

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка представлены застойным полнокровием, умеренным серозным отеком и слабо выраженной инфильтрацией лимфоцитами и эозинофильными лейкоцитами. Эпителий тонкой кишки обычно сохранен. Выявляется инфильтрация собственно слизистой оболочки плазматическими клетками, лимфоцитами, в меньшей степени эозинофилами, капилляростаз и застойное полнокровие, нередко - плазморрагии в кишечных ворсинках. Около отдельных кишечных желез развиваются периваскулярные инфильтраты.

Клиническая картина. Инкубационный период варьирует от 15 ч до 3 - 5 сут. Начало острое, иногда внезапное, течение нередко бурное. Первый и ведущий синдром инфекции - гастроэнтерит. Более чем у половины больных заболевание начинается рвотой. Рвота однократная, реже повторная, но в большинстве случаев прекращается уже в первые сутки болезни.

У части больных рвота возникает одновременно с поносом. Позывы к дефекации внезапны, часты, императивны, испражнения носят выраженный энтеритный характер (жидкие, водянистые, зловонные, пенистые), иногда зеленоватого и желто-зеленого цвета. У отдельных больных наблюдается примесь нежной слизи в кале. В самых легких случаях стул кашицеобразный, 1-2 раза в сутки, в тяжелых случаях - холероподобный.

У большинства больных имеют место несильные ноющие или схваткообразные боли с локализацией в эпи- и мезогастрии. Как и при других энтеритах, больных беспокоит громкое, слышное на расстоянии урчание в животе.

К синдрому гастроэнтерита присоединяются симптомы интоксикации, среди которых доминирует слабость, не соответствующая выраженности кишечных симптомов, тем более высоте температуры, которая наблюдается лишь у 20 - 30 % больных и редко превышает субфебрильные цифры. Вместе с тем некоторые больные ощущают познабливание и даже озноб, не сопровождающийся лихорадкой. Возможны головокружение, редко обмороки.

При объективном обследовании слизистые оболочки суховаты из-за больших потерь жидкости со стулом, язык обложен. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации вокруг пупка; при глубокой пальпации - грубое урчание в основном в области растянутой жидким содержимым слепой кишки. Другие отделы толстой кишки безболезненны.

Важнейшей особенностью ротавирусного гастроэнтерита, отличающей его от бактериальных кишечных инфекций, является сочетание у значительного числа больных симптомов гастроэнтерита и интоксикации с поражением верхних дыхательных путей в виде ринита, ринофарингита, фарингита.

В гемограмме в подавляющем большинстве случаев изменений нет, СОЭ нормальная. В первые сутки болезни у некоторых больных возможны небольшой лейкоцитоз и нейтрофилез, в последующем - лейкопения, относительный лимфо- и моноцитоз, иногда - эозинофилия.

Течение заболевания обычно благоприятное, редко продолжается дольше 5 - 7 дней. Летальность, по данным зарубежных авторов, составляет 1 - 4 %.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).