

- 1. Указывают ли авторы тип исследования, который лег в основу их работы?

- 2. Соответствует ли заявленный дизайн исследования дизайну, который должен лечь в основу исследований этого типа?
- 3. Каков тип исследования является золотым стандартом для данной ситуации?
- 4. Соответствуют ли выводы, сделанные авторами работы, поставленным задачам?
- 5. Сколько пациентов участвовали в исследовании?
- 6. Как отбирали пациентов?
- 7. Как проводились оценка вмешательства фактора риска?
- 8. Какова была длительность наблюдения?
- 9. Какие показатели исхода использовали авторы?
- 10. Было ли исследование достаточно большим, продолжительным, насколько полным было наблюдение для того, чтобы результатом можно было доверять?

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение»



Авторы

[Хныков А. М.](#)

[Скворцова В. В.](#)

[Семенов В. М.](#)

Журнал

[Вестник Витебского государственного медицинского университета](#)

Выпуск [№ 2 / том 10 / 2011](#)

Коды

ГРНТИ: 76 — Медицина и здравоохранение

ВАК РФ: 14.00.00

УДК: 61

УКАЗЫВАЮТ ЛИ АВТОРЫ ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЙ ЛЕГ В ОСНОВУ ИХ РАБОТЫ?

Ключевые слова

аденовирусная инфекция , лимфоаденопатия

Аннотация научной статьи

по медицине и здравоохранению, автор научной работы — Хныков А. М., Скворцова В. В., Семенов В. М.

Исследование проводили с целью установить клинические особенности течения **аденовирусной инфекции** у детей с подтвержденным диагнозом. **Диагноз подтверждался методом флюоресцирующих антител и методом ПЦР.** Результатом явилось преобладание триады признаков: фарингит, ринит, регионарная **лимфоаденопатия**. Привычные для **аденовирусной инфекции** симптомы тонзиллита, конъюнктивит, гепатомегалии регистрировались относительно редко в 16,35-28,85% случаев. Наиболее частыми осложнениями **аденовирусной инфекции** являются обструктивный бронхит, возникающий, как правило, у детей до года; ларинготрахеит, встречающийся у детей от года до семи лет; пневмонии, возникают преимущественно у детей старше года.

СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ ЗАЯВЛЕННЫЙ ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ ДИЗАЙНУ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН ЛЕЧЬ В ОСНОВУ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭТОГО ТИПА?

надлежит аденовирусной инфекции, частота встречаемости которой, по разным данным, составляет от 25 до 34% [2, 3]. Аденовирусы обладают способностью к длительной персистенции и латенции в организме человека, что в свою очередь может приводить к медленному развитию эпидемического процесса и периодическим обострениям заболевания [4, 7].

Наиболее тяжело и длительно аденовирусная инфекция протекает у больных с иммунодефицитами и у детей младшего возраста, являясь достаточно часто причиной длительного кашлевого синдрома и таких осложнений, как бронхолит, пневмония, острый стенозирующий ларинготрахеит [5, 9, 10]. рядом исследований показано, что клиническая картина аденовирусной инфекции обладает полиморфизмом [2, 5], однако существует необходимость своевременной диагностики и этиологической расшифровки с целью улучшения терапевтических и профилактических мероприятий, снижения затрат на лечение за счет исключения неоправданного назначения антибактериальных препаратов.

Целью исследования явилось установление клинических особенностей течения аденовирусной инфекции у детей в современных условиях.

Методы

Анализ клинического течения аденовирусной инфекции проведен у 104 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2006-2010 гг. Пациенты были разделены на четыре возрастные группы: в I группу были включены 23 ребенка в возрасте от двух месяцев до года включительно; во II вошли 35 детей в возрасте от года до трех лет; III группу составили 29 пациентов в возрасте от трех до семи лет; в IV группу были включены 17 детей в возрасте старше семи лет.

Аденовирусная инфекция диагностировалась на основании эпидемиологических и клинико-лабораторных критериев. С целью дифференциальной диагностики проводили обследование по выявлению респираторных

вирусов (аденовирус, вирус гриппа, парагриппа, РС-вирус): мазки из носовых ходов (не позднее 3-их суток с момента поступления) на обнаружение антигенов вирусов (метод флюоресцирующих антител) подтверждали методом ПЦР.

Результаты и обсуждение

Проведенный нами анализ показал, что повышение температуры тела наблюдалось в $96,15 \pm 1,89\%$ случаев. Температура свыше 38°C была отмечена в $75,0 \pm 4,25\%$ случаев, причем у детей от года до трех лет несколько чаще, чем у детей старше 7-ми лет ($80,0 \pm 6,76\%$ vs $64,71 \pm 11,95\%$). На фоне выраженной интоксикации отмечалось наличие рвоты в $20,19 \pm 3,94\%$ случаев, несколько чаще у детей II возрастной группы ($25,71 \pm 7,39\%$). Рвота, как правило, повторялась не более 1-2-х раз в сутки ($71,43 \pm 10,1\%$), многократная рвота (7 и более раз) была зарегистрирована лишь у 2-х пациентов. В первые сутки заболевания фебрильная температура тела была зарегистрирована в $57,28 \pm 4,87\%$ случаев, приблизительно с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Длительность лихорадки свыше 38°C до 3-х дней наблюдалась у $46,60 \pm 4,91\%$ пациентов, от 3-х до 7-ми дней – у $26,21 \pm 4,33\%$ от общего числа заболевших. Достоверно чаще ($p < 0,05$) длительность фебрильной температуры от 3-х до 7-ми дней отмечена у детей II возрастной группы ($37,14 \pm 8,17\%$), по сравнению с III возрастной группой, где длительность лихорадки свыше 38°C от 3-х до семи дней наблюдалась лишь в $13,79 \pm 6,52\%$ случаев. Длительность фебрильной лихорадки свыше 7-ми дней наблюдалось лишь у трех пациентов, возраст которых не превышал трех лет.

Субфебрильная температура встречалась в $75,73 \pm 4,22\%$ случаев, немного реже у детей II группы ($45,71 \pm 8,42\%$) в отличие от других возрастных групп, где данный признак наблюдался от $72,73\%$ до $76,70\%$. Однако в первые сутки заболевания повышение температуры до 38°C имело место лишь у 22 пациентов ($21,36 \pm 4,04\%$), чаще у детей старше 7-ми лет, чем у детей до года ($35,29 \pm 11,95\%$ vs $13,64 \pm 7,49\%$). Длительность лихорадки 37-

КАКОВ ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДЛЯ ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

□ ПЦР

Анализ клинического течения аденовирусной инфекции проведен у 104 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2006-2010 гг. Пациенты были разделены на четыре возрастные группы: в I группу были включены 23 ребенка в возрасте от двух месяцев до года включительно; во II вошли 35 детей в возрасте от года до трех лет; III группу составили 29 пациентов в возрасте от трех до семи лет; в IV группу были включены 17 детей в возрасте старше семи лет.

СООТВЕТСТВУЮТ ЛИ ВЫВОДЫ, СДЕЛАННЫЕ АВТОРАМИ РАБОТЫ, ПОСТАВЛЕННЫМ ЗАДАЧАМ?

1. Наблюдения показали, что клиническая симптоматика аденовирусной инфекции у детей в настоящее время имеет свои особенности. Острое начало заболевания с выраженными симптомами лихорадки и интоксикации наблюдаются более чем у половины пациентов ($57,28 \pm 4,87\%$ случаев). Лишь у $21,36 \pm 4,04\%$ детей в начале заболевания общеинтоксикационный синдром выражен умеренно. Причем наличие и длительность фебрильной температуры чаще имели место у детей в возрасте до семи лет, для детей старше семи лет наиболее характерна субфебрильная температура.

2. Отмечается следующая триада признаков: фарингит, ринит, регионарная лимфаденопатия.

3. Такие типичные признаки, как тонзиллит, конъюнктивит, гепатомегалия регистрируются относительно редко – в $16,35-28,85\%$ случаев, что значительно затрудняет своевременную дифференциальную диагностику заболевания и требует новых методов этиологической расшифровки. Диарейный синдром зарегистрирован более чем у $22,12 \pm 4,07\%$ пациентов, в основном у детей до трех лет.

4. Для общего анализа крови характерны следующие изменения: лейкопения, лимфоцитоз и нейтрофилез со сдвигом лейкоцитов

СКОЛЬКО ПАЦИЕНТОВ УЧАСТВОВАЛИ В ИССЛЕДОВАНИИ?

Анализ клинического течения аденовирусной инфекции проведен у 104 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2006-2010 гг. Пациенты были разделены на четыре возрастные группы: в I группу были включены 23 ребенка в возрасте от двух месяцев до года включительно; во II вошли 35 детей в возрасте от года до трех лет; III группу составили 29 пациентов в возрасте от трех до семи лет; в IV группу были включены 17 детей в возрасте старше семи лет.

КАК ОТБИРАЛИ ПАЦИЕНТОВ?

Анализ клинического течения аденовирусной инфекции проведен у 104 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2006-2010 гг. Пациенты были разделены на четыре возрастные группы: в I группу были включены 23 ребенка в возрасте от двух месяцев до года включительно; во II вошли 35 детей в возрасте от года до трех лет; III группу составили 29 пациентов в возрасте от трех до семи лет; в IV группу были включены 17 детей в возрасте старше семи лет.

КАК ПРОВОДИЛИСЬ ОЦЕНКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ФАКТОРА РИСКА?

Респираторные заболевания, вызванные аденовирусом, сопровождались развитием осложнений у 28-ми детей ($26,92 \pm 4,35\%$), более детальное изучение которых привело к следующим результатам (рис. 2). В структуре осложнений на первом месте обструктивный бронхит ($46,43 \pm 9,60\%$). Интересно тот факт, что данное осложнение наиболее характерно для детей до года ($p < 0,01$) по сравнению с детьми от года до семи лет. Ларинготрахеит имел место у 12 пациентов ($42,86 \pm 9,52\%$), в основном у детей от года до семи лет. Следующим по частоте встречаемости осложнением была пневмония ($25,0 \pm 8,33\%$), как правило, нижнедолевая, что совпадает с данными других авторов [9]. Пневмония не была нами зарегистрирована ни в одном случае у детей до года. Отит как осложнение аденовирусной инфекции, был отмечен в трех случаях у детей младше трех лет, острый гайморит в двух случаях у детей в возрасте от трех до семи лет. Фебрильные судороги были выявлены только у двух детей младше трех лет ($1,98 \pm 1,39\%$ от всех лихорадящих детей). Гипертензионный синдром

КАКОВА БЫЛА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ?

Анализ клинического течения аденовирусной инфекции проведен у 104 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2006-2010 гг. Пациенты были разделены на четыре

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСХОДА ИСПОЛЬЗОВАЛИ АВТОРЫ?

1. Наблюдения показали, что клиническая симптоматика аденовирусной инфекции у детей в настоящее время имеет свои особенности. Острое начало заболевания с выраженными симптомами лихорадки и интоксикации наблюдаются более чем у половины пациентов ($57,28 \pm 4,87\%$ случаев). Лишь у $21,36 \pm 4,04\%$ детей в начале заболевания общеинтоксикационный синдром выражен умеренно. Причем наличие и длительность фебрильной температуры чаще имели место у детей в возрасте до семи лет, для детей старше семи лет наиболее характерна субфебрильная температура.

2. Отмечается следующая триада признаков: фарингит, ринит, регионарная лимфаденопатия.

3. Такие типичные признаки, как тонзиллит, конъюнктивит, гепатомегалия регистрируются относительно редко – в $16,35-28,85\%$ случаев, что значительно затрудняет своевременную дифференциальную диагностику заболевания и требует новых методов этиологической расшифровки. Диарейный синдром