

УДК 616. 2–022. 6–036. 11–053. 37–071–074 / 078

*К.С. Ющенко***КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Научный руководитель: ассистент кафедры Тумаш О.Л.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) является частым спутником человека в современном мире. Причин такой распространенности много: полиэтиологичность возбудителей, их высокая контагиозность и выраженная изменчивость антигенных свойств, а также снижение иммунологической резистентности человека и многое другое. Одной из причин является аденовирусная инфекция. Особенно велико значение в холодное время года, когда наблюдается наибольшая заболеваемость. Как правило встречается инфекция в виде спорадических случаев или локальных вспышек в детских коллективах. На долю аденовирусной инфекции в межэпидемический период гриппа приходится до 25 – 30% от общего числа вирусных заболеваний. К 5-летнему возрасту практически все дети переболевают аденовирусной инфекцией, причем половина из них даже повторно. [1]

При аденовирусной инфекции выделяют следующие клинические синдромы: фарингоконъюнктивальная лихорадка, катар верхних дыхательных путей, кератоконъюнктивит, тонзиллофарингит, диарея, мезаденит и др. Также различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы без осложнений или с осложнениями. [2]

У детей раннего возраста преобладающим клиническим проявлением аденовирусной инфекции является синдром поражения дыхательных путей и интестинальный синдром. [3]

Цель исследования заключалась в изучении основных клинических и лабораторных особенностей аденовирусной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Первичные данные были получены путем выкопировки из медицинской документации (стационарная карта больного). Была проанализирована информация о 70 пациентах, проходивших лечение с января 2013 г. по июнь 2014 г. Результаты интерпретированы с использованием методов описательной статистики (непараметрический метод χ^2 для установления различий между группами).

Результаты исследования. В ходе исследования были сформированы две группы: группа 1 включала 55 человек, которым был выставлен диагноз аденовирусная инфекция, подтвержденный серологическими методами (РИФ). Группа 2 (контрольная) включала 15 пациентов со схожими клиническими проявлениями, не обусловленными аденовирусной инфекцией. Статистически значимых различий в половом составе не выявлено: количество мальчиков и девочек составило 32 (58,18%) и 23 (41,82%) в группе 1, а в группе 2

соответственно 9 (60,0%) и 6 (40,0%) ($\chi^2 = -0,17$). Средний возраст в 1 группе составил 2 года 2 мес, а во 2 группе – 1 год 8 мес. Среднее количество койко-дней по 6 и 7 дней в группах 1 и 2 соответственно. Характеристика основных клинических проявлений представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика основных клинических проявлений

Клинические проявления	Группа 1*		Группа 2	
	Количество	95% ДИ	Количество	95% ДИ
Кератоконъюнктивит	4 (7,27%)	0,0 – 36,7%	-	-
Катар верхних дыхательных путей	44 (80,0%)	68,2 – 91,8%	3 (20,0%)	0,0 – 75,4%
Острый бронхит	11 (20,0%)	0,0 – 44,8%	1 (6,67%)	0,0 – 100,0%
Бронхопневмония	10 (18,18%)	0,0 – 43,4%	2 (13,33%)	10,0 – 79,8%
Острый гастроэнтерит	19 (34,55%)	12,6 – 56,6%	6 (40,0%)	0,0 – 82,9%
Фарингоконъюнктивальная лихорадка	11 (20,0%)	0,0 – 44,8%	-	-

* У 80% пациентов встречались комбинации клинических форм заболевания

По нашим данным основными клиническими проявлениями аденовирусной инфекции являются катар ВДП (80,0%) (острый тонзиллит (30,9%), острый фарингит (23,7%), острый ринит (21,8%), острый ларингит (3,6%)), также острый гастроэнтерит (34,55%), реже встречаются фарингоконъюнктивальная лихорадка (20,0%), острый бронхит (20,0%) и бронхопневмония (18,18%), еще реже кератоконъюнктивит (7,27%). Чаще встречаются комбинированные формы: катар ВДП в 38,2% случаев сочетается с острым бронхитом и бронхопневмонией, катар ВДП и фарингоконъюнктивальная лихорадка встречаются в 20,0% случаев, интестинальный синдром сочетается с катаром ВДП также в 20,0% случаев, а фарингоконъюнктивальная лихорадка и кишечный синдром выявлены у 7,3% пациентов. Изолированно чаще встречаются острый бронхит и бронхопневмония 7,3%, фарингоконъюнктивальная лихорадка 5,5% случаев.

В исследуемых группах также были проанализированы лабораторные данные пациентов.

Таблица 2 – Характеристика лабораторных показателей в изучаемых группах

Лабораторный показатель	Группа 1		Группа 2	
	Количество	95% ДИ	Количество	95% ДИ
Лейкоцитоз, $> 9 \times 10^9/\text{л}$	41,81%	21,2 – 62,4%	46,67%	6,8 – 86,6%
Относительный лимфоцитоз, $> 60\%$	14,54%	0,0 – 40,7%	13,33%	0,0 – 79,9%
Относительный моноцитоз, $> 10\%$	12,72%	0,0 – 39,4%	13,33%	0,0 – 79,9%
Атипичные мононуклеары, 5-10%	14,54%	0,0 – 40,7%	-	-
СОЭ, > 10 мм/ч	72,72%	58,7 – 86,7%	46,67%	6,8 – 86,6%

В ОАК у больных с аденовирусной инфекцией и без нее не было выявлено существенных различий, однако для пациентов с аденовирусной инфекцией характерно присутствие в крови атипичных мононуклеаров 5-10 % и большее повышение СОЭ.

У пациентов с явлениями острого гастроэнтерита были проанализированы результаты исследования кала на патогенную и условно-патогенную флору. Условно-патогенные микроорганизмы обнаружены в обеих группах. У детей без аденовирусной инфекции выделение флоры выше и составляет 20,0%, однако микробная флора у пациентов с аденовирусной инфекцией (10,1%) более разнообразная и представлены следующими видами: Pr.mirabilis, Pr.vulgaris, St.aureus, Citr.freundii. Но различия статистически не значимы $\chi^2=0,5$.

Учитывая полученные результаты исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Клинические проявления, обусловленные аденовирусной инфекцией, с одинаковой частотой регистрируются как у мальчиков, так и у девочек в возрасте до 3 лет.

2. Средний возраст у пациентов с аденовирусной инфекцией статистически не отличается от такового у детей со схожими клиническими проявлениями, не вызванными аденовирусом, и составляет 2 года 2 месяца.

3. Чаше встречаются такие клинические проявления, обусловленные аденовирусом, как катар верхних дыхательных путей 80,0% (острый тонзиллит, острый фарингит, острый ринит) и острый гастроэнтерит 34,55%, реже фарингоконъюнктивальная лихорадка 20,0%, острый бронхит 20,0% и бронхопневмония 18,18%, кератоконъюнктивит 7,27%.

4. При бактериальном исследовании кала у детей в обеих группах выделилась условно-патогенная флора, но у пациентов без аденовирусной инфекции выделение УПМ выше, однако различия статистически не значимы ($\chi^2=0,5$).

5. Изменения лабораторных показателей при аденовирусной инфекции неспецифичны и соответствуют острой респираторной вирусной инфекции, однако у таких пациентов с большей частотой отмечается появление в крови атипичных мононуклеаров (5-10%) и более выраженное повышение СОЭ.

Литературные источники:

1. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей : учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 688 с. : ил. с. 132 – 135.

2. В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций (справочник). Издание 2-е дополненное и переработанное – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2007. – 384 с. с.76 – 77.

3. Кузьменко Л.Г. Детские инфекционные болезни : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Л.Г. Кузьменко, Д.Ю. Овсянников, Н.М. Киселева. – М. : издательский центр «Академия», 2009. – 528 с. [16] л. цв. ил. с. 470 – 472.