

РЕКУРРЕНТНЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

К.И. Григорьев, проф., О.Ф. Выхристюк, проф., Г.Р. Рахметуллова, канд. мед. наук
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Представлен комплекс общеукрепляющих мероприятий, а также ряд медикаментозных назначений часто болеющим детям, подверженным рекуррентным острым респираторным инфекциям. Приведены направления работы медсестер по уходу за такими детьми.

Ключевые слова: часто болеющие дети, острые респираторные заболевания, рекуррентные респираторные инфекции, медсестры.



Актуальность рекуррентных (часто повторяющихся) респираторных инфекций у детей объясняется тем, что, помимо медицинских, эта проблема имеет и социально-экономические аспекты. Частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) приводят к значительным материальным потерям, отрицательно сказываются на социальной и педагогической адаптации детей, ухудшают психоэмоциональный климат в семье и качество жизни в целом.

За рубежом принят термин «рекуррентные инфекции», в нашей стране принято выделять часто болеющих детей (ЧБД) – детей, подверженных рекуррентным эпизодам ОРЗ. У таких детей нет явных признаков наследственных или врожденных дефектов иммунной и респираторной систем, но отсутствует сформированный адекватный иммунный ответ на инфекцию, однако по мере становления иммунитета они перестают «хватать» инфекции на легу.

ЧБД – не диагноз в нозологическом понимании, а принадлежность к группе риска развития простудных и хронических заболеваний.

В течение года регистрируется свыше 20 млн случаев заболевания детей ОРЗ. Место ЧБД в общей заболеваемости респираторными инфекциями довольно велико. Следует напомнить, что ОРЗ – этиологически разнородная группа инфекций дыхательных путей; в нее входят инфекции, вызываемые как вирусами, так и бактериями. Чаще ОРЗ протекают в легкой и среднетяжелой форме и не оставляют видимых последствий.

Сложность проблемы острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) связана с разнообразием вирусов, тропных к респираторному эпителию и вызывающих болезнь, – их более 280 (одних только риновирусов – до 100 серотипов). Наиболее распространенными возбудителями ОРВИ до последнего времени считались миксовирусы (вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные), пикорнавирусы/риновирусы, аденовирусы, коронавирусы, микоплазмы и др. В работах последних лет подчеркивается роль метапневмовирусной и боккавирусных инфекций в этиологии ОРВИ (до 35%), особенно у детей в возрасте 2–6 лет. Только в 10–20% случаев ОРЗ имеют бактериальную или вирусно-бактериальную природу.

Дети болеют ОРВИ в 3–4 раза чаще взрослых. Исходя из данных статистики, весомое значение имеет социальный фактор. Ребенок, посещающий детский сад, в течение 1-го года может болеть ОРЗ до 10 раз, на 2-м году – 5–7 раз, в последующие годы – 3–5 раз в год. Источником инфекции являются больные и вирусо- и бактерионосители. Болезнь передается контактно (через грязные руки), а не только воздушно-капельным путем, что определяет сущность профилактических мероприятий в очаге инфекции. Можно посещать больного даже в реанимационном отделении, но не касаться ничего руками. Значительную эпидемиологическую опасность представляют больные со стертыми и субклиническими формами, здоровые носители.

Выделение категории ЧБД связано с традициями отечественной медицины и организацией

коллективной профилактики. У этих детей чаще наблюдают рецидивирующие заболевания рото- и носоглотки, бронхов, пневмонии, аллергические и ревматические болезни, нефропатии. Уже в подростковом возрасте у них выявляется склонность к вегетососудистой дистонии, неврозам, хроническим заболеваниям системы органов пищеварения. Страдает социальная адаптация: они хуже учатся, быстрее утомляются и т.д. Число эпизодов ОРЗ (4 или 6 и более раз в год в зависимости от возраста) следует рассматривать как условные величины, так как имеет значение не столько частота, сколько тяжесть эпизодов заболевания, отсутствие «спокойных периодов», снижение адаптационного потенциала у конкретного ребенка.

Для детей данной группы характерны следующие схемы реализации формирования острой и хронической патологии: ринит → синусит → аденоидит; ринит → евстахиит → отит. Как правило, эта категория детей не подвержена инфекциям в других системах организма: желудочно-кишечном тракте, центральной нервной системе, урогенитальном тракте или коже.

Повторные вирусные и бактериальные инфекции оказывают существенное влияние на иммунную систему ЧБД, что, в свою очередь, накладывает на возрастную напряженность процессов иммунного реагирования. Размножение и накопление вирусов и бактерий происходит не только в эпителии слизистой оболочки дыхательных путей, но и в регионарных лимфатических узлах. Проникновение вирусов в кровь (или вирусемия) приводит к токсическому действию с поражением центральной нервной, эндокринной (надпочечники), сердечно-сосудистой и других систем, что может сопровождаться серьезными последствиями.

К ЧБД нередко относят детей-аллергиков, при этом наличие атопии не учитывается и в диагнозе не отражается, а терапия аллергии и ее профилактика имеют особенности. В связи с этим у части детей из группы ЧБД требуется ранняя нозологическая верификация тех патологических состояний, которые ошибочно принимаются за респираторные инфекции: аллергический ринит, бронхиальная астма, гастроэзофагеальный рефлюкс, пороки развития респираторного тракта и ЛОР-органов, инородные тела бронхов, упорно персистирующие герпетические инфекции, первичные иммунодефициты, приобретенные цитопении и др.

У большей части детей с рекуррентными эпизодами респираторных инфекций ведущим патологическим фоном остается возрастная незрелость иммунной системы; другое объяснение частых ОРЗ – наличие наследственно обусловленного

«позднего старта» иммунной системы. Отсутствует ее нормальное функционирование, особенно под воздействием внешних неблагоприятных обстоятельств – повторных вирусных инфекций.

Факторы, предрасполагающие к развитию рекуррентных эпизодов респираторных заболеваний. 1-е место среди них, особенно у детей раннего возраста, занимают анатомо-физиологические особенности дыхательной системы, прежде всего – неполноценность мукоцилиарной и сурфактантной защиты, особенности строения бронхов. Имеет значение тип конституции, например лимфатико-гипопластический диатез. Немаловажна роль экологической среды: респираторные инфекции у детей, проживающих в загрязненных районах, длятся в 2–2,5 раза дольше, чем у детей, проживающих на относительно чистых территориях. Транзиторное снижение иммунитета может быть связано с гипотрофией, дефицитом макронутриентов, витаминов (витамины группы А, С, Е, D, бета-каротин и др.) и микроэлементов (железо, йод, цинк, селен и др.), полиненасыщенных жирных кислот, а также с наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта, приемом антибактериальных препаратов, нарушением микробиоты кишечника и т.д.

Более половины ЧБД страдают хроническими заболеваниями носоглотки и гиперплазией тканей лимфоидного кольца.

Диагностика. Для включения ребенка в группу ЧБД используют специальные индексы:

- инфекционный индекс: отношение числа всех эпизодов ОРЗ в течение года к возрасту ребенка;
- индекс резистентности: отношение числа случаев ОРЗ к числу месяцев наблюдения и др.

Если инфекционный индекс меньше 0,3, а индекс резистентности – меньше 0,5, ребенка относят к контингенту эпизодически болеющих детей; если инфекционный индекс более 1,1, а индекс резистентности – более 0,5, ребенка включают в группу ЧБД.

При формальном подходе к отбору детей в группу ЧБД высока вероятность диагностических ошибок. Нередко имеет место позднее выявление патологических состояний, требующих целенаправленной терапии. В связи с этим, помимо общепринятого клинического обследования, проводится дополнительное: ультразвуковое сканирование носоглотки и придаточных полостей носа в передней и боковой проекциях; эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки; отоскопия; анализы крови, мочи; бактериологическое исследование мазков из рото- и носоглотки для уточнения микробного пейзажа; рентгенография, по показаниям – исследование иммунограммы (со-

стояние фагоцитоза, гуморального иммунитета, интерфероногенеза, реже – клеточного иммунитета); исключение микоплазмоза, хламидиоза, коклюша, паракоклюша.

Каждый раз клинический диагноз при возникновении рекуррентной респираторной инфекции надо расшифровывать: следует указать либо возможную этиологию заболевания (вирусное, бактериальное), либо органное поражение (ринит, фарингит, ларингит, отит и т.д.). По локализации процесса выделяют острые ринит, назофарингит, ларингит, средний отит, синусит, бронхит (синдром бронхиальной обструкции), бронхиолит (характерно для раннего возраста).

Для этиологической диагностики ОРВИ используют экспресс-методы, прежде всего – иммунофлюоресцентный метод обнаружения антигена респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов. Ответ может быть получен через 3–4 ч после взятия слизи из носа. Расшифровка диагноза помогает уточнению эпидемиологической ситуации.

При каждом эпизоде рекуррентной респираторной инфекции симптомы заболевания зависят от свойств и особенностей вирусов. Клинические симптомы обычно достаточно характерны, что позволяет поставить диагноз без дополнительных исследований. В типичных случаях как у маленьких детей, так и у детей старшего возраста отмечаются катаральные явления, лихорадка и симптомы интоксикации. Уже при первичном осмотре можно сделать обоснованное предположение относительно этиологического диагноза и начать адекватное лечение, а также выделить детей, требующих дополнительных консультаций специалистов и дальнейшего медицинского контроля.

У ЧБД высока вероятность возникновения супер- (микст) инфекций и развития осложнений, что предполагает дополнительное обследование. Так, при длительном кашле, хроническом гайморите требуется исключить хронические заболевания легких – муковисцидоз, синдром Картагенера, туберкулез и др. В тех случаях, когда повторные респираторные инфекции характеризуются тяжелым, затяжным течением, бактериальными осложнениями или сопровождаются инфекционно-воспалительными поражениями иной локализации (упорный кожно-слизистый кандидоз, рецидивирующие пиодермии, абсцессы, рецидивирующий диарейный синдром и др.), исключают иммунодефицитные состояния.

ЧБД относят ко 2-й группе здоровья: дети этой группы не страдают хроническими заболеваниями, но имеют высокий риск их формирования.

Сложности понимания и решения проблемы рекуррентных ОРЗ у детей обуславливают высокие

требования к медицинским работникам. Возникает необходимость в уточнении категории часто и длительно болеющих, что определяет психологию общения с детьми и их родителями, алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики, ухода за ребенком, умение применить арсенал современных лекарственных и немедикаментозных методов лечения и т.д.

Общие принципы лечения ЧБД

Очень важно объяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить о средней продолжительности проявления симптомов, убедить их в необходимости минимального применения медикаментозных вмешательств, обязательности четкого соблюдения распорядка дня. При первых симптомах респираторной инфекции возможна этиотропная терапия, которая предусматривает, учитывая роль вирусов и вирусобактериальных ассоциаций в генезе ОРЗ, использование противовирусных и антибактериальных средств.

Госпитализация требуется только при развитии осложнений. После снижения температуры тела постельный/полупостельный режим меняют на общий. Повторный медицинский контроль необходим при сохранении температуры на протяжении срока более 3 дней или ухудшении состояния.

Гигиенический уход за больным ребенком: частая смена белья, одежды, носовых платков, полотенец; ежедневный и неоднократный в течение дня туалет кожи и видимых слизистых оболочек (полость рта, глаза, уши). Обильные выделения из носа отсасывают небольшой резиновой грушей. Температура воздуха в помещении, где находится больной, должна составлять 20–22°C со снижением во время сна на 1–2°C. Ежедневно 2–3 раза проводят влажную уборку помещений, проветривание. Исключаются психоэмоциональные и физические нагрузки.

Ребенок нуждается в дополнительном потреблении жидкости, особенно при лихорадке, одышке, обструкции и т.д. Используют чай с лимоном, малиновым вареньем, настои из цветков липы, ромашки, шиповника. Питье дают за 15 мин до еды 4–6 раз в сутки. Рекомендуют потогонный чай, минеральные воды (нарзан, московская), стандартные препараты, применяемые при оральной регидратации (Оралит, Регидрон Био, Глюкосолан и др.).

Поскольку аппетит у детей обычно снижен, в течение 1–3 дней болезни ребенка не принуждают есть против его желания. Рекомендуются кисломолочные продукты, пюре, омлет, компоты, морсы, кисели. Из рациона исключают высококалорийные продукты и деликатесы. Режим кормления детей грудного возраста на период заболе-

вания по возможности сохраняют, нельзя отлучать ребенка от груди, вводить новые виды прикорма.

Противовирусные средства. При гриппе А и В в первые 24–48 ч болезни эффективны ингибиторы нейроминидазы (осельтамивир/тамифлю). Римандатин (альгирем, орвирем) обладает активностью к вирусу гриппа А2, что оправдывает его назначение в пик заболеваемости гриппом. Рибавирин показан при тяжелом течении респираторно-синцитиальной вирусной инфекции. Высокоэффективных противовирусных препаратов широкого спектра действия пока не создано.

Истинная эффективность арбидола, кагоцела, меглюмина акридоацетата (циклоферона) при ОРВИ, несмотря на многочисленные положительные публикации, до конца не ясна. Тем не менее иногда отзывы более чем положительные.

Согласно результатам неконтролируемых испытаний, противовирусные препараты сокращают лихорадочный период на 1–1,5 сут, снижают выраженность и длительность катаральных явлений, число и тяжесть осложнений. Тем же свойством обладают и препараты интерферона (гриппферон, лейкоинтерферон, человеческий лейкоцитарный интерферон, виферон). Их применение при коротком лихорадочном периоде вряд ли следует рассматривать как обязательное. Большинство индукторов эндогенного интерферона, используемых при лечении ОРВИ в нашей стране, имеют возрастные ограничения: арбидол показан с 2 лет, кагоцел – с 3 лет, циклоферон – с 4 лет, амиксин – детям старше 7 лет.

Внутри для лечения вирусных инфекционных заболеваний применяется эргоферон. Схема лечения: в первые 2 ч (лучше – при первых симптомах острой инфекции) препарат принимают каждые 30 мин, затем остальную часть суток делят на 3 равных временных промежутка и продолжают прием препарата. Со 2-го дня эргоферон принимают по таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. На 1 прием – 1 таблетка (не во время приема пищи); ее держат во рту, не проглатывая, до полного растворения. При назначении препарата детям младшего возраста (от 6 мес до 3 лет) рекомендуется растворять таблетку в небольшом количестве кипяченой воды (1 столовая ложка) комнатной температуры.

Детям с 1-го дня жизни при простудных заболеваниях, ОРВИ можно закапывать в нос деринат, относящийся к группе иммуномодулирующих средств. Выпускается он в виде раствора для местного и наружного применения во флаконах-капельницах объемом по 10 или 20 мл. Для введения в полость носа используют также флореналь (0,5%), оксолиновую мазь (1–2%), бонафтон и др.

При тяжелом и, особенно, гипертоническом гриппе вводят внутримышечно противогриппозный иммуноглобулин: 1 дозу – детям до 3 лет и 2 дозы – детям старше 3 лет.

Антибактериальная терапия. При наличии у ЧБД хронических процессов в носоглотке (тонзиллит, аденоидит) применяют местные антибактериальные препараты: фюзафунжин (биопарокс), гексорал и т.д. Местная антибактериальная терапия иногда играет роль средства профилактики бактериальных осложнений, хотя есть и другое мнение (в большей степени оно касается системных антибиотиков): антибиотики не только не предотвращают осложнения, но и способствуют их развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры.

Системные антибиотики показаны не более чем в 5% всех случаев заболевания при развитии бактериального воспалительного процесса в дыхательных путях. Сравнение эффективности и безопасности фито- и антибиотикотерапии у детей старше 2 лет при остром вирусном бронхите показало, что фитопрепарат бронхипрет сироп (фиксированная комбинация экстрактов травы тимьяна и листьев плюща) эффективнее амоксициллина; при остром бактериальном бронхите более эффективно комбинированное лечение с применением фитотерапии и антибиотиков, чем лечение только антибиотиками.

Противовоспалительная терапия. При аллергических проявлениях, тяжелых жизнеугрожающих состояниях (стеноз гортани, бронхообструктивный синдром) назначают кортикостероиды. Кроме того, в терапии респираторных инфекций, особенно сопровождающихся лихорадкой, миалгиями, болями в горле и(или) ушах, применяется ибупрофен, который можно использовать с 3 мес. Комплексное действие оказывает фенспирид (эреспал), влияющий на основные звенья воспалительного процесса, мукоцилиарный клиренс и выступающий как антагонист H₁-рецепторов.

Симптоматическая терапия проводится для снятия лихорадки, отека слизистой оболочки, облегчения кашля.

Что касается лечения синдрома гипертермии, то, в соответствии с критериями отечественного педиатрического формуляра, при ОРВИ не рекомендуется вводить жаропонижающие средства детям старше 3 мес при температуре тела ниже 38,5°C. Очередную дозу жаропонижающего дают лишь после того, как температура тела ребенка вновь подходит к предельному уровню. Не следует добиваться нормальной температуры тела. Для улучшения состояния ребенка достаточно снижения температуры на 0,5–1°C. Преимущественно

используются детские формы 2 препаратов – ненаркотического анальгетика парацетамола и нестероидного противовоспалительного препарата ибупрофена. Метамизол натрия (анальгин) разрешен в экстренных случаях (0,1 мл 50% раствора на 1 год жизни). Жаропонижающие средства не ускоряют течение инфекционного процесса, не сокращают общую длительность лихорадочного периода, а способствуют более быстрому выделению вирусов.

Парацетамол и ибупрофен полностью отвечают требованиям безопасности у детей. Их можно назначать даже при бронхиолите детям первых месяцев жизни, больным бронхиальной астмой – они не оказывают бронхоспастического действия и т.д. Осложнения возникают только при их передозировке.

Не следует пренебрегать методами физического охлаждения (раздевание, влажные обтирания водой комнатной температуры; одежда должна быть свободной, легкой, температура в комнате – не более 20°C; благотворно действует прикладывание пузыря со льдом и др.).

При респираторной инфекции вирусной этиологии используют лечение, направленное на разжижение и удаление секретов, включая мокроту. Прежде всего необходима адекватная гидратация. Рекомендуется повышенное введение жидкости (до 150 мл/кг/сут), причем часть жидкости – в виде глюкозо-солевого раствора (лучше – низкоосмолярного: Регидрон Био и др.).

Элиминационная терапия ринита. Обильные выделения из носа отсасывают с помощью назального аспиратора или резиновой груши. При наличии густой слизи в носовых ходах и носоглотке рекомендуют вначале механическое ее удаление с помощью турунды или промывание носа теплым изотоническим раствором натрия хлорида 2–3 раза в день, что обеспечивает восстановление работы реснитчатого эпителия.

У старших детей оправдано применение спреев с соевым раствором (аква марис, физиомер, долфин и др.). Комплекс Отривин Бэби состоит из капель для орошения полости носа, назального аспиратора для освобождения от выделений полости носа и сменных насадок. Используют антиконгестанты в виде капель в течение 2–3 дней. Оральные препараты, содержащие псевдоэфедрин, разрешены с 12 лет.

При рините применяют противоотечные средства. Показаны местные интраназальные деконгестанты. Сосудосуживающие капли используют с 1 года в виде 0,01–0,05% растворов (отривин, галазолин, санорин, нафтизин и др.), с 6 лет – в виде назальных спреев (для нос, виброцил). Отривин, помимо симпатомиметического вещества (ксило-

метазолин гидрохлорид), содержит увлажняющие компоненты, что препятствует развитию местных неприятных ощущений у больного ребенка (сухость, жжение, зуд), в связи с чем он рекомендуется к применению у детей грудного возраста. Один и тот же лекарственный препарат дают обычно в течение 1–3 дней детям младшего возраста и не более 1 нед – школьникам. При сухости в носу смазывают слизистую оболочку масляным раствором витамина А, вазелином, мазью календулы и др. По показаниям лечение дополняют протарголом (сиалор)/колларголом, которые оказывают слабое вяжущее и антисептическое действие.

Кашель. Для улучшения мукоцилиарного клиренса и удаления густого вязкого секрета из бронхов используют амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин и др. Кроме того, назначают эуфиллин, β_2 -агонисты, ингаляции, физиотерапевтические методы лечения, постуральный дренаж. Необходимость в подавлении кашля возникает только тогда, когда он нарушает состояние и самочувствие больного ребенка, поскольку непосредственно при ОРВИ эти препараты неэффективны. По-прежнему неоднозначно оценивается эффективность использования паровых ингаляций и аэрозолей.

Антигистаминные препараты применяют лишь у больных с кожной аллергией. На бронхоспазм они не оказывают влияния и могут лишь усилить сгущение слизи.

Гомеопатические средства. Из группы индукторов синтеза интерферона у детей старше 6 мес применяют гомеопатический препарат анаферон детский, эффект которого основан на действии сверхмалых доз антител к интерферону- γ .

Оциллококцидум назначают детям, начиная с 12 лет. Препарат представляет собой экстракт печени и сердца барбарийской утки, прошел клиническую апробацию в России и рекомендован для лечения и профилактики ОРЗ при первых признаках заболевания. В течение 48 ч после приема препарата нельзя применять жаропонижающие и обезболивающие средства.

Немедикаментозные методы. Обычно сочетают массаж, дренажные положения и ЛФК. Массаж грудной клетки направлен на укрепление дыхательных мышц, увеличение дренажной функции бронхиального дерева. Цель дыхательной гимнастики – облегчение дыхания и отхождения слизи. Выбор упражнений зависит от возраста ребенка и остроты заболевания. Особое место среди лечебных мероприятий при ОРЗ занимает отвлекающая терапия с использованием средств наружного применения – лечебные пластыри, мази, содержащие эфирные масла (Доктор Мом) и др.

Профилактика

Обсуждая проблему ЧБД, нельзя не отметить, что в научной литературе первичной профилактике практически не уделяется внимания. Возможно, благодаря этому основное направление работы с детьми из группы ЧБД – оздоровительные мероприятия в диспансерных группах наблюдения. Хотя понятно, что при своевременной первичной профилактике можно существенно снизить число эпизодов рекуррентных инфекций и численность самой группы ЧБД.

Профилактические мероприятия должны начинаться задолго до рождения ребенка с оздоровления будущих родителей, с рациональной подготовки женщины к беременности и родам и т.д. Уже при дородовых патронажах следует устранять факторы, провоцирующие респираторную заболеваемость: пассивное курение, неблагоприятные санитарно-бытовые условия и др. Наличие у новорожденного указаний на отягощенность перинатального периода, недоношенность, морфофункциональную незрелость, неблагоприятное течение ранней постнатальной адаптации, тяжелые заболевания в неонатальном периоде (пневмония и др.) также определяют необходимость в соответствующих профилактических/восстановительных мерах. С родителями обсуждают важность грудного вскармливания для здоровья ребенка, необходимость защиты ребенка от провоцирующих факторов: посещение мест массового скопления людей; нерациональное питание; ранняя социализация и др.

В последние годы делаются попытки уменьшить риск формирования группы ЧБД среди детей, начинающих посещать детские дошкольные учреждения. Речь идет о плановом проведении курсов неспецифической иммунопрофилактики и введении карантинных. Наибольшую опасность представляют дети в первые часы и дни заболевания, лихорадящие, с насморком. После 5–7-го дня болезни концентрация вируса в выдыхаемом воздухе резко снижается и больной ребенок практически не представляет опасности для окружающих.

Здоровый образ жизни. Здоровье ребенка закладывается еще во время беременности его матери. В этот период для нее актуальны рациональный режим дня, полноценное питание, физические упражнения, закаливание, прием витаминов. Те же составляющие, но в адаптированном виде должны стать основой здорового образа жизни ребенка.

Закаливание. Более 80% ЧБД – дети с повышенной метеочувствительностью; поэтому закаливание и метеопрофилактика остаются самым действенным средством защиты от повторных простуд. Закаливание направлено на мобилизацию резервных возможностей адаптационной системы

при неблагоприятных условиях внешней среды (холод, жара, изменения атмосферного давления, воздействие патогенных вирусов, бактерий и т.д.). Вне зависимости от возраста ребенка используются воздушные и водные процедуры, в летнее время – солнечные ванны. Все строго регламентируется. Воздушные ванны заключаются в пребывании ребенка на воздухе в раздетом виде 2–3 раза в день от 1–2 до 15 мин, конечно при умеренных температурах – от 18 до 22°C. Водные процедуры начинают с обтираний сухой, затем мокрой тканью в следующем порядке – верхние, нижние конечности снизу вверх, грудь, живот, спина. Температуру воды снижают через 2–3 дня с 33–35 до 28–30°C. Далее следуют местные (ручные и ножные ванны) и общие обливания; температуру воды постепенно снижают с 36–37 до 28°C.

Основные правила закаливания: систематичность и последовательность (ежедневно, независимо от погодных условий, избегая перерывов); постепенное увеличение дозы воздействия (либо увеличивают продолжительность, либо чуть повышают силу воздействия); учет возрастных и индивидуальных особенностей организма ребенка. Выделяют варианты терморегуляции: лабильный (1-й тип); инертный (2-й тип) и нормальный. При 1-м типе показаны длительные и неинтенсивные закаливающие воздействия, при 2-м – интенсивные и непродолжительные. Обязательно наличие положительных эмоций при проведении процедур. Закаливание не проводится во время болезни и еще в течение не менее 5 дней после выздоровления или прививки. Негативное отношение ребенка к процедуре или чувство страха являются относительными противопоказаниями, требующими внимания со стороны родителей и постепенного преодоления. Время прогулок, закаливающих процедур должно быть постоянным. Прогулки и занятия физкультурой лучше всего проводить между завтраком и обедом. Водные процедуры предпочтительны в вечерние часы. Нетрадиционные (интенсивные) меры закаливания детям в этом возрасте запрещены.

Детям дошкольного и школьного возраста показано оздоровление в местных санаториях и на курортах с обязательным соблюдением периодов адаптации и реадаптации.

Вакцинация. Альтернативы прививкам к вакциноконтролируемым инфекциям не существует. В соответствии с Национальным календарем прививок, имеется возможность проведения у детей эффективной и безопасной иммунопрофилактики гриппа, пневмококковой и гемофильной (тип b) инфекций. Доказано, что ослабленных детей не только можно, но и нужно прививать. Профилактическая эффективность противогрипп-

позных вакцин (гриппол, инфлювак, ваксигрип, флюарикс) у детей, в том числе – у ЧБД, при их своевременном применении достигает 80–90%.

Задачи медсестер

Значительная роль в ведении детей из группы ЧБД отводится сестринскому персоналу. Выделим следующие направления работы:

- организация персонального учета часто и длительно болеющих детей, контроль их посещений, своевременное их приглашение на прием, обеспечение систематичности наблюдения за ЧБД;
- проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию ЧБД, обучение родителей уходу за больным ребенком;
- выполнение профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий, назначаемых врачом в поликлинике и на дому; контроль выполнения родителями лечебных назначений;
- планирование профилактической вакцинации.

Значительное место в структуре деятельности участковой медсестры занимает плановая санитарно-просветительная работа с членами семьи ребенка. Медсестра проводит с родителями на педиатрическом участке и в поликлинике беседы по вопросам воспитания ребенка из группы ЧБД и профилактики рекуррентных заболеваний.

Эффективность защитных мероприятий

Хотя реабилитационное лечение и профилактическая деятельность – наиболее трудоемкие разделы работы с ЧБД, но они – основа успешного ведения таких детей. Систематическая профилактическая работа с ЧБД и их динамичное наблюдение способствуют снижению их заболеваемости, улучшению качества их жизни, уменьшению затрат на медицинскую помощь, что связано с прогнозируемым снижением потребности в дорогостоящем стационарном и специализированном лечении. Тактика сочетания медикаментозной и немедикаментозной терапии ЧБД позволяет получать положительные результаты.

Рекомендуемая литература

Богомильский М.Р. Значение бактериальной иммунорекоррекции в лечении болезней уха, горла и носа у детей // Трудный пациент. – 2007; 10: 26–32.

Выхристюк О.Ф., Мелентьева О.В., Степанова И.В. и др. Часто болеющие дети и методы их защиты // Медицинская помощь. – 2004; 5: 24–26.

Григорьев К.И. ОРЗ у детей // Медицинская сестра. – 2009; 3: 17–25.

Зайцева О.В. Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли предупредить? // Педиатрия. – 2015; 2: 185–193.

Заплатников А.Л., Фиокки А., Гирина А.А. и др. Часто болеющие дети: причины недостаточной эффективности оздоровления и резервы иммунопрофилактики // Русск. мед. журн. – 2015; 3: 178–182.

Казачков М. Этиология и дифференциальный диагноз хронического кашля у детей // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2015; 3: 54–58.

Лупан И.Н., Дулькин Л.А., Шепелева И.М. Применение бактериальных лизатов в комплексной терапии респираторных инфекций у часто болеющих детей // Вопр. совр. педиатрии. – 2011; 10 (4): 41–46.

Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.Ю. Дифференцированная иммунокоррекция у детей с частыми респираторными инфекциями. – М.: ОВЕРЛЕЙ, 2009. – 170 с.

Намазова-Баранова Л.С., Котлярова М.С., Ровенская Ю.В. и др. Сравнение эффективности и безопасности фито- и антибиотикотерапии при лечении острого бронхита у детей // Педиатр. фармакол. – 2014; 11 (5): 22–29.

Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Под ред. А.А. Баранова и др. – М.: Династия, 2004. – 128 с.

Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Ершов Ф.И. Респираторные заболевания у часто болеющих детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 160 с.

Самсыгина Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии // Педиатрия. – 2015; 93 (1): 167–169.

Сенцова Т.Б., Ворожко И.В. Иммуномодуляторы в педиатрической практике // Вопр. практ. педиатрии. – 2009; 4 (1): 72–75.

Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. – М.: Педиатр, 2012. – 240 с.

Учайкин В.Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей // Педиатрия. – 2009; 1: 127–132.

Хан М.А., Бобровницкий И.П., Червинская А.В. и др. Аэроионотерапия в профилактике ОРЗ у детей // Аллерг. и иммунол. в педиатрии. – 2009; 16 (1): 23–26.

Харламова Ф.С., Кладова О.В., Учайкин В.Ф. и др. Метапневмовирусная и бокавирусная респираторные инфекции в структуре ОРВИ у детей // Детские инфекции. – 2015; 2: 5–10.

Чеботарева Т.А., Мазанкова Л.Н., Хоперскова А.П. и др. Рекуррентные инфекции органов дыхания у детей и программы иммунореабилитации // Детские инфекции. – 2014; 3: 61–65.

Шамшева О.В., Полеско И.В. Рибосомальный иммунокорректор в профилактике инфекционных заболеваний // Доктор.Ру. Педиатрия. Гастроэнтерология. – 2014; 11 (99): 22–26.

RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS IN FREQUENTLY ILL CHILDREN

Prof. K.I. Grigoryev, Prof. O.F. Vykhristyuk; G.R. Rakhmetullova, Cand. Med. Sci.

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The paper gives a package of general health-improving measures and a diversity of medications for children who are customary to assume to be frequently ill and prone to recurrent acute respiratory infections. It gives the directions of work for nurses to take care of these children.

Key words: frequently ill children, acute respiratory diseases, recurrent respiratory infections, nurses.