

Часто болеющие дети



Жаксылыков Нуркен
642 группа

Введение

- Детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям (ОРЗ), принято называть часто болеющими (ЧБД). Иногда, для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций у этих детей (их затяжной характер), используется термин «часто и длительно болеющие дети». В зарубежной литературе используется термин «пациенты с рекуррентными (т. е. повторными) ОРЗ». При этом, например, в Великобритании к группе детей с рекуррентными респираторными инфекциями относят пациентов, у которых ОРЗ повторяются в течение года более 8 раз.

- ЧБД — это термин, обозначающий группу детей, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. При этом к ЧБД относят детей, у которых частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма.

- Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми **частыми** заболеваниями как у **детей**, так и у взрослых, но наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у **детей** дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Удельный вес **часто болеющих детей** (ЧБД) среди всех **детей** может составлять от 15 до 50%, что зависит от возраста, эпидемиологических и социальных условий.

**Критерии включения детей в группу часто болеющих
(В.Ю.Альбицкий, А.А.Баранов, 1986)**

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До 1 года	4 и более
1-3 года	6 и более
4-5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

- У детей старше 3-летнего возраста в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка.
- ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2-0,3, а у детей из группы ЧБД - 1,1-3,5.
- Темпы прироста вирусных инфекций в странах СНГ составили: среди всей популяции населения 11,3%, в возрастных группах: от 20,7% среди школьников 7-14 лет; до 22,5% среди детей до 1 года. Среди лиц старше 15 лет отмечено снижение заболеваемости по данным пресс-службы.

При включении ребенка в группу ЧБД необходимо также учитывать:

- частоту ОРЗ в течение года;
- тяжесть каждого ОРЗ;
- наличие осложнений ОРЗ;
- необходимость применения антибактериальных препаратов при лечении ОРЗ;
- продолжительность интервала между эпизодами ОРЗ.



Причины и патогенетические основы (факторы риска) частых респираторных заболеваний у детей

- низкий уровень санитарной культуры семьи и, как следствие этого, несоблюдение правил здорового образа жизни как наиболее действенного подхода к формированию здоровья. Дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой, нерациональное питание и режим дня способствуют повышению восприимчивости детского организма и заболеваемости ОРЗ;
- низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия;
- начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, в котором наблюдается повышенная восприимчивость детей к респираторным инфекциям. Учащение ОРЗ также может быть связано с расширением контактов в семье, транспорте и др.;

- экологические нарушения способствуют повышению заболеваемости ОРВИ и увеличению числа ЧБД, что связано с повышением степени бронхиальной гиперреактивности под влиянием аэрополлютантов. Последняя, в свою очередь приводит к более выраженным проявлениям ОРВИ (бронхит). Особо следует отметить "пассивное курение" как один из факторов способствующих усилению БГР. Частые ОРВИ в этой группе отмечаются до возраста 7-8 лет, редко дольше, у небольшой части детей развивается рецидивирующий обструктивный бронхит или бронхиальная астма;
- ятрогенное воздействие при нерациональном использовании различных лекарственных средств (длительное и необоснованное применение антибиотиков, жаропонижающих и др.).



К эндогенным факторам риска возникновения частых респираторных инфекций у детей можно отнести:

- неблагоприятные анте- и/или постнатальные факторы развития ребенка (недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, раннее искусственное вскармливание), отражающиеся на функционировании иммунной системы и других защитных механизмах;
- перинатальную гипоксию, ведущую к частым нарушениям адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции. Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы и повышенная метеочувствительность также могут влиять на повышенную восприимчивость организма к респираторным инфекциям;
- аллергию и наследственную предрасположенность к неадекватной иммунной реактивности. У таких детей иммунный ответ чаще идет по Th-2-типу: недостаточно выделяется интерферон- γ и интерлейкин-2, усилен синтез IgE и снижен IgG-антительный ответ. Это способствует формированию более кратковременной иммунной защиты и, как следствие, большей респираторной заболеваемости у детей с аллергическими заболеваниями.

Эпидемиология

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов ОРЗ, причем заболеваемость выше у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРЗ в 2-2,5 раза реже, чем дети первых 3 лет жизни. Однако 15-40% детей болеют респираторными инфекциями значительно чаще, чем сверстники, на их долю приходится до 67,7-75% всех случаев. Чаще болеют дети, в том числе грудные. Инфекция встречается на протяжении всего года, но осенью, зимой и весной заболеваемость повышается.

- Аденовирусы вызывают 3-5% ОРЗ у детей и менее 2% у взрослых гражданских лиц. Почти 100% взрослых имеют антитела ко многим серотипам аденовирусов; это говорит о том, что инфекцией переболевают в детском возрасте.
- У детей наиболее часто обнаруживаются аденовирусы серотипов 1, 2, 3 и 5. С некоторыми серотипами, в частности 4 и 7, а также 3, 14 и 21, связаны вспышки ОРЗ среди новобранцев зимой и весной.
- Аденовирусные инфекции передаются воздушно-пылевым путем, внесением вируса на конъюнктиву и, возможно, фекально-оральным путем. После перенесенной инфекции появляются типоспецифические антитела, защищающие от инфекции, вызванной соответствующим серотипом.



Патофизиология развития нозологии, участие иммунной системы

- Остановимся на клинических проявлениях ОРИ : через 24–72 ч инкубационного периода остро начинается жжение в носу или в глотке, быстро сменяющееся чиханьем, ринореей, общим недомоганием. Обычно повышение температуры тела, особенно при рино- и коронавирусах, нехарактерно, развивается фарингит. Отделяемое из носа, водянистое и профузное в первые дни, становится слизистым и слизисто-гнойным. Последний вариант вовсе не обязательно указывает на бактериальную инфекцию. Кашель достаточно щадящий и, как правило, завершается в ближайшие 2 нед, проявление у детей младшего возраста утомляемостью, неусидчивостью, капризами, плаксивостью, нарушением сна и режима питания.

- Критерии оценки кашля: в первую очередь врач оценивает звук кашля и характер мокроты. Характер звука (громкость, частота, посторонние шумы) кашля зависит от его причины, локализации патологических изменений, вида и количества воспалительного секрета, а также от ширины звукопроводящей дыхательной трубки, которая меняется с возрастом. Сухой непродуктивный или рефлекторный кашель является следствием локального воспаления без образования экссудата или нервного возбуждения. При продуктивном кашле происходит отхаркивание воспалительного секрета, причем нередко бывает, что после того, как он почти поднимется до полости рта, из гортани он просто проглатывается, особенно часто это наблюдается у маленьких детей. По виду «мокрого» кашля можно выяснить, каково количество секрета и какого он вида (вязкий или жидкий). Рефлекторный (вследствие раздражения задней стенки глотки во время исследования), но обычно проявляющийся преимущественно по ночам и в утренние часы тяжелый кашель («коклюшный» кашель) при коклюше общеизвестен.



- Очень похожий кашель, однако без судорожного втягивания воздуха (вдох реприза) после серии кашля наблюдается также при вирусном гриппе и у детей с муковисцидозом. При очень вязком бронхиальном секрете у больных муковисцидозом необходимо много стаккатовидных, следующих один за другим кашлевых толчков, пока освободятся дыхательные пути. Поэтому кашель здесь коклюшеподобный. Если такую форму кашля наблюдают у младенцев, то следует учитывать возможность хламидийной инфекции. Еще долго после того, как проходит коклюш, остается обусловленный чисто психически так называемый фантомный кашель. Когда кашель возникает вследствие патологического процесса в верхних дыхательных путях, то он звучит более звонко (фарингеальный кашель), поскольку не резонирует грудь, и этим он отличается от глубокого, звучного или трахеобронхиального кашля.

- При крупе мы слышим характерный лающий кашель, при сужении трахеи или главных бронхов (трахеальный или бронхиальный стеноз, увеличение лимфатических узлов) — битональный или металлически звучащий кашель, который возникает при резонансе заблокированных участков. Для этих больных типичны также хрипы в трахее из-за обильного секрета в области стенозирующих участков трахеи. Длительность кашля и его частота дают нам важную информацию о степени тяжести и течении острых и хронических респираторных заболеваний.
- Кашель следует рассматривать как хронический максимум через 3 месяца продолжительности симптома, и самое позднее в этот момент следует проводить основательную диагностику. Вопрос о хроническом процессе встает у детей, у которых в течение одного года чаще чем 3–4 раза наблюдается кашель (рецидивирующий кашель), прежде всего без повышения температуры тела или одновременных признаков инфекции.

Особо важные для дифференциального диагноза сопутствующих симптомов:

- — температура как признак воспалительного заболевания;
- — одышка или затрудненное дыхание как признак тяжелого бронхолегочного заболевания, которое нельзя недооценивать;
- — цианоз, который может быть связан с этими заболеваниями;
- — стридор (свистящее дыхание) как важный признак стеноза дыхательных путей, причем стридор при вдохе указывает на препятствие в области гортани, а смешанный стридор при вдохе и выдохе, либо только при выдохе — на трахеобронхиальное сужение.

- **Объективными признаками** одышки являются следующие: ускоренное, углубленное, поверхностное или неравномерное дыхание, натяжение шейных, межреберных или эпигастральных мышц, а также характерное для пневмонии синхронное дыханию движение крыльев носа.
- Если при хронических заболеваниях, таких как астма и муковисцидоз, может развиться типичная деформация грудной клетки (колоколовидная или бочкообразная грудная клетка). Хроническая кислородная недостаточность у больных муковисцидозом обуславливает образование так называемых барабанных пальцев с ногтями в форме часовых стекол.

Как отличить вирусную инфекцию от бактериальной.	Вирусная инфекция	Бактериальная инфекция
Как часто встречается	Часто	Реже
Инкубационный период (время от первого контакта с заболевшим до появления клинических признаков заболевания)	1-5 дней	От 2 до 14 дней
Постоянное нахождение (персистирование) возбудителя в дыхательных путях	Характерно только для аденовирусов	Характерно для большинства возбудителей инфекций (гемофильная палочка, моракселла, менингококк, пневмококк, стрептококк, хламидия)
Продромальный период (период первых признаков заболевания)	Выражен, длится до суток	Не заметен
Начало заболевания	Яркое, сопровождается высокой или быстро нарастающей температурой	Исподволь, температура чаще не поднимается выше 38 градусов. Иногда бактериальному заражению предшествует вирусная инфекция. В этом случае говорят о "второй волне" заболевания
Локальность поражения	При начале заболевания чаще не выражена; дело ограничивается общими симптомами	Выражена; бактериальные инфекции проявляются отитами, гайморитами, бронхитами, пневмонией или менингитом
Аллергические проявления (конъюнктивит, ринит)	Есть почти всегда	Не характерны
Лечение антибиотиками	Не требуется; наиболее эффективно применение противовирусных средств в период продромы	Необходимо и очень эффективно

Показатели	Аллергическая этиология	Инфекционная этиология
Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям	Очень частая	Не частая
Внелегочные аллергические проявления, в том числе в анамнезе	Часто есть	Редко
Упорно рецидивирующий характер заболевания	Характерен	Не характерен
Однотипность клинических проявлений при обострении	Характерна	Разные клинические проявления в зависимости от этиологии
Уменьшение и исчезновение клинических проявлений при элиминации подозреваемого аллергена	Есть	Нет
Повышение температуры тела	Как правило, отсутствует	Как правило, присутствует

Поведение ребенка	Возбуждение, гиперактивность, «говорливость»	Вялость, утомляемость
Аппетит	Сохранен	Может быть снижен
Особенности анализа крови	Эозинофилия	Признаки вирусного или бактериального воспаления
Эффект от проведения антибактериальной терапии	Отсутствует	Может быть хороший
Эффект от применения антигистамин-ных препаратов	Хороший	Отсутствует или умеренный
Тесты аллергологической диагностики	Положительные	Отрицательные
Уровень общего IgE в сыворотке крови	Повышен	Нормальный
Цитоморфология носового секрета	Эозинофилы 10% и более	Эозинофилы менее 5%

Лечение



Лечение гриппа основывается на комплексном подходе, несмотря на кажущуюся безобидность заболевания. Комплексное лечение включает в себя:

- **этиотропное лечение;**
- Данное лечение направленно на борьбу с вирусом гриппа, либо с бактериальной инфекцией, попавшим в организм, и заключается в приеме противовирусных препаратов различных групп. К ним относят такие биологические вещества как интерферон и иммуноглобулины. К химиопрепаратам относят производные амантадина и другие синтетические соединения. При борьбе с инфекционным процессом у детей для безопасности используют препараты группы макролидов, при тяжелых проявлениях назначают сульфаниламиды, цефалоспорины.

- **патогенетическое лечение;**
- Основная цель данного лечения – это предупреждение размножения вируса в организме человека. Сюда относят препараты различных химических групп, препятствующие процессу воспроизведения генетического материала вируса. Предупреждение усиление бактериального инфекционного процесса, возникновения осложнений.
- **симптоматическое лечение и общеукрепляющая терапия;**
- Данный вид лечения направлен на борьбу с определенными клиническими проявлениями заболевания. Так симптоматическим лечением можно считать прием жаропонижающих, средств для уменьшения проявлений ринореи и кашля, а в последствии отхаркивающие средства, для улучшения дыхания используют деконгестанты (для детей до 6 лет только капли эндоназальные, спреи назначают только с 6 лет)

- **физиотерапия:**

- при гриппе и других ОРВИ клинически доказан хороший эффект от применения различных физиотерапевтических методов лечения. Данные методы могут применяться на различных этапах заболевания. Для каждого из них есть показания к тем или иным физиотерапевтическим процедурам. Важно отметить, что во все три периода заболевания показано применение электротерапии и магнитотерапии, УФО для носоглоточного отдела дыхательной системы. Важно отметить, что физиотерапевтические методы можно применять и как профилактические. Благодаря тому, что они повышают общую сопротивляемость организма и стимулируют иммунную систему.

- При обострении аллергического заболевания верхних дыхательных путей детям назначают антигистаминные препараты I (хлорпирамина гидрохлорид, клемастин гидрофумарат, медгидролин, хифенадина гидрохлорид), II (цетиризина дигидрохлорид, лоратадин, Акривастин, Астемизол, эбастин) или III поколение (Фексофенадин). При выраженной заложенности носа необходимо назначение деконгестантов симпатомиметического действия (ксилометазолина гидрохлорид). Лечение этими препаратами проводят до 5-7 дней, поскольку более продолжительное их применение чревато развитием синдрома «рикошета», проявляющегося в увеличении отека слизистой оболочки носа. Новые сосудосуживающие препараты (ксилометазолина гидрохлорид, Оксиметазолин, антазолина гидрохлорид, тетризолина гидрохлорид) не столь агрессивны, однако, их применение свыше 2-3 недель нежелательно по тем же причинам. Эффективны комбинированные препараты с деконгестантной и антигистаминной активностью (Лоратадин Псевдоэфедрин). Показано применение антигистаминных средств местно (интраназально): аллергодил, гистимед.

- При упорном рецидивировании аллергического заболевания верхних дыхательных путей и с целью профилактики трансформации в бронхиальную астму целесообразно проведение трехмесячного курса *кетотифена* *фумарат* 0,025 мг/кг в 2 приема; *цетиризина дигидрохлорид* детям 2-6 лет - 5 мг (10 капель) 1 раз в сутки или по 1,5 мг 2 раза в сутки, детям старше 6 лет - 10 мг в сутки.



- При аллергическом рините и гиперплазии аденоидов аллергической этиологии назначают закапывание в нос *Кромоглицево́вая кислота* или другие виды лекарственных интраназальных форм препаратов *кромогликата натрия*. Для закапывания в глаза при аллергическом конъюнктивите применяют *кромогликат натрия*. При тяжелом течении аллергического ринита проводят лечение топическими глюкокортикостероидами в виде назальных спреев (*флутиказона пропионат* (*микронизированный*) и др.). Хирургическое удаление аденоидов детям с респираторным аллергозом проводят по строгим показаниям при неэффективности консервативного лечения: IV степень гиперплазии с полным отсутствием носового дыхания, повторные гнойные отиты и синуситы. Такая тактика связана с тем, что удаление аденоидов часто приводит к манифестации бронхиальной астмы у ребенка с малыми формами респираторной аллергии.

- Комплексная реабилитация часто болеющих детей на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника, санаторий) включает проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также адекватную терапию острого заболевания.



- **Режим дня** В связи с тем, что у часто болеющих детей часто наблюдаются функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, необходимо исключить занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению ребенка. Целесообразно увеличить продолжительность сна на 1-1,5 часа. Обязательным является дневной сон или отдых. При нарушениях сна, астено-невротических расстройствах показаны спокойные прогулки на свежем воздухе перед сном, а также прием седативных трав (пустырник, валериана, саносан, персен, алталекс и др.). Необходимо ограничить поездки в транспорте.

- **Питание.** В питании часто болеющих детей необходимо использовать оптимальное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей, важно обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей, фруктов и ягод, при недостаточном потреблении которых необходимо использовать поликомпонентные витаминно-микроэлементные препараты. Детям с пищевой аллергией необходимо соблюдать диету с исключением продуктов, содержащих причинно-значимые аллергены, что позволяет предупредить манифестацию аллергии, в свою очередь, предрасполагающей к частым респираторным заболеваниям.

- **Оздоровительные мероприятия.** Одной из причин, способствующих высокой респираторной заболеваемости, нередко является дисфункция и/или незрелость и детренированность системы терморегуляции с пониженной устойчивостью к изменяющимся климатическим и гелиогеографическим факторам. В связи с этим большую значимость приобретает закаливание, снижающее уровень заболеваемости. Закаливающие процедуры необходимо сочетать с проведением гимнастики и массажа грудной клетки. Двухнедельные курсы массажа проводятся 2-4 раза в год.

- При дисфункции вегетативной нервной системы наблюдается повышенная потливость. Им рекомендуется частая (2-3 раза в сутки) смена белья, особенно у детей раннего возраста. Рекомендуется систематическое проведение так называемой стопотерапии, представляющей собой массаж стоп ладонью, подушечками пальцев или пальцами, сложенными в кулак (поглаживание, растирание и снова поглаживание подошв обнаженных стоп), соблюдение режима дня.
- В оздоровлении часто болеющих детей важное значение имеет систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры (особенно диафрагмы).

- **Медикаментозная коррекция.** Для лечения часто болеющих детей нередко предлагают использовать так называемые адаптогены, биогенные стимуляторы, общеукрепляющие средства, которым приписываются способность "повышать общую сопротивляемость организма", "оказывать стимулирующее или общеукрепляющее действие" и т.д., т.е. понятия, не несущие конкретного содержания. В качестве одного из основных компонентов патогенетического лечения и профилактики рецидивирующих респираторных инфекций используются методы, которые обозначают как иммунокоррекция, которая должна проводиться на фоне обязательного соблюдения общих принципов оздоровления. Для успешного ее проведения при частых ОРЗ в первую очередь должно быть максимально уменьшено влияние эндогенных и экзогенных (неблагоприятные социально-бытовые и экологические условия, пассивное курение и др.) факторов.

- Одним из основных методов неспецифической коррекции дисфункций иммунной системы у детей является иммуномодулирующая терапия с использованием **иммуномодуляторов**.

Иммуномодуляторы — лекарственные препараты, в терапевтических дозах восстанавливающие нарушенные функции иммунной системы.

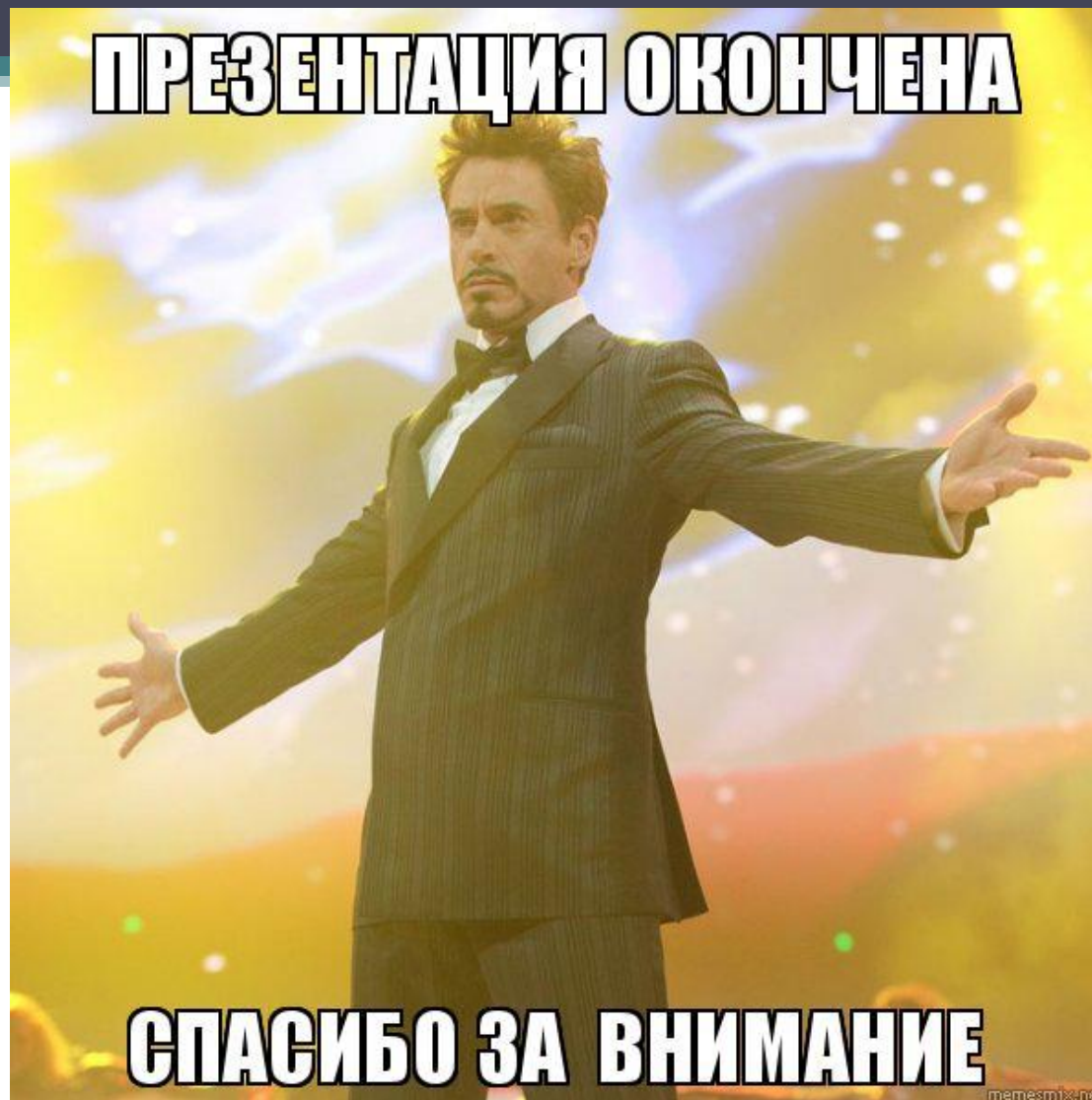
Иммуномодуляторы назначают с целью:

- повышения эффективности этиотропной противoinфекционной терапии;
- увеличения длительности ремиссии и снижения частоты обострений (и госпитализаций) при хронических рецидивирующих ИВЗ;
- предупреждения развития инфекционных осложнений при использовании иммуносупрессивной терапии и у лиц групп риска по врожденной иммунной недостаточности.
- нормализации нарушенных параметров иммунного статуса при возможности его мониторинга.

- Иммуномодуляторы могут назначаться как преимущественно системного, так и местного действия. Поскольку одной из основных причин нарушения противоинфекционного иммунитета у детей является несостоятельность именно системы местной защиты (слизистых оболочек дыхательных путей), то в этом случае наиболее адекватно и патогенетически обосновано местное (сублингвальное) применение иммуномодуляторов, препятствующих проникновению патогенных микроорганизмов в организм человека. Кроме того, при выборе иммуномодуляторов для детей следует отдавать предпочтение препаратам именно местного действия.

Список использованной литературы

- Вавилова В. П., Вавилов А. М., Нечаева И. А. Современные методы реабилитации детей с патологией лимфоглоточного кольца, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями // Российская оториноларингология. 2006, № 3 (22), с. 70–74.
- Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В, Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации (руководство для врачей). М., 2001.
- Петров Р. В., Хаитов Р. М., Некрасов А. В., Пинегин Б. В. Полиоксидоний: современные представления о механизме действия // Аллергология и иммунология. 2000, т. 1, № 2, с. 17.
- Запруднов А.М. Клинико-патогенетические аспекты заболеваний органов дыхания у часто болеющих детей. М., 1996.
- Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
- Таточенко В.К., Дорохова Н.Ф., Шмакова С.Г. Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей. В к: Студеникин М.Я., Ефимова А.А. (ред). Экология и здоровье детей. М.: Медицина, 1998, с. 247-273.
- Чебуркин А.В., Чебуркин А.А. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста. М., 1994, 34 с.



- P.S. Надеюсь, Вам было интересно)