

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616–053. 2

В. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева, Г. В. Долгушкина

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Аннотация. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что большинство детей в течение года переносит от трех до пяти эпизодов ОРЗ, причем заболеваемость в 2–2,5 раза выше у детей первых трех лет жизни, чем в возрасте 10 лет и старше. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушению функционального состояния организма, могут обуславливать срыв адаптации и вызывать развитие хронической патологии. Эффективность оздоровления часто болеющих детей во многом зависит от рациональной организации реабилитирующих мероприятий.

Ключевые слова: дети, часто болеющие дети, оздоровление, диспансеризация.

Abstract. The results of numerous epidemiological researches show that most children suffer from acute respiratory disease (ARD) 3–5 times a year, the sickness rate among children aged 1–3 is 2–2,5 times higher, than among children aged ten and older. The recurrent respiratory infections result in deviation from the normal functional state of an organism. They can cause the disruption of adaptation and the developing of the chronic pathology. In many respects the efficiency of health improvement of frequently ill children (FIC) depends on well-organized rehabilitation.

Keywords: children, frequently ill children (FIC), health improvement, clinical examination.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что большинство детей в течение года переносят от трех до пяти эпизодов ОРЗ. Заболеваемость у детей первых трех лет жизни в 2,5 раза выше, чем в десятилетнем возрасте и старше. Существуют различные критерии для определения контингента детей, составляющих группу «часто болеющих детей» (ЧБД). На наш взгляд, наиболее точен подход у тех авторов, которые «*часто болеющим*» считают ребенка, перенесшего в течение года четыре и более острых и обострения хронических заболеваний. По данному определению при выделении контингента ЧБД мы должны учитывать все обострения хронического заболевания, а не только первичное обращение в связи с его обострением в прошедшем году, т.к. резистентность организма характеризуется не только количеством острых заболеваний, но и обострений хронических.

1 Количественная значимость критерия

Для выделения детей в группу «часто болеющих» важно учитывать количественную значимость критерия (табл. 1). Строгая заданность общепринятого критерия – четыре и более заболеваний в течение года – вызывает нередко возражения. Так, по данным различных авторов, а также из практики мы видим, что среди детей второго года жизни чаще трех раз болеет каждый

второй ребенок, а, например, среди 12-летних – лишь каждый седьмой–восьмой. Следовательно, к «часто болеющим детям» будут относиться дети, перенесшие количественно больше заболеваний, чем по статистической норме [1–6].

Таблица 1
Критерии для определения контингента ЧБД в зависимости от возраста детей (В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов, 1986)

Возраст в годах	Число острых и обострений хронических заболеваний в течение года
до 1 года	4 раза и более
от 1 года до 3 лет	6 раз и более
от 3 до 4 лет	5 раз и более
от 4 до 5 лет	4 раза и более
от 6 лет и старше	3 раза и более

По определению национальной программы «ОРЗ у детей: лечение и профилактика» (2002): «*Часто болеющие дети (ЧБД) – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных коррегируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у ЧБД не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями.*

Удельный вес ЧБД среди детского населения довольно высокий. По данным ряда авторов в раннем и дошкольных периодах ЧБД составляют от 15 до 75 %, среди школьников – 10–30 %. Известно, что контингент ЧБД, составляя в зависимости от возраста 1/4...1/8 часть всего детского населения, обуславливает половину всей детской заболеваемости

2 Факторы, влияющие на формирование контингента ЧБД

Согласно данным сотрудников кафедры педиатрии ПГУ все факторы риска, оказывающие влияние на формирование контингента ЧБД, делят на две группы:

1) **немодифицированные факторы (эндогенные)** – неустраняемые:

– врожденные дефекты (зубочелюстной, костно-мышечной и легочной системы);

– генетическая предрасположенность (братья, сестры часто имеют острые простудные заболевания);

– отклонения в онтогенезе (длительная гипоксия плода, гестозы во время беременности, угроза прерывания беременности, заболевания матери во время беременности, анемия и т.д.);

2) **модифицируемые факторы (устраняемые)**, чаще это экзогенные факторы:

– дефекты гигиенического ухода;

– загрязнение окружающей среды (экологические факторы);

– употребление в пищу большого количества консервированных продуктов, перекармливание белками, что ведет к развитию респираторных аллергозов;

- курение родителей, обслуживающего персонала в детских учреждениях;
- наличие хронических очагов инфекции у родителей и обслуживающего персонала детских учреждений;
- недолечивание интеркуррентных заболеваний, нерациональное использование антибиотиков, сульфаниламидных препаратов;
- переуплотненность групп в детских дошкольных учреждениях;
- перевозка детей городским транспортом;
- искусственное вскармливание;
- фоновые заболевания: рахит, гипотрофия, дефицитные анемии, диатезы и др.

Все факторы, влияющие на формирование контингента ЧБД, подразделены на три группы:

1. Медико-биологические факторы:

- заболевание матери во время беременности;
- лечение антибиотиками во время беременности;
- токсикоз беременности;
- преждевременные роды, патология родов;
- масса тела новорожденного менее 2500 г;
- асфиксия или родовая травма у новорожденного;
- ребенок часто болел на первом году жизни;
- члены семьи часто болеют ОРВИ;
- члены семьи имеют повторяющиеся заболевания ЛОР-органов.

2. Факторы, характеризующие социальную активность ребенка:

- искусственное вскармливание;
- отсутствие закаливания ребенка на первом году жизни;
- нерегулярность прогулок;
- продолжительность прогулок менее двух часов;
- отсутствие дневного сна;
- низкая физическая активность во время прогулок;
- отсутствие утренней гимнастики.

3. Факторы, характеризующие условия жизни ребенка:

- использование общественного транспорта по дороге в дошкольное учреждение;
- отсутствие летнего отдыха за городом в прошлом году;
- отсутствие отдыха прошедшим летом;
- социальная принадлежность родителей;
- месячный заработок родителей, жилплощадь и т.д.

По клиническим проявлениям условно выделяют **три типа часто болеющих детей**, что положено в основу их диспансеризации и оздоровления.

I тип – соматический (35 %). Для таких детей характерно проявление общесоматических симптомов: бледность кожных покровов, гипотония мышц, плохой аппетит, повышенная возбудимость нервной системы, наличие множественных лимфатических узлов всех групп, снижение уровня гемоглобина, дефицит массы тела, повторные ОРЗ (протекают зачастую с осложнениями септического характера).

II тип – оториноларингологический (40 %). У детей данного типа характерными признаками являются: гипертрофия небных миндалин, разрастание аденоидной ткани, повторные отиты, увеличение регионарных лимфати-

ческих узлов; избыток массы тела наблюдается чаще, чем дефицит. Повторные заболевания протекают с затяжным ринитом, часто гнойного характера.

III тип – смешанный (20–25 %). У данных детей выражена симптоматика, характерная для первых двух типов.

3 Общие признаки ЧБД

1. Большая кратность и продолжительность заболеваний.
2. Большое количество осложнений (у 75–80 % детей).
3. Формирование к 3–4 годам хронических заболеваний ЛОР-органов, бронхолегочной системы и мочеполовой.
4. Нарушенное функциональное состояние органов и систем (длительный субфебрилитет, часто отмечаются лейкоцитоз, снижение гемоглобина и т.д.).
5. Независимость частоты заболевания от времени года.

4 Организационные принципы диспансеризации

В проведении лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление ЧБД, ведущая роль принадлежит детской поликлинике. Диспансеризацию этого контингента детей осуществляют участковые педиатры, врачи узких специальностей и медицинские работники, обслуживающие ДДУ, школы. ЧБД берутся на диспансерный учет, заводится форма 30. На каждого ребенка составляется индивидуальный план оздоровления [7–12].

В оздоровлении ЧБД выделяют три направления:

1. Поиск и внедрение новых форм оздоровления.
2. Оздоровление не только ЧБД, но и их родителей, братьев, сестер (сисбсов), т.е. семейное оздоровление.
3. Воспитание здорового образа жизни. Данную проблему должны решать не только медики, но и государство в целом.

Известно, что резкое изменение обычного образа жизни является для ребенка стрессовой ситуацией, ведущей к угнетению защитных факторов, снижению резервных возможностей. При этом нарушаются сон, аппетит, поведение, эмоциональный тонус, показатели иммунитета, что приводит к повышенной восприимчивости к различным инфекционным заболеваниям.

5 Рекомендации по оздоровлению ЧБД

1 Мероприятия, обязательные для выполнения:

- организация режима дня в соответствии с возрастом детей;
- соблюдение принципа рационального сбалансированного питания;
- систематическое проведение физического воспитания и закаливания;
- обеспечение регулярного контроля за здоровьем и развитием детей;
- соблюдение санитарно-эпидемического режима;
- индивидуальный подход к ребенку.

2 Специальные лечебно-оздоровительные мероприятия:

- применение общеукрепляющих средств, повышающих неспецифическую резистентность;
- закаливание;
- физиолечение;
- фитотерапия;
- профилактика ОРЗ и гриппа;
- вакцинация часто болеющих детей.

Одним из важных мероприятий является **рациональный режим дня**. В связи с наличием у ЧБД функциональных нарушений со стороны центральной и вегетативной нервной системы целесообразно исключить занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению. Важно ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40–60 мин в день. Продолжительность сна необходимо увеличить на 1–1,5 ч. Обязательным является дневной сон или отдых. При нарушениях сна, астено-невротических расстройствах показаны спокойные прогулки перед сном [10–15].

Особое внимание при оздоровлении ЧБД обращается на двигательную активность. Адекватная двигательная активность способствует лучшему физическому развитию, которое в свою очередь стимулирует двигательную активность. При этом необходимо учитывать, что ребенок второго года жизни должен активно двигаться 70 % времени бодрствования, третьего года – не менее 60 %.

Питание часто болеющих детей должно быть разнообразным, сбалансированным по всем ингредиентам: оптимальное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей. Обязательным является включение в ежедневный рацион овощей и фруктов с учетом аллергоанамнеза. Для часто болеющих детей рядом авторов разработано «благоразумное питание», которое позволяет обеспечить средние потребности растущего детского организма, включающее следующее (n – число лет):

- молоко – 500–600 мл в день;
- мясо, птица, рыба – 1 порция в день (100 г + 15 n);
- яйцо – 1–4 раза в неделю;
- овощи сырые – 1 порция в день;
- овощи окрашенные – 1 порция в день;
- фрукты свежие, соки – 2–3 порции в день;
- масло сливочное – 10 г + 2 n в день; растительное 5 г + n в день;
- хлеб и злаки по аппетиту и упитанности.

5.1 Влияние различных составляющих пищи на состояние здоровья детей (Альбицкий В. Ю. и соавт., 2003)

Устойчивость к действию инфекций и других неблагоприятных факторов:

- обеспечение адекватного иммунного ответа (белок, полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), витамины А, Е, β -каротин, микроэлементы – цинк, железо);
- неспецифическое канцеропротекторное действие (антиоксиданты (АО)): β -каротин, витамины А, С, селен, серосодержащие аминокислоты);
- неспецифическое радиопротекторное действие (АО, кальций, растительные волокна);
- поддержание барьерной функции кожи и слизистых (белок, ПНЖК, витамины А, С, Е, В₆).

Влияние питания на физическое здоровье:

- гармоничный рост (оптимальный уровень энергии и белка, ПНЖК, витамина А, цинка);
- адекватное созревание и функционирование различных органов и систем:
 - бронхолегочной (белок, ПНЖК, фосфолипиды, витамины А и Е);

- сердечно-сосудистой (ω -6 и ω -3, ПНЖК, АО, кальций, калий, магний);
- пищеварительной (белок, углеводы, в том числе растительные волокна, ПНЖК, витамины А, Е, D, С, В₁₂ и др., селен);
- мышечной (белок, углеводы, кальций);
- кроветворной (белок, железо, медь, витамины Е, С, В₆, В₁₂, фолиевая кислота).

5.2 Общеукрепляющие средства, повышающие неспецифическую резистентность

Рациональная **витаминотерапия** – один из важнейших компонентов в оздоровлении ЧБД. Витамины являются кофакторами ферментов, участвующих практически во всех видах обмена веществ в организме, влияют на функционирование иммунной системы. Витаминный дефицит у ЧБД характеризуется как полигиповитаминоз. Прием поливитаминных препаратов существенно снижает заболеваемость ОРЗ. При проведении витаминотерапии у ЧБД целесообразно использовать поливитаминные комплексы, обогащенные микроэлементами. Микроэлементы являются активаторами различных биохимических реакций в клетках, в том числе и иммунокомпетентных. Для проведения профилактической витаминизации могут быть использованы как отечественные, так и импортные поливитаминные комплексы, разрешенные к применению в Российской Федерации. Важно помнить, что назначаются поливитаминные комплексы у ЧБД обычно в течение одного месяца в возрастных дозировках, повторные курсы – 2–4 раза в год, особенно в осенне-зимний период. Обязательно учитывается аллергологический анамнез при назначении данных препаратов.

Наряду с витаминными комплексами при оздоровлении ЧБД можно использовать **адаптогены и биогенные стимуляторы**, повышающие общую сопротивляемость организма. К ним относятся продукты растительного или животного происхождения и синтетические препараты. В качестве адаптогенов целесообразно назначать следующее: **апилактоза** (маточное молочко пчел, содержащее незаменимые аминокислоты, биологически активные вещества, комплекс витаминов), **апиликвирит** (пчелиное молочко с солодкой), **прополис** (пчелиный клей, состоящий из смол, воска, эфирных масел, белков, пыльцы, витаминов), **линетол** (препарат из льняного масла, представляющий смесь ПНЖК), **глицерам** (препарат из корня солодки), **пантокрин** (жидкий экстракт из неокостенелых рогов оленя), **цыганан** (порошок из рогов северного оленя, в 1 капсуле или таблетке (0,2 г) содержится 63 микро- и макроэлемента, 20 аминокислот и 12 витаминов), **оротат калия** (нестероидное анаболическое средство), **сафинор** (комплексный препарат, содержащий рибоксин, оротат калия, сапарал), **экстракты элеутерококка, родиолы розовой, корня левзеи, настойки корня заманихи, корня аралии, плодов лимонника китайского** и т.д. Растительные адаптогены стимулируют обмен веществ, усиливают устойчивость организма к действию неблагоприятных факторов, обладают антитоксическим действием. Противопоказаниями к назначению этих препаратов являются повышенная возбудимость, эпилепсия, артериальная гипертензия. Целесообразно назначать адаптогены в первую половину дня в возрастных дозах курсами от одной недели до одного месяца. Повторные курсы – 2–4 раза в год. Из синтетических адаптогенных препаратов часто болеющим детям назначаются: **нуклеинат натрия** (стимулирует есте-

ственные факторы защиты, активизирует Т- и В-лимфоциты, синтез иммуноглобулинов, интерферонов, фагоцитоза), **дибазол** (повышает общую реактивность организма), **пармидин** (продектин) (мембраностабилизирующий противогипоксический препарат – суточная доза 25 мг/кг в 2–3 приема ежедневно в течение трех недель осенью и весной с интервалом в 3–4 месяца между курсами) и т.д.

Одним из современных методов профилактики и лечения частых ОРЗ является системная энзимотерапия. Назначение **вобэнзима**, состоящего из комплекса высокоэффективных ферментов растительного и животного происхождения (панкреатин, трипсин, химотрипсин, амилаза, липаза, рутин и др.), оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное действие, повышает эффективность антибиотикотерапии, регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов). Вобэнзим назначается детям с 5 лет до 12 лет из расчета 1 таблетка на 6 кг массы тела в сутки в 2–3 приема за 30 мин до еды (не разжевывать, запивать водой). Детям старше 12 лет препарат назначают в дозах для взрослых. Длительность курса – 2–3 месяца.

Выраженные метаболические нарушения, характерные для часто болеющих детей, свидетельствуют о патогенетической целесообразности включения в программы реабилитации различных энерготропных препаратов: **карнитин**, **коэнзим Q10**, **лимонтар**, **элькара** (20 % раствор L-карнитина) и **пантогама**, принимаемые в течение одного месяца детьми от 3 до 7 лет с частыми простудными заболеваниями и дисбалансом вегетативной регуляции в 100 % случаев оказывали улучшение вегетативной реактивности и от 18 до 27 % случаев восстановление активности лимфоцитов. Применялись препараты однократно: элькар – до 10 ч утра, пантогам – с 12 до 13 ч, дозы средние возрастные (до 1 года – до 225 мг в сутки, от 1 года до 3 лет – до 300 мг в сутки, от 3 до 7 лет – до 1000 мг в сутки, у детей старшего возраста – до 2000 мг в сутки). Длительность курса элькара от 1 до 2–3 месяцев.

5.3 Закаливающие мероприятия

Закаливание часто болеющих детей – это одно из основных средств повышения неспецифической защиты организма.

Главные принципы и условия, обязательные для обеспечения успешности оздоровления, сформулированные еще Г. Н. Сперанским (1910) и в последствие несколько дополненные:

- осуществление закаливания только здорового ребенка;
- постепенность увеличения интенсивности закаливающих воздействий;
- систематичность и последовательность их проведения;
- учет индивидуальных особенностей ребенка;
- недопустимость проведения закаливающих процедур при наличии у ребенка отрицательных эмоциональных реакций.

При проведении закаливающих мероприятий важно помнить, что перерыв в закаливании на 2–3 недели и более снижает сопротивляемость организма к простудным заболеваниям.

Для проведения закаливания используют три группы процедур:

- аэротерапию (закаливание воздухом);
- водолечение (закаливание водой);
- гелиотерапия (закаливание солнечными лучами).

Закаливание воздухом можно применять в любых климатических условиях и во все сезоны года, что улучшает окислительные процессы в организме, способствует восстановлению функционального состояния центральной нервной и вегетативной системы. При осуществлении аэротерапии важно включать следующее:

- прогулки на открытом воздухе 2 раза в день общей продолжительностью не менее четырех часов;
- воздушные ванны с утренней гимнастикой продолжительностью 12–15 мин;
- дневной сон на свежем воздухе или в постоянно проветриваемом помещении при температуре +14...+16 °С;
- хождение на открытом воздухе или в помещении босиком.

Ходить босиком следует при температуре земли или пола не ниже +18 °С. Вначале оно проводится в носках в течение 4–5 дней, затем босиком по 3–4 мин. Время процедуры увеличивается ежедневно на 1 мин и постепенно доводится до 15–20 мин.

Закаливание водой: путем чередования теплой и прохладной воды достигается выраженный закаливающий эффект. У ЧБД рекомендуется применять щадящий вариант контрастного метода закаливания, когда вначале ноги обливают теплой водой, а затем сразу же холодной, после чего вновь следует теплое обливание. Закаливание водой необходимо начинать со слабых местных и непродолжительных воздействий, а затем переходить к общим, более длительным процедурам. Для некоторых детей в зависимости от состояния здоровья закаливание ограничивается гигиеническими мероприятиями: умывание прохладной водой (+14...+16 °С), полоскание рта и горла кипяченой водой комнатной температуры. Учить детей полоскать горло можно уже в возрасте 2,5–3 лет с температуры воды +40...+42 °С. Дети в 4–6 лет начинают эти процедуры при температуре воды +36...+37 °С, снижая ее каждые 2–3 дня на 1 °С и доводя до комнатной температуры. Полезно вырабатывать у детей привычку пить прохладную воду уже с раннего возраста. К водолечению относятся ежедневные обтирания тела в течение 3–5 мин с помощью влажных полотенец или рукавичек. Можно использовать местное обливание ног водой контрастной температуры, когда она меняется в пределах 10 °С (от 38 до 28 °С), в конце – сухое растирание. Метод физиологичен, т.к. 28 °С – это температура открытых частей тела, а 38 °С – закрытых. Дальше переходят на постепенное снижение температуры воды на 1 °С каждые 5–7 дней и доводят ее до 18–20 °С. Постепенно можно переходить на общее обливание – контрастный душ. Методика его применения сходна с вышеописанной.

Моржевание, хождение босиком по снегу, обливание холодной водой являются опасными методами закаливания для ЧБД в связи со сниженными у них способностями к терморегуляции и термоадаптации.

Гелиотерапия – это дозированное воздействие солнечных ванн на организм ребенка. Рассеянная солнечная энергия богата биологически активным УФ-излучением, под влиянием которого повышается тонус центральной нервной системы, активизируется деятельность желез внутренней секреции, стимулируются обменные и иммунологические процессы. ЧБД не зависимо от возраста начинают принимать солнечные ванны с минимальной дозировки

(2–3 мин), постепенно увеличивая дозу. Большое значение в укреплении здоровья детей имеет профилактическое применение искусственных ультрафиолетовых лучей. Установлено, что под влиянием искусственных УФ-лучей происходит благоприятная перестройка реактивности организма, совершенствуется функция адаптационно-приспособительных механизмов, стимулируются факторы противоинфекционной защиты организма, процессы термоадаптации. Ультрафиолетовое облучение ЧБД проводится по общепринятой методике, но не раньше, чем через один час после приема пищи, с постепенным увеличением лучевой нагрузки. После сеанса ребенок отдыхает 20–30 мин. Считается эффективным применять УФО лица и воротниковой зоны. Курс – 7–12 сеансов. Нельзя назначать УФО детям с анемиями в связи с угнетением эритропоэза. Важно помнить, что начать закаливание УФО или возобновить после нетяжелого ОРВИ можно через 7–10 дней. Если же заболевание протекало с лихорадкой в течение четырех дней – то через две недели, при 10-дневной лихорадке – через один месяц.

Таким образом, закаливая ЧБД различными методами (воздухом, водой, солнечными лучами), удастся добиться установления теплового гомеостаза, т.е. устойчивого метаболизма при стрессовых ситуациях. Установлено, что профилактический эффект подобных процедур более положительный, чем при регуляции метаболизма фармакологическими препаратами. Закаливание должно стать образом жизни ребенка.

Известно, что у ЧБД страдает, прежде всего, дыхательная система, в связи с чем целесообразно сочетать закаливающие процедуры с методами **массажа и гимнастики**, которые стимулируют функцию дыхания ребенка. Массаж, оказывая через рецепторы кожи тонизирующее влияние на центральную нервную систему, улучшает ее главную функцию – контроль за работой всех органов и систем. Включение массажа грудной клетки в комплекс оздоровления ЧБД, особенно раннего возраста, является эффективным средством повышения функциональных возможностей организма ребенка, в том числе и органов дыхания. Массаж проводится 2–4 раза в год курсом 14 дней.

Особое место среди восстановительных мероприятий занимает **дыхательная гимнастика**. Систематическое применение физических упражнений в комплексе с другими методами профилактики приводит к снижению повышенной чувствительности к различным раздражителям, помогает отрегулировать дыхание, повысить общую сопротивляемость организма ЧБД. Для детей раннего и дошкольного возраста используется игровой метод проведения дыхательной гимнастики. Элементы ее включаются в ежедневную утреннюю зарядку или проводятся в виде самостоятельного занятия (в старших возрастных группах). Дыхательные упражнения помогают детям правильно дышать, очень важен при этом полноценный выдох. Применяется направленное дыхание с помощью надувных детских шаров и резиновых игрушек, выдувание воздуха через трубочки в сосуд с водой и т.д. Использование физических упражнений при хронических заболеваниях верхних дыхательных путей позволяет устранить состояние гипоксемии и гипоксии. Специальные дыхательные упражнения необходимо сочетать с бегом, ходьбой, приседаниями, прыжками, т.е. с упражнениями общего воздействия.

Физиолечение. В повседневной практике с целью повышения защитных сил организма возможно использование физиопроцедур, таких как:

- индуктотермия (обуславливает иммуностимулирующий эффект);
- электромагнитное поле сверхвысокой частоты (оказывает влияние на иммунную систему, повышая функциональную активность Т- и В-клеток и фагоцитоз);
- ультрафиолетовое облучение (способствует повышению антимикробных антител, усиливает фагоцитарную активность, систему комплемента, разрушение циркулирующих иммунных комплексов);
- лазерное облучение (положительно влияет на Т-клетки);
- ультразвуковое воздействие на область вилочковой железы (приводит к иммуностимулирующему эффекту).

Фитотерапия является одним из компонентов реабилитации ЧБД. Она может применяться в виде приема внутрь фитосборов, лечебных ингаляций и местной терапии. Проведение повторных трехнедельных курсов фитопрофилактики способствует повышению эмоционального тонуса у детей, улучшению ряда показателей специфической защиты организма, улучшению показателей гуморального и клеточного иммунитета. Для ЧБД с неблагоприятным фоном рекомендуются лечебные коктейли из трав, курсами 2–3 раза в год. При повышенной нервно-рефлекторной возбудимости назначают состав № 1: корень валерианы, пустырник, шалфей, мята, зверобой по одной чайной ложке. Состав № 2 применяют при экссудативно-катаральном диатезе: к составу № 1 добавляют одну чайную ложку череды. Состав № 3 используют при угрозе анемии: к составу № 1 добавляют одну чайную ложку крапивы. Состав № 4 рекомендуется при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта: к составу № 1 добавляют одну чайную ложку ромашки. Рецепт приготовления коктейля: 4 чайные ложки соответствующего состава залить 0,5 л кипятка (можно в термосе) и настоять в течение двух часов. Детям младше трех лет дают по одной чайной ложке, от 3 до 7 лет – по одной десертной ложке, от 7 и старше – по одной столовой ложке 3–4 раза в день в течение месяца.

С профилактической и лечебной целью можно применять тепловлажные ингаляции, позволяющие благодаря нейрорефлекторному действию улучшить вентиляцию легких, крово- и лимфообращение, обмен веществ и повысить общий тонус. Эффективны в ингаляции настойки календулы, эвкалипта и зверобоя. Для процедуры, которую проводят в первой половине дня, используют от 20–30 капель до 2–3 мл в зависимости от возраста. Для полоскания горла – по 20 капель настойки этих трав на полстакана воды. Полоскание проводят ежедневно утром в течение 10 дней.

Для оздоровления детей раннего возраста рекомендуются **соляные ванны** (100 г морской или поваренной соли на одно ведро воды) через день, не более 10–15 на курс. Температура воды постепенно снижается от + 36 до +32 °С для детей с шести месяцев до одного года. И до +30 °С – для детей старше года. Продолжительность ванны от 3 до 5 мин. **Хвойные ванны** (0,5 столовой ложки хвойного экстракта на одно ведро воды) проводятся по той же методике. Продолжительность ванны 5–10 мин. Курс лечения – 15–20 ванн.

Можно рекомендовать кислородные коктейли с настоями шиповника, подорожника, зверобоя, ромашки и т.д. Применять кислородную пену лучше натощак за 30 мин до еды. Продолжительность курса – до трех недель. Желательно проведение двух курсов в год. Важно помнить, что кислородные или

лечебные коктейли с отварами трав можно назначать только детям безотягощенного аллергоанамнеза.

Таким образом, в профилактической педиатрии лекарственным растениям отводится важная роль в связи с их мягким действием, возможностью длительного применения и отсутствием привыкания.

6 Профилактика ОРЗ и гриппа у ЧБД

Многочисленными исследованиями показано, что применение ИРС-19 и имудона у детей с рецидивирующими риносинуситами, трахеобронхитами, аденоидитами позволяет нормализовать систему мукозального иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей, снижая вероятность развития бактериальных осложнений. Точные данные о продолжительности воздействия местных лизатов отсутствуют.

Наибольшее распространение при оздоровлении ЧБД получили бактериальные лизаты системного действия. Многочисленными исследованиями показано, что применение *бронхомунала* у ЧБД ведет к урежению ОРЗ, снижает вероятность бактериальных осложнений. Противои инфекционный эффект бронхомунала достигается увеличением уровня соответствующих антител и нарастанием уровня IgA как в сыворотке крови, так и в секрете дыхательных путей. Характерно, что при синдроме дефицита IgA его содержание под влиянием этого препарата не нарастает. С учетом однонаправленности действия местных и системных бактериальных лизатов возможно ставить вопрос о целесообразности их совместного применения.

Значительное распространение в последние годы получил рибосомальный иммуномодулятор *рибомунил*, в состав которого входят рибосомы основных возбудителей инфекций ЛОР-органов и органов дыхания, оказывающие вакцинирующее действие, и мембранные протеогликаны, стимулирующие неспецифическую резистентность организма. Оральный прием рибомунилы приводит к появлению В-лимфоцитов, продуцирующих специфические антитела к антигенам тех возбудителей, рибосомы которых содержатся в препарате. Одновременно отмечается стимуляция фагоцитоза, синтеза α -интерферона, интерлейкинов 1,6 и натуральных киллеров. Рибомунил назначается внутрь по схеме: первый месяц – три таблетки (в одной таблетке 0,25 мг) или одна таблетка (0,75 мг), или один пакетик с гранулятом утром натощак четыре дня недели (понедельник, вторник, среда, четверг) в течение первых трех недель месяца, четвертая неделя – перерыв. В последующие 2–6 месяцев лечение проводится в первые четыре дня каждого месяца. Курс лечения – шесть месяцев.

Максимально оправданным у часто болеющих детей следует считать использование иммуномодуляторов растительного происхождения, основой которых является сок травы эхинацеи (эхинацин, иммунал, гомеопатический препарат эхинацея-композитум и др.). При приеме данных лекарственных средств отмечается активация клеточного иммунитета, фагоцитарной активности макрофагов, хемотаксиса гранулоцитов, продукции цитокинов.

Известно, что ведущая роль в противовирусной защите организма принадлежит системе интерферона, которая способна подавлять репликацию множества РНК- и ДНК-содержащих вирусов. Интерфероны оказывают действие на все клетки иммунной системы, формируют защитный барьер, стимулируют клеточную резистентность. Интерфероны и индукторы интерфе-

рона представлены широким классом лекарственных средств, активно используемых в профилактике и терапии ОРЗ у ЧБД. К ним относятся: *лейкоцитарный интерферон из донорской крови человека, виферон, гриппферон, арбидол, амиксин, циклоферон*. Сильными индукторами интерферона являются нуклеиновые кислоты и их различные производные. Среди препаратов с противовирусным действием выделяют также *анаферон* и *афлубин*. Способ применения, дозы и курсы лечения применяют в зависимости от возраста ребенка и согласно инструкции фирмы-производителя.

Таким образом, проблема эффективного использования иммуномодулирующей терапии ЧБД остается крайне актуальной. Основные совместные усилия клинических иммунологов и педиатров должны быть направлены на снижение неоправданных назначений иммуностропных средств, т.к. последствия этих назначений по тяжести осложнений и побочных эффектов могут превосходить тяжесть самого заболевания. Заслуживает внимания накопленный опыт использования бактериальных лизатов, восполняющих недостаток физиологической иммуностимуляции.

Критерии эффективности оздоровления. По окончании года наблюдения и оздоровления ЧБД оценивается эффективность этой работы по следующим показателям:

- снижение кратности острых заболеваний в течение года до трех и менее;
- положительная динамика роста-весового показателя;
- стойкая нормализация показателей функционального состояния организма (гемоглобин, пульс, параметры поведения: нормализация сна, аппетита, улучшение эмоционального состояния, хорошее самочувствие, отсутствие жалоб);
- отсутствие осложненного течения острых заболеваний;
- уменьшение числа дней, пропущенных по болезни одним ребенком за год (для ДДУ).

Для всех ЧБД, получавших оздоровительное лечение, рассчитывается показатель эффективности оздоровления (ПЭО):

$$\text{ПЭО} = \frac{\text{число ЧБД, снятых с учета по выздоровлению}}{\text{общее число ЧБД, получивших оздоровление}} \cdot 100 \%$$

С учета по выздоровлению снимаются дети, у которых в течение 12 месяцев выявлены положительные вышеперечисленные показатели оздоровления. Эффективным считается оздоровление при ПЭО не менее 25 %.

Список литературы

1. **Альбицкий, В. Ю.** Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты: пути оздоровления / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. – Саратов, 1986.
2. **Белоусов, Ю. Б.** Клинико-экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ / Ю. Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2002. – Спец. выпуск. – 15 с.
3. **Братнина, И. П.** Респираторные заболевания у детей: лечение растительными и гомеопатическими препаратами / И. П. Братнина, О. В. Ворошко // РМЖ. – 2002. – № 2.
4. **Богомильский, М. Р.** Детская оториноларингология / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. – М. : Гэотар Медиа, 2001. – 432 с.
5. Вакцинопрофилактика при нарушении здоровья / под ред. Б. Ф. Семенова, А. А. Баранова. – М. : Информ-Пресс, 2001.

6. **Вельтишев, Ю. Е.** Наследственное предрасположение к болезням, диатезы и пограничные состояния у детей / Ю. Е. Вельтишев // Педиатрия. – 1984. – № 12. – С. 3–9.
7. **Вельтишев, Ю. Е.** Экология и здоровье детей. Химическая экопатология / Ю. Е. Вельтишев, В. В. Фокеева. – М., 1996.
8. **Веселов, Н. Г.** Социальная педиатрия : курс лекций / Н. Г. Веселов. – СПб., 1996.
9. **Волков, И. К.** Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия / И. К. Волков // Российский аллергологический журнал : сборник тематических статей по проблеме «часто болеющие дети». – 2006. – С. 48–63.
10. **Гаращенко, Т. И.** Роль топических бактериальных иммунокорректоров в контроле за патогенами верхних дыхательных путей у часто и длительно болеющих детей / Т. И. Гаращенко, Л. И. Ильенко, И. В. Овечкина, Т. Г. Кац // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 5. – С. 34.
11. **Гаращенко, Т. И.** Клинико-иммунологическое обоснование применения Афлубина в профилактике и лечении вирусных заболеваний респираторного тракта у детей / Т. И. Гаращенко, М. В. Мезенцева, Л. И. Ильенко, М. В. Гаращенко // Детские инфекции. – 2005. – № 3. – С. 49–53.
12. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей : пособие для врачей / под ред. В. Ф. Учайкина. – М., 2001.
13. **Заплатников, А. Л.** Эффективность Рибомунила у часто болеющих детей: результаты трехлетнего клинико-эпидемиологического мониторинга / А. Л. Заплатников, А. В. Суздальников, Н. А. Коровина // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – № 1 (6). – С. 23–27.
14. **Заплатников, А. Л.** Иммунокорректоры бактериального происхождения в профилактике и лечении респираторных инфекций у детей / А. Л. Заплатников // Российский педиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 45–48.
15. **Заплатников, А. Л.** Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста / А. Л. Заплатников // Российский медицинский журнал. – 2004. – № 12, 13 (213). – С. 790–795.
16. **Заплатников, А. Л.** Эффективность вакцинопрофилактики гриппа у детей дошкольного возраста в период подъема заболеваемости гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями / А. Л. Заплатников, Н. А. Коровина, Е. И. Бурцева [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 34–39.
17. **Запруднов, А. М.** Клинико-патогенетические аспекты заболеваний органов дыхания у часто болеющих детей / А. М. Запруднов. – М., 1996.
18. **Караулов, А. В.** Комбинированная иммунотерапия бактериальными иммуномодуляторами рецидивирующих респираторных заболеваний детского возраста / А. В. Караулов, Э. В. Климов // Medical Market. – 1999. – № 1 (31). – Р. 10–13.
19. **Карпухин, Г. И.** Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний / Г. И. Карпухин, О. Г. Карпухина. – СПб., 2000.
20. **Коровина, Н. А.** Часто и длительно болеющие дети: терминология, патофизиология, терапевтические подходы / Н. А. Коровина // Опыт применения рибомунила в российской педиатрической практике : пособие для педиатров. – М., 2002. – С. 7–16.
21. **Коровина, Н. А.** Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации : руководство для врачей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, А. В. Чебуркин, И. Н. Захарова. – М., 2001.
22. **Коровина, Н. А.** Лихорадка у детей. Рациональный выбор жаропонижающих лекарственных средств / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, И. Н. Захарова. – М., 2000. – С. 67.

23. **Коровина, Н. А.** Кашель у детей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, И. Н. Захарова, Е. М. Овсянникова // Противокашлевые и отхаркивающие лекарственные средства в педиатрической практике. – М., 2000. – С. 53.
24. Способ профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей : пат. на изобретение № 2223783 Рос. Федерация / Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Суздальников А. В. ; регистрация в Госреестре изобретений РФ 20.02.2004.
25. **Коровина, Н. А.** Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, А. В. Чебуркин, И. Н. Захарова. – М. : Контимед, 2001. – С. 68.
26. **Костинов, М. П.** Иммунокоррекция в педиатрии / М. П. Костинов. – М., 1997.
27. **Макарова, З. С.** Немедикаментозные методы реабилитации часто болеющих детей / З. С. Макарова // Российский педиатрический журнал. – 1999. – № 2. – С. 60–65.
28. **Струков, В. И.** Современные подходы к терапии часто болеющих детей / В. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева, Р. Т. Долгушкина // Ремедиум. – М., 2008. – С. 26–30.
29. **Леписева, И. В.** Анализ результатов анкетирования родителей, дети которых посещают организованные дошкольные коллективы и часто болеют ОРЗ. Во20. Медицинские противопоказания и проведение профилактических прививок препаратами национального календаря прививок : методические указания 3.3.1.1095-02 / И. В. Леписева, О. В. Юнилайнен, Т. М. Богатырева // Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации / МЗ РФ. – М., 2002.
30. **Намазова, Л. С.** ОРИ у детей: что важнее – лечение или профилактика? / Л. С. Намазова // Лечащий врач. – 2002. – № 1–2. – С. 4–8.
31. Об усилении мероприятий по профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Приказ МЗ РФ № 25 от 27.01.1998.
32. **Овчинников, Ю. М.** Инфекция и антимикробная терапия / Ю. М. Овчинников, Г. Н. Свистушкин, Г. Н. Никифорова // Российский педиатрический журнал. – 2000. – № 2 (6). – С. 3–5.
33. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка. – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. – С. 69.
34. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика : пособие для врачей. – М., 2002. – С. 70.
35. **Паперсон, Р.** Аллергические болезни: диагностика и лечение : пер. с англ. / Р. Паперсон, Л. К. Греммер, П. А. Гринберг ; под ред. А. Г. Чучалина. – М. : Гэотар Медиа, 2000. – С. 768.
36. **Пыцкий, В. И.** Аллергические заболевания / В. И. Пыцкий, Н. В. Адрианова, А. В. Аргомасова. – М. : Триада-Х, 1999. – С. 470.
37. Рациональная антимикробная химиотерапия / под общ. ред. В. П. Яковлева, С. В. Яковлева. – М. : Литера, 2003.
38. **Самсыгина Г. А.,** Фитилев С. Б., Левин А. М. // Педиатрия. – 2002. – № 2. – С. 81–86.
39. **Таточенко, В. К.** Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей / В. К. Таточенко, Н. Ф. Дорохова, С. Г. Шмакова // Экология и здоровье детей / под ред. М. Я. Студеникина, А. А. Ефимовой. – М. : Медицина, 1998. – С. 247–272.
40. **Таточенко, В. К.** Иммунопрофилактика / В. К. Таточенко, Н. А. Озерецковский. – М. : Серебряные нити, 2003.
41. **Тузанкина, И. А.** Иммунопатологические состояния в педиатрической практике / И. А. Тузанкина, О. А. Синявская, В. Н. Шершнева. – Екатеринбург, 1998. – С. 135.

42. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/05/04. Исследование бремени экологически обусловленных заболеваний среди детей: основные результаты. – Копенгаген, Будапешт.
43. **Чебуркин, А. В.** Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста / А. В. Чебуркин, А. А. Чебуркин. – М., 1994.
44. **Юшкова, И. Ю.** Проблема гемофильной инфекции в Тюменской области / И. Ю. Юшкова, В. Ф. Кулькина, А. А. Огурцов, Ю. В. Устюжанин // Вакцинация. – 2003. – № 2 (26). – С. 10–11.

Струков Виллорий Иванович

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой педиатрии,
Медицинский институт,
Пензенский государственный
университет, заведующий кафедрой
педиатрии, Пензенский институт
усовершенствования врачей

E-mail: medsekr@pnzgu.ru

Strukov Villory Ivanovich

Doctor of medical sciences, professor,
head of pediatrics sub-department,
Medical institute, Penza State University,
head of pediatrics sub-department,
Penza Institute of advanced medical studies

Астафьева Алла Николаевна

кандидат медицинских наук, ассистент,
кафедры педиатрии, Пензенский
институт усовершенствования врачей

E-mail: medsekr@pnzgu.ru

Astafyeva Alla Nikolaevna

Candidate of medical sciences, assistant,
pediatrics sub-department, Penza Institute
of advanced medical studies

Галеева Римма Тимуршевна

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра педиатрии, Пензенский
институт усовершенствования врачей

E-mail: galeev@tl.ru

Galeeva Rimma Timurshevna

Candidate of medical sciences, associate
professor, pediatrics sub-department,
Penza Institute of advanced medical studies

Долгушкина Галина Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра педиатрии, Пензенский
институт усовершенствования врачей

E-mail: medsekr@pnzgu.ru

Dolgushkina Galina Viktorovna

Candidate of medical sciences, associate
professor, pediatrics sub-department,
Penza Institute of advanced medical studies

УДК 616–053. 2

Струков, В. И.

Актуальные проблемы профилактики и лечения часто болеющих детей / В. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева, Г. В. Долгушкина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2009. – № 1 (9). – С. 121–135.