

УДК 616.34-022.36:578.823.91]-074/.76-053.2

БЕЛАН Ю.Б.<sup>1</sup>, ПОЛЯНСКАЯ Н.А.<sup>2</sup>, ЛОБОВА Е.Ф.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, кафедра детских инфекционных болезней, Россия

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, кафедра госпитальной педиатрии, Россия

## КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С МИКСТ-ВАРИАНТОМ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Резюме. Актуальность.** Ротавирусная инфекция является актуальной проблемой практического здравоохранения и ведущей причиной вирусных диарей у детей раннего возраста [1]. У детей грудного возраста ротавирусная инфекция может протекать в виде сочетанных форм, и ведущее место часто принадлежит условно-патогенной флоре [4]. Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности и катамнез детей, перенесших острый микст-вариант ротавирусной инфекции.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 31 пациента в возрасте от 1 до 34 месяцев с оценкой: анамнестических сведений о заболевании, клинического состояния, данных лабораторных и иммунологических методов исследования, проведенной терапии. Исследование носило ретроспективный характер по типу «случай — контроль». Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью применения пакета прикладных программ Statistica 6.0 StatSoft Inc.

**Результаты.** По данным проведенного бактериологического исследования, у 31 (22,1 %) ребенка с ротавирусной инфекцией были выделены микроорганизмы условно-патогенной флоры. У всех обследованных детей отмечался синдром интоксикации в виде вялости, снижения или отсутствия аппетита, повышения температуры тела. На момент госпитализации детей в стационар поражение органов пищеварения характеризовалось рвотой, диареей, метеоризмом, урчанием и эквивалентами, характерными для болей в области живота, в виде беспокойства и крика. При микст-варианте ротавирусной инфекции во всех случаях наблюдалось поражение тонкого отдела кишечника, которое чаще сочеталось с поражением желудка, реже — толстого отдела кишечника. Интенсивность поражения того или иного отдела желудочно-кишечного тракта оценивалась также при анализе данных копрограммы. Катамнестическое наблюдение проводилось с целью определения основных жалоб пациентов и длительности персистенции ротавируса в период реконвалесценции у детей, перенесших острый микст-вариант ротавирусной инфекции. Диспансерное наблюдение выполнялось в течение трех месяцев после начала заболевания. Определение антигена ротавируса в копрофильtrate осуществлялось методом иммуноферментного анализа на 14-й день, а также через 1, 2 и 3 мес. от начала заболевания.

**Выводы.** 1. При микст-варианте ротавирусной инфекции во всех случаях наблюдалось поражение тонкого отдела кишечника, которое чаще сочеталось с поражением желудка, реже — толстого отдела кишечника. 2. Катамнестическое наблюдение детей после перенесенного микст-варианта ротавирусной инфекции необходимо проводить в течение трех месяцев, так как в этот период сохраняются как общие жалобы, так и жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта не только у детей, которые продолжают выделять антиген ротавируса, но и у детей без выделения антигена ротавируса.

**Ключевые слова:** дети, ротавирусная инфекция, микст-вариант, клиническая картина, катамнез.

Ротавирусная инфекция (РВИ) является актуальной проблемой практического здравоохранения и ведущей причиной вирусных диарей у детей раннего возраста [1]. ВОЗ регистрирует ежегодно среди детей до пяти лет два миллиона эпизодов тяжелых форм ротавирусной инфекции [2]. РВИ характеризуется длительной персистенцией и вирусывыделением реконвалесцентами и носителями, а также высокой вероятностью повторного заражения [3]. У детей грудного возраста РВИ может протекать в виде сочетанных форм, при которых ведущее место часто принадлежит условно-патогенной флоре (УПФ) [4].

**Цель исследования:** изучить клинико-лабораторные особенности и катамнез детей, перенесших острый микст-вариант ротавирусной инфекции.

Адрес для переписки с авторами:  
Полянская Наталья Александровна  
E-mail: polyansknatalya@yandex.ru

© Белан Ю.Б., Полянская Н.А., Лобова Е.Ф., 2015

© «Актуальная инфектология», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

## Материалы и методы

Данное исследование проводилось в отделении кишечных инфекций детского инфекционного стационара БУЗОО ГКБ № 1 имени А.Н. Кабанова г. Омска, являющегося специализированной клиникой, куда госпитализируются дети из всех районов города Омска и области с диагнозом острой кишечной инфекции.

Критерии включения больных в исследование: наличие клиники кишечной инфекции вирусной этиологии; возраст от 1 мес. до 3 лет; обращение за медицинской помощью в 1–2-й день заболевания; отсутствие у больных хронической патологии и врожденных пороков развития со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Критерии исключения: возраст детей старше 3 лет; обращение за медицинской помощью позднее 3-го дня от начала заболевания; наличие хронической патологии и врожденных пороков развития со стороны органов ЖКТ; применение до поступления в стационар иммунокорректирующих средств.

На каждого ребенка составлялась информационная карта с оценкой: анамнестических сведений о заболевании, клинического состояния ребенка, данных лабораторных и иммунологических методов исследования, проведенной терапии.

Данное исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Исследование носило ретроспективный характер по типу «случай — контроль».

Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью применения пакета прикладных программ Statistica 6.0 StatSoft Inc. При статистической обработке данных учитывались тип распределения показателей, мощность использованных критериев. Вычислялись средние значения параметров (M), стандартная ошибка среднего (m), доверительный интервал (95% ДИ). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании был равным 0,05.

## Результаты

По данным проведенного бактериологического исследования у 31 (22,1 %) ребенка с ротавирусной инфекцией были выделены микроорганизмы УПФ. Средний возраст детей исследуемой группы составлял

9,7 мес. (1–34 мес.). Наиболее часто сочетание РВИ с УПФ встречалось у детей в возрасте 1–12 мес., однако статистически значимых различий состава возбудителей в зависимости от возраста выявлено не было. Состав условно-патогенных микроорганизмов, выявленных при бактериологическом исследовании у детей с микст-вариантом РВИ, в зависимости от возраста представлен в табл. 1.

У всех детей (31 — 100 %) исследуемой группы заболевание начиналось остро. Дети госпитализировались в стационар в среднем на 2-е сутки от начала заболевания. По шкале Vesikari легкая степень тяжести отмечалась у 7 детей, средняя степень тяжести — у 19, тяжелая с развитием эксикоза 2-й степени — у 5.

Для всех детей, поступивших в состоянии эксикоза, были характерны следующие клинические признаки: вялость, бледность и сухость кожных покровов, жажда или отказ от питья, умеренное западение родничка, олигурия, всем детям с целью дезинтоксикации и регидратации была проведена инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами.

На грудном вскармливании находилось 11 (35,5 %) детей, на искусственном, адаптированными молочными смесями, — 15 (48,4 %), на смешанном — 5 (16,1 %) детей.

При поступлении у всех детей отмечался синдром интоксикации в виде вялости, снижения или отсутствия аппетита, повышения температуры тела.

Подъем температуры тела до субфебрильных цифр (37,1–38,0 °C) в первый день от начала заболевания регистрировался у 11 (35,5 %) детей, до фебрильных (38,1–39,0 °C) — у 17 (54,8 %) детей. Характеристика температуры тела у детей с микст-вариантом РВИ в зависимости от дня заболевания представлена в табл. 2.

В первые сутки заболевания у детей преимущественно отмечалась фебрильная температура тела ( $p = 0,002$ ), снижение температуры тела до субфебрильных цифр регистрировалось на 2-й и 3-й день от начала заболевания ( $p = 0,000$  и  $p = 0,000$  соответственно).

На момент поступления детей в стационар поражение органов пищеварения характеризовалось рвотой, диареей, метеоризмом, урчанием и эквивалентами, характерными для болей в области живота, в виде беспокойства и крика.

Таблица 1. Представители УПФ у детей с микст-ротавирусной инфекцией

Возбудитель	Возраст детей		
	1–12 мес.	13–24 мес.	25–36 мес.
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	14	1	–
<i>Pseudomonas aeruginosae</i>	2	–	–
<i>Citrobacter amalanaticus</i>	2	2	2
<i>Escherichia coli</i>	2	–	–
<i>Enterobacter cloacae</i>	3	–	–
<i>Proteus vulgaris</i>	–	2	–
<i>Proteus mirabilis</i>	1	–	–

Рвота у дітей с микст-вариантом РВИ в перший день захворювання відсутствовала у 9 (29 %) дітей, у 6 (19,4 %) дітей відзначалась однократно, у 13 (41,9 %) дітей частота епізодів складала до 6 раз, у 3 (9,7 %) — 10 раз. Уменьшение частоты епізодів рвоти у дітей досліджуваної групи відзначалось на 2-й і 3-й день від початку захворювання ( $p = 0,000$  і  $p = 0,006$  відповідно).

Дисфункція кишечника відзначалась у всіх дітей с першого дня захворювання в формі частого рідкого стільця. Частота дефекацій в перший день захворювання у 14 дітей не перевищала 5 раз в сутки, у 11 дітей — 6–10 раз в сутки і у 6 дітей — більше 10 раз. Уменьшение частоты дефекацій у групи дітей с микст-вариантом РВИ відзначалось на 2, 4 і 7-й день від початку захворювання ( $p = 0,003$ ,  $p = 0,002$  і  $p = 0,009$  відповідно).

По характеру стільця у досліджуваної групи дітей в перший день захворювання був водянистим у 19 (61,3 %) дітей, рідко-кашицеобразним — у 11 (35,5 %), із патологічних компонентів копрограмми у 15 (48,4 %) дітей відзначалась слизь, явлення гемоколита були не характерні. Нормалізація консистенції стільця до густо-кашицеобразного відзначалась у більшості дітей на 7-е сутки від початку захворювання ( $p = 0,007$ ).

Еквіваленти болей в животі в формі крику, безсоння, порушення сну, відмови від грудей матері в перший день захворювання зустрічались у 12 дітей, при пальпації живота відзначались вздутие, урча-

ние по ходу кишечника, умеренная болезненность в околопупочной области, эти признаки достоверно реже наблюдались на 2-й день от начала заболевания ( $p = 0,007$ ).

При анализе показателей периферической крови у детей с микст-вариантом РВИ на момент поступления и выписки из стационара были выявлены достоверные различия по следующим показателям: скорость оседания эритроцитов ( $p = 0,001$ ), палочкоядерные нейтрофилы ( $p = 0,000$ ), сегментоядерные лейкоциты ( $p = 0,000$ ), лимфоциты ( $p = 0,001$ ). Данные показатели периферической крови у детей с микст-вариантом РВИ представлены в табл. 3.

На основании клинических симптомов заболевания у детей с микст-вариантом РВИ были выявлены следующие синдромы поражения желудочно-кишечного тракта: гастроэнтерит — у 14 детей, гастроэнтероколит — у 7, энтерит — у 9 детей и энтероколит — у 1 ребенка. При микст-варианте РВИ во всех случаях наблюдалось поражение тонкого отдела кишечника, которое чаще сочеталось с поражением желудка, реже — толстого отдела кишечника. Интенсивность поражения того или иного отдела ЖКТ оценивалась также при анализе данных копрограммы: в исследуемой группе значительное количество слизи отмечалось у 5 детей, увеличение количества лейкоцитов — у 7 человек, нейтральный жир — у 14, непереваренная клетчатка — у 8, йодофильные бактерии — у 11, крахмал — у 9 детей.

**Таблица 2. Температура тела у детей при микст-варианте РВИ в зависимости от возраста и дня заболевания**

Дни болезни	38,1–39,0 °С		37,1–38,0 °С	
	Абс.	%	Абс.	%
1-й	17	54,8*	11	35,5
2-й	9	29	15	48,4*
3-й	3	9,7	15	48,4*
4-й	0	0	5	16,1

**Примечание:** \* — достоверность показателей  $p < 0,05$  между фебрильной и субфебрильной температурой тела.

**Таблица 3. Показатели периферической крови у обследованных детей с микст-вариантом РВИ (М; 95%ДИ)**

Показатели	При поступлении (n = 31)	При выписке (n = 31)
Лейкоциты ( $10^9/л$ )	9,6 (7,6; 11,6)	7,7 (6,5; 8,9)
Гемоглобин (г/л)	121,5 (117,5; 125,4)	122,1 (117,2; 127,1)
СОЭ (мм/ч)	8,2 (5,3; 11,2)	3,6 (2,9; 4,4)*
Эозинофилы (%)	0,7 (0,20; 1,14)	1,3 (0,64; 1,87)
Палочкоядерные нейтрофилы (%)	4,4 (2,9; 5,7)	1,2 (0,54; 1,97)*
Сегментоядерные нейтрофилы (%)	46,4 (40,1; 52,7)	31,7 (27,0; 36,3)*
Лимфоциты (%)	41,2 (34,5; 47,8)	54,7 (50,4; 58,9)*
Моноциты (%)	7,8 (6,1; 9,5)	10,5 (8,3; 12,7)

**Примечание:** \* — достоверность отличия показателей  $p < 0,05$  между данными анализа крови при поступлении в стационар и на момент выписки.

Таблица 4. Состав возбудителей при микст-варианте РВИ

Возбудитель	Общее число случаев микст-инфекции (n = 19)	
	Абс.	%
Ротавирус + <i>Kl. pneumoniae</i>	9	47,4
Ротавирус + <i>Ps. aeruginosae</i>	1	5,3
Ротавирус + <i>Citr. amalanaticus</i>	2	10,5
Ротавирус + <i>E. coli</i>	1	5,3
Ротавирус + <i>E. cloacae</i>	2	10,5
Ротавирус + <i>Pr. vulgaris</i>	2	10,5
Ротавирус + <i>Pr. mirabilis</i>	2	10,5
Всего	19	100

Катамнестическое наблюдение проводилось с целью определения основных жалоб пациентов и длительности персистенции ротавируса в период реконвалесценции у детей, перенесших острый микст-вариант РВИ. Диспансерное наблюдение выполнялось в течение трех месяцев после начала заболевания. Определение Ag ротавируса в копрофильtrate осуществлялось методом иммуноферментного анализа на 14-й день, а также через 1, 2 и 3 мес. от начала заболевания. Средний возраст детей с перенесенным микст-вариантом РВИ составлял  $9,8 \pm 17,6$  мес. Микст-вариант РВИ был обусловлен преимущественно УПФ, состав которой представлен в табл. 4.

В первый месяц диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими микст-вариант РВИ, родители предъявляли следующие жалобы: снижение аппетита — в 78,9 % случаев, астенический синдром в виде быстрой утомляемости, слабости — в 63,1 %. Со стороны ЖКТ в 52,6 % случаев у детей отмечалась тошнота после приема пищи, рвота наблюдалась у 2 детей, боли в околопупочной области или их эквиваленты периодически регистрировались в 73,6 % случаев, метеоризм — в 89,4 %, дисфункция кишечника в виде неоформленного стула — в 94,7 %, при этом частота стула не превышала 2–3 раз в сутки.

В течение 2-го месяца наблюдения после перенесенного микст-варианта РВИ родители продолжали отмечать сниженный аппетит у детей в 68,4 % случаев, быстрая утомляемость наблюдалась только у 2 детей. Жалобы диспептического характера наблюдались редко. Тошнота после приема пищи отмечалась у 5 детей, метеоризм — у 2 детей. Преимущественно сохранялись жалобы на боли непостоянного характера в области живота в 31,6 % случаев, а также на неустойчивый стул, чередующийся с запорами, который отмечался в 84,2 % случаев.

Купирование большинства основных жалоб отмечалось к концу 1-го месяца наблюдения, ко 2-му месяцу наблюдения реже регистрировались астенический синдром в виде повышенной утомляемости ( $p = 0,001$ ), метеоризм ( $p = 0,000$ ), боли в животе непостоянного характера ( $p = 0,001$ ), неустойчивость стула у 1/3 наблюдаемых детей ( $p = 0,008$ ).

В течение 3-го месяца наблюдения после выписки из стационара детей с микст-вариантом РВИ жалобы диспептического характера в виде тошноты отмечались у 2 детей, метеоризм — у 1 ребенка, дисфункция кишечника отмечалась у 7 детей.

При проведении контрольного определения антигена ротавируса в копрофильtrate детей, перенесших острый микст-вариант РВИ, на 14-й день от начала заболевания были выявлены положительные результаты анализа у 68,4 % детей ( $p = 0,01$ ), к концу 1-го месяца — у 31,5 % детей, к концу 2-го месяца — у 26,3 % детей. Различий в выделении антигена ротавируса в 1-й и во 2-й месяцы наблюдения выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Через 3 месяца наблюдения после перенесенного микст-варианта РВИ анализ на антиген ротавируса методом иммуноферментного анализа был отрицателен у всех наблюдаемых детей.

## Обсуждение

Таким образом, при микст-варианте РВИ, когда при проведении бактериологического анализа выявляются условно-патогенные микроорганизмы, истинной причиной заболевания являются ротавирусы, которые и обуславливают развитие выраженной клинической симптоматики в острый период, а увеличение количества условно-патогенной флоры способствует более длительному восстановлению нормальной функции кишечника.

Анализ катамнестического наблюдения за детьми, перенесшими острый моно- и микст-варианты РВИ, свидетельствует, что при данных инфекциях в период до 2–3 месяцев сохраняются как общие жалобы, так и жалобы со стороны ЖКТ. При этом не только у детей, которые продолжают выделять антиген ротавируса, но и у детей без выделения антигена ротавируса. Исследование антигена ротавируса у детей с моно- и микст-вариантами РВИ в катамнезе показало, что при моноварианте РВИ он может выделяться (30,7 %) до 30–40 дней, а у детей при микст-варианте РВИ (57 %) — до 30–60 дней.



## Выводы

1. При микст-варианте РВИ во всех случаях наблюдалось поражение тонкого отдела кишечника, которое чаще сочеталось с поражением желудка, реже — толстого отдела кишечника.

2. Катамнестическое наблюдение детей после перенесенного микст-варианта РВИ показало, что купирование основных жалоб отмечалось к концу 1-го месяца наблюдения, ко 2-му месяцу наблюдения реже регистрировались астенический синдром в виде повышенной утомляемости ( $p = 0,001$ ), метеоризм ( $p = 0,000$ ), боли в животе непостоянного характера ( $p = 0,001$ ), неустойчивость стула у 1/3 наблюдаемых детей ( $p = 0,008$ ).

## Список литературы

1. Денисюк Н.Б. *Современные аспекты лабораторной диагностики и профилактики ротавирусной инфекции у детей* / Н.Б. Денисюк // *Журнал инфектологии*. — 2015. — № 1. — С. 31-38.
2. Ushijima H. *Diagnosis and molecular epidemiology of viral gastroenteritis in the past, present and future* / H. Ushijima // *Uirusu*. — 2009. — Vol. 59, № 1. — P. 75-90.
3. Forster J. *Hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis among European children younger than 5 years of age* / J. Forster // *Pediatrics*. — 2009. — Vol. 123, № 3. — P 393-400.
4. Горелов А.В. *Ротавирусная инфекция у детей* / А.В. Горелов, Д.В. Усенко // *Вопросы современной педиатрии*. — 2008. — № 8. — С. 72-78.

Получено 20.09.15 ■

Белан Ю.Б.<sup>1</sup>, Полянська Н.О.<sup>2</sup>, Лобова О.Ф.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДБОУ ВПО «Омський державний медичний університет» МОЗ РФ, кафедра дитячих інфекційних хвороб, Росія

<sup>2</sup>ДБОУ ВПО «Омський державний медичний університет» МОЗ РФ, кафедра госпітальної педіатрії, Росія

## КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ З МІКСТ-ВАРІАНТОМ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

**Резюме. Актуальність.** Ротавірусна інфекція є актуальною проблемою практичної охорони здоров'я і провідною причиною вірусних діарей у дітей раннього віку [1]. У дітей грудного віку ротавірусна інфекція може протікати у вигляді поєднаних форм, і провідне місце часто належить умовно-патогенній флорі [4].

**Мета дослідження:** вивчити клініко-лабораторні особливості та катамнез дітей, які перенесли гострий микст-варіант ротавірусної інфекції.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 31 пацієнта віком від 1 до 34 місяців з оцінкою: анамнестичних відомостей про захворювання, клінічного стану, даних лабораторних та імунологічних методів дослідження, проведеної терапії. Дослідження мало ретроспективний характер типу «випадок — контроль». Аналіз результатів дослідження здійснювався за допомогою пакету прикладних програм Statistica 6.0 StatSoft Inc.

**Результати.** За даними проведеного бактеріологічного дослідження в 31 (22,1 %) дитини з ротавірусною інфекцією були виділені мікроорганізми умовно-патогенної флори. У всіх обстежених дітей відзначався синдром інтоксикації у вигляді млявості, зниження або відсутності апетиту, підвищення температури тіла. На момент госпіталізації дітей у стаціонар ураження органів травлення характеризувалося блюванням, діареєю, метеоризмом, бурчанням і еквівалентами, що характерні для болів у ділянці живота, у вигляді занепокоєння та крику.

При микст-варіанті ротавірусної інфекції у всіх випадках спостерігалось ураження тонкого відділу кишечника, що частіше поєднувалось з ураженням шлунка, рідше — товстого відділу кишечника. Інтенсивність ураження того чи іншого відділу шлунково-кишкового тракту оцінювалася також при аналізі даних копрограми. Катамнестичне спостереження проводилося з метою визначення основних скарг пацієнтів і тривалості персистенції ротавірусу в період реконвалесценції в дітей, які перенесли гострий микст-варіант ротавірусної інфекції. Диспансерне спостереження виконувалося протягом трьох місяців після початку захворювання. Визначення антигену ротавірусу в копрофільтраті здійснювалось методом імуноферментного аналізу на 14-й день, а також через 1, 2 і 3 міс. від початку захворювання.

**Висновки.** 1. При микст-варіанті ротавірусної інфекції у всіх випадках спостерігалось ураження тонкого відділу кишечника, що частіше поєднувалось з ураженням шлунка, рідше — товстого відділу кишечника. 2. Катамнестичне спостереження дітей після перенесеного микст-варіанта ротавірусної інфекції необхідно проводити протягом трьох місяців, оскільки в цей період зберігаються як загальні скарги, так і скарги з боку шлунково-кишкового тракту не тільки в дітей, які продовжують виділяти антиген ротавірусу, але й у дітей без виділення антигену ротавірусу.

**Ключові слова:** діти, ротавірусна інфекція, микст-варіант, клінічна картина, катамнез.

Belan Yu.B.<sup>1</sup>, Polianska N.O.<sup>2</sup>, Lobova O.F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Omsk State Medical Academy» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Department of Pediatric Infectious Diseases, Omsk

<sup>2</sup>State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Omsk State Medical Academy» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Department of Hospital Pediatrics, Omsk, Russia

## FOLLOW-UP STUDY OF CHILDREN WITH MIXED ROTAVIRUS INFECTION

**Summary. Introduction.** Rotavirus infection is an actual problem of practical health care and the leading cause of viral diarrhea in children of early age [1]. Rotavirus infection in infants may occur as a combined form, and the leading place often belongs to opportunistic flora [4]. **Objective:** to study the clinical and

laboratory features and catamnesis in children with acute mixed rotavirus infection.

**Materials and methods.** The study involved 31 patients aged 1 to 34 months, with the assessment: of anamnestic information about the disease, clinical status, laboratory and immunological data of

the research, the therapy. It was retrospective case-control study. Analysis of the results has been carried out using the application package Statistica 6.0 StatSoft Inc.

**Results.** According to the bacteriological study, in 31 (22.1 %) children with rotavirus infection we isolated opportunistic microorganisms. All children had intoxication syndrome in the form of apathy, loss or lack of appetite, fever. At the time of children hospitalization, lesions of the digestive system was characterized by vomiting, diarrhea, flatulence, rumbling and equivalents, typical for pain in the abdomen, in the form of anxiety and crying. At mixed form of rotavirus infection, in all cases we observed the lesions of the small intestine, which is often combined with lesions of the stomach, less often — of the large intestine. The severity of the lesions of gastrointestinal tract was also evaluated during stool test analysis. Follow-up monitoring is conducted to determine the main complaints of patients and duration of rotavirus persistence during

convalescence in children with acute mixed rotavirus infection. Clinical supervision was carried out within three months after the onset of the disease. Determination of rotavirus antigen in coprofiltrates was performed by enzyme-linked immunosorbent assay on day 14, as well as in 1, 2 and 3 months from the onset.

**Conclusions.** 1. In the mixed form of rotavirus infection, in all cases we observed the lesions of the small intestine, which is often combined with lesions of the stomach, less often — of the large intestine. 2. Follow-up of children who suffered a mixed rotavirus infection should be carried out within three months, as in this period there are both common complaints and complaints from the gastrointestinal tract, not only in children in whom rotavirus antigen is still detectable, but also in children without isolation of rotavirus antigen.

**Key words:** children, rotavirus infection, mixed variant, clinical picture, catamnesis.

---