

ПИКОРНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

К пикорнавирусам относятся энтеровирусы - возбудители полиомиелита, Коксаки и ЕСНО. К этой группе принадлежат и недавно описанные калицивирусы.

Среди энтеровирусов гастроэнтериты могут вызывать вирусы Коксаки А 18, 20, 21, 22, 24; ЕСНО 11, 14, 18; возможно, Коксаки В 2, 3, 4 и др. Источник инфекции - больной человек и вирусоносители, число последних чрезвычайно велико, особенно среди детей дошкольного возраста. Во внешнюю среду возбудители поступают с фекалиями и носоглоточным секретом, обеспечивая широкое инфицирование воды, предметов домашнего обихода, продуктов питания и др.

Вопрос о ведущем механизме передачи остается дискуссионным. Актуальны и фекально-оральный, и аэрогенный (в рамках последнего - воздушно-капельный путь).

Контагиозность энтеровирусной инфекции высока, отмечается склонность к большим эпидемическим вспышкам, хотя возможна и спорадическая заболеваемость. Болеют лица всех возрастов, чаще дети.

Клиническая картина включает в себя синдром интоксикации с внезапным повышением температуры тела до 38-39 °С и синдром гастроэнтерита (несильные боли в животе, тошнота, рвота, нечастый, но обильный водянистый стул без патологических примесей, нередко со зловонным запахом и зеленоватого цвета, обычно не чаще 4-6 раз в сутки). При пальпации живота - небольшое вздутие, урчание. У 1/3 больных увеличивается печень.

Течение в подавляющем большинстве случаев нетяжелое, общая продолжительность заболевания 1-3 дня. Прогноз благоприятный.

Энтеровирусная инфекция часто протекает без кишечных проявлений в форме серозных менингитов, энцефалитов, миокардитов и миокардиодистрофий, эпидемической миалгии, герпангины и др.

Калицивирусная инфекция описана впервые в 1980 г. в Японии как причина гастроэнтерита у детей. В последующем появились сведения о вспышках этого заболевания и у взрослых.

Контагиозность инфекции высокая. Инкубационный период - 24-48 ч. Течение непродолжительное, представлено симптомами гастроэнтерита, завершается быстрым выздоровлением.

Диагноз острых кишечных инфекций вирусной природы базируется на клинической картине заболевания (особенно важно сочетание синдромов гастроэнтерита и поражения верхних дыхательных путей), учете эпидемиологических данных и исключении бактериальной природы заболевания.

Для подтверждения вирусной этиологии заболевания проводят следующие вирусологические и серологические исследования:

- 1) обнаружение вируса или вирусного антигена в фекалиях с помощью электронной, в том числе иммуноэлектронной микроскопии; методом иммуноэлектроосмосфореза;
- 2) выделение вируса в культуре клеток из различных биологических субстратов (смывы из зева, фекалии);
- 3) серологические исследования с целью обнаружения специфических противовирусных антител и нарастания их титра в динамике болезни (реакция нейтрализации вируса, реакция подавления гемагглютинации, реакция связывания комплемента, ИФМ, латекс-агглютинация).

Лечение. Лечение больных вирусной диареей принципиально не отличается от комплексной терапии больных другими острыми кишечными инфекциями. Основой лечения является лечебное питание и коррекция ферментной недостаточности желудочно-кишечного тракта. С этой целью назначают полиферментные препараты (полизим, абомин, фестал, панзинорм, панкреатин, мезим, дигестал и др.). Необходима также соответствующая диетотерапия с исключением, а затем ограничением приема молока.

При обезвоживании проводят пероральную регидратацию стандартным глюкозо-электролитным раствором, содержащим бикарбонат. В тяжелых случаях дегидратации проводят регидратационную терапию путем внутривенного введения полиионных растворов в объеме до 3 - 4 л под контролем содержания электролитов в плазме крови и функции почек. При этом учитывают продолжающиеся потери жидкости и солей.

Ввиду неэффективности антибактериальных препаратов при вирусных заболеваниях их назначение нецелесообразно, если нет доказательств присоединения бактериальных осложнений.

Профилактика. Специфическая профилактика вирусных диарей в СССР не разработана. Общие меры профилактики совпадают с таковыми при других кишечных инфекциях и дополняются мерами предупреждения распространения инфекции воздушно-капельным путем.

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).