



Современный взгляд на проблемы часто болеющих детей

8 декабря 2010 г. в Доме ученых РАН при поддержке компании «Бионорика» была организована научно-практическая конференция «Современный взгляд на проблемы часто болеющих детей». Известно, что частые, длительные и тяжелые респираторные инфекции вызывают снижение активности иммунитета и способствуют формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Кроме того, частые заболевания могут приводить к расстройству физического и нервно-психического развития детей, к социальной дезадаптации ребенка из-за пропусков занятий в школе и ограниченности общения со сверстниками. Неудивительно, что этому насущному вопросу в современной педиатрии уделяется повышенное внимание.



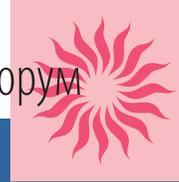
Г.И. Смирнова

Таблица 1. Критерии включения в группу ЧБД (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов)

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

Открыла конференцию заслуженный врач РФ, д.м.н., проф. Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Г.И. Смирнова** докладом «Тактика ведения часто болеющих детей в острый период респираторной инфекции». Профессор отметила, что ведущее место (80–90%) в структуре детской заболеваемости занимают острые респираторные инфекции (ОРИ) – неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания дыхательных путей вне зависимости от их локализации. Наиболее подвержены ОРИ дети в возрасте от 2 до 6 лет, иммунная система которых находится в стадии формирования, дети, посещающие организованные коллективы, дети с аллергической патологией и с очагами хронической инфекции в носоглотке. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый ребенок болеет ОРИ в среднем 4–5 раз в год.

Частые ОРИ – это и социальная, и медицинская проблема. Они могут стать причиной нарушений физического и нервно-психического развития, обострения аллергических заболеваний, формирования хронической соматической патологии, снижения качества жизни и определения статуса ребенка как часто болеющего (табл. 1). Часто болеющие дети (ЧБД) – не нозологическая форма и не диагноз, это группа детей, часто и длительно болеющих вирусными, вирусно-бактериальными инфекциями респираторного тракта из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойкой органной патологии. Среди причин, способствующих возникновению частых ОРИ, можно выделить эндогенные и экзогенные факторы. Под их влиянием и с учетом возрастных и индивидуальных особенностей иммунитета ребенка могут развиваться острые респираторные заболевания (ОРЗ). Это ведет к иммунному дисбалансу, формированию хронических очагов инфекции и в итоге формируется порочный круг ЧБД: ребенок чаще болен, чем здоров. Этиологическая природа ОРИ в 95% – вирусная, и только в 3–5% – бактериальная. Несмотря на это, в 75% случаев пациентам назначают антибиотики. На фоне частых ОРИ и необоснованного применения антибиотиков развивается иммунодепрессия, что ведет к затяжным и вялотекущим рецидивам заболевания. Алгоритм лечения ОРИ всем известен: постельный режим, обильное щелочное питье, молочно-растительная, обогащенная витаминами, диета. Что касается медикаментозных средств – это, прежде всего, противовирусная и противовоспалительная терапия, и по показаниям симптоматическое лечение (жаропонижающее, деконгестанты). Противовоспалительная терапия, направленная на подавление воспаления при размножении вирусов в респира-



Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

торном тракте, является важным патогенетически обоснованным и обязательным звеном в лечении ОРЗ и назначается с первых часов респираторной инфекции с учетом симптомов.

Если у ребенка преобладают симптомы ринита, риносинусита – то можно использовать комплексный препарат растительного происхождения – Синупрет (табл. 2).

В острый период рекомендуется назначать детям от 2 до 6 лет: по 15 капель 3 раза в день, детям школьного возраста по 25 капель или по 1 драже 3 раза в день не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Курс лечения составляет 10–14 дней. Преимущества применения Синупрета заключаются в его оптимальном комплексном воздействии, исключительной безопасности для детей. Синупрет начинает действовать в первые часы после приема, оказывает противовоспалительное действие, нормализует функцию слизистой оболочки, восстанавливает носовое дыхание, улучшает самочувствие.

Если респираторно-вирусная инфекция протекает с назофарингитом, фарингитом, острым тонзиллитом, аденоидитом, рекомендуется назначение Тонзилгона Н. В состав Тонзилгона Н входят корень алтея, ромашки, травы хвоща и тысячелистника, одуванчик, листья ореха и кора дуба. Активные компоненты препарата оказывают противовоспалительное действие, стимулируют местные механизмы защиты организма путем повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, обладают антивирусной активностью. Кроме того, экстракты растений, входящих в состав препарата, усиливают внутриклеточное разрушение патогенных микробов вследствие повышенного образования бактерицидных кислородных метаболитов.

Грудным детям Тонзилгон Н назначают по 5 капель 5–6 раз в день,

Таблица 2. Терапевтическое действие компонентов препарата Синупрет

Действие	Синупрет	Корень генцианы	Цветы примулы	Трава шавеля	Цветы бузины	Трава вербены
Секретолитическое	+++	+	+	+	+	+
Противовоспалительное	+++		+	+	+	+
Антивирусное	++		+			+
Иммуномодулирующее	+			+		

детям дошкольного возраста – по 10 капель 5–6 раз в день, детям школьного возраста – по 15 капель или по 1 драже 5–6 раз в день. Курс лечения составляет 10–14 дней. На фоне приема Тонзилгона Н уменьшается боль в горле, воспаление и отек в горле, улучшается состояние тканей миндалин, облегчается течение респираторной инфекции, предупреждается развитие осложнений.

Если у ребенка трахеит, острый трахеобронхит или обострение хронического бронхита, можно рекомендовать назначение комплексного растительного препарата Бронхипрет. Растительные компоненты, входящие в состав препарата (жидкий экстракт травы тимьяна, жидкий экстракт листьев плюща), обладают секретолитическим, противовоспалительным, бронхолитическим, антибактериальным и противовирусным действием. Препарат Бронхипрет способствует снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации. Он назначается детям с 3 месяцев в сиропе, в дозировке соответственно возрасту. На фоне приема препарата наблюдается:

- снижение лихорадки на 2–3 день;
- улучшение отхождения мокроты со 2–3 дня;
- уменьшение частоты выраженности кашля с 3 дня;
- улучшение физикальных данных;
- облегчение течения инфекции.

Проф. Г.И. Смирнова подчеркнула, что в терапии ОРВИ не надо забывать об элиминационной терапии с использованием препаратов, содержащих стерильный раствор морской воды, которые элиминируют вирусы и бактерии со слизистой респираторного тракта

и улучшают функции мерцательного эпителия.

Топические деконгестанты не имеют самостоятельного значения. Их рекомендуется использовать короткими курсами при выраженной заложенности носа.

Антибиотики при ОРЗ показаны только при наличии вероятных признаков первичной бактериальной инфекции: температура выше 38 °С в течение более 3 дней, одышка без обструкции, асимметрия хрипов, появление гнойного отделяемого, уровень лейкоцитов в периферической крови выше 12×10^9 , палочкоядерные нейтрофилы более 5% и/или СОЭ выше 20 мм в час.

Продолжила заседание д.м.н., проф., зав. кафедрой детской оториноларингологии РМАПО **Е.П. Карпова** докладом «Осложненные формы течения ОРВИ у детей. Профилактика и лечение». Она привела следующую статистику: ежегодно в Москве регистрируется 2,5–3 млн больных ОРВИ и гриппом, больше половины заболевших составляют дети. Е.П. Карпова подчеркнула,



Е.П. Карпова



что лечению и профилактике ОРИ следует уделять повышенное внимание, «иначе ОРИ могут привести к возникновению или обострению хронических патологий, кроме того, ОРИ могут сопровождаться серьезными осложнениями». Так, по данным М.Р. Богомилского и Т.И. Гаращенко (2001), синуситы у детей до 3 лет в 94,7% случаев протекают с осложнениями, 10–22% из которых составляют гнойно-септические орбитальные процессы с возможным исходом в слепоту, в 2,1% случаев при синусите у детей до 3 лет развиваются внутричерепные осложнения. При отсутствии своевременной диагностики возможен летальный исход. Наиболее частым осложнением вирусной инфекции у детей является острый риносинусит (70–80%). Однако Е.П. Карпова отметила, что сейчас все чаще говорят не о риносинусите, а о риносинусотубарном комплексе, включая и полость носа, и носовые пазухи, и слуховые трубы. Системы организма функционально едины, а значит, если возникает воспаление – это воспаление всей слизистой оболочки.

Лечение больных с заболеваниями околоносовых пазух, направленное на подавление патогенной микрофлоры и повышение резистентности организма, представляет большие трудности. Необходимо рациональное сочетание общих мер воздействия на организм с местным воздействием на очаг воспаления с целью его дренирования, восстановления аэрации и устранения инфекции. Это позволяет предотвратить развитие возможных осложнений и избежать перехода процесса в хроническую форму.

До сих пор существуют разногласия по поводу необходимости применения антибиотиков в терапии острого риносинусита. Если есть признаки бактериальной природы риносинусита, то необходимо проведение курса антибиотикотерапии, выбор препарата основывается на рекомендациях

по эмпирической стартовой терапии с учетом вероятной этиологии болезни и лекарственной чувствительности вероятного возбудителя в данном регионе.

В комплексной терапии риносинуситов необходимо наряду с другими средствами применение противовоспалительных средств с использованием фитопрепаратов, которые дают положительные результаты при лечении данной патологии. Особое внимание следует уделить препаратам, полученным по технологии фитониринга (сочетание основательных знаний по активным ингредиентам лекарственных растений и современных аспектов производства и анализа растений и экстрактов). Кроме того, каждое клиническое решение должно базироваться на концепции доказательной медицины. Этим критериям удовлетворяет препарат Синупрет. Для оценки клинической эффективности Синупрета проведено большое количество рандомизированных, плацебо-контролируемых, двойных слепых исследований, доказывающих его противовоспалительное, секретолитическое, противоотечное и иммуномодулирующее действие.

На кафедре детской оториноларингологии РМАПО совместно с НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина было проведено исследование антиоксидантной системы (АОС) при риносинуситах у 94 детей и ее изменение под влиянием Синупрета (Карпова Е.П., Усеня Л.И., Байкова В.Н., 2004). Дети получали стандартное лечение (системную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, гипосенсибилизирующую терапию, анемизацию слизистой оболочки полости носа, секретолитическую терапию, пункции верхнечелюстных пазух с последующим промыванием физиологическим раствором по показаниям); кроме того, в двух опытных группах терапия была дополнена Синупретом. У детей, получавших Синупрет,

отмечали более выраженную положительную динамику как субъективных, так и объективных показателей клинической эффективности: уменьшалась головная боль, количество отделяемого, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки полости носа; улучшались функциональные показатели слизистой оболочки полости носа. Применение Синупрета позволило значительно повысить активность антиоксидантной системы в сочетании с угнетением перекисидации. На основании этого можно сделать вывод о том, что Синупрет обладает не только противовоспалительным, секретолитическим, противоотечным действием, но и антиоксидантным эффектом.

Тактике ведения больных с тяжелыми формами риносинуситов у детей был посвящен доклад д.м.н., профессора РГМУ им. Н.И. Пирогова **Е.Ю. Радциг**. Она напомнила слушателям, что риносинусит – это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, обусловленное вирусной или бактериальной инфекцией, физической травмой, аллергической реакцией и рядом других факторов. Риносинуситы классифицируются по локализации (выделяют гаймориты, фронтиты, этмоидиты, сфеноидиты) и по длительности течения процесса (острая форма – до 4 нед., подострая – от 4 до 12 нед., хроническая – свыше 12 нед., рецидивирующая). Абсолютное большинство риносинуситов имеют вирусную природу (95–97%). Вирусная инфекция запускает порочный круг синусита (рис. 1), приводит к отеку слизистой, блоку соустьев. Если не начать лечение и не восстановить аэрацию, то мукоцилиарный эпителий уже через неделю не сможет нормально функционировать, и состояние больного будет ухудшаться.

После того, как врач поставил диагноз «риносинусит», его задача как можно скорее устранить симптомы, беспокоящие пациента, улучшив тем самым его качество



Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

жизни. Прежде всего, добиться уменьшения отека слизистой, чтобы восстановить аэрацию носовых пазух и патологический секрет начал эвакуироваться, восстановить работу мерцательного эпителия и мукоцилиарного транспорта. Кроме того, нужно поддержать организм, чтобы помочь ему адаптироваться к борьбе с инфекцией. Действие назначаемых препаратов должно быть патогенетическим. Помня о том, что лишь небольшой процент риносинуситов вызван бактериями, в качестве стартового медикаментозного лечения следует использовать противовирусные препараты. Кроме того, необходимо назначение элиминационной терапии, противовоспалительных средств, а при аллергическом риносинусите – топических глюкокортикоидов.

В качестве противовоспалительной терапии широко используются мукоактивные системные препараты, которые воздействуют на все звенья патогенеза. Например, такой препарат, как Синупрет. Его многокомпонентность обуславливает выраженное противовоспалительное действие, помимо этого Синупрет проявляет также антивирусные, иммуномодулирующие и мукоактивные свойства. Активные компоненты растений, входящих в состав Синупрета, дополняют друг друга по своим фармакологическим свойствам и клиническим эффектам при лечении самого респираторного заболевания и его осложнений.

Е.Ю. Радциг привела результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования, результаты которого соответствуют принципам доказательной медицины. Было показано, что назначение Синупрета в дополнение к базисной терапии острого бактериального синусита (антибиотики, назальные деконгестанты) по сравнению с плацебо существенно повышает эффективность проводимого лечения (N. Neubauer, R.W. Maerz, 1994).

На кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова было также проведено исследование эффективности Синупрета в качестве терапии долечивания. В исследовании принимали участие больные, которые уже получили базисный курс терапии по синуситам (антибиотики и деконгестанты) но у них сохранялись жалобы на заложенность носа, выделение из носа, при эндоскопии наблюдалось отделяемое в среднем носовым ходом. Основная группа получала пролонгированный курс (3 недели) Синупрета, группа контроля использовала средства для ирригационной терапии.

Все симптомы были оценены по трехбалльной шкале, где 3 – симптом выражен максимально, 0 – симптом отсутствует. Детей наблюдали на 1, 8 и 22 день после начала терапии. Если в первый день отек был выражен более чем уверенно (более чем 2 балла), то через неделю терапии Синупретом отек спал и практически не определялся после окончания курса. Редукция отмечалась и по симптомам заложенности носа, и уменьшения отделяемого. В результате в основной группе наблюдалось



Е.Ю. Радциг

было более выраженное улучшение симптомов, чем в группе контроля. В своем докладе Е.Ю. Радциг подчеркнула необходимость проведения профилактики ОРЗ. Наиболее безопасные средства, которые можно использовать, – ингаляции, натуропатические препараты. Она указала, что натуропатические препараты внесены в рекомендательные письма, выпущенные департаментом здравоохранения г. Москвы. Однако важно выбирать средство, которое прошло все этапы контроля, производство сырья которого контролируется, прописаны и соблюдаются условия



Рис. 1. Порочный круг синусита



Е.С. Кешишян

хранения. Это не все фитопрепараты, но Синупрет к ним относится. Эффективность профилактики Синупретом хронического синусита (Тарасова Г.Д., 2007) доказана, после терапии этим препаратом уменьшилось число обострений, улучшилось качество жизни.

В конце своего выступления Е.Ю. Радциг подчеркнула, что при синусите 93% детей обращаются именно к педиатру, поэтому для эффективного лечения единство точек зрения педиатра и оториноларинголога крайне необходимо. Очень интересный доклад – «Взгляд Всемирной организации здравоохранения на лечение детей с респираторными вирусными инфекциями, или Как уменьшить

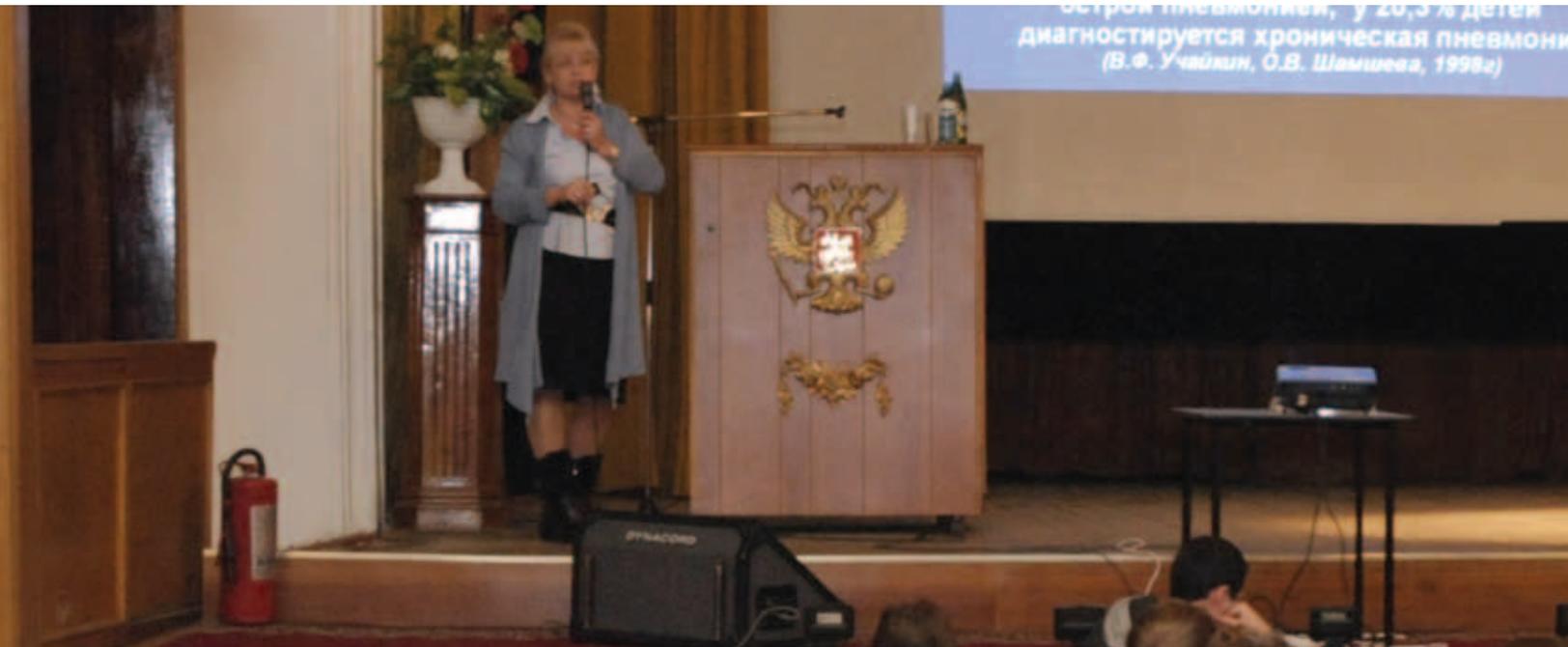
число ЧБД» – представила д.м.н., проф. Московского НИИ педиатрии и детской хирургии **Е.С. Кешишян**.

Существует два педиатрических подхода. «Золотой стандарт» педиатрии подразумевает следующий алгоритм действий: врач должен полностью оценить все симптомы, наметить предварительный диагноз, назначить лабораторные исследования, на основании этого провести дифференциальную диагностику, поставить окончательный диагноз, выработать стратегию лечения. Однако эту последовательность возможно выполнить только в стационаре, и практически невозможно в условиях амбулаторно-поликлинической помощи. Педиатр наблюдает некоторые разрозненные клинические признаки, по которым не может поставить окончательный диагноз, только лишь предположить его.

Для стандартизации первичной медико-санитарной помощи был разработан второй подход – «Integrated Management of Childhood Illness» (Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ)). В середине 1990-х годов Всемирной организацией здравоохранения в сотрудничестве с Детским фондом ООН ЮНИСЕФ и многими другими организациями, институтами

и частными лицами была проведена колоссальная работа по установлению специфичности и чувствительности каждого симптома, его диагностической значимости. Чтобы помочь врачу определить ведущий симптом и правильно назначить антибактериальную терапию, была разработана схема, в которой все симптомы были разделены по степени тяжести. «Красный ряд» – опасные симптомы, которые подразумевают необходимость обязательной госпитализации; «желтый ряд» – ребенок может лечиться дома, но с использованием специфических лекарственных средств; «зеленый ряд» – ребенок нуждается в симптоматическом лечении. Цветность рядов наглядна и помогает выявить опасность состояния ребенка. Обращаем внимание, что медицинский работник устанавливает не окончательный диагноз, а лишь предварительный, то есть «классифицирует» его прежде всего по тяжести.

Например, врач определил симптом «кашель». Он оценивает дыхание ребенка (наличие стридорозного компонента), есть ли учащение дыхания относительно нормы для возраста (для детей до 2 мес. жизни – 60 и более дыханий в минуту; для детей до 1 года – 50 и более дыханий в минуту; для





Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

детей от 1 года до 5 лет – 40 и более дыханий в минуту) и наличие втяжения нижнего края грудины, что указывает на значительное повреждение легочной ткани. В зависимости от полученных при обследовании результатов определяется тактика, которая точно прописана в программе и является алгоритмом действия медицинского работника («тяжелая пневмония» – красный ряд, «пневмония не тяжелая» – желтый ряд, «пневмония нет, кашель или простуда» – зеленый ряд).

Конечно, оценка только по симптому кашля является недостаточной и необходимо продолжить обследование, выявив все другие симптомы, без лечения которых трудно добиться улучшения состояния ребенка. Эти симптомы также оцениваются по тяжести и имеют соответствующий алгоритм действия (сопутствующая лихорадка, диарея, возможная патология со стороны ушей, горла, наличие анемии и нарушения питания).

Предложенная система направлена в том числе и на ограничение антибактериальных препаратов. Так, если симптом из «красного ряда» – антибиотики нужны, в остальных случаях необходима только симптоматическая терапия.

Отсутствие антибактериального лечения – один из момен-

тов уменьшения числа ЧБД. Например, при кашле эти симптоматические средства могут быть домашние (теплое питье) и лекарственные. Е.С. Кешишян рассказала, что в своей практике использует препарат растительного происхождения Бронхипрет, который обладает отхаркивающим, секретолитическим, противовоспалительным и бронхолитическим действием.

В Московском НИИ педиатрии и хирургии проводилось открытое исследование эффективности и безопасности применения сиропа Бронхипрет при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний органов дыхания у детей от 3-х мес. до 3-х лет (всего 50 детей). В возрасте от 3 месяцев до 1 года препарат назначался по 10–15 капель 3 раза в сутки или по 1,1 мл 3 раза в сутки при использовании прилагаемого мерного стаканчика. Детям от 1 года до 2 лет – по 17 капель 3 раза в сутки или по 2,2 мл 3 раза в сутки. От 2 до 3 лет – по 20 капель 3 раза в сутки или по 3,2 мл 3 раза в сутки. Курс лечения – 10–14 дней в зависимости от эффекта.

При применении Бронхипрета общее самочувствие улучшалось примерно к 3 дню лечения. Навязчивый кашель становился спокойнее и приобретал более влажный характер к 4–5 дню.

Наиболее важным показателем в лечении ОРВИ является частота назначения антибиотиков. Антибиотики детям назначались только в случае отсутствия эффекта от проводимой противовоспалительной терапии и при бактериальных осложнениях – при нарастании одышки и частоты дыхания, сохранении гипертермии и ухудшении общего состояния ребенка. Таким образом, показатель частоты назначения антибиотика может служить неким критерием эффективности и противовоспалительного действия предлагаемого препарата. В нашем исследовании антибиотики были назначены 2 детям (4%). Побочных эффектов не наблюдалось, хорошая переносимость препарата отмечалась практически у всех.

Эффективность применения препарата составила 96%. Таким образом, Бронхипрет может быть рекомендован для широкого применения у детей раннего возраста, как противокашлевое и отхаркивающее лекарственное средство при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. ✨

*Материал подготовила
А. Зименкова*

