

8. Pis'mo rukovoditelja Federal'noj sluzhby po nadzoru v sfere zashhity prav potrebitel'ej i blagopoluchija cheloveka, Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossijskoj Federacii G. G. Onishhenko «Ob itogah nadzora za LZN v jepidsezon 2012 goda» № 01/ 13890-12-32 ot 05.12.2012. Dostup iz SPS «Konsul'tantPljus».

9. Antonov V.A., Smolenskij V. Ju., Putinceva E. V., Lipnickij A. V., Smeljanskij V. P., Jakovlev A. T., Manankov V. V., Pogasij N. I., Krasovskaja T. Ju. Jependiologicheskaja situacija po lihoradke Zapadnogo Nila v 2011 godu na territorii Rossijskoj Federacii i prognoz ee razvitija. Probl. osobo opasnyh inf. 2012. № 1 (111). S. 17–21.

УДК 616.8–07:616–079.2

Оригинальная статья

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

**Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **И. А. Зайцева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра детских инфекционных, профессор, доктор медицинских наук; **С. А. Каральский** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра детских инфекционных болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **Ж. Ж. Каральская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов, кандидат медицинских наук; **Б. А. Кацаев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.

## CLINICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUSPECTED POLYNEUROPATHY

**E. V. Mikhailova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **I. A. Zaitseva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. A. Karalsky** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Zh. Zh. Karalskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Pediatrics of Raising Skills Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science; **B. A. Kaschaev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 20.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 01.07.2013 г.

**Михайлова Е. В., Зайцева И. А., Каральский С. А., Каральская Ж. Ж., Кацаев Б. А.** Клинико-диагностическая характеристика больных с подозрением на полинейропатию // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 501–504.

**Цель:** изучение причин и клинических проявлений заболеваний у детей, направленных на госпитализацию в детскую инфекционную больницу г. Саратова с диагнозом «острый вялый паралич». **Материал и методы.** Обследовано 157 детей с направительным диагнозом при поступлении «острый вялый паралич». Проводились клинический осмотр, лабораторные исследования: общий анализ ликвора, мочи, вирусологическое обследование смывов из носоглотки и фекалий, серологическое с определением ИФА методом и РПГА иммуноглобулинов к вирусам гриппа, краснухи и энтеровирусам, иммунологическое исследование крови, ПЦР ликвора, электромиография пораженных конечностей. **Результаты.** У 77 пациентов (49%) регистрировались заболевания, связанные с нарушением опорно-двигательного аппарата. В остальных случаях выявленные полинейропатии имели неполиовирусную этиологию. Этиологическую природу заболеваний удалось расшифровать у 54% больных. 37 (46%) пациентам диагноз формулировался в соответствии с выраженностью и распространенностью параличей. У одного ребенка диагностирован вакциноассоциированный полиомиелит. **Заключение.** Диагноз «острый вялый паралич», используемый как направительный, требует детальной расшифровки в условиях стационара.

**Ключевые слова:** дети, острый вялый паралич, полинейропатия.

**Mikhailova E. V., Zaitseva I. A., Karalsky S. A., Karalskaya Zh. Zh., Kaschaev B. A.** Clinical and diagnostic characteristics of patients with suspected polyneuropathy // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 501–504.

**Objective:** to study the causes and clinical manifestations of disease in children referred for hospitalization in children infectious diseases hospital in Saratov with a diagnosis of «acute flaccid paralysis». **Material and methods:** 157 children with the diagnosis on admission of the guide «acute flaccid paralysis». Conducted clinical examination and laboratory tests included a general analysis of cerebrospinal fluid, urine, virological examination of nasal swabs and faeces, with the definition of a serological ELISA method and RPHA immunoglobulins to influenza, rubella, and enterovirus, immunological study of blood, cerebrospinal fluid PCR, electromyography of the affected limbs. **Results.** 77 patients (49%) with the disease associated with the violation of the musculoskeletal system were registered. In the other cases revealed polyneuropathy was not of poliovirus etiology. Etiological nature of the disease could be explained by 54% of patients. In 37 (46%) patients the diagnosis was formulated in accordance with the severity of paralysis. One child was diagnosed with a vaccine-associated poliomyelitis. **Conclusion.** The diagnosis of «acute flaccid paralysis» used as administered requires a detailed interpretation in a hospital.

**Key words:** children, acute flaccid paralysis, neuropathy.

**Введение.** Успехи массовой вакцинопрофилактики, а также проведение национальных дней

иммунизации привели к тому, что заболеваемость полиомиелитом в мире снизилась в сотни раз, и на территории Российской Федерации в последние годы регистрируются лишь завозные случаи [1]. Задача, поставленная Всемирной организацией здравоохра-

**Ответственный автор** — Каральский Сергей Александрович  
Адрес: 413131, г. Саратов, Набережная Космонавтов, 8–65  
Тел.: 891710402018  
E-mail: georgekaralski@mail.ru

нения: ликвидация полиомиелита к 2000 г., вызвала необходимость сертификации территорий страны, свободных от «дикого» вируса полиомиелита [2, 3]. Принимая во внимание то, что основу клинической картины составляют вялые парезы и параличи, диагностика и дифференциальная диагностика нейропатий приобрела новое качественное значение [4, 5]. Каждый вновь выявленный случай острого вялого паралича (ОВП)? помимо клинического наблюдения, требует вирусологического и серологического обследования с тщательным изучением эпидситуации в очаге [2, 4].

**Цель:** изучение причин и клинических проявлений заболеваний у детей, направленных на госпитализацию в детскую инфекционную больницу г. Саратова с диагнозом «острый вялый паралич».

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе областной детской инфекционной клинической больницы г. Саратова. За последние 14 лет в приемный покой обратились 157 пациентов с диагнозом «Острый вялый паралич», в том числе до 1 года 21 человек, от 1 до 3 лет — 83, старше 3–53 ребенка.

Помимо клинического осмотра и наблюдения за больными, для консультаций привлекались невропатологи, хирурги, отоларингологи и другие «узкие» специалисты. Проводились лабораторные исследования: общий анализ ликвора, мочи, вирусологическое обследование смывов из носоглотки и фекалий, серологическое с определением ИФА методом и РПГА иммуноглобулинов к вирусам гриппа, краснухи и энтеровирусам, иммунологическое исследование крови, ПЦР ликвора, электромиография пораженных конечностей.

**Результаты.** Обращало на себя внимание большое количество детей 66% (104) в возрасте до трех лет. У пациентов этой группы в 31 случае (30%) регистрировались заболевания, напрямую или косвенно связанные с травмами. В группе детей старше 3 лет данная патология встречалась реже: 9 из 53 (17%) случаев, что по-видимому связано с более осознанным поведением и меньшей травматизацией в этом возрасте. Диагноз ставился при первичном осмотре врачом приемного покоя и лишь в отдельных случаях в первые сутки пребывания в стационаре после консультации хирурга. Хирургическая патология была выявлена у 25% (40 из 157) больных. В 26 случаях зарегистрированы ушибы конечностей, в том числе с повреждением надкостницы, в 5 случаях выявлен остеомиелит, в 6 случаях инфильтраты и абсцессы после ранее проведенных внутримышечных инъекций. У 3 пациентов первого года жизни диагностирована врожденная патология опорно-двигательного аппарата.

В 24 (15%) случаях (19 — дети старше 3 лет) выставлен диагноз «миалгия», у 7 (5%) — «артралгия». Следует отметить, что количество больных с данным диагнозом увеличивалось в осенне-зимний период, особенно при эпидемии гриппа. Вирус гриппа А в этой группе выделен в 11 случаях, вирус В у 5 человек. У 6 (4%) госпитализированных в стационар диагностирован ювенильный ревматоидный артрит.

Таким образом, общее количество пациентов, заболевание которых не связано с поражением нервной системы, составило 77 (49%), для дальнейшего лечения и обследования они были переведены в профильные отделения и стационары.

У 80 (51%) больных в клинических проявлениях заболевания имело место поражение нервной системы.

У 3 человек (семейный очаг, дети в возрасте 7, 9 и 15 лет) диагностирована токсическая полинейропатия (отравление грибами «предположительно ложный опенок»). В семье еще заболело двое взрослых. Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, клинических наблюдений с учетом результатов дополнительных методов обследования, включая электромиографию, где регистрировалась демиелинизация с аксонопатией периферических нервов. Вирусологическое и серологическое обследование на энтеровирусы дало отрицательные результаты. Заболевание развивалось постепенно с вовлечением в патологический процесс дистальных, а затем и проксимальных отделов конечностей. У одного больного имелись выраженные изменения со стороны скелетной мускулатуры (атрофии), при этом нарушения были стойкими и полного выздоровления к 60-му дню с момента заболевания не наблюдалось.

В 4 случаях выявлен гнойный миелит. В первые дни заболевание протекало по типу острого вялого паралича, в последующем приобретало черты, характерные для поражения спинного мозга с симметричным уровнем неврологических расстройств и нарушением функций тазовых органов. При проведении люмбальной пункции получали ликвор с 3–4-значным цитозом нейтрофильного характера. Количество белка было более 1 г/л. При бактериологическом обследовании из ликвора у одного больного выделен пневмококк, в остальных случаях расшифровать этиологическую структуру не удалось.

Энцефаломиелополирадикулонейропатии наблюдались у 9 (11%) из 80 пациентов. У 4 детей, в возрасте старше 3 лет, заболевание регистрировалось в период эпидемического подъема краснухи в г. Саратове. Клиническая картина характеризовалась мелко- и среднепятнистой экзантемой, симптомами интоксикации, умеренно выраженными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей, лимфополиаденопатией, а также неврологическими нарушениями в виде очаговой симптоматики и параличей. Диагноз подтвержден серологически. В ликворе у этих пациентов наблюдалась белково-клеточная диссоциация. Показатели белка колебались в пределах 1 г/л. Цитоз лимфоцитарного характера не превышал 20–30 в 1 мкл. Остальные случаи (5) энцефалополирадикулонейропатий расшифровать не удалось.

У 64 пациентов (80%) (7 человек до 1 года, 34 с 1 года до 3 лет и 23 старше 3 лет) при поступлении отмечались явления моно-, пара- и тетрапарезов с мышечной гипотонией и снижением (отсутствием) сухожильных и периостальных рефлексов с пораженных конечностей, паретическая походка с рекурвацией в коленных суставах. В 12 случаях констатировалось расстройство чувствительности по полиневритическому типу. Всем госпитализированным проводилось вирусологическое, серологическое обследование, электромиография. Диагноз полиомиелита, вызванного «диким» вирусом, не установлен ни в одном случае.

У одного больного выставлен диагноз «острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакцинным вирусом, спинальная форма».

Большая Карина 3. Поступила в детскую инфекционную больницу 15.06.2002 г. с диагнозом «полирадикулонейропатия» переводом из другого стационара, где находилась на лечении более 3 месяцев с диагнозом «пневмония». Девочка из «дома ребенка», часто болеющая, прививочный анамнез неизвестен.

Из анамнеза известно, что 11.06.2002 г. отмечалось ухудшение состояния, повысилась температура до 38,0, появились катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. 14.06.2002 г. на фоне температуры 37,4 появилась боль в левой нижней конечности, стала вялой, адинамичной. 15.06.2002 г. Девочка отказалась встать на ноги. Описанная симптоматика сохранялась и после осмотра неврологом. Переведена в ДИБ.

Объективно состояние при поступлении средней тяжести за счет симптомов интоксикации и неврологической симптоматики: ребенок вялый, капризный, температура субфебрильная, не сидит, не стоит, опора на ноги слабая. Активные движения в руках сохранены, в ногах отсутствуют.

Осмотр невролога. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Мышечный тонус в руках не изменен, рефлексы с рук живые. В ногах гипотония, арефлексия, чувствительность сохранена, отмечаются симптомы натяжения, нарушений функций тазовых органов нет, подтвержден диагноз «полинейропатия».

Осмотр хирургом 17.06.2002 г. и окулистом 18.06.2002 г. патологии не выявил.

Обследование:

1. Общий анализ крови и общий анализ мочи на протяжении всего заболевания без выраженной патологии.

2. Исследования ликвора от 17.06.2002 г. (7-й день болезни): бесцветный, прозрачный, белок 0,165г/л, цитоз 19 клеток, все лимфоциты. От 01.07.2002 г. (21-й день заболевания): бесцветный, прозрачный, белок 0,3г/л, цитоз 62 кл., лимф.—37, нейтр.—25. От 12.07.2002 г. (32-й день болезни): бесцветный, прозрачный, белок 0,165г/л, цитоз 3 кл., все лимфоциты.

3. Исследование крови на иммунный фон от 27.06.2002 г. (32-й день болезни) без выраженной патологии.

4. Исследование крови в «парных сыворотках» от 16.06.2002 г. (4-й день болезни, 2-й от начала параличей) и от 04.07.2002 г. (24-й день заболевания). При исследовании парных сывороток с вакцинными штаммами полиовируса титр антител к первому типу 0/0, ко второму 1:16/1:64, к третьему типу 0/0.

5. Электромиография от 10.07.2002 г. (28-й день болезни), заключение: данные ЭМГ свидетельствуют о переднероговом поражении на уровне поясничного утолщения, диффузное аксональное поражение периферических нервов левой ноги.

По результатам клинических наблюдений и проведенных исследований выставлен диагноз: «острый паралитический полиомиелит, обусловленный вирусом второго типа P2, спинальная форма».

Проведено лечение: дексон, индометацин, дибазол, прозерин, пираретам, церебролизин, актовегин, пентоксифиллин, иммуноглобулин, витамины гр. В, электрофорез с дибазолом, массаж.

На 60-й день заболевания состояние ребенка средней тяжести за счет неврологической симптоматики. Ребенок сидит, но сохраняется гипотония, арефлексия нижних конечностей, отсутствуют активные движения в левой ноге, в правой ноге появились некоординированные движения в отдельных мышцах или группах мышц: в пальцах стоп, голени и бедра. Мышечная атрофия не нарастает (окружность правого бедра 26 см, левого 22 см, окружность правой голени 17 см, левой 15 см). Опоры на ноги нет.

Осмотр на 72-й день болезни: состояние девочки без отрицательной динамики, атрофии не narosли,

активные движения в левой ноге отсутствуют, в правой восстановились (не в полном объеме) движения в пальцах ног, в коленном и тазобедренном суставах. Мышечный тонус снижен больше слева. Рефлексы с ног не вызываются, опора на ноги отсутствует.

Получен результат исследования кала на энтеровирусы 13.08.2002 г.: выделен вакцинный вирус полиомиелита второго типа P2.

Сформулирован диагноз: «острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакцинным вирусом второго типа P2, спинальная форма (A80.0)». Дальнейшее лечение проводилось в условиях неврологического отделения.

У 11 (14%) больных (9 детей старше 3 лет) был выставлен диагноз «энтеровирусная инфекция», который помимо клинического имел лабораторное подтверждение (результаты вирусологического и серологического обследования, при этом в 9 случаях выделены вирусы Коксаки В 1, 3 и 5-го типов, а в двух — вирусы Есно 23-го и 30-го типов). В 8 случаях в патологический процесс вовлекалась одна конечность с развитием монопарезов, в двух наблюдался нижний парапарез, в 1 случае тетрапарез. У всех пациентов отмечались умеренно выраженные симптомы интоксикации. Помимо описанной симптоматики у 3 больных регистрировалась герпангина, у одного экзантема.

У 15 (19%) госпитализированных выставлены диагнозы, относящиеся к демиелинизирующим заболеваниям: у 4 — синдром Гиена — Барре, у 7 — восходящий паралич Ландрю, у 4 — острый поперечный миелит.

У 37 (46%) пациентов выяснить причину, вызвавшую ОВП, не удалось и диагноз формулировался в зависимости от степени выраженности и распространенности патологического процесса — мононейропатии, полинейропатии и т.д.

В группе больных с поражением нервной системы заболевание чаще носило острый характер и пребывание в стационаре ограничивалось 7–10 днями, в случае возникновения энцефалополлирадикулярной полинейропатии составляло 20–25 суток и лишь при развитии вакциноассоциированного полиомиелита, токсических полинейропатий и у 5 детей с недифференцированными полинейропатиями длительность 1 заболевания была более 60 дней, что послужило причиной их перевода для дальнейшего лечения в неврологический стационар.

**Обсуждение.** Результаты проведенного исследования показали, что в первичном звене здравоохранения имеет место гипердиагностика при постановке диагноза «острый вялый паралич». Около 50% пациентов, обратившихся в стационар с данным диагнозом, были переведены в последующем в профильные отделения с выявленными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Группа детей, у которых имелось поражение нервной системы с развитием вялых параличей, была достаточно разнородной. В нее входили больные с полинейропатиями инфекционной (вирусной), аутоиммунной, токсической природы, гнойными миелитами, а также в одном случае был диагностирован вакциноассоциированный полиомиелит. У половины детей этой группы расшифровать этиологическую причину заболевания не удалось.

**Заключение.** 1. Территория Саратовской области свободна от циркуляции «дикого» вируса полиомиелита, последний случай вакциноассоциированного полиомиелита зарегистрирован в 2002 г.

2. Поражения периферической нервной системы с развитием острых вялых параличей встречаются достаточно часто при инфекционных заболеваниях у детей.

3. Диагноз «острый вялый паралич», используемый как направляющий, требует детальной расшифровки в условиях стационара.

4. При проведении дифференциальной диагностики с острыми вялыми параличами среди других заболеваний наиболее часто регистрировались поражения опорно-двигательного аппарата.

**Конфликт интересов.** Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Описание объектов патентного или другого вида прав (кроме авторского) отсутствует.

#### Библиографический список

1. Проблемы ликвидации полиомиелита / Г.Г. Онищенко [и др.]. СПб., 2008. 304 с.
2. Глобальная ликвидация полиомиелита: отчет о пятом совещании Глобальной технической группы по ликвидации полиомиелита. Женева, 2000. 40 с.

3. Perspectives from the global poliomyelitis eradication initiative: global disease elimination and eradication as public health strategies / H. F. Hull [et al.] // Bull. WHO. 1998. Vol. 76. P. 42–46.

4. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000 // Wkly Epidemiol. Rec. 1998. Vol. 63, № 22. P. 101–102.

5. Лещинская Е. В., Латышева И. Н. Клиника, диагностика и лечение острого полиомиелита: метод. рекомендации. М., 1998. 47 с.

#### Translit

1. Problemy likvidacii poliomielita / G. G. Onishhenko [i dr.]. SPb., 2008. 304 s.

2. Global'naja likvidacija poliomielita: otchet o pjatom soveshanii Global'noj tehniceskoy gruppy po likvidacii poliomielita. Zheneva, 2000. 40 s.

3. Perspectives from the global poliomyelitis eradication initiative: global disease elimination and eradication as public health strategies / H. F. Hull [et al.] // Bull. WHO. 1998. Vol. 76. P. 42–46.

4. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000 // Wkly Epidemiol. Rec. 1998. Vol. 63, № 22. P. 101–102.

5. Leshhinskaja E. V., Latysheva I. N. Klinika, diagnostika i lechenie ostrogo poliomielita: metod. rekomendacii. M., 1998. 47 s.

УДК 616.34–002.153

Оригинальная статья

## РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

**Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Д. Ю. Левин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук; **А. Н. Данилов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры эпидемиологии, кандидат медицинских наук; **А. П. Кошкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры детских инфекционных болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **Г. П. Лаурентьев** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.

### ROTAVIRUS INFECTION IN CHILDREN: CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND CATAMNESIS

**E. V. Mikhailova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **D. U. Levin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science; **A. N. Danilov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Epidemiology, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **A. P. Koshkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **G. P. Lavrentiev** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 20.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 01.07.2013 г.

**Михайлова Е. В., Левин Д. Ю., Данилов А. Н., Кошкин А. П., Лаурентьев Г. П.** Ротавирусная инфекция у детей: клинико-лабораторная характеристика и катamnестические данные // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 504–508.

**Цель:** изучить клинико-лабораторные и инструментальные особенности течения ротавирусной инфекции у детей до трех лет в острый период и в периоде реконвалесценции. **Материал и методы.** Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 320 детей до трех лет со среднетяжелой и тяжелой формой ротавирусной инфекции. **Результаты.** Определено наличие длительной персистенции ротавирусов после перенесенной ротавирусной инфекции. Выявлены функциональные нарушения органов пищеварения в остром периоде и в периоде реконвалесценции у детей до трех лет с ротавирусной инфекцией. **Заключение.** В течение длительного периода (до трех месяцев) практически у половины больных может отмечаться кишечная дисфункция, возможно связанная с длительной персистенцией ротавирусов в кишечнике.

**Ключевые слова:** ротавирусная инфекция, персистенция, функциональные нарушения.

**Mikhailova E. V., Levin D. U., Danilov A. N., Koshkin A. P., Lavrentiev G. P.** Rotavirus infection in children: clinical and laboratory features and catamnesis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 3. P. 504–508.

**Purpose** is to study the clinical, laboratory and instrumental characteristics of the course of rotavirus infection in children up to 3 years in the acute phase and during the convalescence period. **Material and methods.** A clinical, laboratory and instrumental examination of 320 children up to 3 years with moderate to severe rotavirus infection. **Results.** The presence of long-term persistence of rotavirus recovering from rotavirus infection. Identified functional disorders of the digestive system in the acute period and the period of convalescence in children up to 3 years with rotavirus infection. **Conclusion.** For a long period (up to 3 months), almost half of patients may experience intestinal dysfunction, possibly related to the long-term persistence of rotavirus.

**Key words:** rotavirus infection, persistence, functional impairment.