

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ НЕГРИППОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НЕОТЛОЖНЫМИ СИНДРОМАМИ

Джолбунова З.К.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Обследовано 43 ребенка с тяжелыми ОРВИ (ТОРИ), находившихся на лечении в отделении реанимации РКИБ. Методом ПЦР-диагностики выявлена этиологическая структура ОРВИ и определены особенности их течения.

**Ключевые слова:** ОРВИ, этиология, ПЦР-диагностика, отек мозга, дети.

# ООР ЖАНА КУРЧ МУНОЗДО ОТУУЧУ РЕСПИРАТОРДУК ВИРУСТУК ЖУГУШТУУ САСЫК ТУМОО ЭМЕС ООРУЛАРДЫН ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Джолбунова З.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул илимий иликтоодо РКИБ реанимация болумундо дарыланып жаткан 43 баланын курч муноздо отуучу, респиратордук вирустук жугуштуу сасык тумоо эмес оорулардын себептери жана озгочолуктору ПЧР- полимераздык чубама (тизмектуу) реакциясы аркылуу аныкталган.

**Ачкыч сздору:** респиратордук вирустук жугуштуу оорулар, балдар, мээнин шишиги, ПЧР - полимераздык чубама (тизмектуу) реакциясы.

# PECULIARITY OF CURRENT ARVI OF NON INFLUENTIAL AETIOLOGY IN CHILDREN WITH URGENT SYNDROMES

Djolbunova Z.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,

Biskek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** 43 children with severe form of ARVI, were treated in emergency department of RCIH. PCR-DIAGNOSTICS method reveals etiology structure ORVI and features of their course are defined.

**Keywords:** ARVI, etiology, PCR-DIAGNOSTICS, edema of brain , children.

## Введение:

При острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) у детей развиваются неотложные состояния, требующие госпитализации в реанимационные отделения. Удельный вес, ОРВИ в настоящее время достигает 90% от всех инфекционных заболеваний у детей [1,3,4,5]. В этиологической структуре ОРВИ с 2005 года в Швеции и Нидерландах, России выделены новые вирусы - метапневмовирус (HMPV) и бокавирус человека (HBoV), которые составляют 26% от всех ОРВИ. Наибольшая активность HMPV и HBoV зарегистрирована в периоды с марта по июнь и с сентября по декабрь [2].

В Кыргызстане этиологическая расшифровка ОРВИ в последние годы остается низкой, что связано с социально-экономическим кризисом, недостатком и дороговизной диагностических тест-систем. Этиологическая расшифровка ОРВИ позволит изучить

механизмы развития ОРВИ и их осложнений, а также разработать оптимальные схемы лечения и снизить риск развития неотложных синдромов у детей.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 43 больных детей в возрасте от 1 года до 5 лет, поступивших в отделение реанимации Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ), отделение реанимации с марта по июнь 2011 года с диагнозом острая респираторная инфекция (ОРВИ), обследованных на 1-5 день болезни в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР для определения случая тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ).

Для диагностики ОРВИ были использованы эпидемиологические, общеклинические, биохимические, рентгенологические методы исследования и ПЦР-диагностика, с помощью которого была

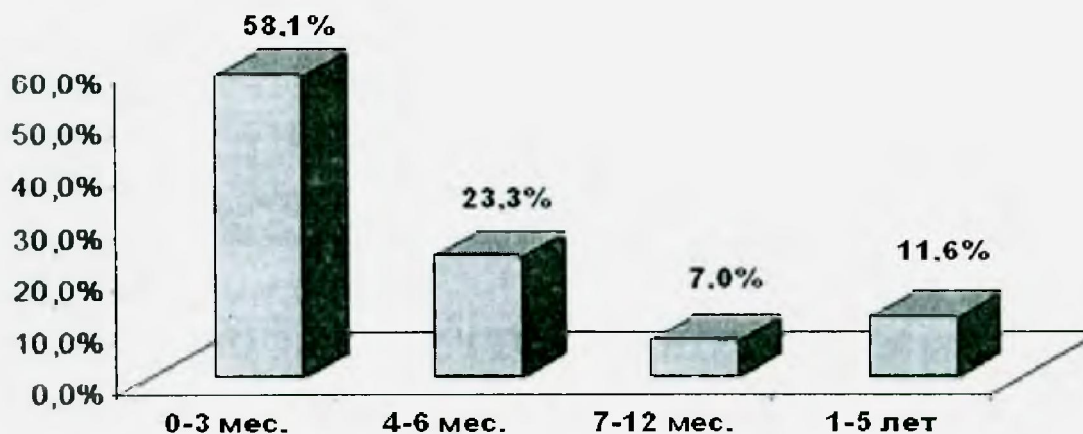


Рис. 1

Возрастная структура больных ОРВИ, госпитализированных в отделение реанимации РКИБ

получена расшифровка ОРВИ у 31 (72%) детей, из них у 51,6% больных выявлен риновирус, у 22,6% - парагрипп, у 6,45% - метапневмовирус, 6,45% - аденовирус, 6,45% - бокавирус и у 6,45% детей – РС-вирус. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS-11.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом: дети в возрасте 1-3 мес.- 25 (58,1%), 4-6 мес.– 10 (23,3%), 7-12 мес.- 3 (7,0%) и 1-5 лет – 5 (11,6%) больных, что свидетельствует о преобладании детей первых трех месяцев жизни (Рис.1). Среди заболевших детей- 53,5% были жителями города Бишкек и 46,5% иногородние.

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными ОРВИ был выявлен у 23,3 % больных и у 27,9% детей, мамы заболевание связывали с переохлаждением. Скорой медицинской помощью были доставлены 8 (18,6%) больных, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 14 (32,6%) больных из других стационаров поступило 8 (18,6%) детей и без направления врачей поступили 13 (30,2%) детей, что указывает на тяжесть состояния детей до поступления в стационар. Выявлена положительная корреляционная связь ( $r = +0,5$ ) между возрастом детей и сроком поступления их в стационар, т.е. позже поступали дети старшего возраста.

Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило по тяжести состояния 65,1% больных, 34,9%

больных были переведены в отделение РИТ из других отделений на 1-3 день лечения. Длительность пребывания в отделении РИТ в среднем составило  $4,8 \pm 1,6$  дней.

До поступления в РКИБ родители кратковременно ( $1,7 \pm 0,5$  дней) 16 (37,2%) детям назначали: бисептол, амоксициллин, эритромицин.

При выяснении акушерского анамнеза у 21 (48,8%) детей была отмечена патология родов и беременности: угроза выкидыша, асфиксия, роды через кесарево сечение, преждевременные и затяжные роды, отслойка плаценты, анемия, токсикоз и тяжелая нефропатия у матерей.

Неблагоприятный преморбидный фон был в анамнезе жизни был выявлен у 35 (81,4%) наблюдаемых нами детей: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) и синдром внутричерепной гипертензии - 68,6 %, анемия – 45,7%, ВУИ–9,3%, киста головного мозга–5,7%, нарушение питания – 14,3%. Из перенесенных заболеваний у 58,1% детей регистрировались ОРВИ и острые кишечные инфекции (ОКИ) у 20,9% больных.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ чаще фигурировал диагноз ОРВИ+синдром бронхиальной обструкции (СБО) у 39,5% детей, ОРВИ+пневмония - 20,9%, ОРВИ + фебрильные судороги выставлена у 11,7% больных, ОРВИ+ОСЛТ (острый стенозирующий ларинготрахеит) выставлена у 2,3% детей и ОРВИ+ОКИ у 25,6% больных.



Уже при поступлении в инфекционный стационар 30 (69,8%) детей имели тяжелые осложнения, из них пневмония с дыхательной недостаточностью была выявлена у каждого второго ребенка, отек головного мозга (ОГМ) - 10,0%, ДВС синдром - 20,0% и тяжелое обезвоживание у 20,0% детей. Следует отметить, что 11,6% больных детей получали лечение в других стационарах, где на 3,4±1,1 день пребывания выявлена суперинфекция ОРВИ, которая способствовало развитию микст-инфекции и влияла на тяжесть болезни.

В клиническом диагнозе у 32,6 % больных выставлен диагноз ОРВИ+СБО, ОРВИ+пневмония – 20,9%, ОРВИ+ОКИ+пневмония – 30,2%, ОРВИ+ОКИ – 4,7%, ОРВИ+ фебрильные судороги – 9,3% и ОРВИ+ОСЛТ у 2,3 % детей.

Ведущим неотложным синдромом у большинства больных были: тяжелая дыхательная недостаточность (ДН) – 88,4%, ОГМ – 27,7%, и ДВС синдром – 9,3% (Рис.2).

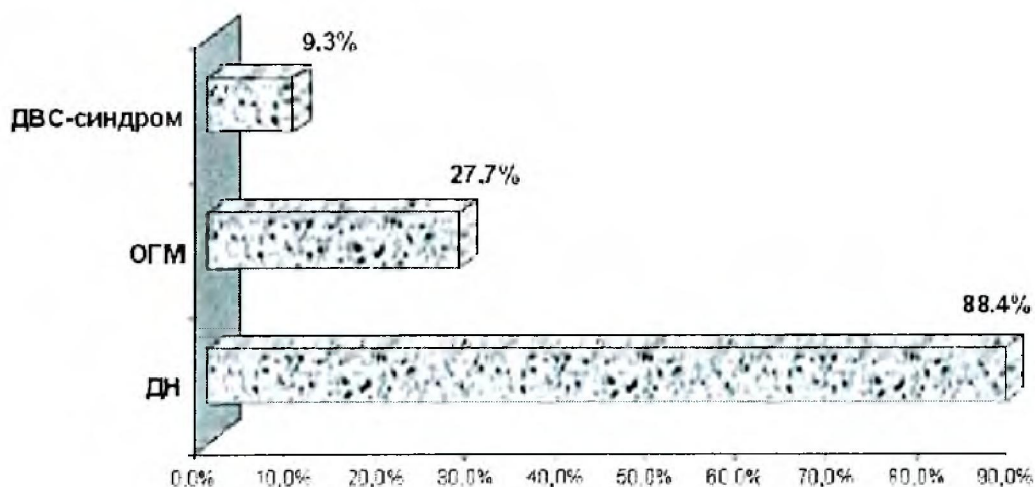
Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела, кашель, насморк, затрудненное дыхание и судороги. У многих (88,4%) больных повышение температуры тела было до 38,3±0,8°С. Повышение температуры выше 39°С отмечено у 11,6% детей. Лихорадка сохранялась в течение 4-12 дней, что было обусловлено развитием осложнений, неотложных синдромов, а также наслоением внутрибольничной инфекции

(ОКИ, пневмония). Нарушение гемодинамики (“мраморность” кожи, акроцианоз, холодные конечности) было выявлено у 72,1% больных, беспокойство - у 74,4% детей, рвота – у 20.9% больных, которые сохранялись 1-4 дня.

У всех наблюдаемых больных был кашель и насморк в течение 4,2±1,2 дней. Одновременно на фоне катаральных явлений выявлены локальные изменения в легких (укорочение легочного звука и ослабление дыхания) - у 88,4% больных, что свидетельствует о развитии пневмонии, которую из-за тяжести состояния и подключения аппарата ИВЛ не всегда могли подтвердить рентгенологически .

Из неврологических симптомов было выявлено нарушение сознания у 53,5% детей на 3,4±1,1 день от начала заболевания, и сохранялась в течение 5,7±1,3 дней. Судороги тонико-клонического характера отмечались у 27,9% больных в течение 1,5±0,5 дней. Выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом и длительностью судорог ( $r = -0,3$ ), т.е., чем меньше возраст ребенка, тем дольше сохранялись судороги.

Анализ данных периферической крови позволил выявить анемию у 25,6% больных, что негативно влияла на течение ОРВИ у детей. Несмотря на развитие пневмонии, неотложных синдромов, а также ОКИ лейкоцитарная формула у большинства (56,5%) больных соответствовала картине крови при ОРВИ: лейкопения ( $3,5-5,0 \times 10^9$ ), с лимфоцитозом (64-73%). У 43,5% детей



**Рис. 2**  
Неотложные синдромы у больных ОРВИ



... выявлен лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ, что свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции и осложненном течении ОРВИ у детей.

у всех больных детей проводили антибактериальное, дезинтоксикационное и дегидратационное, противосудорожное, симптоматическое лечение.

Основным показанием для назначения антибактериальной терапии являлась пневмония, неотложные синдромы, лихорадка более 3-х дней. Спектр, антибиотиков был разнообразным: пенициллин, цефатоксим, цефтриаксон, эфипим, меркацин, меранем. На ИВЛ находились 16,3% детей в течение  $2,7 \pm 0,9$  дней.

Исход болезни у 7,0% больных закончился выздоровлением, 81,4%-выписаны с улучшением, 2,2% детей мамы забрали самовольно домой из отделения и 4,7% больных были переведены в другой стационар. Летальный исход был у 4,7% детей. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила  $10,0 \pm 3,3$  дней.

Таким образом, ОРВИ у детей полиэтиологичны, часто протекают в ассоциации с вторичной бактериальной инфекцией. На

тяжесть состояния и частоту развития неотложных синдромов, неврологических осложнений влияет ранний возраст ребенка, отягощенный преморбидный фон, особенно гипоксическо-ишемическая энцефалопатия. Использование современных методов лабораторной диагностики (ПЦР) позволяет уточнить этиологический фактор и прогнозировать течение, исход болезни для снижения неблагоприятного исхода.

### Литература:

1. Вельтищев Ю.Е., Шарбаро В.Е., Степина Г.Г. Неотложные состояния у детей. / М. Медицина. 2004 г. с. 250-251
2. Козулина И.С. Новые инфекционные агенты - Метапневмовирус и Бокавирус человека / дисс. к.м.н., 2010 г. 113 с.
3. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Инфекционные токсикозы у детей. / М.: Изд-во РАМН. 2002. 248 с.
4. Учайкин В.Ф., Молочный В.П.. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство / М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – с.
5. <http://www.medmir.com/content/view/2556/1> – (04.07.09).