

Специализированный научно-практический журнал

p-ISSN 2312-413X
e-ISSN 2312-4148



ЗАСЛАВСЬКИЙ
Видавничий дім

Актуальна Інфектологія

Індексується: РИНЦ (Science Index), Google Scholar,
«Джерело», Academic Resource Index (Research Bible)

www.mif-ua.com

1(10) • 2016

АКТУАЛЬНА ІНФЕКТОЛОГІЯ



1(10) 2016

Луганський державний медичний університет

Актуальная Инфектология

Актуальна інфектологія

Actual Infectology

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у листопаді 2013 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

*Включений до наукометричних та спеціалізованих баз даних
PINC (Science Index), Google Scholar, «Джерело»,
Academic Resource Index (Research Bible)*

№ 1(10) • 2016

<i>Крамарев С.А., Дорошенко В.А., Воронов А.А., Євтушенко В.В., Климнюк Г.И., Шайда Е.В., Агафонкіна І.Н.</i>	Вирусные гепатиты В и С у детей с онкогематологической патологией..... 43
<i>Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В.</i>	Особенности цитокиновой регуляции при мультирезистентному туберкульозі залежно від ступеня ендогенної інтоксикації... 49
<i>Шостакович-Корецька Л.Р., Чергінєць А.В., Шостакович Г.В., Якуніна О.М.</i>	Структурно-системний моніторинг інформованості різних верств населення щодо діагностики, профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу 56
<i>Волянська Л.А., Бурбела Е.І., Мудрик У.М., Євтушенко С.В.</i>	Інноваційний підхід до індивідуалізації лікування дітей з гострими респіраторними інфекціями 60

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

<i>Richard M. Rosenfeld, Jay F. Piccirillo, Sujana S. Chandrasekhar, Itzhak Brook, Kaparaboyna Ashok Kumar, Maggie Kramper, Richard R. Orlandi, James N. Palmer, Zara M. Patel, Anju Peters, Sandra A. Walsh and Maureen D. Corrigan</i>	Практические рекомендации по лечению синусита у взрослых (Американская академия отоларингологии — Общество хирургии головы и шеи, обновление 2015 г.) 65
--	--

ПАРАЗИТАРНІ ІНВАЗІЇ

<i>Мочалова А.А., Ершова І.Б., Лохматова І.А.</i>	Топ самых опасных пищевых паразитов 94
---	--

ОГЛЯД

<i>Крамарьов С.О., Євтушенко В.В., Виговська О.В., Швецова М.-А.І., Ковалюх І.Ю.</i>	Особенности гриппу сезону 2016 року в дітей 102
<i>Богуцька Н.К.</i>	Особенности перебігу гострих інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів у дитячому віці (огляд літератури)..... 107

<i>Kramarev S.A., Doroshenko V.A., Voronov A.A., Yevtushenko V.V., Klimniuk H.I., Shaida E.V., Ahafonkina I.N.</i>	Hepatitis B and C Virus in Children with Oncohematologic Diseases 43
<i>Todoriko L.D., Yeremenchuk I.V.</i>	Features of Cytokine Regulation in Multidrug- Resistant Tuberculosis Depending on Severity of Endogenous Intoxication 49
<i>Shostakovych-Koretska L.R., Cherhinets A.V., Shostakovych H.V., Yakunina O.M.</i>	Structural and Systemic Monitoring of Awareness of Different Population Groups about the Diagnosis, Prevention and Treatment of HIV/AIDS..... 56
<i>Volianska L.A., Burbela E.I., Mudryk U.M., Yevtushenko S.V.</i>	An Innovative Approach to the Individualization of Treatment of Children with Acute Respiratory Infections..... 60

METHODICAL GUIDELINES

<i>Richard M. Rosenfeld, Jay F. Piccirillo, Sujana S. Chandrasekhar, Itzhak Brook, Kaparaboyna Ashok Kumar, Maggie Kramper, Richard R. Orlandi, James N. Palmer, Zara M. Patel, Anju Peters, Sandra A. Walsh and Maureen D. Corrigan</i>	Clinical Practice Guideline on Adult Sinusitis (American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery Foundation, Updated 2015) 65
--	---

PARASITE INVASIONS

<i>Mochalova H.O., Yershova I.B., Lokhmatova I.A.</i>	Top of the Most Dangerous Food Parasites 94
---	---

REVIEW

<i>Kramariov S.O., Yevtushenko V.V., Vygovska O.V., Shvetsova M.-A.I., Kovaliukh I.Yu.</i>	Features of Influenza Season 2016 in Children 102
<i>Bohutska N.K.</i>	Peculiarities of Acute Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract in Childhood (Review of Literature) 107

УДК 616.211/.232-022.7-02-036.1-053.2

БОГУЦЬКА Н.К.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. Описано особливості етіології та клінічного перебігу гострих респіраторних інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей порівняно з дорослими, оцінено особливості їх клінічних проявів, диференціальної діагностики, тактики ведення та ускладнень у дитячому віці.

Ключові слова: гострі інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів, діти, етіологія, клінічні прояви.

Респіраторні інфекції щорічно зумовлюють більше половини всіх випадків гострих захворювань серед дітей [20]. Найчастіше серед цих захворювань — звичайна застуда — гостре респіраторне захворювання (ГРЗ) верхніх дихальних шляхів, переважно вірусної етіології. Будь-які респіраторні мікроорганізми можуть викликати захворювання верхніх дихальних шляхів, що майже не різняться за клінічною симптоматикою (закладеність носа, риніт, відсутність вираженого фарингіту та невисока або відсутня лихоманка) [17]. Діти особливо сприйнятливі до цих захворювань внаслідок обмеженості набутого імунітету проти багатьох збудників, недостатніх гігієнічних навичок та частого тісного контакту з оточенням — хворими або носіями інфекційних збудників [22].

Риновіруси, коронавіруси, респіраторно-синцитіальний вірус (РСВ), віруси грипу, парагрипу, людський метапневмовірус, аденовіруси, ентеровіруси — загалом більше ніж 200 вірусів можуть викликати подібні симптоми. Зрідка (менше ніж у 10 % випадків) ГРЗ спричиняють бактерії, мікоплазми, грибки, найпростіші, може відбутися коінфікування. У дітей ГРЗ трапляються частіше у зв'язку з нетривалістю імунітету після перенесеного захворювання та великою кількістю різних серотипів вірусів [19]. Незважаючи на невелику кількість різних серотипів, повторне інфікування часто спричиняється зараженням РСВ, вірусами парагрипу, людським метапневмовірусом та коронавірусами, проти яких імунітет нетривкий [16]. Велика кількість серотипів вірусів грипу, рино-, адено- та ентеровірусів також є причиною реінфікувань, хоча серотипспецифічний імунітет проти цих збудників здебільшого е тривким (табл. 1). Взаємодія коронавірусів та організму не досліджена глибоко, але багато з них викликають принаймні нетривалий імунний захист. Респіраторні віруси виробляють різні механізми уникнення імунного захисту організму. Віруси грипу змінюють поверхневі антигени та уподібнюються різним серотипам.

Загалом риновіруси відповідальні принаймні за 50 % усіх застудних захворювань у дітей і дорослих, насамперед коронавіруси, РСВ, віруси грипу, парагрипу, людський метапневмовірус, аденовіруси, ЕСНО-віруси, віруси Коксаки. На відміну від дорослих в етіологічному спектрі ГРЗ у дитячому віці істотно частіше спостерігаються бокавіруси та *Moraxella catarrhalis*, а також коінфікування різними вірусами [8].

Деякі віруси зумовлюють характерні клінічні ознаки. Зокрема, РСВ переважно викликає бронхіоліт у дітей до 2 років, вірус грипу — респіраторне захворювання з високою лихоманкою, аденовіруси — фарингокон'юнктивальну лихоманку, віруси парагрипу — круп у дітей раннього віку, ентеровіруси — різні захворювання, зокрема й асептичний менінгіт та герпангін [13, 20].

ГРЗ спостерігаються цілорічно, але частіше в осінньо-весняний період. У дітей молодшого віку за рік зазвичай констатують 6–7 епізодів ГРЗ, однак у 10–15 % дітей — щонайменше 12 інфекційних захворювань на рік [17]. З кожним роком дорослішання частота захворювань зменшується на 2–3 епізоди [18]. У дитячих виховних закладах у перший рік відвідування діти хворіють удвічі частіше порівняно з тими, які виховуються лише вдома, але з часом ці показники вирівнюються [15].

Перший пік захворюваності в дітей відбувається у віці 6–12 міс., значно зростає захворюваність після початку відвідування дошкільних закладів. Порівняно з дорослими в секретах інфікованих дітей міститься більше вірусів та в дитинстві притаманне триваліше вірусоносійство [21].

Адреса для листування з автором:
Богуцька Наталія Казимирівна
E-mail: nbhutska@ukr.net

© Богуцька Н.К., 2016

© «Актуальна інфектологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

Таблиця 1. Загальна характеристика небактеріальних збудників ГРЗ

Тип імунної відповіді	Віруси	Серотипи (важливі щодо респіраторних симптомів)	Тип нуклеїнової кислоти	Рік описання
Нетривалий серотип-специфічний імунітет (повторне інфікування тим же серотипом часте)	Респіраторно-синцитіальний вірус	1 (А, В)	РНК	1956
	Віруси парагрипу	5 (1–3)	РНК	1953
	Коронавіруси	5	РНК	1965
	Людський метапневмовірус	1 (А, В)	РНК	2001
	Мікоплазма пневмонії	1	ДНК+РНК	1944
Тривалий серотип-специфічний імунітет (повторне інфікування тим же серотипом трапляється рідко)	Риновіруси	> 100	РНК	1960-ті
	Аденовіруси	57 (1–3, 5–7, 14, 21)	ДНК	1953
	Віруси грипу	3 (А, В, С; зміна підтипу А)	РНК	1933–49
	ЕСНО-віруси	31 (11, 20, 25)	РНК	1950-ті
	Віруси Коксаки групи А	24 (21)	РНК	1948
	Віруси Коксаки групи В	6 (4,5)	РНК	1948
Невідомий	Бокавіруси	4 (1)	ДНК	2005

Епідемія ГРЗ зазвичай починається восени, у вересні, з різкого зростання захворюваності на нежить (риновіруси), у жовтні та листопаді домінує вірус парагрипу. Взимку починаються інфекційні спалахи, зумовлені РСВ та коронавірусами. Наприкінці зими домінує грип. Навесні знову починають переважати риновірусні інфекції, аденовірус впродовж усього цього періоду приблизно з однаковою частотою спричиняє респіраторні захворювання, як і людський метапневмовірус (однак існують піки в грудні та лютому). Ентеровірусні ГРЗ здебільшого відмічаються влітку та на початку осені [13].

Приблизну причину захворювання можна встановити, оцінюючи такі чинники, як вік, сезон, попередні захворювання. Наприклад, у віці до 3 років найчастішими та найтяжчими за перебігом є вірусні інфекції, викликані РСВ, вірусом парагрипу. З віком захворювання перебігають із менш вираженими ознаками. Фактори, що підвищують сприйнятливості до ГРЗ: пасивне паління, публічний транспорт, імуносупресія різного генезу, хронічний стрес, муковісцидоз, алергічне запалення, назальний поліпоз, циліарна дискінезія, носійство стрептокока групи А, інтраверсія тощо [10].

Віруси, що викликають ГРЗ, можуть поширюватися дрібними часточками (< 5 мкм у діаметрі), що потрапляють у дихальні шляхи інгаляційним шляхом, великими аерозольними часточками (краплями > 10 мкм в діаметрі), що затримуються на слизових (носа, кон'юнктиви), а також при контакті. Потрапляння РСВ або риновірусів на слизову рота не призводить до інфікування. Небезпечними щодо поширення інфекції є чхання, видудання носа, потискання рук, контактне перенесення інфекції з рук на слизову носа та очей. Основні механізми зараження риновірусами та РСВ — контактний (з рук на слизову носа чи кон'юнктиви) або крапельний (через великі аерозольні часточки). Ві-

рус грипу, коронавіруси найлегше поширюються дрібними аерозольними часточками. При ураженні слизової носа віруси грипу та аденовіруси руйнують епітелій, тоді як коронавірус 229Е, риновіруси та РСВ не викликають подібних змін [13, 20].

Риновіруси належать до родини пікорнавірусів, що включає й ентеровіруси. Це РНК-віруси діаметром 15–50 нм. Інактивуються впродовж 3–4 год у середовищі при рівні рН 3. Переважно риновіруси знаходять у назальному секреті. Дуже специфічні вимоги до виділення вірусів обмежують їх ізоляцію. Так, окремі серотипи ростуть лише на культурі людського назального чи трахеального епітелію. Швидких тестів на виявлення антигену риновірусу не існує.

Риновірус інокулюється в слизову носа або кон'юнктиву. У процесі інокуляції віруси долають фізичний, механічний бар'єри, множинні захисні механізми місцевого назофарингеального гуморального та клітинного імунітету, субоптимальний рівень якого, як і хронічне запалення (наприклад, алергічне), спричиняють підвищену сприйнятливості дітей та триваліший перебіг епізодів ГРЗ у них. Реплікація вірусу впродовж 2 днів ушкоджує епітелій та призводить до зростання назальної секреції із підвищеним вмістом білка. Мукоциліарна дисфункція триває впродовж гострої фази хвороби, хоча може відмічатись і впродовж тижнів після одужання. Віремія трапляється рідко. Максимальний синтез інтерферонів спостерігають на 3–5-й день хвороби, специфічні нейтралізуючі антитіла синтезуються максимально на 14–21-й день, секреторні — через 1–2 тижні після них. Вірусне ушкодження назального епітелію асоціюється із гострою запальною відповіддю організму — вивільнюється велика кількість запальних цитокінів (ІЛ-8, -1-бета, -6, брадикінін) та відбувається накопичення запальних клітин у слизовій оболонці. Симптоми хвороби значною мірою визначаються

саме цими механізмами [7, 16]. Інфільтрація слизової носа нейтрофілами призводить до зміни кольору носових виділень: збільшення кількості нейтрофілів зумовлює зміну кольору виділень від білого до жовтого, збільшення активності мієлопероксидази та інших ферментів — зелені виділення. Часто у неускладнених випадках у запальний процес залучається слизова навколоносових пазух, однак швидко відбувається і зворотний процес. Транзиторні зміни параназальних синусів констатують комп'ютерною томографією у 80 % пацієнтів із неускладненими ГРЗ [2, 7].

Здебільшого ГРЗ супроводжуються основними клінічними симптомами — виділеннями з носа та назальною обструкцією, водночас прояви системного ушкодження (лихоманка, міалгії) відсутні або незначні. Клінічні симптоми з'являються в середньому через 1–3 дні після інфікування. Перші ознаки — біль або дертя в горлі, після чого приєднуються закладеність носа та ринорея. Зазвичай біль у горлі швидко минає, на 2–3-й день домінуючими є назальні прояви [4]. Утруднене носове дихання зумовлює порушення сну, почуття втоми та дратівливість. Кашель спостерігається при 30 % ГРЗ і з'являється після появи риніту [3]. Віруси грипу, РСВ, аденовіруси частіше за рино- та коронавіруси викликають загальну симптоматику — підвищення температури тощо. У дітей зазвичай застуда триває

близько 1 тижня, у 10 % випадків — до 2 тижнів. Фізикальні зміни стосуються лише верхніх дихальних шляхів. Збільшення назальних виділень, зміни кольору та консистенції назального секрету — типові прояви перебігу хвороби, що здебільшого не свідчать про синусит або бактеріальну суперінфекцію. Обстеження порожнини носа виявляє набряклі, еритематозні носові раковини, діагностичне значення такої знахідки низьке [4]. Клінічні прояви ГРЗ верхніх дихальних шляхів у дітей характеризуються особливостями в зіставленні із застудою в дорослих (табл. 2).

Найголовнішим завданням діагностики ГРЗ є диференціальна діагностика із більш серйозними за бактеріальну застуду захворюваннями [12] (табл. 3).

Звичайні лабораторні дослідження не є корисними в діагностиці застуди. Мазок з носа на еозинофілі діагностично значущий щодо алергійного риніту. Переважання поліморфноядерних лейкоцитів у секреті з носа — ознака вірусного риніту, що не вказує на бактеріальну суперінфекцію. Вірусні збудники можна визначити вірусологічними методами на культурі клітин (РСВ, віруси грипу, парагрипу, аденовіруси, риновіруси), виявленням антигену (РСВ, віруси грипу, парагрипу, аденовіруси), полімеразною ланцюговою реакцією (рино-, коронавіруси, бокавіруси, людський метапневмовірус) або серологічно (коронавіруси, люд-

Таблиця 2. Характерні клінічні ознаки ГРЗ верхніх дихальних шляхів у дітей та дорослих

Ознаки ГРЗ	Дорослі	Діти до 6 років
Частота	2–4 рази на рік	Раз на місяць (вересень — квітень)
Лихоманка	Рідко	Часто впродовж перших 3 днів
Назальна симптоматика	Закладеність носу	Виділення з носа різного кольору
Тривалість	5–7 днів	14 днів
Збільшення передньошийних лімфовузлів	Рідко	Часто
Ускладнення	Бактерійний синусит	Середній отит

Таблиця 3. Захворювання, подібні до ГРЗ

Хвороба	Диференційні ознаки
Алергійний риніт	Основні симптоми — чхання та свербіння. Назальна еозинофілія. Сезонність. Сімейний анамнез
Сторонній предмет носа	Унілатеральні гнійні виділення. Кров у назальному секреті
Синусит	Головний, фасціальний біль, періорбітальний набряк. Тривалість виділень із носа або кашлю більше ніж 10–14 днів
Кашлюк	Початок із постійного або пароксизмального кашлю
Вроджений сифіліс	Постійні виділення з носа з початком у перші три тижні життя
Вазомоторний риніт	Постійні назальні прояви без лихоманки та болю в горлі
Рефлюкс-ларингіт	Хронічний ларингіт, охриплість, відчуття клубка в горлі, персистувальне прокашлювання, дисфагія, поганий запах із рота
Психогенний кашель	Сухий кашель сталого характеру, що може посилюватися в стресових ситуаціях, зникає під час сну, протикашльове лікування неефективне
Туберкульоз	Тривалий кашель, втрата ваги/анорексія, лихоманка, нічна пітливість, кровохаркання, біль у грудях

ський метапневмовірус) [20]. Однак застосування цих методів не рекомендується у випадку звичайного ГРЗ, оскільки етіологічний діагноз необхідний лише за потреби вибору специфічного противірусного лікування. Назофарингеальні бактеріологічні дослідження необхідні, якщо є підозра на групу А *Streptococcus*, *Bordetella pertussis* або назальну дифтерію. Виділення інших бактерій здебільшого не свідчить про бактерійну назальну інфекцію, виділені збудники не обов'язково є етіологічним чинником синуситу [14].

Серед ймовірних ускладнень ГРЗ зневоднення відмічається переважно в дітей. У 5–30 % дітей найчастішим ускладненням ГРЗ є середній отит, особливо за умови відвідування дошкільних закладів, тоді як у дорослих це ускладнення спостерігається з частотою до 2 % випадків. Симптоматичне лікування не запобігає розвитку середнього отиту. Залучення слизової приносних пазух до запалення при застуді — один із патогенетичних етапів розвитку хвороби, однак в 0,5–2 % дорослих, хворих на ГРЗ верхніх дихальних шляхів, та в 5–13 % дітей все ж можливим ускладненням є гострий бактерійний синусит [1]. Якщо виділення з носа та кашель тривають довше 10–14 днів або приєднуються інші прояви — лихоманка, лицевий біль або набряк, необхідно запідозрити синусит. Загострення бронхіальної астми нечасте, але потенційно небезпечне ускладнення застуди. Бактерійна пневмонія — рідкісне ускладнення, частіше спостерігаються носова кровотеча, евстахіїт, кон'юнктивіт, фарингіт. Часте необгрунтоване призначення антибіотиків при ГРЗ призводить до зростання антибіотикорезистентності серед патогенних респіраторних бактерій. Антибіотикотерапія показана лише при вторинній бактеріальній інфекції — синуситі або гострому середньому отиті [5]. Здебільшого гострі риносинусити, навіть легкі та середньотяжкі бактерійні, минають без лікування антибіотиками [1, 6]. Персистування проявів риносинуситу без поліпшення впродовж 10 днів і більше, виражені прояви або їх погіршення впродовж 3–4 днів і більше — ймовірне показання до антибіотикотерапії (курсом 5–7 днів для дорослих та 10–14 днів для дітей препаратом першої лінії, наприклад амоксициліном/клавуланатом, дієвим проти найімовірніших патогенів: *Streptococcus pneumoniae*, *H.influenzae* та *Moraxella catarrhalis*) [1, 2]. Після перенесеного ГРЗ спостерігається суперінфекція нижніх дихальних шляхів *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *H.influenzae* або *Streptococcus pyogenes*, а менінгококова суперінфекція частіше ускладнює перенесений грип [9]. Кашель після перенесеного ГРЗ може персистувати впродовж 3–8 тижнів, іноді його причиною є синдром «постназальної краплі». За гіпертрофії мигдаликів ГРЗ у дітей може ускладнюватися синдромом сонних апное. Зрідка ГРЗ може ускладнюватися енцефалітом, менінгітом або внутрішньочерепним крововиливом, нечасто відмічаються лімфаденіт, міозит, перикардит, синдром Гієна — Барре, у дитячому віці за умови застосування аспірину може виникати синдром Рейя [13].

Застосування хіміо- або специфічної імунопрофілактики при вірусних ГРЗ, окрім грипу, є рідкісним.

Щеплення або хіміопротифілактика грипу ефективні, однак грип спричиняє незначну частку всіх ГРЗ. Застуди найефективніше можна запобігти, розірвавши ланцюг передачі вірусу різними шляхами (носіня захисних масок, часте миття рук, віроцидні засоби для рук тощо) [11].

Список літератури

1. Anon J.B. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis / J.B. Anon, M.R. Jacobs, M.D. Poole et al. // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2004. — Vol. 130, № 6. — P. 794–796.
2. Chow A.W. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / A.W. Chow, M.S. Benninger, I. Brook et al. // *Clin. Infect. Dis.* — 2012. — Vol. 54, № 8. — P. 72–112. — doi: 10.1093/cid/cir1043.
3. Irwin R.S. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines / R.S. Irwin, M.H. Baumann, D.C. Bolser et al. // *Chest.* — 2006. — Vol. 129 (1 Suppl.). — P. 1–23. — doi: 10.1378/chest.129.1_suppl.1S.
4. Knight A. The differential diagnosis of rhinorrhea / A. Knight // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 1995. — Vol. 95. — P. 1080–1083.
5. Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis / T. Kenealy, B. Arroll // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 4, 6. — doi:10.1002/14651858.CD000247.pub3.
6. Little P. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial / P. Little, M. Moore, J. Kelly et al. // *BMJ.* — 2014. — Vol. 348. — P. 1606. — doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g1606.
7. Meltzer E.O. Rhinosinusitis: developing guidance for clinical trials / E.O. Meltzer, D.L. Hamilos, J.A. Hadley et al. // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2006. — Vol. 135. — P. 31–80.
8. Meriluoto M. Association of human bocavirus 1 infection with respiratory disease in childhood follow-up study, Finland / M. Meriluoto, L. Hedman, L. Tanner et al. // *Emerg. Infect. Dis.* — 2012. — Vol. 18, № 2. — P. 264–271. — doi: 10.3201/eid1802.111293.
9. Murphy T.F. Microbial interactions in the respiratory tract / T.F. Murphy, L.O. Bakaletz, P.R. Smeesters // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 2009. — Vol. 28 (10 Suppl.). — P. 121–126. — doi: 10.1097/INF.0b013e3181b6d7ec.
10. Pettigrew M.M. Microbial interactions during upper respiratory tract infections / M.M. Pettigrew, J.F. Gent, K. Revai et al. // *Emerg. Infect. Dis.* — 2008. — Vol. 14, № 10. — P. 1584–1591. — doi: 10.3201/eid1410.080119.
11. Sandora T.J. A randomized, controlled trial of a multifaceted intervention including alcohol-based hand sanitizer and hand-hygiene education to reduce illness transmission in the home / T.J. Sandora, E.M. Taveras, M. Shih et al. // *Pediatrics.* — 2005. — Vol. 116. — P. 587–594.
12. Schwartz S.R. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia) / S.R. Schwartz, S.M. Cohen, S.H. Dailey et al. // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2009. — Vol. 141 (3 Suppl 2). — P. 1–31. — doi: 10.1016/j.otohns.2009.06.744.
13. Snellman L. Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults / L. Snellman, W. Adams, G. Anderson et al. —

Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2013. — 86 p.

14. Wald E.R. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years / E.R. Wald, K.E. Applegate, C. Bordley et al. // *Pediatrics*. — 2013. — Vol. 132, № 1. — P. 262-280.

15. Wald E.R. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications / E.R. Wald, N. Guerra, C. Byers // *Pediatrics*. — 1991. — Vol. 87, № 2. — P. 129-133.

16. Wallace D.V. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter / D.V. Wallace, M.S. Dykewicz, D.I. Bernstein et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2008. — Vol. 122. — P. 1-84. — doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003.

17. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Грин та гострі респіраторні інфекції // *Актуальна інфектологія*. — 2014. — № 3(4). — С. 123-191.

18. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, И.А. Камаев, М.Л. Огнева. — Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2003. — 180 с.

19. Воробьева В.А. Новые подходы в профилактике и лечении острых респираторных вирусных заболеваний у детей / В.А. Воробьева, Е.А. Азова. — Ремедиум Приволжье, 2010. — № 5. — С. 28-29.

20. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа. Союз педиатров России. — М., 2004. — 73 с.

21. Реабилитация часто болеющих детей: Учеб-метод. пособие / И.В. Василевский. — Минск: БелМАПО, 2006. — 44 с.

22. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия: Руководство для врачей / М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 191 с.

Отримано 05.02.16 ■

Богущая Н.К.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Описаны особенности этиологии и клинического течения острых респираторных инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей у детей по сравнению со взрослыми, оценены особенности их клинических проявлений, дифференциальной диагностики, тактики ведения и осложнений в детском возрасте.

Ключевые слова: острые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, дети, этиология, клинические проявления.

Bohutska N.K.

Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

PECULIARITIES OF ACUTE INFECTIOUS DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT IN CHILDHOOD (REVIEW OF LITERATURE)

Summary. The article describes the features of the etiology and clinical course of acute infectious diseases of the upper respiratory tract in children compared with adults, evaluates the peculiarities of their clinical manifestations, differential diagnosis, management and complications in childhood.

Key words: acute infectious diseases of the upper respiratory tract, children, etiology, clinical manifestations.