

УДК 616.9-053.2

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Л. В. Крамарь, Ю. О. Хлынина

Кафедра детских инфекционных болезней ВолГМУ

Проблема реабилитации длительно и часто болеющих детей, несмотря на большое число исследований, остается до конца нерешенной. Авторы приводят современные данные по этиопатогенезу данной патологии. Предложен алгоритм лечения и профилактики острых респираторных заболеваний у данной группы детей.

Ключевые слова: дети, часто болеющие дети, острые респираторные заболевания, реабилитация часто болеющих детей.

SICKLY CHILDREN: PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING THEM

L. V. Kramar, U. O. Hlynina

The problem of rehabilitation of frequently ailing children is not yet elucidated despite much research done in this field. The authors analyze up-to-date views of etiopathogenicity of this pathology. An algorithm of treatment and prophylaxis of acute respiratory diseases is proposed for this group of children.

Key words: children, sickly children, acute respiratory diseases, rehabilitation of frequently ailing children.

В структуре инфекционной патологии у детей отмечается абсолютное преобладание острых респираторных инфекций. Их удельный вес достигает 90 %, при этом имеется ввиду не грипп как острое заболевание с эпидемическими подъемами, а другие вирусные инфекции, устойчивость к которым определяется общей неспецифической резистентностью макроорганизма. Широкие эпидемиологические исследования, проводимые в разных странах, свидетельствуют, что большинство детей переносят в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ), при этом наиболее высокий уровень регистрируется среди организованных детей ясельного возраста, а заболеваемость в городах вдвое превышает показатели сельской местности. Среди школьников наиболее часто респираторные инфекции встречаются у учащихся начальных классов (50 % всех случаев), дети 10 лет и старше болеют в 2,5 раза реже, чем в более раннем возрасте [2].

Детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, принято называть часто болеющими детьми (ЧДБ). Отсутствие в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) данной нозологической единицы подтверждает, что термин ЧДБ не является диагнозом, а объединяет в группу диспансерного наблюдения детей, чаще чем их сверстники болеющих острыми респираторными инфекциями. До настоящего времени для отнесения в эту категорию используются критерии, предложенные

Барановым А. А. и Альбицким В. Ю. (1986), которые основаны на «допустимой» частоте ОРЗ в зависимости от возраста ребенка (от 6 и более раз в год) [1].

Согласно классификации Института гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения РФ, часто болеющие дети относятся ко II группе здоровья (с отягощенным биологическим анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями, то есть с риском развития хронических заболеваний).

Основной перечень заболеваний ЧДБ составляют повторяющиеся острые вирусные инфекции, часто осложняющиеся развитием простого и обструктивного бронхита, тонзиллита, синусита, ларинготрахеита, пневмонии и др., что является частой причиной для визитов к врачу и госпитализации в стационары. Кроме того, воспалительные заболевания ротоглотки и дыхательного аппарата могут вызываться бактериями (*Haemophilus influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis*), вирусами (преимущественно респираторно-синцитиальным, гриппа и парагриппа, адено- и энтеровирусами) и представителями семейства *Chlamydia* и *Mycoplasma* [9, 11].

Значительную часть группы составляют дети с аллергией, что обусловлено врожденными особенностями их иммунного ответа (преобладание Th2-лимфоцитов, ответственных за дифференцировку В-лимфоцитов в *IgE* продуцирующие плазматические клетки; снижение физиологического ингибирующего дей-

ствия интерферона на синтез *IgE*, снижение продукции секреторного *IgA*). Это определяет тяжесть течения аллергической патологии, частоту и длительность ОРЗ, которые, в свою очередь, вызывают обострение аллергических болезней [7, 10].

При включении ребенка в группу ЧБД необходимо учитывать:

- 1) частоту ОРЗ в течение года;
- 2) тяжесть каждого эпизода;
- 3) необходимость применения антибактериальных препаратов при лечении;
- 4) продолжительность интервалов между эпизодами.

Кроме того, ребенка правомочно отнести к группе ЧДБ только в тех случаях, когда повышенная подверженность респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными или приобретенными патологическими состояниями. В связи с этим одним из существенных моментов диспансеризации ЧБД является дополнительное обследование с целью исключения ряда заболеваний.

Так, среди болезней органов дыхания, которые иногда трактуются как частые ОРЗ, в ряде случаев можно выделить конкретные нозологические формы (хронический аденоидит, тонзиллит, рецидивирующий бронхит и др.), каждая из которых имеет определенный код в рубрикации МКБ-10 и подразумевает соответствующее лечение у специалистов.

Хотя определение ЧДБ достаточно четкое, показатели распространенности частой заболеваемости могут существенно отличаться. Сведения, получаемые из диспансерных карт (форма 30) детских поликлиник, обычно содержат более низкие цифры (1—5%), чем данные анализа заболеваемости по листкам уточненных диагнозов из истории развития ребенка. Особенно большие расхождения имеют место у детей, не посещающих детские учреждения. Это связано с тем, что родители далеко не всегда обращаются к врачу по поводу легких форм.

В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий, удельный вес часто болеющих детей в популяции может составлять от 1/4 до 1/2. Прямые и косвенные расходы на лечение и уход за такими детьми наносят существенный экономический ущерб не только семье ребенка, но и бюджету страны в целом. По разным данным, экономические затраты на один эпизод ОРЗ, включающие в себя стоимость базового набора медикаментов, могут колебаться в пределах 450—3000 р. [2, 9].

Частые ОРЗ могут приводить к замедлению физического и нервно-психического развития детей, срыву компенсаторно-адаптационных механизмов и формированию невротических реакций. Ограничение возможности общения со сверстниками приводит к социальной дезадаптации. Повторные респираторные заболевания нарушают развитие и функционирование органов дыхания и вегетативной нервной систе-

мы, способствуют снижению иммунорезистентности организма. В связи с частой заболеваемостью изменяется режим двигательной активности. Дети реже находятся на свежем воздухе, что еще больше увеличивает частоту инфекций. Кроме того, высокая заболеваемость ограничивает подростка в выборе профессии, влияет на репродуктивные возможности.

ПРИЧИНЫ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В литературе активно обсуждаются причины, способствующие формированию часто болеющего ребенка. Среди них запаздывание развития иммунной системы, анатомо-физиологические особенности респираторного тракта у детей (незрелость мукоцилиарной и сурфактантной систем, особенности строения бронхов), социальные условия жизни (питание, бытовые условия).

Ранний и дошкольный детский возраст характеризуется повышенной восприимчивостью к респираторным патогенам, но это не отклонение от нормы, а онтогенетическая особенность данного периода. Однако в том случае, когда частота респираторных инфекций превышает порог толерантности, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит.

Эндогенные факторы риска общеизвестны: неблагоприятное течение беременности, недоношенность, ante- и интранатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС), раннее искусственное вскармливание, инфицированность микобактериями туберкулеза. Более частым ОРЗ, по сравнению со сверстниками, подвержены дети с экссудативно-катаральным и лимфатико-гипопластическим диатезами. Они имеют «акцентуированные» анатомо-физиологические особенности, а именно склонность к более выраженной экссудативной фазе воспаления и повышенную восприимчивость к инфекции, которые с возрастом нивелируются, но являются их причиной в раннем детстве [5].

Среди экзогенных факторов наибольшую роль играет низкий уровень материального благополучия и социальной культуры семьи, несоблюдение правил здорового образа жизни, раннее начало посещения детьми дошкольных учреждений с высоким числом контактов с источниками инфекции. Дефекты ухода, пренебрежение закаливанием, нерациональное питание и режим дня способствуют повышению восприимчивости к инфекциям. Неблагоприятные экологические факторы также являются риском высокой заболеваемости. Особо следует отметить пассивное курение.

Патогенетической основой частых и длительных респираторных инфекций является изменение иммунологической реактивности. Многочисленные исследования иммунного статуса у ЧБД показали, что ре-

ального иммунодефицита у них нет, но может выявляться преходящая функциональная нестабильность иммунитета, в основном из-за транзиторных отклонений и возрастных особенностей иммунной системы.

Ряд исследователей указывают на нарушение процессов интерферонообразования у данной группы. Индивидуальная способность к синтезу интерферона генетически детерминирована, а резистентность к вирусным инфекциям во многом зависит от его фонового уровня. У ЧБД снижена способность клеток к синтезу интерферона, менее четко выражены сезонные ритмы — он снижен в течение всего года [7, 12].

У ряда детей можно предполагать наследственно обусловленный «поздний старт» иммунной системы (транзиторная семейная дисфункция иммунитета). В пользу этого свидетельствует их анамнез — выявление у родителей в период их детства высокого уровня респираторной заболеваемости.

При изучении факторов местного иммунитета у часто болеющих детей достаточно часто выявляется уменьшение содержания секреторного *IgA* в слюне, несколько снижен уровень и активность лизоцима в носовом секрете, что указывает на дефицит в системе неспецифической резистентности. Эти сдвиги, однако, трактуются как зависящие от преморбидного фона, фазы воспалительного процесса, сопутствующей патологии, а не как первичные проявления иммунодефицита [3, 12].

В последние годы была показана взаимосвязь между состоянием иммунитета, микрофлоры и респираторной патологии. Так как у большинства часто болеющих повторные эпизоды ОРЗ вызываются вирусно-бактериальными ассоциациями, что нередко заканчивается возникновением гнойных осложнений (ангины, фарингиты, отиты, бронхиты, пневмонии и др.). Многие из них неоднократно получают лечение антибиотиками, которые, в свою очередь, сами порождают новые проблемы, приводя к нарушению микроэко систем организма, антибиотикорезистентности, высокой сенсibilизации. Таким образом, возникает «порочный круг», формирующий часто болеющего ребенка.

Частые инфекционные заболевания, изменения микробного пейзажа кишечника в результате приема антибактериальных препаратов, неблагоприятные средовые влияния (возросшая «агрессивность» питьевой воды, длительное действие малых доз радионуклеотидов, ксенобиотиков) — все это приводит к возникновению дефицита витаминов у детей. При отсутствии манифестных признаков витаминной недостаточности многие дети из группы ЧБД имеют признаки субнормальной обеспеченности витаминами. Это состояние не характеризуется выраженными клиническими нарушениями, но может сопровождаться появлением отдельных клинических микросимптомов: раздражительности, головной боли, сухости кожи, снижением физической и умственной работоспособ-

ности. При субнормальной обеспеченности витаминами значительно снижается устойчивость детей к действию инфекционных и токсических факторов, замедляются сроки выздоровления [9, 11].

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Учитывая все вышесказанное, лечение детей данной группы представляет огромную проблему, сложность которой связана с тем, что большинство из них уже неоднократно лечились препаратами различных групп.

Комплексный подход к лечению детей из группы ЧБД должен включать проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья. У каждого часто болеющего ребенка необходимо уточнить факторы риска и причины повышенной респираторной заболеваемости. Без их детализации и устранения (или уменьшения неблагоприятного воздействия) крайне трудно добиться эффективного оздоровления.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Реабилитационное лечение — основа успешного ведения часто болеющих детей. Оно включает ряд общегигиенических и оздоровительных мероприятий, которые необходимо проводить в семье:

- 1) организация рационального режима дня ребенка;
- 2) полноценный, достаточный по длительности сон;
- 3) исключение переутомления и перевозбуждения;
- 4) обязательные и достаточные по длительности прогулки без переохлаждения;
- 5) ограничение посещения мест большого скопления людей;
- 6) полноценное питание, учитывающее возрастные особенности ребенка, склонность к аллергическим реакциям, разумное отношение к углеводистой пище и сладостям;
- 7) прием поливитаминных препаратов, соответствующих возрасту ребенка и его нагрузкам;
- 8) проведение закаливающих мероприятий.

К эффективным методам следует отнести организацию контроля за внешним окружением ребенка, имеющего целью ограничить число контактов с источником инфекции. Это сокращение использования общественного транспорта, частое проветривание всех помещений. В зимний период в квартирах с центральным отоплением необходимо проводить регулярное увлажнение воздуха с целью предупреждения высыхания слизистых оболочек или проводить закапывание в нос физиологического раствора.

Частые ОРВИ у предрасположенных детей — фактор риска по развитию обструктивных бронхитов и астмы, поэтому необходимо тщательно очищать квартиру от домашней пыли, других бытовых аллер-

генов. Это особенно важно для детей, имеющих указание на наличие аллергии.

КОРРЕКЦИЯ МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

В настоящее время аутофлору открытых биотопов организма человека рассматривают как своеобразный экстракорпоральный орган иммунного гомеостаза, являющийся одним из ключевых регуляторов иммунной системы [5, 13]. Ее иммуномодулирующий эффект обусловлен влиянием на дифференцировку Т-супрессоров в пейеровых бляшках и стимуляцией локального иммунитета, обусловленного усилением секреции секреторного IgA. Особое внимание обращается на свойство пробиотиков положительно влиять на иммунитет.

В последние годы получены данные об эффективности использования пробиотиков в профилактике и лечении ОРЗ. Ведущим механизмом полученных эффектов явилась биоценозопосредованная активация клеточного иммунитета. Наиболее эффективными из пробиотических микроорганизмов являются лакто- и бифидумбактерии. Было показано, что при приеме этих бактерий происходит снижение числа потенциальных патогенов на слизистых оболочках верхних дыхательных путей, при этом полагают, что данный феномен обусловлен не конкурентным или бактерицидным действием пробиотиков, а повышением иммунного ответа организма [12, 14, 15].

В реабилитационные программы часто болеющих детей должна включаться обязательная диагностика и последующая коррекция микробиоценоза кишечника с использованием пробиотических препаратов и лечебно-диетических продуктов, содержащих лакто- и бифидобактерии.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Для лечения ЧБД нередко предлагается использовать так называемые адаптогены, биогенные стимуляторы, общеукрепляющие средства (апилак, прополис, экстракт родиолы розовой, левзеи, элеутерококка, заманихи, лимонника) как «стимулирующие общую сопротивляемость организма» (то есть понятия, не несущего конкретного содержания и не имеющего доказанной клинической эффективности).

Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что иммунная система ЧБД хотя и не имеет грубых первичных и приобретенных дефектов, но характеризуется крайней напряженностью процессов иммунного реагирования, нарушением межклеточной кооперации. В силу этого в качестве одного из основных компонентов патогенетического лечения и профилактики используются методы, обозначающиеся как иммунокоррекция, которая должна проводиться на фоне соблюдения общих принципов оздоровления.

В настоящее время в оздоровительных программах для ЧБД применяются такие средства неспецифической иммунопрофилактики, как интерфероны (лейкоцитарный интерферон, виферон), индукторы эндогенного интерферона (анаферон, арбидол, циклоферон). В последние годы все шире используются иммуномодуляторы бактериального происхождения, среди которых выделяют высокоочищенные бактериолизаты (ИРС-19, Имудон, Бронхомунал, Бронховаксом), мембранные фракции (Ликопид, Биостим) и рибосомально-протеогликановые комплексы (Рибомунил) [4, 9, 11].

Особо следует отметить препараты бактериального происхождения, характеризующиеся очень хорошей переносимостью, назначение которых не требует предварительного иммунологического обследования. Благодаря высокой иммуногенности их применение сопровождается вакцинальным эффектом против возбудителей основных патогенов респираторного тракта, при этом формируется не только системный, но и эффективный местный иммунитет слизистых оболочек.

ПЛАНОВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Одним из основных направлений снижения заболеваемости является иммунопрофилактика. Частые ОРЗ не являются противопоказанием к проведению календарных прививок и не должны являться поводом для медицинских отводов.

Ежегодная иммунизация против гриппа является необходимой для данной категории детей. Как показывают исследования последних лет, она не только снижает заболеваемость этой инфекцией, но и сокращает частоту вирусных заболеваний негриппозной этиологии. Этот феномен имеет несколько объяснений. Гриппозные вакцины являются мощными индукторами интерфероногенеза. Играет роль и поликлональная активация иммунной системы и иммунологической памяти в отношении других возбудителей.

Имеются убедительные данные о высокой профилактической эффективности плановой вакцинации против пневмококковой и гемофильной инфекции.

Активная специфическая иммунизация на фоне применения иммунокорректоров существенно повышает эффективность вакцинации у ЧБД.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Целью диспансеризации является выявление больных, которым может быть установлен конкретный диагноз, и проведение соответствующего лечения. С этой целью необходимо проводить углубленное исследование лор-органов, выявить предрасположенность к аллергии (анамнестически) и при необходимости назначить консультацию аллерголога с последующим определением IgE и аллергических проб. При наличии симптомов со стороны легких по-

казана рентгенография и (у детей старше 5 лет) исследование функций внешнего дыхания. При необходимости назначают стационарное обследование для уточнения диагноза. Хронические очаги инфекции должны быть санированы.

Использование комплексного подхода к реабилитации и лечению ЧБД позволяет сократить заболеваемость острыми респираторными инфекциями на 50 % в дошкольных и до 25 % — в школьных учреждениях. Это существенно снижает экономические потери в семье, приводит к улучшению здоровья популяции в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. — Саратов, 1986. — 89 с.
2. Безруков К. Ю., Стернин Ю. И. Часто и длительно болеющий ребенок. — СПб., 2009. — 168 с.
3. Высочина И. Л., Шостакович-Корецкая А. Е., Абагуров А. Е. // Вестник СПбГМА. — 2006. — № 3. — С. 39—43.
4. Грищенко Т. П., Хвалов А. Н. // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 6. — С. 59—62.
5. Дубровская М. И., Мухина Ю. Г., Кафарская Л. И. и др. // Трудный пациент. — 2006. — Т. 4, № 6. — С. 9—14.
6. Кокорева С. П., Куприна Н. П., Семенченко Л. А. // Врач. — 2008. — № 2. — С. 33—34.
7. Котлуков В. К., Кузьменко Л. Г., Блохин Б. М. и др. // Педиатрия. — 2007. — Т. 86, № 4. — С. 25—29.
8. Малиновская В. В., Коровина Н. А., Захарова И. Н. и др. // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 1. — С. 57—61.
9. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. — 192 с.
10. Саидов М. З., Амирова П. Ю., Элькун Г. Б. и др. // Иммунология. — 2006. — № 2. — С. 108—111.
11. Самсыгина Г. А. // Педиатрия. — 2005. — № 1. — С. 66—73.
12. Эюбова А. А., Керимова М. К. // Аллергология и иммунология. — 2006. — № 3. — С. 335.
13. Forchielli M. L., Walker M. L. // Br. J. Nutr. — 2005. — Vol. 93, № 11. — P. 41—48.
14. Martin R. I., Olivares M. G., Martin M. R. // J. Hum. Lact. — 2005. — Vol. 21, № 1. — P. 351—365.
15. Rinne M. V., Kalliomaki M. N., Arvilommi H. K., et al. // J. Pediatr. — 2005. — № 147. — P. 1422—1426.

Контактная информация:

Крамарь Любовь Васильевна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой детских инфекционных болезней ВолГМУ, e-mail: lubov-kramar@yandex.ru