

Профилактика ротавирусных заболеваний

Источником ротавирусной инфекции является только человек — больной манифестной формой или вирусоноситель.

Инкубационный период ротавирусной инфекции длится от 12 ч до 7 дней (чаще 1—2 дня). *Ротавирусы* в фекалиях заболевших появляются с возникновением клинических симптомов — диареи (поноса). Возбудитель выделяется с испражнениями до 3 недель (чаще 5—6 первых дней болезни). В течение первых 5—6 дней заболевания в 1 г испражнений больных содержится максимальное количество возбудителя (до 10^9 – 10^{11} вирусных частиц), в последующем выделение вируса по мере нормализации стула резко сокращается. У отдельных больных период выделения вируса может продолжаться до 20–30 дней и более. Лица без клинических проявлений заболевания могут выделять **ротавирусы** в течение нескольких месяцев. При обследовании практически здоровых людей носительство ротавирусов составляет 1%, среди контактных лиц в квартирных очага — 10% и 36% среди контактных во время вспышек. Примерно в 30% случаев у грудных детей заболевание может протекать бессимптомно, что связывают с наличием антивирусных антител в грудном молоке (молозиве). Достоверных сведений о животных как **источников ротавирусной инфекции** для людей в естественных условиях нет. **Заражение человека ротавирусной инфекцией** происходит с помощью фекально-орального механизма передачи возбудителя. Человек инфицируется пищевым, контактно-бытовым, водным путями. Не исключена возможность распространения инфекции воздушно-капельным путем. В некоторых случаях отмечают вертикальную передачу (трансплацентарно) от матери плоду. На возможность контактно-бытовой **передачи ротавирусной инфекции** у детей указывает особенно частое обнаружение ротавирусов на игрушках, мебели, инвентаре в детских учреждениях. Такая высокая обсемененность объектов внешней среды и, по-видимому, небольшая инфицирующая доза объясняют легкость передачи вируса контактно-бытовым путем. Нередко данный **путь передачи ротавирусной инфекции** реализуется при участии медицинского персонала и лиц, ухаживающих за больными детьми. Этому способствуют высокая восприимчивость ослабленного организма (особенно невысокая инфицирующая доза), высокая устойчивость вируса во внешней среде, несоблюдение личной гигиены. **Ротавирусы** обнаруживаются в воде рек, озер, морей, в подземных водах. Целенаправленные исследования воды показывают на наличие ротавирусов разных сероваров в питьевой воде в ряде случаев как до, так и после ее очистки и хлорирования. Попадание необезвреженных сточных вод на поверхность почвы и в открытые водоемы может приводить к инфицированию не только при использовании воды для питья и при купании, но и при мытье пищевых продуктов, посуды. Пищевые продукты могут быть **инфицированы ротавирусной инфекцией** лицами — носителями (больными), занятыми приготовлением пищи, при нарушении личной гигиены и санитарно-технологических правил приготовления пищи. Так, при лабораторном обследовании готовых продуктов питания (молочных, мясных, овощных) P. Ferrante с коллегами выделил ротавирусы в 13—32% случаев. Имеются сообщения о находках ротавирусов в морепродуктах. Воздушно-капельный **путь передачи ротавирусной инфекции** лабораторным путем не доказан. Возможность реализации воздушно-капельного или воздушно-пылевого путей передачи носит предположительный характер. Хотя ряд авторов пришел к выводу о возможности распространения ротавирусов воздушно-капельным путем на основании того, что вирус удается выделить из верхних дыхательных путей, У детей, страдающих гастроэнтеритами и одновременно имеющих поражения верхних дыхательных путей, в 76,3% случаев удавалось обнаружить геном РНК ротавируса в носоглоточных смывах (при отрицательных результатах у детей контрольной группы). Имеются и эпидемиологические данные о возможности воздушно-капельной передачи. Среди маленьких ослабленных детей, учитывая устойчивость ротавирусов во внешней среде, не исключается воздушно-пылевая передача возбудителя за счет формирования вторичного аэрозоля. Как и при других ОКИ (острых кишечных инфекциях), **профилактика ротавирусных гастроэнтеритов** включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий, в частности соблюдение санитарных норм водоснабжения, канализации, питания, правил личной гигиены. Однако высокая

контагиозность данной инфекции делает эти мероприятия малоэффективными. Комиссия ВОЗ по диарейным заболеваниям считает приоритетным направлением разработку и **внедрение ротавирусных вакцин**. ВОЗ поддерживает идею массовой вакцинации новорожденных этими вакцинами, в особенности в развивающихся странах. Однако, по-видимому, включение ротавирусной вакцины в национальные графики детской иммунизации будет проходить поэтапно, исходя из эпидемической и экономической ситуации в конкретной стране. В настоящее время в ряде стран разрабатываются и апробируются **вакцины против ротавирусной инфекции**, но лицензирована пока только одна — ротавирусная оральная тетра-валентная вакцина (RRV-TV, США). Опыт применения RRV-TV- вакцины в развитых странах показал, что при введении детям до 2 лет она эффективно защищает от возникновения тяжелой ротавирусной диареи. Курс вакцинации состоит из трехкратного (с интервалом в 4 недели) закапывания в рот жидкой вакцины, что можно сочетать с одновременным введением других вакцин детского календаря: АКДС, живых или инактивированных полиовакцин, вакцин против гемофильной (тип В) инфекции и гепатита В. Целесообразность вакцинации оправдана также возможностью воздушно-капельной передачи. **Противоэпидемические мероприятия при ротавирусной инфекции** проводятся как при других ОКИ. Больные должны быть изолированы. При легких формах болезни они могут оставаться дома под наблюдением врача, если обеспечивается лечение и достаточная изоляция. Проводится текущая дезинфекция (обеззараживание выделений больного, кипячение посуды, нательного и постельного белья, предметов ухода за больными). В случае госпитализации больного в очаге проводят заключительную дезинфекцию. **Реконвалесценты** — дети, работники детских учреждений, пищевых предприятий, выписанные из стационара (или после лечения на дому), подлежат в течение одного месяца диспансерному наблюдению с постоянным осмотром стула. Необходимость лабораторного обследования переболевших детей определяется педиатром (при появлении клинических симптомов заболевания) и эпидемиологом (с учетом конкретной эпидемической ситуации).