

*В. Р. Гайдей<sup>1</sup>, А. І. Савчук<sup>1</sup>, П. С. Малахов<sup>2</sup>, С. Я. Лаврюкова<sup>3</sup>, Н. С. Пастерниченко<sup>3</sup>,  
О. В. Козишкурт<sup>4</sup>*

## ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОТАВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТИВ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ

<sup>1</sup> Кафедра дитячих інфекційних хвороб ОНМедУ

<sup>2</sup> Одеська міська санітарно-епідеміологічна станція

<sup>3</sup> Одеська міська інфекційна лікарня

<sup>4</sup> Кафедра загальної та клінічної епідеміології та біобезпеки ОНМедУ

**Реферат.** В. Р. Гайдей, А. І. Савчук, П. С. Малахов, С. Я. Лаврюкова, Н. С. Пастерниченко, О. В. Козишкурт. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РОТАВИРУСНЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ. В работе представлен клинико-эпидемиологический анализ вспышки ротавирусной инфекции, возникшей в Одесском регионе зимой 2000-2001 гг. Отмечены особенности дифференциальной диагностики, которая проводилась при постановке диагноза больным ротавирусным гастроэнтеритом.

**Ключевые слова:** ротавирусный гастроэнтерит, дифференциальная диагностика.

**Реферат.** В. Р. Гайдей, А. І. Савчук, П. С. Малахов, С. Я. Лаврюкова, Н. С. Пастерниченко, О. В. Козишкурт. ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОТАВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТИВ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДАНИХ. В роботі представлений клініко-епідеміологічний аналіз вогнища рота вірусної інфекції, що виникло в Одеському регіоні взимку 2000-2001 рр. Відзначені особливості диференційної діагностики, що проводилась при постановці діагнозу хворим на ротавірусний гастроентерит.

**Ключові слова:** ротавірусний гастроентерит, диференційна діагностика.

**Summary.** V. R. Gaidei, A. I. Sauchuk, P. S. Malachov, S. Ya. Lavryukova, N. S. Pasternichenko, O. V. Kozishkurt. **PECULIARITIES OF ROTAVIRAL GASTROENTERITIS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH DUE REGARD TO CLINICAL - AND - EPIDEMIOLOGICAL DATA.** Clinical - and - epidemiological analysis of rotaviral gastroenteritis outbreak in Odessa region in winter 2000-2001 has been done. Diagnostic peculiarities of the disease under discussion are described.

**Key words:** rotaviral gastroenteritis, differential diagnosis.

**Вступ.** Ротавірусний гастроентерит (РГ) – гостре інфекційне захворювання, схильне до епідемічного поширення, клінічні прояви якого нагадують гастроентерит, при якому повторна блювота поєднується з характерним стільцем, типовими змінами слизової оболонки ротоглотки, вираженою слабкістю та короткочасною лихоманкою. В Україні питома вага РГ в структурі гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей з року в рік зростає. Різке підвищення захворюваності на РГ реєструється у зимовий період і особливо тривало утримується на високому рівні у віковій групі 1–3 роки. Продовжують реєструватись спалахи РГ із залученням до епідемічного процесу великої кількості людей різних вікових груп, що обумовлює існування загрози виникнення нових спалахів та вказує на актуальність цієї інфекції [1-4].

**Ціллю** представленої роботи стало вивчення клініко-епідеміологічних особливостей епідемічного спалаху ротавірусної інфекції в м. Одесі.

**Матеріали та методи дослідження.** Були використані історії хвороб (ф. 003/у, ф. 112/о) та амбулаторні карти (ф. 025/у) 2939 хворих на ГКІ жителів Одеської області (у тому числі 2550 жителів міста), що захворіли з середини грудня 2000 по 20.02.2001 року під час епідемічного спалаху.

**Результати роботи та їх обговорення.** Перші випадки захворювання не діагностувались і розцінювались як ГКІ не в'ясної етіології. Клініко-епідеміологічний аналіз показав, що епідемічний спалах розвивався швидкими темпами, з втягненням великої кількості осіб, що були в контакті. У більшості хворих захворювання перебігало легко і вони не завжди зверталися за медичною допомогою.

Із 2939 хворих на ГКІ жителів області захворіло 2114 дітей, у тому числі 1775 – в м. Одесі. З них 1073 дитини було госпіталізовано в Одеську міську клінічну інфекційну лікарню. Зі вказаної кількості госпіталізованих дітей 678 було віднесено до групи, що часто хворіють, в анамнезі яких на протязі року відзначалось 5 та більше випадків гострих інфекційних вірусних захворювань (ГРВІ), ангіни та інші інфекційні захворювання), а також загострення хронічних процесів в рото- та носоглотці.

За нашими спостереженнями, на РГ хворіли люди різного віку, головним чином, діти від 6 місяців до 4 років. За віком діти розподілялись наступним чином: до 6 місяців - 13,7%, від 6 місяців до 1 року - 21,1%, від 1 до 3 років - 37,7%, старше 3 років - 27,6% осіб. Хлопчиків та дівчаток було порівну.

За клініко-епідеміологічними даними та даними лабораторних досліджень (виділення антигену ротавірусу у фекаліях і наростання титру антитіл у 4 та більше рази у динаміці хвороби) РГ був діагностований у 15,8% захворілих; мікст-інфекція (РГ та *St.aureus*, РГ та *Pr. mirabilis*, РГ та *Ps. aeruginosa* РГ та інші умовно-патогенні збудники) – в 5,5%; сальмонельозом захворіло 5,0% осіб, дизентерією – 7,4%, стафілококовим

ентероколітом – 15,7%, ентероколітом протейної етіології – 6,7%. У 43,9% етіологію захворювання встановити не вдалося. Диференційний діагноз у обстежуваних хворих з РГ був проведений з рядом захворювань, які насамперед супроводжувались синдромом гастроентериту. Але слід відзначити, що при гастроентериті немає ознак, абсолютно патогномонічно пов'язаних з тим або іншим етіологічним фактором захворювання, а його клінічні прояви, в більшості випадків, залежать від форми та важкості процесу. Тому диференційний діагноз спорадичних випадків, особливо легких та стертих представляє собою значні труднощі, а вирішальна роль в заключній діагностиці належить лабораторним дослідженням.

При аналізі спалаху чітко виявляються також такі характерні особливості РГ, як зимова сезонність, висока контагіозність та схильність до швидкого поширення захворювання.

При постановці діагнозу виключалась можливість інших ГКІ: гастроінтестинальної форми сальмонельозу, холери, НАГ-інфекції, викликані галофільними вібріонами, гострої дизентерії, ешеріхіозів, харчових токсикоінфекцій, викликаних умовно-патогенними збудниками, а також гастроентеритів при адено-, норо- та ентеровірусній інфекціях.

На відміну від РГ для гастроінтестинальної форми сальмонельозу характерна виражена лихоманкова реакція, дифузні болі по всьому животу або пальпаторна болючість живота в епігастрії, навколо пупка та в ілеоцекальній ділянці (так званий сальмонельозний трикутник). Стілець, як правило, водянистий, коричневого, або темно-зеленого кольору з домішками слизу та крові.

Внаслідок інтоксикації у хворих на сальмонельоз часто виявляються клініко-лабораторні ознаки різного ступеня порушень серцево-судинної системи, втягнення в патологічний процес підшлункової залози, печінки, ЦНС, нирок. В розпал хвороби виявляються судоми в крупних м'язах рук, ніг, спини. Характерні зміни у формулі крові: лейкоцитоз з нейтрофілозом та зсувом вліво при нормальній або незначно підвищеній ШОЕ. При сальмонельозі слизова оболонка зіву та задньої стінки глотки не змінюється, що спостерігається при РГ. В початковій стадії хвороби, особливо при наявності у хворих на РГ свіжого стільця може виникнути необхідність диференційного діагнозу з холерою. В таких випадках слід насамперед врахувати епідеміологічний анамнез (проживання у ендемічному районі, загальна епідемічна ситуація), а також те, що холера відзначається більш важким перебігом з високою долею важких форм, які супроводжуються важким зневодненням організму (Ш-IV ступеня), що приводить без лікування до високої летальності. При РГ зневоднення Ш-IV ступеня розвивається дуже рідко (5-6% переважно у дітей). Крім того, для холери не характерні самостійні болі животі, нудота, лихоманка. Здуття живота (внаслідок порезу кишківника) розвивається в пізні терміни хвороби, відсутнє шумне гурчання в кишківнику, а також катаральні зміни слизової оболонки зіву та задньої стінки глотки з характерною зернистістю.

Ураження кишківника при гострій дизентерії на відміну від РГ характеризується розвитком переважно колітичного синдрому і при типовому її перебігу диференційний діагноз не представляє суттєвих ускладнень. Диференційними ознаками служать схваткоподібні болі у животі з локалізацією у пахвинних ділянках, більше зліва. Після дефекації хворі не відчувають полегшення. Стілець частий (до 15-20 разів на добу та більше), напіврідкий або рідкий в перші години захворювання, в подальшому втрачає каловий характер, стає скудним, складається з густого слизу та домішок крові, а деколи - гною ("ректальний плювок"). При ректороманоскопії виявляються різні форми (від катаральних, катарально-геморагічних до фіброзно-виразкових змін) проктосигмоїдиту. В копрограмі лейкоцити та еритроцити у великій кількості.

В окремих випадках РГ необхідно диференціювати від гастроентеритів, викликаних ентеропатогенними ешеріхіями (ешеріхіозами). Результати отриманих на даний час клінічних спостережень дозволяють у дорослих хворих виділити деякі диференційно-діагностичні симптоми. Для ешеріхіозів на відміну від РГ найбільш характерний груповий характер захворювання: лихоманкова реакція при незначній вираженості ознак інтоксикації, блювоти та нудоти, локалізація болі переважно у нижніх відділах живота, особливо у ділянці сигмовидної кишки, що свідчить про втягнення у процес товстого кишківника, наявність несправжніх позивів, часте виявлення у випорожненнях хворих домішок слизу та крові, вогнищевих змін слизової оболонки товстого кишківника, що виявляються при ректороманоскопії.

Іншими словами, дані захворювання можуть перебігати як нетяжкі форми сальмонельозів, а також дизентерії, що необхідно враховувати при диференційній діагностиці з РГ. Слід також згадати нечасте у практиці поєднання РГ з ешеріхіозом, коли прояви запального процесу при участі вірусів в кишківнику приводить до загострення або приєднання бактеріальної інфекції. При цьому клінічні прояви ешеріхіозу виявляються вже слідом за розвитком клініки РГ.

В окремих випадках аналогічно РГ можуть протікати гастроінтестинальні форми ієрсиніозу. При цьому поряд з гастроентеритом у хворих з перших днів хвороби також можуть бути легкі катаральні явища в носоглотці, дифузна гіперемія м'якого та твердого піднебіння, дуг, мигдалини. Але ієрсиніоз звичайно починається з інтоксикації, високої (до 38-39°C) лихоманки, що триває до 5-7 днів та супроводжується ломотою в м'язах та кістках, пітливістю. Потім з'являються постійні або приступоподібні болі в животі з локалізацією в епігастральній області або навколо пупка, деколи у правій пахвинній ділянці (у 50% хворих доволі сильні), де пальпаторно виявляються локальна болючість та гурчання. Стілець до 15-20 разів, рідкий, в'язкий, зловонний, деколи зелений, часто з домішками слизу, рідше крові. Можуть бути тенезми, несправжні позиви. Обкладений з перших днів хвороби язик у хворих ієрсиніозом в послідовному стає "малиновим". Печінка збільшена часто, селезінка рідше. В крові лейкоцитоз  $15 \times 10^9/\text{л}$  і більше, ШОЕ прискорена до 40-45 мм/год. Важливим диференційно-діагностичним критерієм є дрібно точкові або дрібно плямисті шкірні висипання, симетричні, які локалізуються на тулубі, кінцівках, часто яскраво червоного кольору, набряклі. Висип - деколи перша ознака хвороби. Можуть відзначатися болі у суглобах рук та їх припухлість, гіперемія. Загальна тривалість хвороби до 2 тижнів та більше.

Можливі загострення та рецидиви. Важливі також дані епідеміологічного анамнезу. Іерсиніоз, як правило, виникає при вживанні свіжих овочів (особливо капусти) та некип'яченого молока.

Гастроентерит у окремих хворих з аденовірусною інфекцією відрізняється від РГ поліморфізмом клінічної картини, насамперед вираженістю катаральних симптомів (риніт, фарингіт, тонзиліт, бронхіт) з катаральним ексудативним компонентом, їх тривалістю (до 1-4 тижнів) при слабкій або помірній інтоксикації, але високій лихоманці, характерним ураженням кон'юнктиви у вигляді катарального, рідше фолікулярного або плівкового кон'юнктивіту, збільшенням лімфатичних вузлів (переважно підщелепних або шийних), печінки, рідше селезінки. Важливо врахувати, що клінічна картина хвороби розвивається на протязі 2-3 днів. При ентеровірусних захворюваннях, викликаних вірусами Коксакі та ЕСНО, у ряді випадків також можуть розвиватися ентерити та гастроентерити. На відміну від РГ в даних випадках може спостерігатися сезонність захворювання (літньо-осіння), а також наявність у клініці крім гастроентериту, багатьох властивих для ентеровірусної інфекції симптомів. Початок хвороби гострий (без продрому), з головною білью, болями в очах та м'язах. Характерний зовнішній вигляд хворого, склерит, кон'юнктивіт, гіперемія шкіри обличчя та шиї. Печінка збільшена (з 3-4 дня хвороби), відзначається поліаденопатія. Крім того, можуть виникати екзантеми різного характеру, герпетична ангіна, менінгеальний синдром. Лихоманка тривала (до 2 тижнів). В периферичній крові відзначається лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво при нормальній ШОЕ.

#### **Висновки**

1. При проведенні диференційного діагнозу слід враховувати такі характерні особливості РГ, як зимова сезонність, висока контагіозність та схильність до швидкого поширення захворювання.

2. Слід відзначити, що диференційна діагностика РГ з іншими гострими кишковими захворюваннями повинна включати сучасний комплекс лабораторно-діагностичних досліджень, без яких встановити діагноз тільки на підставі клінічних даних не є можливим.

3. Клінічний досвід з диференційної діагностики РГ впевнено свідчить, що не дивлячись на наявні складності, достатня насторога лікаря по відношенню до можливості даного захворювання, при правильній оцінці клініко-епідеміологічних особливостей в кожному конкретному випадку, дозволяє відмежити РГ від подібних з ним захворювань.

#### **Література**

1. Респираторный синдром у детей, больных ротавирусным гастроэнтеритом / Боковой А. Г., Карпович Л. Г. Евреинова Е. Э. [и др.] // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2000. - № 4 – С. 23 - 26.
2. Клинико-иммунологические аспекты ротавирусной инфекции у детей / Григорович М. С, Бондаренко А. Л., Зайцева Г. А. [и др.] // Эпидемиол. и инфекц. болезни. - 1999. - № 6. - С. 34 - 38.
3. Букринская А. Г. Ротавирусная инфекция / А. Г. Букринская, Н. М. Грачева, В. И. Васильева. - М.: Медицина, – 1989. – 112 с.
4. Ющук Н. Д. Ротавирусный гастроэнтерит / Н. Д. Ющук, В. П. Машилов. - М.: Медицина, 1990. – 86 с.

Работа поступила в редакцию 15.01.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования