

Роль фитотерапии в реабилитации часто болеющих детей

Повышенная заболеваемость острыми респираторными инфекциями у детей остается одной из наиболее актуальных проблем педиатрии. Частые рецидивы заболевания могут обуславливать срыв основных адаптационных механизмов, приводить к значительным нарушениям функционального состояния организма и способствовать раннему развитию хронической патологии. Современные фитопрепараты находят широкое применение в лечении и профилактике рецидивирующих респираторных инфекций.

→ Наиболее часто острые респираторные инфекции встречаются у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. В то же время у детей в возрасте 10 лет и старше частота переносимых острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в течение года практически в 2-2,5 раза ниже, чем у детей первых трех лет жизни. Популяция детей, подверженных повторным респираторным заболеваниям, составляет, по данным разных авторов, от 20 до 65%. Эту категорию детей принято выделять в отдельную группу диспансерного наблюдения — группу часто и длительно болеющих детей (ЧДБ).

Термин «часто болеющие дети» появился в медицинской литературе во второй половине 80-х гг. прошлого столетия и до настоящего времени используется педиатрами Украины и СНГ. В основу концепции ЧДБ были положены критерии, предложенные В.Ю. Альбицким и А.А.Барановым (1986). При определении ребенка в группу ЧДБ учитывались его возраст и частота эпизодов ОРЗ в год: для детей

1-го года жизни — 4 и более, до 3 лет — 6 и более, 4-5 лет — 5 и более, старше 5 лет — 4 и более.

В настоящее время концепция ЧДБ пересматривается. Это аргументируется тем, что ЧДБ — это не нозологическая форма и не диагноз, а сама концепция не соответствует критериям доказательной медицины. Кроме того, существуют противоречия и в подходах к оценке частоты обычной возрастной заболеваемости в детском возрасте. Так, дети грудного и раннего возраста наиболее подвержены ОРЗ, что обусловлено незрелостью их иммунной системы и незначительным числом предыдущих контактов с вирусами. С возрастом появляются антитела все к большему числу вирусов, что и сопровождается снижением заболеваемости. Согласно эпидемиологическим данным, за один эпидемический сезон исходно здоровые дети, посещающие детские организованные коллективы, могут болеть ОРЗ до 6-10 раз в год. Это доказывается и данными зарубежных педиатров.



В.Ф. Лапшин

Д.м.н., профессор, заведующий отделом проблем аллергии и иммунореабилитации детей, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, г. Киев



Т.Р. Уманец

К.м.н., ведущий научный сотрудник отдела проблем аллергии и иммунореабилитации детей, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, г. Киев

Согласно подходам отечественной педиатрической школы в группу ЧДБ принято относить детей, характеризующихся более высоким, чем у сверстников, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями, не связанным со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями. ОРЗ у данной группы детей наиболее часто проявляются в виде инфекций верхних дыхательных путей, таких как ринит, назофарингит, тонзиллит, тонзиллофарингит, ларинготрахеит,

трахеит, бронхит, ларинготрахеобронхит, терминальных респираторных отделов и легочной паренхимы (бронхопневмонии), а также ЛОР-органов (отита, евстахиита, аденоидита, синусита).

При отсутствии своевременных реабилитационных мероприятий у 52-60% детей данной группы уже в старшем дошкольном возрасте формируются хронические заболевания, среди которых ведущее место занимает патология ЛОР-органов и бронхолегочной системы.

Среди этиологических факторов ОРЗ у детей ведущую роль играют вирусы, удельный вес которых составляет 65-90%. Частота смешанной вирусно-бактериальной инфекции достигает 25%. Среди вирусных возбудителей ОРЗ у детей чаще выявляют вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцициальные вирусы, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы ЕСНО и Коксаки. Среди бактериальных возбудителей ОРЗ у детей ведущее место занимают *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*. Кроме того, в последние годы в развитии ОРЗ возрастает роль микоплазм, хламидий, а также грамотрицательных бактерий.

Частой заболеваемости детей способствуют нестойкость иммунитета к ряду вирусов, разнообразие серо- и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки), рино- и аденовирусов, а также изменчивость вирусов гриппа. Из-за изменчивости вирусов концентрация специфических антител к ним в слизи дыхательных путей ребенка очень низкая, что способствует повторному инфицированию и гибели эпителиоцитов, развитию клинической симптоматики респираторной инфекции.

Повторные респираторные заболевания у детей приводят к ослаблению защитных систем организма —

как местной (мукоцилиарного барьера), так и общей иммунной резистентности. Рецидивирующая вирусная инфекция поражает барьерные функции эпителиального пласта слизистой оболочки респираторного тракта, создавая благоприятный фон для колонизации бактериальной микрофлоры и развития хронических очагов инфекции. В условиях вирусно-бактериальной инфекции складывается парадоксальная и неблагоприятная для иммунной системы ситуация, когда требуется одновременное развитие двух форм иммунного ответа: противовирусного, связанного с CD8+ Т-лимфоцитами и секрецией противовоспалительных медиаторов, а также гуморального, требующего активации CD4+ Т-хелперов 2 типа и присутствия провоспалительных цитокинов. Это приводит к торможению обеих форм иммунного ответа и угнетению системы иммунитета в целом. При этом поражается Т-клеточное звено иммунитета, изменяется соотношение хелперы/супрессоры, развиваются нарушения в системе интерферонов и в результате снижается иммунологическая резистентность организма. Кроме того, повторные ОРЗ способствуют возникновению синдрома поствирусной астении и вторичной иммунодепрессии, что часто способствует развитию хронических бронхолегочных заболеваний и патологии ЛОР-органов.

Возникновению повторных респираторных заболеваний у часто болеющих детей способствует ряд факторов, которые можно условно разделить на две группы: медико-биологические (эндогенные) и социально-экономические (экзогенные). К медико-биологическим факторам риска возникновения частых респираторных инфекций у детей относят:

— неблагоприятные ante- и/или постнатальные факторы развития

ребенка (недоношенность, морфофункциональную незрелость, гипотрофию, анемию, рахит, раннее искусственное вскармливание), отражающиеся на функционировании иммунной системы и других защитных механизмах;

— перинатальную гипоксию, которая приводит к частым нарушениям адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции;

— изменения функционального состояния вегетативной нервной системы и повышенную метеочувствительность, влияющие на восприимчивость организма к респираторным инфекциям;

— аллергию и наследственную предрасположенность к неадекватной иммунной реактивности. У таких детей иммунный ответ чаще происходит по Th-2-типу (в недостаточном количестве выделяются интерферон γ и интерлейкин-2, усилен синтез IgE и снижена продукция IgG), что способствует формированию менее длительной иммунной защиты и, как следствие, большей респираторной заболеваемости у детей с аллергическими заболеваниями;

— нерациональное питание;

— снижение иммунологической реактивности вследствие наличия хронических очагов инфекции (аденоидит, тонзиллиты, назофарингиты).

Среди причин, способствующих частым респираторно-вирусным и вирусно-бактериальным заболеваниям у детей, значимое место занимают индивидуальные и возрастные особенности иммунитета. В процессе развития ребенка существуют определенные критические периоды, а именно: неонатальный, 2-3-й год жизни (ребенок в этом возрасте начинает посещать детский коллектив), 6-7 лет (поступление в школу), пубертатный период. Эти критические этапы сопровождаются сложными

морфофункциональными изменениями в организме, поэтому именно в это время дети наиболее подвержены частым респираторным инфекциям. Созревание и становление иммунитета завершаются к 15 годам, когда наблюдается максимальная функциональная активность иммунной системы.

По данным разных авторов, у ЧДБ выявляются разнонаправленные изменения в иммунной системе: нарушения функциональной активности Т-лимфоцитов, изменение соотношения хелперы/супрессоры, нарушения в звеньях фагоцитоза, дисгаммаглобулинемия и гипогаммаглобулинемия (не достигающие степени, характерной для иммунодефицитов), снижение уровня секреторного IgA, лизоцима и многих других показателей. **Указанные изменения не являются стабильными нарушениями тех или иных компонентов иммунной системы, что необходимо учитывать при выборе тактики иммунотропной терапии.**

С позиций врача-иммунолога наиболее актуальной считается разработка способов терапии частых респираторных заболеваний в виде целенаправленных патогенетически обоснованных и эффективных программ лечения, в основе которых лежит использование иммуностимулирующих препаратов и экстракорпоральных методов воздействия. С этой целью используются средства, применение которых восстанавливает эффекторные механизмы иммунной системы и минимизирует клинические проявления заболеваний. При этом необходимо придерживаться индивидуального подхода с учетом возраста ребенка, частоты и тяжести перенесенных респираторных заболеваний, сопутствующей патологии, характера иммунологических нарушений, времени года.

Обязательным компонентом реабилитации ЧДБ является санация

хронических очагов инфекции. С этой целью рекомендуется применять лекарственные средства, обладающие комплексным действием – противомикробной, противовоспалительной и иммуномодулирующей активностью. Среди препаратов с комплексным эффектом широкое применение в детской практике получили фитопрепараты.

Фитотерапия является одним из важных компонентов реабилитационных программ для детей, подверженных частым респираторным инфекциям. Препараты растительного происхождения занимают ведущее место в арсенале медикаментозной терапии благодаря мягкому терапевтическому воздействию, низкой токсичности, отсутствию побочных эффектов, а также влиянию на различные звенья патогенеза респираторной патологии. Особые перспективы связаны с применением фитотерапевтических препаратов Бронхипрет, Синупрет, Имупрет (Тонзилгон Н). Специфические особенности фармакологического воздействия позволяют рекомендовать их для применения в лечении и реабилитации детей с рецидивирующими заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. Особенно эффективно этапное применение данных лекарственных средств.

Препарат Имупрет стимулирует защитные силы организма путем активации фагоцитоза макрофагов и гранулоцитов, ускоряет элиминацию патогенных агентов, обладает противовоспалительным, противоотечным действием, антивирусной активностью. С профилактической целью препарат назначают в течение 4–6 нед два раза в год. Грудным детям и детям до 5 лет рекомендуется принимать по одной капле на килограмм веса 3 р/сут; детям от 5 до 10 лет – по 15 капель 3 р/сут; от 10 до 16 лет – по 20 капель 3 р/сут; от 16 лет – по 25 капель или 1 драже 3 р/сут.

У часто и длительно болеющих детей с наличием хронических очагов инфекции ЛОР-органов (хроническим риносинуситом, аденоидитом) с профилактической целью целесообразно назначение комбинированного препарата Синупрет. Препарат регулирует секрецию и снижает вязкость слизи и мокроты, уменьшает отечность тканей, восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух, устраняет заложенность носа, нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей, проявляет иммуномодулирующее действие. Синупрет назначают детям от 2 до 5 лет – по 15 капель 3 р/сут, старше 5 лет – по 25 капель или 1 драже 3 р/сут. Длительность терапии – 2–4 нед.

На ранних этапах реабилитации (в периоде реконвалесценции) у детей с рецидивирующими заболеваниями нижних дыхательных путей целесообразно использовать препарат Бронхипрет. Растительные компоненты, входящие в его состав, обладают секретолитическим, бронхоспазмолитическим, противовоспалительным, противовирусным и антибактериальным действием.

В отделе проблем аллергии и иммунореабилитации детей ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины» накоплен значительный опыт этапного использования вышеуказанных фитопрепаратов у детей с рецидивирующим бронхитом, сочетающимся с хронической патологией ЛОР-органов. Данные препараты продемонстрировали высокую эффективность при применении в качестве комплексной реабилитации детей с патологией дыхательной системы. Результаты мониторинга обследуемых детей на протяжении года показали, что применение данных фитопрепаратов уменьшает риск возникновения рецидивов респираторной патологии и случаев ОРЗ в 1,8 раза. ■