

## ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Асранова Дилдора Урманджановна*

*Андижанский общественный*

*здравоохранительный*

*техникум по имени Абу Али ибн Сины,*

*Преподаватель микробиологии и вирусологии*

**Аннотация:** Статья посвящена острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) у детей. ОРВИ занимают одно из лидирующих мест в структуре детской заболеваемости.

**Ключевые слова:** острая инфекция верхних дыхательных путей, острая респираторная инфекция, острый ларингит, острый ларинготрахеит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острый назофарингит, острый фарингит.



**ОРВИ у детей** - острое воспалительное поражение слизистых оболочек дыхательных путей, вызываемое различными типами респираторных вирусов. ОРВИ у детей может сопровождаться общим недомоганием, лихорадкой, болью в горле, насморком, кашлем, головной, мышечной и суставной болью, конъюнктивитом, расстройствами стула. Диагноз ОРВИ детям ставится на основании клинических проявлений и осмотра, результатов лабораторных исследований. Лечение ОРВИ у детей включает режим, диету, противовирусную, жаропонижающую, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную терапию.

ОРВИ у детей (острые респираторные вирусные инфекции) - группа вирусных заболеваний, сопровождающихся воспалением различных отделов дыхательного тракта и интоксикационным синдромом. В педиатрии на долю ОРВИ приходится 90% от общего числа инфекционных заболеваний у детей. Наиболее часто ОРВИ болеют дети от 3 до 14 лет, особенно, начинающие посещать дошкольные и школьные учреждения, что связано с появлением большого числа контактов.

ОРВИ у детей имеет более тяжелое течение и нередко осложняется присоединением бактериальной инфекции и обострением хронических заболеваний. Частые ОРВИ способствуют снижению защитных сил организма и хронизации воспалительной патологии ЛОР-органов, дыхательных путей, сердца, почек, суставов, нервной системы; предрасполагают к аллергизации и формированию бронхиальной астмы, задерживают физическое и психомоторное развитие ребенка.

ОРВИ у детей различаются по этиологии (грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная, респираторно-синцитиальная инфекция); по клинической форме (типичные и атипичные); по течению (неосложненные и осложненные); по тяжести (легкие, среднетяжелые и тяжелые).

В зависимости от клинической формы поражения респираторного тракта ОРВИ у детей может проявляться как ринит, риноконъюнктивит, отит, назофарингит, ларингит (включая синдром ложного крупа), трахеит.

ОРВИ у детей могут вызываться РНК-геномными вирусами гриппа (типов А, В, С), парагриппа (4-х типов), РС-вирусом, риновирусами (> 110 серотипов) и реовирусами; а также ДНК-геномными аденовирусами (> 40 серотипов). Часть ОРВИ у детей может быть обусловлена энтеровирусами (ЕСНО, типа Коксаки), коронавирусами, метапневмовирусом, бокавирусом.

Все возбудители ОРВИ у детей обладают высокой контагиозностью, передаются от больного человека, как правило, воздушно-капельным путем (с каплями слюны и слизи), редко – контактно-бытовым путем. Склонность детей к частым ОРВИ определяется незрелостью защитных реакций - утратой пассивного материнского и недостаточным уровнем приобретенного иммунитета, отсутствием предшествующего иммунологического опыта, наличием высокого уровня контактов с многообразными инфекционными агентами. После перенесенной ОРВИ у детей не формируется продолжительного стойкого иммунитета, отсутствует перекрестная защитная реакция к другим типам респираторных вирусов. Ребенок может переболеть ОРВИ от 3 до 8 раз в год. Часто болеющие дети, подверженные ОРВИ практически каждый месяц, в детской популяции составляют от 15% до 50%.

Пик заболеваемости ОРВИ у детей приходится на холодное время года (октябрь-апрель). К факторам, способствующим частой заболеваемости ОРВИ, относятся неблагоприятное перинатальное развитие, наличие у детей внутриутробной персистирующей инфекции, аллергической и соматической патологии, плохая экологическая обстановка.

Возбудители ОРВИ проникают в эпителиальные клетки слизистых оболочек верхних отделов дыхательного тракта и, размножаясь, вызывают в них дистрофические и воспалительные изменения. Разные виды респираторных вирусов обладают преимущественной тропностью к эпителию определенных участков дыхательного тракта. Для вируса парагриппа наиболее характерно поражение слизистой оболочки гортани; для аденовируса - слизистой носоглотки с вовлечением конъюнктивы глаз и лимфоидных образований; для РС-вируса – воспаление слизистой мелких и средних бронхов; для гриппа – поражение трахеи, а риновирусной — носовой полости.

Проникновение вирионов в кровоток сопровождается общетоксическим и токсико-аллергическим синдромом, подавлением реакций клеточного и

гуморального иммунитета. Для некоторых ОРВИ у детей (например, гриппа, аденовирусной инфекции) характерна длительная персистенция в латентном состоянии в лимфоидной ткани или различных органах. Снижение местного иммунитета при ОРВИ у детей содействует активизации условно-патогенной бактериальной флоры и приводит к усилению воспалительного поражения дыхательных путей.

Тяжесть клинической картины ОРВИ у детей определяется степенью выраженности общетоксического синдрома и катаральных явлений. Об особенностях течения гриппа у детей можно прочесть здесь.

Парагрипп имеет инкубационный период около 2-4 суток; характеризуется острым началом, умеренной лихорадкой, слабовыраженными интоксикацией и катаральным воспалением. Ребенка беспокоят осиплость голоса, боль в горле и за грудиной, упорный сухой и грубый кашель, насморк со слизисто-гнойными выделениями. На 2-3 день ОРВИ температура поднимается до 38-38,5°C. У детей 2-5 летнего возраста парагрипп часто проявляется внезапным развитием ложного крупа – острого стеноза гортани с «лающим» кашлем, хрипящим голосом и шумным дыханием. В раннем возрасте возможно развитие обструктивного бронхита. Продолжительность неосложненной формы ОРВИ, вызванной вирусом парагриппа у детей, не более 1-1,5 недель.

Аденовирусная инфекция у детей имеет продолжительное, часто волнообразное течение. Острое начало ОРВИ у детей проявляется познабливанием, лихорадкой, головной болью, вялостью, умеренной заложенностью носа, выраженным кашлем и насморком с обильным экссудативным компонентом (серозным, серозно-гнойным).

Течение ОРВИ у детей часто сопровождается болью в горле и явлениями фарингита, тонзиллита с отеком миндалин и фибринозными наложениями, а также конъюнктивитом с обильным слезотечением, болью в глазных яблоках; увеличением и болезненностью подчелюстных и шейных лимфоузлов. При аденовирусной инфекции возможны осложнения в виде пневмонии, отитов, гнойных синуситов, поражения почек.

Продолжительность инкубационного периода РС-вирусной инфекции от 3 до 7 суток, клинические проявления зависят от возраста ребенка. У детей старшего возраста РС-инфекция протекает обычно легко, по типу острого катара верхних дыхательных путей, без выраженной интоксикации, иногда с повышением температуры до субфебрильных значений. Отмечается сухой кашель, боль за грудиной, скудные выделения из носа.

У детей раннего возраста при ОРВИ появляются симптомы поражения нижних дыхательных путей (бронхиолита с бронхообструктивным синдромом): приступообразный навязчивый кашель с выделением густой, вязкой мокроты, частое, шумное дыхание с экспираторной одышкой. У ребенка отмечается

снижение аппетита, нарушение сна, бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника.

Длительность ОРВИ у детей в большинстве случаев не менее 10-12 дней, иногда возможно затяжное рецидивирующее течение. Осложнения РС-инфекции связаны с присоединением бактериальной инфекции и развитием отита, синусита, пневмонии (особенно у новорожденных и недоношенных детей).

Риновирусная инфекция у детей начинается с общего недомогания, иногда - субфебрильной температуры; сопровождается сильной заложенностью носа с чиханьем и обильными водянисто-серозными выделениями (ринореей), першением в горле, сухим кашлем. Из-за постоянных выделений у ребенка наблюдается мацерация кожи вокруг носовых ходов. Возможны герпетические высыпания на губах и преддверии носа, обильное слезотечение, потеря обоняния и вкуса. Осложнения практически не возникают.

ОРВИ у детей может сопровождаться специфическими (вирус-ассоциированными), бактериальными и неспецифическими осложнениями. К специфическим осложнениям ОРВИ у детей можно отнести фебрильные судороги, геморрагический синдром, синдром Рея, в раннем возрасте - острый стеноз гортани, облитерирующий бронхолит, нейротоксикоз, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит, миокардит, гемолитико-уремический синдром.

Присоединение бактериальной микрофлоры при ОРВИ у детей опасно развитием бронхита, пневмонии и отека легких, гайморита, фронтита, среднего отита, паратонзиллярного и заглоточного абсцесса, мастоидита и отоантрита, гнойного лимфаденита, менингита, ревматической лихорадки, острого гломерулонефрита, септикопиемии.

Неспецифическими осложнениями ОРВИ являются обострения хронической респираторной патологии (бронхиальной астмы, муковисцидоза, туберкулеза) и имеющихся у детей соматических заболеваний (мочевыделительной системы, ревматизма).

ОРВИ у детей диагностируется по клинической картине и результатам физикального осмотра с учетом эпидемиологических данных. Ранняя и ретроспективная лабораторная диагностика того или иного типа ОРВИ у детей включает экспресс-методики: МФА и ПЦР, а также вирусологический метод и серологические реакции (РСК, ИФА, реакция нейтрализации) в парных сыворотках крови.

Дифференциальный диагноз ОРВИ у детей проводят с продромальным периодом кори, катаральными предвестниками бронхиальной астмы, различных форм менингита, крупозной пневмонии, дифтерии.

Лечение большинства ОРВИ у детей проводится дома под наблюдением педиатра и имеет общие принципы: изоляцию ребенка, соблюдение постельного режима и снижение физической нагрузки, обильное теплое питье и адекватную диету, обеспечение свободного доступа свежего воздуха, применение этиотропных, симптоматических и патогенетических средств. Показанием к госпитализации являются: тяжелое и осложненное течение ОРВИ (особенно гриппа и аденовирусной инфекции), ранний возраст детей (новорожденные и недоношенные), острый стеноз гортани, сопутствующая хроническая бронхолегочная, почечная и сердечно-сосудистая патология.

В зависимости от характера и выраженности симптоматики ОРВИ детям назначаются жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен), десенсибилизирующие (хлоропирамин, клемастин, лоратадин) средства, дезинтоксикационная терапия. При ринитах с затрудненным дыханием интраназально используются сосудосуживающие капли, проводится тубус-кварц; при боли в горле детям назначаются полоскания настоями ромашки, шалфея, эвкалипта; при сухом кашле – отхаркивающие препараты (настой термопсиса, мукалтин, бромгексин, амброксол), ингаляции. При поражении глаз необходимы промывания антисептическими растворами, инстилляцией капель.

На ранних сроках ОРВИ у детей используются противовирусные средства: препараты интерферона (интраназально и в свечах), препарат на основе антител к гамма-интерферону человека, умифеновир, противогриппозный  $\gamma$  - глобулин. Антибиотики показаны только при выявлении бактериальных осложнений ОРВИ у детей.

Прогноз большинства случаев ОРВИ у детей благоприятный. При тяжелых осложненных формах и раннем возрасте больного возможно развитие угрожающих для жизни состояний: отека легких, острого стеноза гортани III-IV степени и др.

Мерами профилактики ОРВИ у детей является соблюдение санитарно-гигиенического режима (частые и регулярные проветривания, кварцевание, влажная уборка, тщательное мытье рук, карантинные мероприятия, изоляция больного); повышение общей резистентности организма (закаливание, занятия спортом, достаточное питье, полноценное питание, прием иммуномодуляторов); вакцинация против гриппа.

#### Литература:

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. — М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка; 2002. — 69 с.
2. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. — М.; 2012. — 396 с. [Tatochenko VK. Bolezni organov dykhaniya u detei. Moscow; 2012. 396 p. (In Russ).]
3. Веб сайт <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/viral-respiratory-infection>