

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Асранова Дилдора Урманджановна
Андижанский общественный здравоохранительный
техникум по имени Абу Али ибн Сины,
Преподаватель микробиологии и вирусологии

Аннотация: Острые респираторные вирусные инфекции у детей лидируют в структуре детской заболеваемости. Поражение верхних дыхательных путей, сопровождающееся лихорадкой и нарушением общего состояния, — основные их проявления. Диагностика большинства острых респираторных вирусных инфекций основана на оценке клинических проявлений и не требует обязательного применения специфических лабораторных и инструментальных методов. Современные подходы к лечению заключаются в своевременной и адекватной симптоматической терапии.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции; общая врачебная практика; дети; лечение.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей лидируют в структуре детской заболеваемости. По данным Роспотребнадзора ежегодная заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей составляет около 80 000 на 100 000 населения [1]. Основные проявления ОРВИ — катаральное воспаление верхних дыхательных путей (назофарингит, фарингит, ларингит, трахеит), сопровождающееся лихорадкой и нарушением общего состояния различной степени выраженности.

В подавляющем большинстве случаев поражение верхних дыхательных путей обусловлено вирусной инфекцией. Возбудителями ОРВИ могут быть аденовирус, риновирус, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, а также энтеровирус, коронавирус и некоторые другие [2, 3].

Основные пути передачи — контактно-бытовой (рукопожатие, контакт с предметами и поверхностями, на которых содержатся вирусы) и воздушно-капельный (попадание на слизистые оболочки верхних дыхательных путей вирусов, содержащихся в воздухе).

Инкубационный период большинства ОРВИ составляет 2–7 дней. Начало заболевания чаще острое. Характерно появление субфебрильной лихорадки (до 38 °С). При аденовирусной и энтеровирусной инфекции температура может достигать фебрильных значений.

Назофарингит характеризуется заложенностью и выделениями из носа, дискомфортом в носоглотке (першение, сухость, жжение). Также возможно появление кашля, связанного со стеканием отделяемого из носовых ходов по задней стенке глотки. У детей первого года жизни клиническими признаками назофарингита могут быть также беспокойство, затруднения при кормлении и засыпании. При осмотре отмечаются отечность и гиперемия слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки. Кроме того, характерны зернистость задней стенки глотки и стекание по ней слизистого отделяемого.

Ларингит и ларинготрахеит проявляются сухим «лающим» кашлем, осиплостью голоса.

Признаками общей интоксикации при ОРВИ могут быть недомогание, слабость, головная боль.

Длительность лихорадочного периода при ОРВИ обычно не превышает 3 сут, но при некоторых инфекциях (аденовирус) может достигать 5–7 сут. Общая длительность заболевания при ОРВИ не превышает 10–14 дней.

В большинстве случаев диагноз устанавливается по клиническим проявлениям на основании данных опроса (жалобы и анамнез заболевания) и объективного осмотра. Обязательное дополнительное (лабораторное или инструментальное) обследование не требуется. Клинический диагноз должен указывать на локализацию патологического процесса (острый назофарингит, острый ларинготрахеит и т. д.), а не ограничиваться только термином ОРВИ.

Объективный осмотр ребенка с ОРВИ включает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты сердечных сокращений и дыхания, рино- и фарингоскопию, отоскопию, оценку состояния периферических лимфоузлов, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота [2].

Лабораторные методы исследования применяются при ОРВИ только при наличии определенных показаний.

Вирусологическое или бактериологическое обследование не влияет на выбор лечения, поэтому не рекомендовано для широкого применения. Показаниями к проведению такого обследования могут быть высокая лихорадка (экспресс-тест для выявления вируса гриппа) или подозрение на острый стрептококковый тонзиллит (экспресс-тест на стрептококк).

Клинический анализ мочи рекомендован детям с лихорадкой без катаральных симптомов, а также детям с ОРВИ при подозрении на сопутствующее заболевание мочевыделительной системы или при наличии такого заболевания в анамнезе.

Клинический анализ крови необходимо выполнять при наличии выраженных общих симптомов на фоне лихорадки. При этом важно правильно

оценивать полученные результаты. Следует помнить, что лейкопения характерна для гриппа и энтеровирусных инфекций, а при других ОРВИ может отсутствовать. При заболеваниях, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом и аденовирусом, может наблюдаться лейкоцитоз до $15-20 \cdot 10^9 /л$ и выше с лимфоцитозом (при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции) или нейтрофилезом (при аденовирусной инфекции) [2].

Повторное выполнение клинического анализа крови и мочи при нормализации температуры тела и отсутствии клинических проявлений инфекционного заболевания не показано.

Определение уровня С-реактивного белка рекомендовано детям с лихорадкой выше $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ при подозрении на бактериальную инфекцию. При уровне С-реактивного белка $30-40\text{ мг/л}$ и выше вероятность бактериальной инфекции более 85 %. Однако следует учитывать, что при аденовирусной инфекции уровень С-реактивного белка также может превышать 30 мг/л .

Лечение ОРВИ у детей заключается в проведении симптоматической терапии. Обязательно необходимо обеспечить адекватную гидратацию для восстановления потерь жидкости и разжижения секретов.

ОРВИ у детей — одна из самых частых причин обращения к врачам. Диагностика большинства ОРВИ основана на оценке клинических проявлений и не требует обязательного применения специфических лабораторных и инструментальных методов. Современные подходы к лечению заключаются в своевременной и адекватной симптоматической терапии.

Литература:

1. Абеуова Б.А., Абидов А.М., Авдеев С.Н., и др. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева. — М.: Пре100 Принт, 2016. — 144 с. [Abeuova BA, Abidov AM, Avdeyev SN, et al. Strategiya i taktika ratsional'nogo primeneniya antimikrobnnykh sredstv v ambulatornoy praktike: Evraziyskiye klinicheskkiye rekomendatsii. Ed. by S.V. Yakovlev. Moscow: Pre100 Print; 2016. 144 p. (In Russ.)]

2. Яковлев С.В. Новая концепция рационального применения антибиотиков в амбулаторной практике // Антибиотики и химиотерапия. — 2019. — Т. 64. — № 3–4. — С. 48–58. [Yakovlev SV. New concept of rational use of antibiotics in outpatient practice. Antibiotics and chemotherapy. 2019;64(3-4):48-58. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24411/0235-2990-2019-100017>.