

экспериментах на *Tetrahymena pyriformis* фитокомпозиции ФК-Ц, ФК-СК, ФК-СС рекомендованы для выработки хлебобулочных изделий специализированного спортивного питания.

#### **Заключение**

Полученные результаты свидетельствуют, что биотестирование на *Tetrahymena pyriformis* целесообразно использовать для оценки безопасности и эффективности БАД к пище на этапах их разработки и гигиенической регистрации.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Тутельян, В. А. Биологически активные добавки к пище: современные подходы к обеспечению качества и безопасности / В. А. Тутельян, Б. П. Суханов // *Вопр. питания.* — 2008. — № 4. — С. 4–15.
2. Онищенко, Г. Г. Качество продуктов питания: гигиенические требования, стандарты качества / Г. Г. Онищенко // *Вопросы питания.* — 2004. — № 3. — С. 9–13.

**УДК 616.921.5-053.37**

### **ПАРАГРИПП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Зарянкина А. И., Кривицкая Л. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — это группа острозаразных вирусных заболеваний, характеризующихся симптомами токсикоза (хотя может и не быть), выраженными в разной степени, и поражением слизистых оболочек.

Острые респираторные инфекции являются наиболее распространенными в детском возрасте. Их доля составляет около 70 % в структуре всей заболеваемости у детей. Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечается у детей первых 3 лет жизни, начавших посещать дошкольные организованные коллективы. Высокая заболеваемость ОРВИ у детей, особенно раннего возраста, обусловлена повышенной их восприимчивостью к возбудителям респираторных инфекций [1, 3].

Повторные респираторные инфекции дыхательных путей способствует формированию у детей хронической бронхолегочной патологии, гайморитов, тонзиллитов, отитов, приводят к возникновению вторичной иммунодепрессии [2].

К возбудителям ОРВИ относят вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, аденовирусы, рино- и коронавирусы. Общим свойством для них является хорошая приспособленность к широкому распространению в популяции. Так, если возбудитель малоустойчив, то он высококонтагиозен (РС вирус), а если мало-контагиозен, то более устойчив во внешней среде (аденовирусы). Источником болезни при всех ОРВИ является больной человек или вирусоноситель. Основным механизмом передачи — воздушно-капельный [1, 2, 3].

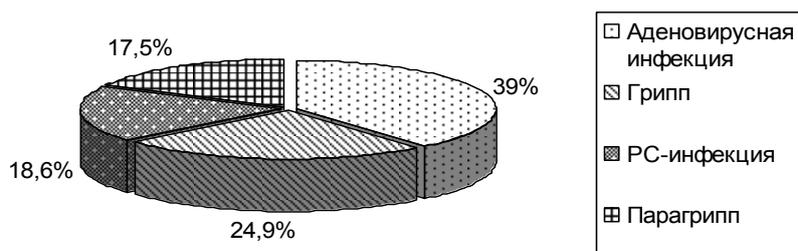
Нами были проанализированы 177 медицинских карт стационарных больных детей раннего возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями.

#### **Цель работы**

Изучить структуру острых респираторных вирусных инфекций и клинико-лабораторные особенности течения парагриппа у детей раннего возраста.

Анализируя данные медицинских карт, было выявлено, что ОРВИ встречаются примерно одинаково часто у девочек и у мальчиков: 52,0 и 48,0 % соответственно. Большинство больных (150 (84,7 %) человек) — городские жители.

Этиологическая структура ОРВИ распределилась следующим образом: аденовирусная инфекция была диагностирована у 69 детей, что составило 39,0 %, грипп — у 44 (24,9 %) детей, РС-инфекция — у 33 (18,6 %) детей, парагрипп — у 31 (17,5 %) больного (рисунок 1).



**Рисунок 1 — Этиологическая структура острых респираторных вирусных инфекций**

Парагрипп (31 ребенок) был диагностирован у 15 (48,4 %) девочек и у 16 (51,6 %) мальчиков. Большинство больных (28 (90,3 %) человек) являлись городскими жителями.

Максимальное количество больных парагриппом было госпитализировано в январе месяце. Частота встречаемости парагриппа в различное время года представлена в таблице 1.

**Таблица 1 — Частота парагриппа в различное время года**

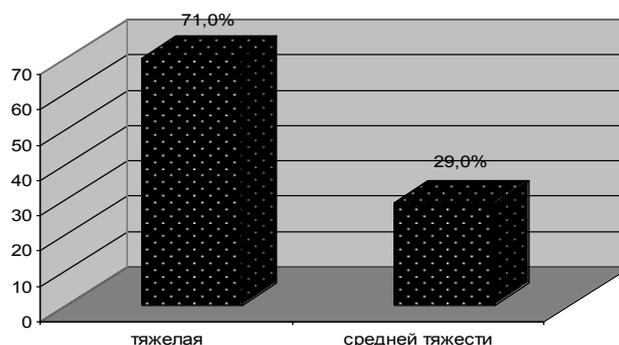
Месяц	Абсолютное число	Процент (%)
Январь	11	35,5
Февраль	3	9,7
Март	1	3,2
Апрель	3	9,7
Май	4	12,9
Июнь	—	—
Июль	1	3,2
Август	3	9,7
Сентябрь	—	—
Октябрь	—	—
Ноябрь	3	9,7
Декабрь	2	6,4
Всего	31	100

Парагрипп у детей раннего возраста протекает с интоксикационным, катаральным синдромом, синдромом бронхиальной обструкции, синдромом крупа. Катаральный синдром различной степени выраженности наблюдался у всех больных (31 (100 %) ребенок). Реже парагрипп протекал с синдромом бронхиальной обструкции — 6 (19,4 %) детей и синдромом крупа — 4 (12,9 %) детей. Все дети с парагриппом имели повышение температуры тела. У большинства детей (22 (71,0 %) ребенка) наблюдалась фебрильная температура, реже субфебрильная — у 9 (29,0 %) больных (таблица 2).

**Таблица 2 — Высота температурной реакции при парагриппе у детей раннего возраста**

Температура, °С	Абсолютное число	%
Норма	—	—
37,1–38	9	29,0
38,1–39	15	48,4
Выше 39,1	7	22,6

22 (71,0 %) ребенка поступали в стационар в тяжелом состоянии, 9 (29,0 %) детей — в состоянии средней тяжести (рисунок 2).



**Рисунок 2 — Степень тяжести парагриппа**

Основными клиническими проявлениями парагриппа у детей раннего возраста являются: острый ринофарингит, острый фарингит, острый ларинготрахеит, в том числе стенозирующий, обструктивный и острый бронхит. Наиболее часто парагрипп протекает в виде острого ларинготрахеита, который диагностирован у 7 (22,6 %) детей, реже стенозирующего (4 (12,9 %) детей), на втором месте стоит острый ринофарингит и обструктивный бронхит — по 6 (19,4 %) детей, на третьем — острый фарингит и острый бронхит — по 4 (12,9 %) ребенка (таблица 3).

Таблица 3 — Клинические проявления парагриппа у детей раннего возраста

Клинические проявления	Абсолютное число	%
Ринофарингит	6	19,4
Фарингит	4	12,9
Ларинготрахеит	7	22,6
Стенозирующий ларинготрахеит	4	12,9
Острый бронхит	4	12,9
Обструктивный бронхит	6	19,4

Оценивая гематологические изменения у больных с парагриппом было выявлено: нормальное количество лейкоцитов в общем анализе крови наблюдалось у 10 (32,3 %) больных, умеренный лейкоцитоз (до  $12 \times 10^9$ ) — у 18 (58 %) человек, выраженный лейкоцитоз (более  $12 \times 10^9$ ) — у 3 (9,7 %) человек. Нейтрофильный характер лейкоцитоза наблюдался у 14 (45,2 %) детей.

СОЭ до 15 мм/час зафиксировано у 19 (61,3 %) человек, от 16 до 24 мм/час — у 5 (16,1 %), более 25 мм/час — у 7 (22,6 %) человек (рисунок 3).

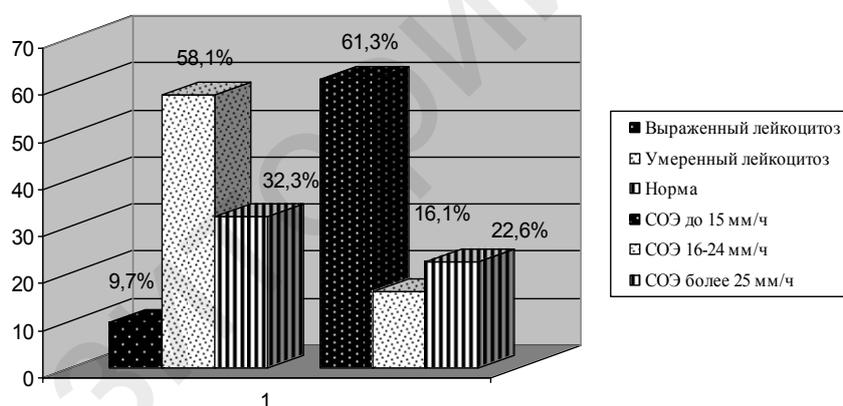


Рисунок 3 — Изменения в общем анализе крови

Таким образом, наиболее частой причиной острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста является аденовирусная инфекция, грипп, РС-инфекция и парагрипп.

Парагрипп у детей раннего возраста чаще встречается зимой (январь), характеризуется тяжелым течением с фебрильной лихорадкой, клиническими проявлениями ларинготрахеита, острого фарингита, обструктивного бронхита и умеренными воспалительными изменениями в общем анализе крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ботвиньева, В. В. Респираторные заболевания: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика: рук. для врачей / В. В. Ботвиньева, Н. А. Арефьева, Л. В. Азнабаева; под ред. М. Г. Романцева. — СПб., 2002. — 80 с.
2. Василевский, И. В. Иммунологические аспекты оздоровления часто болеющих детей / И. В. Василевский // Медицинская панорама. — 2003. — № 1 (26). — С. 43–46.
3. Баранов, А. А. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: научно-практическая программа / А. А. Баранов. — М., 2002. — 70 с.