

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ:

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные инфекции – наиболее часто встречающиеся заболевания детей дошкольного и школьного возраста. В статье приведены причины развития и провоцирующие факторы рекуррентных острых респираторных инфекций у детей. Представлен обзор российских исследований клинической эффективности препаратов интерферонов среди часто болеющих детей, которые могут применяться у детей как для неспецифической профилактики, так и для лечения острых респираторных инфекций в качестве монотерапии или в составе комплексной терапии.

Ключевые слова: часто болеющие дети, незрелость или «поздний старт» иммунной системы, интерфероновые, неспецифическая профилактика, лечение, эффективность

Заболевания органов дыхания и носоглотки занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей. Прежде всего это касается группы часто болеющих детей (ЧБД), в которой наиболее высок риск развития респираторных инфекций и их осложненных форм.

ЧБД – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, в которую включают детей с частыми респираторными заболеваниями, возникающими вследствие транзиторных нарушений в защитных системах организма [1, 2].

Известно, что наиболее высокий удельный вес ЧБД отмечается среди организованных детей дошкольного возраста, особенно в первый год посещения детских коллективов. Так, в ясельных и младших группах детских дошкольных учреждений доля ЧБД в ряде случаев может достигать более 50%. Среди школьников удельный вес ЧБД, как правило, не превышает 10%, снижаясь в дальнейшем до 3–5% у учащихся старших классов [3].

Отечественные педиатры относят детей в группу ЧБД на основании критериев, предложенных А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (табл. 1) [4].

ЧБД относят ко второй группе здоровья. Это дети с риском развития хронических заболеваний.

В структуре заболеваемости ЧБД около 83% занимает патология респираторного тракта. При этом среди этиологических факторов удельный вес вирусных инфекций составляет 65–90% (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус). Вирусная моноинфекция выявляется в 52%, ассоциация из 2 вирусов и более – в 36% случаев.

Таблица 1. Частота эпизодов острых респираторных инфекций в год в зависимости от возраста у часто болеющих детей

Возраст ребенка	Частота эпизодов 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

Таким образом, ЧБД – это дети, часто болеющие острыми респираторными инфекциями (ОРИ). При этом «допустимая» частота респираторных инфекций зависит от возраста ребенка. Эти дети не имеют наследственных, врожденных или хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них респираторных инфекций.

■ Известно, что наиболее высокий удельный вес ЧБД отмечается среди организованных детей дошкольного возраста, особенно в первый год посещения детских коллективов. Так, в ясельных и младших группах детских дошкольных учреждений доля ЧБД в ряде случаев может достигать более 50%. Среди школьников удельный вес ЧБД, как правило, не превышает 10%, снижаясь в дальнейшем до 3–5% у учащихся старших классов

Увеличение частоты ОРИ обычно индуцируется ранним началом посещения организованных коллективов – ранняя социализация. При этом из-за возрастных и/или индивидуальных особенностей (незрелость, «поздний старт») иммунитет ребенка еще не готов к адекватной защите. Кроме того, у детей отсутствует предшествующий «иммунологический опыт». На этом фоне в связи с увеличением числа контактов возрастает частота инфицирования. Важную роль в снижении защитных механизмов от инфекции, вероятно, играет и психоэмоциональный стресс, развивающийся в период адаптации ребенка к детскому коллективу. При этом ОРИ протекают в основном нетяжело, клинически выражаются в симптомах ринофарингита и, как правило, не сопровождаются бактериальными осложнениями (рис. 1) [2].

Следует отметить, что в каждом конкретном случае необходимо проводить комплексное обследование часто болеющего ребенка для уточнения причин высокого уровня респираторной заболеваемости. Под «маской» ЧБД можно пропустить более серьезную патологию. Недооценка клинико-анамнестических данных у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями создает предпосылки для допущения диагностических ошибок. Так, высокий процент поздней диагностики респираторных аллергозов у ЧБД определяет

необходимость своевременного и целенаправленного поиска факторов, указывающих на возможное участие аллергии в генезе рецидивирующих заболеваний органов дыхания. Для аллергических заболеваний характерно наличие аллергологической патологии в семейном анамнезе, затяжной характер течения с рецидивами при воздействии определенных факторов (например, цветение при сезонном аллергическом рините и др.), улучшение состояния при использовании противоаллергических средств.

Углубленный поиск причин частых ОРВИ следует проводить, если частые инфекции наблюдаются с первых месяцев жизни. Особого внимания заслуживают «домашние» дети с благоприятными материально-бытовыми условиями, у которых при этом наблюдаются частые затяжные ОРВИ с бактериальными осложнениями, а также рецидивирующие воспалительные заболевания слизистых оболочек и кожи. Кроме того, необходимо обращать внимание на семейный анамнез – наличие в семье хронических бронхолегочных и ЛОР-заболеваний, рецидивирующего фурункулеза, кандидоза.

В первую очередь необходимо исключить:

- первичные иммунодефициты;

- первичную мукоцилиарную недостаточность;
- бронхолегочную дисплазию;
- муковисцидоз;
- пороки развития легких и бронхов;
- аллергические болезни;
- пороки сердца;
- гельминтозы;
- гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

■ Следует отметить, что в каждом конкретном случае необходимо проводить комплексное обследование часто болеющего ребенка для уточнения причин высокого уровня респираторной заболеваемости. Под «маской» ЧБД можно пропустить более серьезную патологию. Недооценка клинико-анамнестических данных у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями создает предпосылки для допущения диагностических ошибок

Рисунок 1. Основные причины и провоцирующие факторы рекуррентных острых респираторных инфекций при ранней социализации детей



Примечание. ДДУ – детское дошкольное учреждение, ОРИ – острая респираторная инфекция.

Если после обследования установлено, что ребенок относится к группе ЧБД, необходимо проводить мероприятия, направленные на повышение общей реактивности организма. Они включают в себя рациональный режим дня, оптимальное для возраста каждого ребенка питание, закаливающие процедуры и иммунокоррекцию. Поиск эффективных и безопасных средств иммунокоррекции особенно актуален в настоящее время. Выбор оптимального препарата из большого числа иммунокорректоров – достаточно сложная задача. Известно, что синтетические иммуностимуляторы, препараты тимического происхождения и некоторые другие обладают выраженными эффектами на иммунную систему, однако решение о необходимости их применения, особенно у детей, должно приниматься только после клинико-иммунологического обследования, уточнения типа дисфункции иммунной системы и при наличии четких клинико-иммунологических показаний. При этом повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у ЧБД связана с транзиторными отклонениями в защитных системах организма, а не с иммунопатологическими состояниями. По мнению профессора М.Н. Ярцева, прицельный подбор иммунокорректирующих препаратов на основе клинико-иммуно-

логического обследования ЧБД в настоящее время неосуществим [1, 5].

Ведущую роль в защите организма от вирусов играют ИФН 1-го (α/β -ИФН) и 2-го (γ -ИФН) типа. Механизмы противовирусного действия α -ИФН недостаточны изучены. Предполагается, что последний ингибирует синтез специфических макромолекул, участвующих в репликации компонентов вируса и в сборе полного вириона. Кроме того, он оказывает иммуномодулирующее действие: повышает цитотоксический эффект Т-киллеров, активность НК-клеток и макрофагов, влияет на гуморальные факторы иммунитета. Что касается γ -ИФН, по мнению ряда ученых, именно он обладает способностью оказывать противовирусный эффект. Воздействие γ -ИФН вызывает значительные изменения поверхности клеточной мембраны, что приводит к нарушению прикрепления и проникновения вируса в клетку. Другим не менее важным свойством γ -ИФН является его способность усиливать в клетке процессы, вызывающие разрушение иРНК и рРНК, нарушая внутриклеточный синтез вирусов. В связи с этим для профилактики и лечения ОРИ достаточно широко применяются препараты ИФН или индукторы эндогенного ИФН (интерферогены). Особое место среди препаратов ИФН занимает человеческий рекомбинантный ИФН альфа-2. Он достаточно хорошо изучен, в т. ч. во многих рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях, где была доказана его высокая лечебная и профилактическая эффективность у новорожденных и детей различного возраста, в т. ч. у ЧБД [6, 7].

Вместе с тем некоторые авторы отмечают значительные преимущества в применении интерферогенов по сравнению с введением чистых рекомбинантных ИФН [8]. Однако многие из индукторов ИФН имеют возрастные ограничения (амиксин, циклоферон, неовир, ридостин и др.), у других нет достаточной доказательной базы по использованию у детей (ридолин, рогазин).

■ Для профилактики и лечения ОРИ достаточно широко применяются препараты ИФН или индукторы эндогенного ИФН (интерферогены). Особое место среди препаратов ИФН занимает человеческий рекомбинантный ИФН альфа-2

Таким образом, на основе различных исследований доказана высокая профилактическая эффективность и хорошая переносимость препаратов ИФН, особенно человеческого рекомбинантного ИФН альфа-2, которые позволяют достоверно снижать заболеваемость острыми респираторными инфекциями и благоприятно влияют на течение ОРВИ: легкое течение заболевания и быстрое купирование имеющихся симптомов, сокращая длительность заболевания. Все это позволяет использовать препараты ИФН для профилактики и лечения вирусных инфекций у детей из групп риска по развитию ОРВИ и их осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева О.В., Зайцева С.В. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. *Лечащий врач*, 2008, 8: 53-57.
2. Заплатников А.Л., Иванов В.А., Шарапов Н.В. Состояние здоровья часто болеющих детей и повышение эффективности их санаторного оздоровления. *РМЖ*, 2007, 15 (21): 1559-1565.
3. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей: Пос. для врачей. Под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной, В.К. Таточенко. М.: Агентство Медицинского маркетинга. 2006.
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
5. Ярцев М.Н., Яковлев К.П. Первичные иммунодефицитные состояния. Качество жизни. М.: Медицина, 2005, 4: 66-72.
6. Чеботарева Т.А., Каряева С.К., Малиновская В.В. и др. Современные возможности повышения эффективности вакцинации против гриппа у детей высокого риска заболеваемости. *Иммунология*, 2011, 3: 146-150.
7. Паршина О.В., Мазанкова Л.Н., Малиновская В.В. и др. Особенности иммунитета часто болеющих детей: иммунодефицит или транзиторные нарушения? *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2010, 4: 70-74.
8. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.