

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

Кафедра поликлинической педиатрии
с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ГРУППОЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Учебное пособие
для системы послевузовской профессиональной подготовки врачей,
обучающихся по специальности «Педиатрия» 060103
дисциплине «Поликлиническая педиатрия»

Иваново 2010

Составители: Л.А. Жданова
Г.Н. Нуждина
С.И. Мандров
А.В. Шишова
Л.К. Молькова
О.А. Лиманова
И.Е. Бобошко
М.Н. Салова
О.С. Рунова

Издание имеет целью сформировать целостное представление об организационных, диагностических, лечебно-оздоровительных и профилактических основах работы участковых педиатров и врачей образовательных учреждений по снижению острой заболеваемости детей. Раскрываются вопросы профилактики, реабилитации и диспансеризации часто болеющих детей.

Предназначено для интернов, ординаторов, может использоваться в практической деятельности участковых врачей, медицинских сестер.

Рецензенты: доктор медицинских наук, заведующий кафедрой педиатрии ФПДО ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», профессор **Т.Г. Авдеева**;

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», профессор **С.М. Кушнир**.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ	5
2. ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ЧАСТОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	5
2.1. Прогноз риска частой респираторной заболеваемости	5
2.2. Профилактические мероприятия на антенатальном этапе	8
2.3. Профилактические мероприятия на постнатальном этапе	8
3. ОТБОРОЧНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП	13
3.1. Возрастная динамика респираторной заболеваемости	13
3.2. Алгоритм отбора детей в группу часто болеющих	15
3.3. Клиническая характеристика часто болеющих детей	17
3.4. Программа обследования часто болеющих детей	24
4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	25
4.1. Диспансерное наблюдение часто болеющих детей	25
4.2. Организационные формы и принципы реабилитации часто болеющих детей	26
4.3. Реабилитационные мероприятия	27
4.3.1. Особенности режима дня	28
4.3.2. Коррекция питания	29
4.3.3. Витамины	33
4.3.4. Апитерапия	35
4.3.5. Биологически активные комплексы на основе морских водорослей	36
4.3.6. Препараты на основе дрожжей	36
4.3.7. Коррекция нарушений микрофлоры кишечника	37
4.3.8. Системная энзимотерапия	40
4.3.9. Энерготропная терапия	40
4.3.10. Фитореабилитация	42
4.3.11. Санация очагов хронической инфекции	45
4.3.12. Закаливание	46
4.3.13. Лечебная физкультура и массаж	48
4.3.14. Физиотерапия	53
4.3.15. Иммунореабилитация	55
4.3.16. Вакцинация	59
4.3.17. Санаторно-курортное лечение	62
4.4. Оценка эффективности диспансеризации	63
5. ПРИЛОЖЕНИЯ	64
6. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	88
7. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	97
8. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	99

ВВЕДЕНИЕ

Среди важнейших заболеваний детского возраста респираторная патология занимает одно из главных мест.

Есть дети, которые значительно чаще других болеют респираторными инфекциями. Они относятся к группе часто и длительно болеющих (ЧБД), составляя 20–25% детского населения.

Проблема, с которой сталкиваются участковые педиатры при лечении ЧБД, состоит в низкой эффективности проводимых (антибактериальная, гипосенсибилизирующая, витаминно- и симптоматическая терапия) терапевтические мероприятий.

Повышенная заболеваемость способствует раннему возникновению у детей хронической патологии, особенно бронхо-легочной системы и ЛОР-органов, что неблагоприятно отражается на физическом и нервно-психическом развитии ребенка.

Частая респираторная патология у детей представляет собой не только медицинскую проблему, но может иметь серьезные социальные и экономические последствия.

Высокая распространенность частых ОРЗ у детей 2–5 лет снижает качество жизни ребенка и его семьи. Повторные заболевания, возникающие от 4 до 13 и более раз в год, ведут к социальной дезадаптации ребенка из-за ограничения возможностей его общения со сверстниками. Эта ситуация формирует и педагогические проблемы (низкую успеваемость, отставание в освоении учебной программы и т.д.).

У 60% детей после перенесенной ОРВИ наблюдаются общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, расстройство сна, склонность к плаксивости – это синдром постлевирусной астении. Ребенок испытывает трудности с учебой, в спорте и др. Наблюдаются эмоциональные и психические расстройства, мешающие общению с семьей и сверстниками.

Респираторная патология требует значительных материальных затрат, связанных как непосредственно с лечением, так и с потерей трудового времени родителей.

Многообразие механизмов, приводящих к частым респираторным инфекциям, выдвигает перед врачами проблему индивидуального подхода к лечению и реабилитации этой группы детей.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Часто болеющие дети – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей, страдающих частыми респираторными инфекциями, которые возникают вследствие транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеют стойких органических нарушений в них (Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: научно-практическая программа. – М., 2004).

Термин «часто болеющие дети» появился в отечественной медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века (Альбицкий В.Ю. и соавт., 1986), обозначая группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении и характеризующуюся более высоким, чем у их сверстников, уровнем заболеваемости. Следует отметить, что зарубежные школы педиатрии не используют этот термин, нет его и в Международной классификации болезней 10 пересмотра.

Работа с часто болеющими детьми проводится в три этапа:

- 1 этап – прогностический;
- 2 этап – диагностический;
- 3 этап – профилактический и реабилитационный.

2. ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ЧАСТОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

2.1. ПРОГНОЗ РИСКА ЧАСТОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Прогнозирование риска частой респираторной заболеваемости у будущего ребенка осуществляется участковым педиатром на антенатальном этапе при патронажах беременной женщины в системе акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса (АТПК).

После рождения ребенка переоценка направленности и степени риска проводится при выполнении патронажей к новорожденному, затем – при профилактических осмотрах ребенка на 1-м году жизни в 3, 6, 9, 12 месяцев, на 2-м году – 1 раз в квартал, на 3-м году – 1 раз в полгода и далее – 1 раз в год.

Определение степени риска у детей грудного возраста можно осуществить по коэффициенту ассоциации (табл. 1). *Оценка результатов* проводится путем суммирования баллов: при сумме 0,3–0,5 баллов диагностируется слабая степень риска; при сумме 0,5–0,7 баллов – средняя; при сумме более 0,7 баллов – высокая.

Таблица 1

**Значимость факторов риска в возникновении частых ОРЗ
у детей грудного возраста**

Факторы риска	Баллы
Экстрагенитальная патология матери	0,78
Аллергия у родителей	0,27
Частые ОРЗ у матери (отца)	0,50
Гинекологическая патология матери	0,50
Профессиональные вредности у родителей	0,36
Отягощенный акушерский анамнез	0,42
Период между предыдущими родами, абортom и настоящей беременностью у матери – менее 1 года	0,54
Высокий порядковый номер беременности у матери	0,16
Токсикоз второй половины беременности у матери	0,14
Угроза прерывания беременности во второй половине у матери	0,38
Острые и обострение хронических заболеваний у матери:	
– во время беременности	0,50
– в первую половину	0,18
– во вторую половину	0,50
Анемия у матери во время беременности	0,10
Гипотрофия плода	0,38
Масса при рождении более 4000 г	0,10
Асфиксия в родах	0,90

У детей старше одного года степень риска частых респираторных заболеваний может быть определена с использованием прогностической таблицы 2.

Необходимо отметить, что в каждом возрастном периоде среди множества факторов, способствующих снижению резистентности детского организма, можно выделить факторы, наиболее значимые для реализации риска частой респираторной заболеваемости. При этом важно знать, что у детей раннего возраста велико влияние биологических факторов, значимость которых снижается в дошкольном и школьном возрасте, когда большее влияние начинают оказывать социальные факторы.

На антенатальном этапе можно выделить следующие факторы:

- экстрагенитальная патология матери;
- частые ОРВИ матери;
- воспалительные заболевания гениталий у матери;
- интервал до беременности от предыдущих родов, абортами, выкидышами менее года;
- острые и обостренные хронические заболевания у матери во время беременности, особенно во II половине.

На первом году жизни ребенка значение антенатальных факторов сохраняется, при этом добавляются факторы интранатального периода:

- асфиксия новорожденного в родах;
- задержка внутриутробного развития (ЗВУР).

Существенными факторами риска в этот период являются:

- искусственное вскармливание;
- отсутствие закаливания.

На 2-м и 3-м годах жизни помимо биологических факторов важную роль начинают играть социальные факторы риска:

- частые заболевания ребенка на первом году жизни;
- частые заболевания членов семьи;
- хронические заболевания отца;
- аллергические заболевания у ребенка и родителей;
- недостаточное время прогулок;
- малоподвижный образ жизни;
- пассивное курение.

В 4–5 лет кроме вышеуказанных факторов значение имеют:

- отсутствие загородного отдыха летом;
- использование ребенком общественного транспорта;
- нерациональное применение антибиотиков, жаропонижающих препаратов.

Таблица 2

**Прогностическая таблица для определения степени риска
частых респираторных заболеваний**
(Куршин М. А., Садовнича Л. Т., 1986)

Факторы риска развития частых заболеваний у ребенка	Оценка в баллах		
	2–3 года	4–5 лет	6–7 лет
До беременности и во время беременности часто болела	2,5	4,0	2,0
Во время беременности принимала антибиотики	4,0	4,0	2,0
Токсикоз первой и второй половины беременности	4,5	4,0	3,5
Роды до 38 недель беременности или позже 40 недель	4,5	4,0	-
Роды протекали ненормально	4,0	3,0	3,0
Масса ребенка при рождении была менее 2,5 или более 4 кг	4,0	3,0	-
Наличие производственных и бытовых вредностей (курение, злоупотребление алкоголем, токсикомания)	2,5	2,0	2,0
Члены семьи часто болеют простудными и прочими заболеваниями	5,5	5,0	4,5
Наличие хронических заболеваний у отца	4,5	5,0	2,5
Ребенок часто болел на первом году жизни	6,5	7,0	2,5
Ребенок рано переведен на искусственное вскармливание	4,5	4,0	2,0
На первом году жизни ребенка не закаливали	4,5	3,0	-
Наличие аллергических заболеваний у родителей и диатезов у ребенка до и после 1 года жизни	4,0	4,0	3,0
Продолжительность прогулок была менее 2 ч или редкие прогулки	3,0	1,5	1,5
Во время прогулок ребенок мало двигался	3,0	2,5	2,5

2.2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА АНТЕНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С целью предотвращения реализации риска частых респираторных заболеваний у будущего ребенка участковый педиатр должен провести санитарно-просветительную работу с будущими родителями о влиянии выявленных факторов риска на состояние здоровья ребенка и предложить план мероприятий по устранению управляемых факторов или снижению их влияния на плод.

Для будущей мамы очень важны соблюдение правильного режима дня, прогулки на свежем воздухе, умеренная двигательная активность, полный отказ от курения, прием поливитаминных препаратов или специализированных продуктов питания для беременных.

При наличии очагов хронической инфекции у беременной необходимо провести их санацию.

Важно осуществить прогнозирование гипогалактии и дать рекомендации по ее профилактике.

Кроме индивидуальных рекомендаций, беременная женщина может получить необходимую информацию, посещая занятия в «Школе будущих мам».

Более подробно система профилактических мероприятий на антенатальном этапе изложена в методическом пособии «Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике» (2009).

2.3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ПОСТНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

После рождения ребенок с риском частой респираторной заболеваемости берется на учет **в I группу риска (дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации)**, в которой он должен наблюдаться до 3 лет. Важно помнить, что у некоторых детей реализация риска может произойти позднее – в период адаптации к обучению в школе.

Кроме риска частой респираторной заболеваемости у детей, как правило, выявляется риск перинатальной патологии ЦНС. Поэтому необходимо разработать комплексный план мероприятий, предполагающий профилактику и реабилитацию неврологических нарушений. С этой целью рекомендуется проводить невролого-педиатрический консилиум, например, в поликлинике на базе кабинета здорового ребенка. Совместное наблюдение ребенка педиатром и неврологом позволяет разработать дифференцированные рекомендации по сопровождению детей этих групп риска. Своевременное выявление неврологических расстройств и их ранняя коррекция помогут существенно снизить риск развития рецидивирующих респираторных заболеваний (приложение 2).

При наличии у ребенка сопутствующего риска аллергических состояний очень важно с первых дней жизни обеспечить гипоаллергенный быт и гипоаллергенную диету кормящей матери.

Учитывая раннее формирование у часто болеющих детей хронических очагов инфекции в носоглотке, необходимо рекомендовать осмотр ребенка

ЛОР-врачом уже после первых случаев ОРЗ, особенно на первом году жизни.

При наличии других факторов риска детей должны консультировать по показаниям аллерголог, иммунолог, фтизиатр и др. специалисты.

Важно организовать правильное вскармливание ребенка с первых дней жизни. Лучшей защитой ребенка от инфекций является грудное молоко, которое имеет в своем составе различные факторы противоинфекционной защиты: макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы; иммуноглобулины; интерферон; лизоцим; лактоферрин, лактопероксидазу; олигосахариды и другие бифидогенные факторы; живые бифидо- и лактобактерии; нуклеотиды; неспецифические эффекты нутриентов (например, разрушение клеточных оболочек вирусов жирными кислотами).

Макрофаги осуществляют фагоцитоз, обладают бактерицидной функцией в отношении бактерий и грибов. Они синтезируют факторы неспецифической защиты: интерлейкины, компоненты комплемента C_3 и C_4 , лактоферрин, лизоцим, интерферон, токсические радикалы кислорода, необходимые для уничтожения микроорганизмов, стимулируют рост эпителия кишечника.

Лимфоциты поступают в женское молоко из лимфоидной ткани кишечника, дыхательных путей, миндалин кормящей матери. Они секретируют интерферон, интерлейкины, эпителиальный фактор роста и другие цитокины, способствующие созреванию кишечного эпителия.

Нейтрофилы синтезируют лактоферрин, интерферон, пероксидазу, обладают способностью к фагоцитозу (завершенный фагоцитоз вначале высокий, затем снижается).

Секреторный иммуноглобулин А, составляющий 90% всех иммуноглобулинов молозива и молока, выполняет очень широкий круг функций противобактериальной и противовирусной защиты по отношению к кишечной палочке, возбудителям столбняка, дифтерии, кишечных инфекций, палочке инфлюэнцы, холерному вибриону, стрепто- и стафилококкам, более чем к 20 вирусам, а также лямблиям, патогенным амебам и грибам.

Иммуноглобулины М и G усиливают защитные функции иммуноглобулина А против энтеропатогенной флоры.

Иммуноглобулин Е при высоком содержании в крови матери может поступать к ребенку с молоком.

Лизоцим оказывает мощное нормализующее влияние на состав микробной флоры полости рта и кишечника.

Лактоферрин блокирует рост бактерий (эшерихий, стрептококков, дрожжеподобных грибов), подавляет перекисное окисление липидов, обеспечивает высокие антиоксидантные свойства женского молока.

Лактопероксидаза обладает антибактериальной активностью в отношении стрептококков, кишечной палочки.

Олигосахариды и другие бифидогенные факторы препятствуют заселению кишечника микробной флорой. Благодаря им развивается бифидус-флора, которая определяет кислую реакцию содержимого кишечника и тем самым препятствует размножению стафилококков, шигелл, сальмонелл и других бактерий. При естественном вскармливании соотношение в кишечнике

лактобактерий и других микроорганизмов составляет 1000:1, а при искусственном – 10:1.

Нуклеотиды женского молока усиливают фагоцитоз, активируют лимфоциты, повышают активность клеток-киллеров, улучшают неспецифический иммунитет.

Уникальное свойство женского молока состоит в его абсолютной неантигенности для ребенка даже при полной «открытости» кишечного барьера, когда любой продукт или вещество, попавшее в желудочно-кишечный тракт способно быть источником сенсibilизации.

Гормоны женского молока предохраняют новорожденного от повышенной нагрузки на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную систему, пока последняя полностью не созреет.

Липаза женского молока оказывает губительное влияние на лямблии, патогенные грибы и трихомонады.

Биотинидаза женского молока особенно активна на стадии выделения молозива. Вероятно, метаболизация биотина имеет значение в физиологии адаптационных процессов новорожденного ребенка.

Женское молоко содержит в небольшом количестве *простагландины E₂ и F₂*, которые играют трофическую и иммунологическую роль.

Карнитин – витаминоподобное соединение в комплексе с витаминами С, В₁, ниацином участвует в метаболизме жирных кислот, способствует их внутриклеточному транспорту и окислению.

Таурин является условно эссенциальным фактором для младенцев первых месяцев жизни. Он повышает фагоцитарную активность нейтрофилов, обладает антиоксидантными и антиокислительными свойствами. Таурин особенно необходим для детей с постгипоксическим повреждением центральной нервной системы.

Итак, молозиво и женское молоко обладают защитными свойствами, чем объясняется более редкая заболеваемость детей, находящихся на грудном вскармливании.

При невозможности грудного вскармливания необходимо организовать искусственное вскармливание ребенка адаптированными смесями, обогащенными компонентами, которые повышают резистентность организма (табл. 3).

Во многие адаптированные молочные смеси (АМС) введены *нуклеотиды*, играющие важную роль в физиологических и иммунологических реакциях. Установлено, что дети, получающие АМС, обогащенные нуклеотидами, лучше прибавляют в массе, у них реже наблюдаются кишечные дисфункции, они более устойчивы к инфекциям, имеют более высокие показатели моторного и психического развития. Нуклеотиды входят в состав «НАН 1» (Швейцария), «Фрисолак 1 с нуклеотидами», «Фрисолак 2 с нуклеотидами» (Голландия), «Симилак 1 Формула Плюс», «Симилак 2 Формула Плюс», «Энфамил 1», «Энфамил 2» (США), «Мамекс Плюс» (Дания), «МД Мил» (Россия/Франция), «Агуша Golq 1», «Агуша Golq 2» (Россия).

С целью нормализации микробной флоры и профилактики дисбактериозов в АМС включают ***пребиотики: галакто- и фруктоолигосахариды***. Олигосахариды способствуют росту бифидо- и лактобактерий, становлению

иммунных реакций, снижают риск развития пищевой аллергии. Пребиотики-олигосахариды содержатся в АМС «Нестожен-1», «Нестожен-2» (Швейцария), «Нестожен-3» (Швейцария), «Нестожен Счастливых Снов» (Швейцария), «Нутрилон Комфорт-1», «Нутрилон Комфорт-2» (Голландия), «Фрисолак 1», «Фрисолак 2» (Голландия), «Мамекс 2 Плюс», «Мамекс 2 ночная формула», «Мамекс Плюс» (Дания), «Хумана Фольгемилх 2» (Германия), «Агуша 1 Golq», «Агуша Golq 2» (Россия).

Таблица 3

Продукты детского питания, способствующие колонизации кишечника нормальной микрофлорой

Жидкие смеси	
Название продукта	Используемая закваска
Агуша-1	Ацидофильная палочка + бифидобактерии
Агуша-2	Ацидофильная палочка + бифидобактерии
Ацидолакт	Ацидофильная палочка
Биолакт	Ацидофильная палочка
Наринэ	Ацидофильная палочка
Бифилин	Бифидобактерии
Кефир	Кефирные грибки
Бификефир, биокефир	Кефирные грибки + бифидобактерии
Сухие смеси	
Название продукта	Используемая закваска
НАН 2, 3, 4 («Нестле», Швейцария)	Бифидобактерии, лактобациллы
НАН кисломолочный 1 и 2 («Нестле», Швейцария)	Бифидобактерии
Нестожен 1 и 2 («Нестле», Швейцария)	Галактоолигосахариды, фруктоолигосахариды
Семпер-бифидус («Семпер», Швеция)	Лактолактолоза
Лактофидус («Данон», Франция)	Термофильный стрептококк, бифидобактерии
Нутрилак БИФИ (ОАО «Нутритек», Россия)	Бифидобактерии

В состав некоторых смесей вводятся *живые бифидо- и лактобактерии BL* с доказанным защитным действием. Они способствуют формированию нормальной микрофлоры кишечника, предупреждению кишечных заболеваний, укреплению иммунитета, достоверно увеличивают синтез секреторного IgA. К ним относятся: «НАН 2», «НАН 3», «НАН 4» (Швейцария), «Нутрилак Бифи», «Агуша Golq 1», «Агуша Golq 2» (Россия).

Наиболее эффективными пробиотическими свойствами обладают кисломолочные смеси. Доказаны следующие физиологические эффекты кисломолочных продуктов:

- антиинфекционное действие (нормализация микробиоценоза кишечника; стимуляция иммунного ответа; синтез антибактериальных веществ; бактерицидное действие молочной кислоты);

- иммуномодулирующее действие;
- снижение аллергенности (частичное расщепление белков, в том числе антигенов, в процессе брожения; термическая инактивация части антигенов);
- нормализация моторики кишечника.

В детском питании используют сухие кисломолочные смеси: «НАН кисломолочный 1 с бифидобактериями», «НАН кисломолочный 2 с бифидобактериями» (Швейцария), «Галлия-лактофидус 1», «Галлия-лактофидус 2» (Франция), «Нутрилак кисломолочный» (Россия), а также жидкие кисломолочные продукты: «Агуша 1», «Бифилин»; ацидофильная смесь «Малютка» применяется в питании детей 4–12 месяцев; смесь «Агуша 2» – во втором полугодии жизни.

Важным профилактическим мероприятием является соблюдение правильного режима дня с достаточной продолжительностью прогулок (не менее 2 часов в день).

С первых дней жизни необходимо проведение массажа, гимнастики, закаливания.

Закаливание ребенка с помощью воздушных ванн проводят во время пеленания, гимнастики, перед купанием. Сначала его оставляют раздетым на несколько минут при температуре воздуха $+22^{\circ}\text{C}$, а в последующие 2–3 месяца постепенно снижают температуру воздуха до $+20^{\circ}\text{C}$, а к 4–6 месяцам – до $+18^{\circ}\text{C}$.

Закаливание осуществляют также по окончании гигиенической ванны обливанием ребенка водой, температура которой на $2\text{--}4^{\circ}\text{C}$ ниже, чем вода в ванне. Начинают обливание при температуре воды $32\text{--}34^{\circ}\text{C}$, затем ее снижают на $2\text{--}3^{\circ}\text{C}$ каждые 3 дня и в течение месяца доводят до $+18^{\circ}\text{C}$.

Плавание грудных детей в бассейне закаляет не столько само по себе (температура воды в нем обычно не бывает ниже 26°C), сколько в комплексе с воздушными ваннами до и после купания.

На втором году жизни можно рекомендовать ежедневное мытье ног прохладной водой. Температура воды в начале цикла процедур составляет $27\text{--}28^{\circ}\text{C}$, затем ее снижают на $2\text{--}3^{\circ}\text{C}$ каждые 1–2 дня и доводят до конечной температуры 15°C .

Хорошим закаливающим эффектом обладает контрастный душ: попеременное обливание ребенка теплой (до 40°C 30–40 секунд) и холодной ($14\text{--}15^{\circ}\text{C}$) водой с постепенным удлинением времени ее воздействия от 15–20 до 30 секунд.

Любая закаливающая процедура должна вызывать положительные эмоции; если ребенок боится, не следует его принуждать.

Для дошкольников в домашних условиях можно организовать контрастные воздушные ванны. Для этого в спальне ребенка перед его пробуждением открывают фрамугу, понижают температуру воздуха до $+14\text{--}15^{\circ}\text{C}$, а затем, разбудив ребенка, проводят с ним игру с перебежками из «теплой» в «холодную» комнату.

Очень важно оберегать ребенка от контакта с источником инфекции. Для этого необходимо принять следующие меры: ограничить контакты ребенка в сезоны повышения респираторной заболеваемости; сократить пользование городским транспортом; увеличить время пребывания ребенка на воздухе; по возможности не допускать к уходу за ребенком больных членов семьи, реко-

мендовать им ношение маски, особенно, если больна сама мать, имеющая наиболее тесный контакт с ребенком; необходимо тщательное мытье рук после контакта с больным ОРЗ или предметами ухода за ним. С профилактической целью ребенку следует назначить препараты интерферона.

В эпидемически неблагоприятный период с целью повышения резистентности возможно назначение препаратов, повышающих неспецифический иммунитет (см. раздел «Реабилитационные мероприятия»).

Если ребенок заболел, то назначение антибактериальных, жаропонижающих и противовоспалительных средств должно осуществляться по строгим показаниям.

Родителям, имеющим хронические очаги инфекции, необходимо их санировать.

Недопустимо курение в помещении, где находится малыш.

Своевременная вакцинация ребенка на первом году жизни защищает его от детских инфекционных заболеваний, что в свою очередь способствует снижению риска частых респираторных заболеваний. Необходимо своевременно (не менее чем за 1 месяц до поступления в дошкольное образовательное учреждение (ДОУ)) вакцинировать ребенка с учетом того, что в период адаптации прививки проводить не рекомендуется.

Важно правильно подготовить ребенка к поступлению в ДОУ и организовать его жизнь в период адаптации.

Семьи, имеющие неблагоприятные макросоциальные условия, надо направлять на консультацию в отделение медико-социальной помощи детям, где родители могут получить психолого-педагогические рекомендации, которые помогут родителям и детям ослабить или исключить влияние неблагоприятных микросоциальных условий.

3. ОТБОРОЧНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП

3.1. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 случаев в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2–5 случаев в год, а среди подростков не превышает 2–4. Это всеобщая закономерность, обусловленная особенностями локальных и общих механизмов защиты в раннем и дошкольном возрасте, и она прослеживается у детей во всех странах мира независимо от уровня их экономического развития.

На рисунке приведены статистические данные Министерства здравоохранения РФ за 2002 год, отражающие типичную динамику уровня заболеваемости ОРЗ в детском возрасте.

Возрастная динамика заболеваемости детей связана, во-первых, с онтогенетической последовательностью «созревания» иммунной системы, во-вторых, с постепенным расширением социальных контактов ребенка, что ведет к увеличению антигенной нагрузки и возникновению реакций, связанных со стрессом в период адаптации.

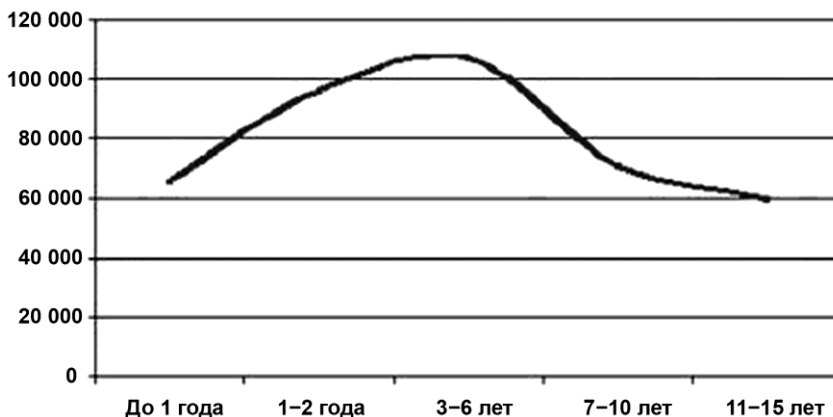


Рис. Возрастная динамика заболеваемости

В период новорожденности ребенка защищает пассивный иммунитет, полученный им трансплацентарно от матери в период внутриутробного развития. Кроме того, дети, находящиеся на грудном вскармливании, получают все необходимое для укрепления иммунитета из материнского молока.

К 6 месяцам пассивный иммунитет угасает, а собственные иммуноглобулины синтезируются пока еще в небольшом количестве. С этого времени и до 1,5–2 лет ребенок оказывается наиболее беззащитным перед инфекцией.

В возрасте от 1 года до 4 лет из-за низкой продукции собственных иммуноглобулинов и интерферонов дети особенно предрасположены к вирусным и бактериальным инфекциям.

На 3-м году жизни отмечается пик респираторной заболеваемости, что часто связано с началом посещения ДООУ и увеличением антигенной нагрузки в результате расширения социальных контактов. Социализация и сопровождающий ее генерализованный стресс, связанный с адаптацией к новым микросоциальным условиям, ведет к истощению иммунитета.

Кроме того, даже у здоровых детей отмечается высокий процент высева из носоглотки условно-патогенных бактерий (46,4%), хотя это и не требует терапевтического вмешательства. Еще более широкий спектр условно-патогенной микрофлоры находится в кишечнике здоровых детей. В возрасте 4–6 лет выявлена наиболее высокая микробная обсемененность кожи. В условиях высокой резистентности это не ведет к повышенной заболеваемости, а при сниженном иммунитете ребенок начинает часто болеть.

В возрасте от 4 до 6 лет завершается период становления приобретенного иммунитета и число случаев острой заболеваемости снижается. Но возрастает риск развития иммунопатологических состояний. Заболевания верхних дыхательных путей у детей этого возраста могут приобрести хронический и рецидивирующий характер из-за недостаточной активности местного иммунитета.

В 12–13 лет наступает уменьшение общей массы лимфоидных органов на фоне повышения продукции половых гормонов. В этот период также повышается восприимчивость к инфекциям.

Распространенность ЧБД в детской популяции также зависит от возраста, эпидемиологических и социальных условий и составляет от 5 до 50% среди различных групп детей. Среди детей раннего возраста, посещающих детские сады, группа ЧБД может составлять до 50%, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15% детей и подростков.

3.2. АЛГОРИТМ ОТБОРА ДЕТЕЙ В ГРУППУ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ

В связи с указанной динамикой респираторной заболеваемости в разные возрастные периоды отечественные педиатры В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов (1986) предложили количественные критерии, на основании которых детей необходимо отнести в группу часто и длительно болеющих (табл. 4).

Таблица 4

Критерии включения детей в группу ЧБД

Возраст (годы)	Частота 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

На доврачебном этапе участковая медицинская сестра отбирает детей в группу ЧБД согласно предложенным критериям.

На врачебном этапе для разработки дифференцированных лечебно-диагностических мероприятий целесообразно оценивать степень снижения резистентности организма ребенка.

Для детей первого года жизни при оценке резистентности организма может быть использован «индекс острой заболеваемости», который вычисляют путем деления количества острых заболеваний на возраст ребенка в месяцах (табл. 5). Если фактический «индекс острой заболеваемости» превышает нормативный показатель, то это свидетельствует о сниженной резистентности организма ребенка.

Примеры.

1. Ребенок 4 месяцев жизни перенес острый ринит в периоде новорожденности и ОРВИ в возрасте 3 месяцев.

Индекс острой заболеваемости = $2 : 4 = 0,5$, что свидетельствует о сниженной резистентности организма, т.к. нормативный индекс = 0,4.

2. Ребенок 8 месяцев жизни перенес острый ринит в периоде новорожденности и ОРВИ в возрасте 3 месяцев.

Индекс острой заболеваемости = $2 : 8 = 0,25$, что не свидетельствует о сниженной резистентности организма, т.к. нормативный индекс = 0,35.

Индекс острой заболеваемости детей первого года жизни
(Черток Т. Я., Нибш Г., 1987)

Возраст ребенка, мес.	Индекс острой заболеваемости	Возраст ребенка, мес.	Индекс острой заболеваемости
1	-	7	0,29
2	0,66	8	0,35
3	0,58	9	0,24
4	0,4	10	0,35
5	0,46	11	0,24
6	0,31	12	0,2

С целью унифицирования подхода к оценке частоты рецидивов ОРВИ и градации детей в зависимости от числа обострений М. А. Куршин, Л. Т. Садовнича (1986) рекомендуют определять **индекс рецидивности (ИР)**.

У детей раннего возраста он рассчитывается путем деления числа заболеваний на число месяцев жизни с начала рецидивирования респираторной инфекции и выражается в процентах. В зависимости от величины индекса рецидивности выделяют 3 группы детей:

- 1 группа – ИР = 33–40% – относительно часто болеющие;
- 2 группа – ИР = 41–50% – часто болеющие;
- 3 группа – ИР = 50% и более – очень (истинно) часто болеющие дети.

Примеры.

1. Ребенок 12 месяцев жизни перенес ОРВИ в 3, 6, 8 и 10 месяцев.
 - 1) число месяцев жизни с начала рецидивирования инфекции = $12 - 3 = 9$ месяцев;
 - 2) число эпизодов ОРВИ за год = 4;
 - 3) ИР = $4 : 9 \times 100\% = 44\%$.

Заключение: часто болеющий ребенок.

2. Ребенок 12 месяцев жизни перенес ОРВИ в 1, 4, 6 и 8 месяцев.
 - 1) число месяцев жизни с начала рецидивирования инфекции = $12 - 1 = 11$ месяцев;
 - 2) число эпизодов ОРВИ за год = 4;
 - 3) ИР = $4 : 11 \times 100\% = 36\%$.

Заключение: относительно часто болеющий ребенок.

Для детей старше 3 лет с целью оценки степени снижения резистентности предложен **инфекционный индекс (ИИ)**, определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка в годах. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2–0,3, а у детей из группы ЧБД – 1,1–3,5.

Примеры.

1. Ребенок 5 лет на пятом году жизни перенес 6 эпизодов ОРВИ.

ИИ = $6 : 5 = 1,2$. Заключение: часто болеющий ребенок.

2. Ребенок 5 лет на пятом году жизни перенес 2 эпизода ОРВИ.

ИИ = $2 : 5 = 0,4$ Заключение: эпизодически болеющий ребенок.

При включении ребенка в группу ЧБД необходимо также учитывать тяжесть респираторных инфекций, наличие осложнений, продолжительность интервала между эпизодами ОРЗ.

3.3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Группа часто болеющих детей неоднородна. В зависимости от фона, на котором формируется рецидивирующее течение респираторных инфекций, выделяют следующие типы:

- 1 – соматический;
- 2 – оториноларингологический;
- 3 – на фоне нарушений желудочно-кишечного тракта;
- 4 – с иммунодефицитными состояниями;
- 5 – с низкими адаптивными возможностями;
- 6 – с врожденными аномалиями;
- 7 – смешанный.

Соматический и оториноларингологический типы формируются на фоне аномалий конституций.

Первый тип – соматический – возникает у детей с аллергически измененной реактивностью. У них высока частота выявления аллергических ринитов, аллергических синуситов, аллергических трахеитов, аллергических бронхитов, аллергических легочных инфильтратов и аллергических пневмоний.

Аллергический ринит сопровождается зудом и жжением в носу, резким втягиванием воздуха через нос, приступами чихания, обильными пенистыми выделениями из носа, отеком слизистой носа с явлениями евстахеита. При рентгенографическом исследовании придаточных пазух выявляется утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта.

Для аллергических трахеитов и бронхитов характерны повторные приступы навязчивого кашля, чаще в ночные часы, лишаящие ребенка сна. При бронхите в легких выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы с изменчивой картиной в течение дня; в крови отмечается эозинофилия. На рентгенограмме легких находят повышение прозрачности легочной ткани, периваскулярную фильтрацию и усиление сосудистого рисунка. Заболевание протекает на фоне нормальной или субфебрильной температуры. Иммунологическое исследование выявляет напряженность иммунитета (избыточный иммунный ответ при нагрузочных тестах), может быть повышено содержание иммуноглобулина Е.

Для выявления соматического типа частых респираторных заболеваний можно использовать диагностические признаки с подсчетом диагностического

коэффициента (табл. 6). При наличии 18 баллов и более диагностируется соматический тип.

Таблица 6

Диагностические признаки для выявления частых респираторных заболеваний, связанных с аллергически измененной реактивностью

Ранг	Признаки	Баллы
1	Наличие атопических заболеваний у родственников	+7
2	Бронхообструктивный синдром в анамнезе	+6
3	Наличие у пробанда в анамнезе непереносимости пищевых продуктов и (или) лекарственных препаратов	+6
4	Отрицательный эффект при ОРВИ от антибиотикотерапии	+6
5	Кожный аллергический синдром в анамнезе или на момент осмотра ребенка	+5
6	Наличие у пробанда сезонного или круглогодичного ринита	+4
7	Постоянный контакт дома или в детском коллективе с потенциальными бытовыми, эпидермальными аллергенами	+4
8	Течение ОРЗ преимущественно без повышения температуры тела	+3

Второй тип – отоларингологический – формируется у детей с лимфатическим диатезом. Внешне это проявляется наличием у ребенка лимфатического габитуса. Кожа у таких детей бледная, нежная, лицо одутловатое, тургор тканей снижен, мышцы слабые, отмечается склонность к потере массы тела при заболеваниях. Дети могут отставать в росте. Их поведение характеризуется вялостью, апатичностью, малой подвижностью, снижением интереса к окружающему.

У этих детей имеет место конституционально обусловленная функциональная несостоятельность лимфоидной ткани, в результате чего происходит ее компенсаторная гиперплазия, что проявляется увеличением размеров лимфатических узлов и вилочковой железы.

Гиперплазированная лимфоидная ткань, подвергаясь воздействию условно-патогенной флоры, по причине сниженного иммунитета часто воспаляется, что ведет к формированию очагов хронической инфекции. Поэтому клинически этот тип характеризуется наличием хронических очагов инфекции в ЛОР-органах (хронические риниты, синуситы, тонзиллиты, отиты, аденоиды и т.д.).

В силу конституциональной обусловленности несостоятельности лимфоидной ткани очаги хронической инфекции в носоглотке, как правило, есть и у ближайших родственников ребенка: родителей и др.

Несмотря на гиперплазию лимфоидной ткани, ее функциональные возможности остаются сниженными, что отражается на показателях иммунограммы, в которой выявляется недостаточность иммунного ответа при нагрузочных тестах.

Отоларингологический тип диагностируется по признакам, представленным в таблице 7. При сумме баллов 15 и более устанавливается отоларингологический тип.

Таблица 7

Диагностические признаки для выявления частых респираторных заболеваний лимфатического генеза

Ранг	Признаки	Баллы
1	Лимфатический габитус ребенка	+6
2	Учащение встречаемости ОРЗ в холодное время года	+6
3	Быстрая положительная динамика в течении ОРЗ от антибиотикотерапии	+6
4	Наличие у родителей или сибсов хронической патологии ЛОР-органов	+5
5	Течение ОРЗ преимущественно с фебрильной температурой тела	+5
6	Частые ОРВИ на первом году жизни	+4
7	Учащение числа случаев ОРЗ с момента посещения детского коллектива	+3
8	Перенаселенность жилища	+3
9	Использование общественного транспорта для доставки ребенка в детский сад	+3
10	Течение ОРЗ преимущественно с затяжным кашлем	+3

Период раннего детства характеризуется интенсивным развитием лимфоэпителиальной глоточной системы (ЛЭГС). Начиная со второго года жизни, постепенно формируются небные миндалины, причем у большинства детей миндалины появляются к концу первого года жизни. На втором году начинается формирование глоточной миндалины (аденоидов), которая локализуется в так называемой «стратегической зоне» верхних дыхательных путей, там, где происходит наиболее интенсивное антигенное воздействие.

ЛЭГС участвует в генерации и «обучении» В-клонов лимфоцитов для «своего региона» – слизистой оболочки дыхательных путей, где они и осуществляют местную продукцию антител классов А и М (IgA и IgM).

Т-лимфоциты сосредоточены в экстрафолликулярной зоне миндалин и являются тимусзависимой клеточной структурой. Эпителиоциты слизистой оболочки носоглотки и миндалин образуют петлистую сеть, где сосредотачиваются мигрирующие из общего кровотока лимфоциты – так называемый лимфоэпителиальный симбиоз.

Суть лимфоэпителиального симбиоза заключается в том, что, проходя между эпителиальными клетками, лимфоциты нарушают целостность эпителиального покрова, образуя так называемые «физиологические раны», или «ходы», которые обеспечивают контакт лимфоидной ткани глотки и миндалин с внешней средой. В условиях целостности эпителиального покрова слизистой носоглотки именно эти внутриэпителиальные ходы «дозируют» поступление антигенов в ЛЭГС, обеспечивая адекватную антигенную нагрузку на лимфоидный аппарат глотки, необходимую для защиты респираторного тракта. При

нарушении целостности эпителия под воздействием повторных инфекций антигенная нагрузка на ЛЭГС неизмеримо возрастает. Это может сопровождаться перенапряжением, истощением или расстройством защитных механизмов.

Функциональная активность ЛЭГС зависит от возраста и морфологической зрелости ребенка. А возрастная эволюция ЛЭГС находится под генетическим контролем и зависит от морфотипа данного индивидуума. Наряду с генетически детерминированной склонностью к гиперплазии и замедленной редукции ЛЭГС на процессы ее эволюции немалое влияние оказывает воздействие внешних, фенотипических факторов. Таких факторов множество. Это экологическое неблагополучие окружающей среды, проживание в сырых, плохо вентилируемых помещениях, большая скученность в помещениях, посещение детских коллективов, недостаточное и/или неправильное питание, неправильное лечение предшествующих респираторных заболеваний, перенесенные тяжелые заболевания, особенно инфекционные, глистная инвазия, повторяющиеся стрессовые воздействия и т.д. При достаточно интенсивном воздействии фенотипических факторов они способны нарушить хрупкое равновесие между нормой и патологией, и у ребенка, имеющего генетическую предрасположенность, развивается выраженная гиперплазия ЛЭГС, нарушается лимфоэпителиальный симбиоз, создаются предпосылки для неадекватной стимуляции иммунной системы, преодоления порога ее толерантности, формирования иммунной дисфункции.

К третьему типу относят детей, у которых рецидивы респираторных инфекций сочетаются с **функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта**. В настоящее время желудочно-кишечный тракт рассматривается как система, участвующая в формировании общей иммунобиологической реактивности организма. Большую роль при этом играет нормальная микрофлора кишечника, которая предохраняет кишечник от заселения патогенной и условно-патогенной флорой, обеспечивает синтез витаминов группы В, К, аминокислот, иммуноглобулинов и способствует созреванию и функционированию иммунокомпетентных органов.

Избыточное накопление при дисбиозе условно-патогенной флоры ведет к прорыву ее в кровотоку и лимфоток и оседанию на слизистых внутренних органов, в том числе респираторного тракта.

Есть группа детей, у которых дисбиоз кишечника диагностируется уже с первых дней жизни: недоношенные; доношенные дети, имеющие отягощенный перинатальный анамнез и с рождения находящиеся на искусственном вскармливании. У 92–94% детей, страдающих частыми респираторными заболеваниями, выявляется дисбиоз кишечника.

Кроме того, развитию дисбиоза способствует необоснованное назначение антибактериальной терапии. Поскольку антибиотики являются иммуносупрессорами, то у детей часто развивается дисбиоз как слизистых оболочек дыхательных путей, так и ЖКТ, что усугубляет их склонность к частым ОРЗ. Дисбиоз может возникнуть как после лечения антибиотиками, так и предшествовать приему препаратов.

Выраженное ослабление иммунитета может произойти после таких инфекционных заболеваний кишечника, как дизентерия, сальмонеллез и т.п.

Для детей с дисбиозом характерны диспепсические расстройства: снижение аппетита, срыгивания, рвота, неустойчивый стул, склонность к запорам.

У детей этой группы большое диагностическое значение имеет копрологическое исследование и анализ кала на дисбиоз, что позволит провести своевременную коррекцию выявленных нарушений.

Четвертый тип частой респираторной заболеваемости формируется у детей, имеющих **вторичные транзиторные парциальные иммунодефицитные состояния**.

Вторичные иммунодефицитные состояния (ИДС) могут развиваться у детей, родившихся от неблагоприятно протекавшей беременности и родов, при которых происходит нарушение трансплацентарной передачи иммунитета от матери к ребенку. Такие дети становятся часто болеющими уже на первом году жизни.

Вторичные ИДС часто возникают у детей после инфекционных заболеваний (инфекционный мононуклеоз, эпидемический гепатит, герпес, грипп, корь, ветряная оспа, коревая краснуха), кандидомикозов, ожогов, при проведении кортикостероидной терапии.

У большинства ЧБД выявляются неспецифические и разнонаправленные иммунологические отклонения: нарушение функциональной активности Т-лимфоцитов, изменение соотношения хелперы/супрессоры, умеренные дисгаммаглобулинемия и гипогаммаглобулинемия, снижение активности фагоцитоза, уровня комплемента, лизоцима; снижение иммуноглобулинов: Ig A, Ig G, Ig M; нарушение процессов интерферонообразования.

Иммунная система ЧБД, хотя и не имеет грубых первичных приобретенных дефектов, но характеризуется крайней напряженностью процессов иммунного реагирования и недостаточностью резервных возможностей даже в период клинического благополучия и при отсутствии признаков ОРЗ, что, по-видимому, является результатом длительного и массивного антигенного воздействия на организм ребенка.

В ходе наблюдения за детьми с подозрением на ИДС сложилось понятие «иммунокомпрометированный ребенок». Для них характерна повышенная инфекционная заболеваемость, но по сравнению с первичными ИДС она имеет другие типичные проявления (табл. 8).

Как видно из представленных данных, различия между понятиями «первичное ИДС» и «иммунокомпрометированность» огромны. С клинических позиций, ИДС характеризуются тяжелыми гнойными инфекциями, а при состоянии иммунокомпрометированности могут наблюдаться частые, в большинстве случаев неосложненные респираторные инфекции. Лабораторные нарушения при иммунодефицитных состояниях высокоинформативны и стабильны, при состоянии иммунокомпрометированности не удается выявить глубоких, статистически достоверных отклонений.

**Сопоставление понятий
«первичное ИДС» и «иммунокомпрометированный ребенок»**

Характерный признак	Первичное ИДС	Иммунокомпрометированный ребенок
Восприимчивость к инфекциям	Преобладают тяжелые, политопные, глубокие инфекции с хроническим или рецидивирующим течением. Большинство эпизодов связано с активацией банальной аутофлоры	Повторные неосложненные локальные инфекции (часто болеющие дети, рецидивирующий фурункулез), а также хронические моноочаговые инфекции (средний отит, конъюнктивит, остеомиелит и т.д.). Многие эпизоды провоцируются внешним контактом и/или связаны с патогенной флорой
Отдаленный прогноз	Зависит от формы, без адекватной терапии – всегда неутешительный, при некурабельных формах – пессимистичен	Как правило, благоприятный, нередко – спонтанное улучшение
Наследственный, семейный характер заболевания	Прослеживается в значительной части случаев.	Выявляется редко
Заместительная иммунотерапия	Показана, в значительной части случаев, высокоэффективна	Не показана, не эффективна
Иммунореконструктивная иммунотерапия	При ряде форм первичных ИДС единственный высокоэффективный метод лечения	Не проводится
Иммуномодулирующая терапия	Как правило, не показана и не эффективна (может проводиться при селективных или парциальных дефектах)	Наиболее употребима, в ряде случаев эффективна
Лабораторная характеристика иммунных нарушений	В большинстве случаев соответствует четким критериям диагноза определенной нозологической формы или синдрома, параметры иммунных нарушений характеризуются стабильностью, воспроизводимостью, глубиной дефекта (<10-20% от нормы), лабораторная диагностика высокоинформативна и обязательна	Носит случайный характер (невоспроизводима), статистически недостоверна, глубина дефектов незначительна(>80% от нормы). Лабораторная диагностика может использоваться в исследовательских целях, необязательна, так как неинформативна

Понятия «иммунокомпрометированный ребенок» и «вторичное ИДС» в ряде случаев могут употребляться как синонимы, если речь идет о последствиях воздействий, которые безусловно повреждают иммунитет: ионизирующей радиации, химических отравлений, глубокой белково-калорийной недостаточности, обменных нарушений и т.д. Однако нередко между понятиями «иммунокомпрометированный ребенок» и «вторичное ИДС» обнаруживаются принципиальные различия (табл. 9).

Таблица 9

**Сопоставление понятий
«иммунокомпрометированный ребенок» и «вторичное ИДС»**

Иммунокомпрометированный ребенок	Вторичное ИДС
Предположительное суждение: в полноценности иммунитета данного пациента можно усомниться, однако, может быть, нарушений иммунитета нет	Утвердительное суждение: иммунитет пациента безусловно страдает, есть ИДС
Не требует лабораторного подтверждения	Без лабораторного подтверждения остается сомнительным
Не требует поиска первопричины, достаточен факт клинической скомпрометированности	Необходимы поиск первопричины, вследствие которой развился вторичный иммунодефицит, и оценка возможности устранения (компенсации) этой первопричины

Детям с подозрением на ИДС надо как можно раньше назначить консультацию иммунолога и провести иммунологическое обследование для решения вопроса о назначении иммуностропной терапии.

Мобилизация иммунной сопротивляемости часто болеющих детей, даже если их заболеваемость обусловлена в значительной мере социально-гигиеническими или другими неиммунными причинами, в некоторых случаях может дать положительный клинический эффект. Именно поэтому иммуномодулирующая терапия остается методом выбора лечения часто болеющих детей.

Пятый тип рецидивирующих респираторных инфекций возникает у детей **с низкими адаптивными возможностями**. Это, как правило, дети с реализованным перинатальным риском в виде перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС), задержки внутриутробного развития (ЗВУР), внутриутробной инфекции. У них уже на антенатальном этапе отмечается напряженное функционирование коры надпочечников с последующим ее истощением с первых месяцев жизни ребенка. Такие дети плохо переносят различные нагрузки, в том числе и стрессогенные.

Последствия перинатальных поражений ЦНС (ППП ЦНС) серьезно ограничивают качество биологической и социальной адаптации детей, способствуют раннему формированию хронической соматической патологии и частой заболеваемости ОРЗ, что связано с нарушением становления у них иммунной системы и несостоятельностью адаптационных механизмов (Яременко Б.Р. с соавт., 1999; Романцов М.Г., 2006). Большинство таких детей попадает в группу ДЧБ уже с первого года жизни (Макарова М.Э., 2006) и у них отмечено бо-

лее тяжелое и продолжительное течение ОРЗ с подъемом температуры тела до высоких цифр, с большими, чем у детей без ППП ЦНС в анамнезе, изменениями самочувствия, выраженным астеническим синдромом в период реконвалесценции, более частые осложнения и раннее формирование патологии ЛОР-органов, бронхолегочной системы. У детей, имеющих сочетание ППП ЦНС с рецидивирующими инфекциями респираторного тракта, выявляется более высокий уровень тревожности и нарушение эмоционального состояния; определяются нарушения семейного воспитания по типу гиперпротекции, чрезмерности запретов и воспитательной неуверенности, что обосновывает необходимость участия в реабилитации таких детей психолога и психотерапевта.

Шестой тип рецидивирующих респираторных инфекций часто возникает у детей **с врожденными аномалиями пищеварительного тракта**, в частности при недостаточной замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, при наличии врожденного короткого пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и др. Эти дети страдают периодической аспирацией желудочного содержимого вследствие рефлюкс-эзофагитов. У них уже на первом году жизни возникают «внепищеводные» симптомы имеющейся аномалии в виде респираторных расстройств (кашель, дисфония, приступы удушья), а также отрыжка воздухом; синдром рвоты и срыгивания, усиливающиеся в горизонтальном положении. Эти дети нуждаются в консультации хирурга и дополнительном обследовании в условиях гастроэнтерологического отделения.

Если еще несколько лет назад считалось, что основной причиной развития респираторной патологии является только лишь аспирация (или микроаспирация) содержимого желудка при рефлюксе, то в настоящее время доказана ведущая роль вегетативных расстройств, возникающих при гастроэзофагеальном рефлюксе, в развитии таких кардиореспираторных симптомов, как рефлексорное центральное апноэ, рефлексорная брадикардия, рефлексорный бронхоспазм, рефлексорный ларингоспазм.

О седьмом (смешанном) типе частой респираторной заболеваемости свидетельствует наличие симптоматики, свойственной нескольким выше перечисленным клиническим типам.

Таким образом, учитывая многообразие типов, для объяснения этиопатогенетических механизмов рецидивирования острых респираторных заболеваний, врачу-педиатру чрезвычайно важно составить дифференцированную диагностическую программу для выявления причины повышенной заболеваемости и провоцирующих факторов.

3.4. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Как уже отмечалось выше, основным критерием выделения пациентов в группу ЧБД является частота заболеваемости ОРЗ. Это не исключает проведения дополнительного обследования ребенка.

Прежде чем включить ребенка в группу ЧБД, надо исключить наследственную, врожденную и приобретенную патологию не только органов дыхания, но и других систем организма.

Всем детям необходимо назначить проведение клинического анализа крови, общего анализа мочи, анализа кала на яйца гельминтов, результатов туберкулинодиагностики.

Далее, в зависимости от клинического типа рецидивирующей респираторной инфекции, следует назначить дополнительные обследования:

1) при подозрении на аллергическую предрасположенность:

- ведение пищевого дневника;
- элиминация бытовых аллергенов;
- подсчет абсолютного числа эозинофилов в периферической крови, носовом секрете, мокроте;
- консультация аллерголога;
- проведение аллерготестов;
- консультация ЛОР-врача;

2) при подозрении на лимфатико-гипопластический диатез:

- бактериологическое исследование мазков с миндалин у пациента и ближайших родственников;
- подсчет абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови;
- консультация ЛОР-специалиста;
- иммунологическое обследование 1 и 2 уровней;

3) при подозрении на иммунодефицитное состояние:

- клинический анализ крови;
- подсчет абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови.
- протеинограмма;
- иммунологическое обследование 1 и 2 уровней;

4) при подозрении на дисфункцию ЖКТ:

- копрологическое исследование;
- анализ кала на дисбактериоз;
- консультация гастроэнтеролога;

5) при подозрении на врожденную патологию ЖКТ:

- консультация гастроэнтеролога;
- консультация хирурга.

4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

4.1. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Часто болеющий ребенок берется под диспансерное наблюдение сроком не менее 2 лет. Участковый педиатр составляет план наблюдения и реабилитации на год.

1. Частота осмотра педиатром – 1 раз в 3 месяца.
2. Частота осмотра специалистами.
 - ЛОР – 2 раза в год.

- Стоматолог – 2 раза в год.
 - Аллерголог – по показаниям.
 - Фтизиатр – по показаниям
 - Врач ЛФК – по показаниям.
 - Иммунолог – по показаниям.
 - Невролог – по показаниям.
 - Хирург – по показаниям.
 - Гастроэнтеролог – по показаниям.
 - Физиотерапевт – по показаниям.
 - Психолог – по показаниям.
3. Дополнительные обследования.
- Общий анализ крови, общий анализ мочи – 2 раза в год.
 - Анализ кала на яйца глистов – 2 раза в год.
 - Анализ кала на дисбактериоз – по показаниям.
 - Иммунограмма – по показаниям.
 - Рентгенограмма придаточных пазух носа, носоглотки – по показаниям.
4. Реабилитационные мероприятия.
- Соблюдение правильного режима дня.
 - Рациональное питание.
 - Прием пищевых добавок.
 - Витаминотерапия.
 - Апитерапия (использование продуктов пчеловодства).
 - Коррекция дисбиоза.
 - Фитотерапия.
 - Энзимотерапия.
 - Ароматерапия.
 - Санация очагов хронической инфекции.
 - ЛФК, дыхательная гимнастика, закаливание.
 - Рефлексотерапия.
 - Физиотерапия.
 - Иммунореабилитация.
5. Вакцинопрофилактика.
6. Санаторно-курортное лечение.
7. Оценка эффективности диспансеризации.

4.2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Реабилитация ЧБД может проводиться:

- в лечебно-профилактических учреждениях: детской поликлинике (отделение восстановительного лечения, дневной стационар (приложение 5), центре восстановительного лечения, санатории (см. раздел «Санаторно-курортное лечение»);

- в образовательных учреждениях (специализированные ДОУ, группы для ЧБД в ДОУ) (приложение 6);
- в условиях семьи.

Хороший эффект получен в процессе семейного оздоровления, что предполагает своевременное выявление и санацию очагов хронической инфекции у членов семьи (приложение 4). Эффективность такой формы реабилитации самая высокая и составляет 70%.

Основные принципы реабилитации:

- раннее начало;
- учет клинических особенностей и патогенетических механизмов патологии, индивидуальных факторов риска;
- длительность и непрерывность реабилитационных мероприятий;
- преемственность восстановительного лечения (стационар, поликлиника, санаторно-оздоровительное учреждение, образовательное учреждение);
- применение комплекса лечебных средств, воздействующих на разные звенья патогенеза с приоритетным выбором немедикаментозных методов.

4.3. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В связи с множеством механизмов, приводящих к частым респираторным инфекциям у детей, необходимо комплексное воздействие на организм различными методами, при этом надо избегать полипрагмазии и использовать у одного пациента минимально необходимое количество средств воздействия.

Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом клинического типа частой респираторной заболеваемости и особенностей течения заболеваний, присущих данной категории детей.

Прежде всего, необходимо помнить о частом присоединении бактериальных инфекций ЛОР-органов (у 35% детей группы ЧБД) с высокой значимостью в их генезе условно-патогенной микрофлоры. Это диктует необходимость назначения детям при ОРВИ антибактериальных препаратов, что, в свою очередь, требует проведения мониторинга антибиотикотерапии.

Условно-патогенную флору дети могут получить от здорового окружения. Поэтому целесообразно помещать часто болеющих детей в отдельные изолированные группы в условиях ДОУ (приложение 6).

Респираторные инфекции часто рецидивируют после заболеваний, протекающих с поражением иммунной системы. Это инфекционный мононуклеоз, эпидемический гепатит, герпетическая инфекция. Поэтому при сборе анамнеза необходимо уточнить, не болел ли ребенок ранее одним из указанных заболеваний, не связан ли с этим обстоятельством факт рецидивирования респираторных инфекций. В данной ситуации возникает необходимость углубленного иммунологического обследования.

Поскольку частое рецидивирование респираторных заболеваний не зависит от того, посещает ли ребенок ДООУ, нет необходимости выводить его из организованного коллектива и воспитывать в домашних условиях.

Учитывая одинаковую вероятность заболевания ЧБД во все сезоны года, необходимо организовать круглогодичное оздоровление этих детей.

Еще одним фактором, способствующим снижению защитных свойств организма, является нарушение экологии. Высокое содержание различных ксенобиотиков в воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме, что, в конечном счете, приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и извращениям иммунной защиты. Это важно учитывать при организации режимных моментов (прогулки, летний отдых), питания и т.д.

4.3.1. Особенности режима дня

Для ЧБД режим дня должен составляться с учетом биоритмологических особенностей, которые характеризуются у этих детей развитием суточного десинхроноза. Доказано, что у часто болеющих детей происходит смещение повышенной возбудимости на ночные часы, совпадающие с первыми, самыми полноценными, часами ночного сна, что определяет его поверхностный характер (Мандров С.И., Шишова А.В., Жданова Л.А., 1998). Поэтому для обеспечения ребенку полноценного отдыха необходимо:

- увеличение продолжительности сна на 1,5–2 часа как за счет дневного, так и ночного времени;
- обязательная организация дневного сна или отдыха;
- детям старшего дошкольного возраста в случае отказа от дневного сна возможна его замена другими формами отдыха (элементы мышечной релаксации по типу психологической разгрузки, аутотренинг, использование функциональной музыки);
- исключение занятий и игр, приводящих к перевозбуждению, перед ночным сном; рекомендуются спокойные игры, занятия по интересам, не сопровождающиеся эмоциональным напряжением, прогулки перед сном, ограничение просмотра телевизионных передач.

Рекомендуется распределение оздоровительных мероприятий в течение дня с учетом биоритмологических особенностей:

- 8.00–11.00 – массаж, электрофорез, прием лекарственных препаратов, улучшающих функцию коры надпочечников (витамины В₆, С, элеутерококк, лимонник, глицирам);
- 13.00–14.00 – электросон, прием витаминов В₅, В₁, глицирама;
- 14.30–19.00 – водные процедуры, игровые занятия на свежем воздухе, прием препаратов, обладающих мембраностабилизирующим и десенсибилизирующим действием.

Для улучшения оксигенации мозга в режиме дня следует предусмотреть:

- максимально возможное пребывание ребенка на свежем воздухе, а в теплое время года проведение занятий на улице;

- очень важно организовать пребывание ребенка в загородной зоне в выходные дни в течение всего года и, особенно, во время летнего отдыха, чтобы сократить время пребывания в условиях города, где воздух загрязнен солями тяжелых металлов, являющихся токсичными и вытесняющими необходимые организму макро- и микроэлементы, в том числе эссенциальные.

С учетом высокой частоты отклонений со стороны нервной системы, которые могут быть связаны как с последствиями перинатальной патологии ЦНС (например, СДВГ), так и с появлением невротических реакций в силу повышенной тревожности, формирования комплекса неполноценности, в режиме дня должны иметь место психопрофилактические мероприятия, имеющие целью предупреждение:

- 1) перевозбуждения ЦНС (музыкотерапия, фитотерапия, аэротерапия, фитодизайн, цветотерапия, обучение релаксации);
- 2) формирования психологических изменений личности (позитивная педагогика).

4.3.2. Коррекция питания

В комплексе реабилитации важное место отводится рекомендациям по питанию, которое должно быть сбалансированным по основным нутриентам и соответствовать возрастным потребностям растущего организма.

Диета должна способствовать повышению защитных сил организма.

В эпидемически неблагоприятный период рекомендуется на 10–15% увеличить в рационе содержание белка по сравнению с возрастной нормой за счет белков животного происхождения. При этом необходимо ограничить употребление легкоусвояемых углеводов и экстрактивных веществ. В рацион ребенка обязательно должны входить мясо, яйца, рыба, творог, молоко, кисломолочные продукты. Последние обладают антимикробными свойствами, препятствуют гнилостным процессам в кишечнике, содержат повышенное количество витаминов группы В.

Мясо и мясные продукты – источник полноценного белка. Красное мясо богато солями железа, фосфора, калия, магния, кальция, витаминами группы В, а также экстрактивными веществами, стимулирующими желудочную секрецию. Поэтому мясные бульоны показаны детям с пониженным аппетитом. Субпродукты, богатые цинком, железом и другими минеральными веществами, необходимы в питании часто болеющих детей, особенно страдающих анемией. Фосфорные соединения, содержащиеся в субпродуктах, благоприятно влияют на ЦНС. Аналогичным действием обладают яйца. Нежирные сорта рыбы показаны как источник легко перевариваемого и усвояемого белка.

Употребление продуктов, содержащих жиры растительного происхождения, богатых полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК), фосфолипидами, витамином Е, благоприятно действует на активацию регенераторных процессов дыхательных путей.

Главные функции ПНЖК: накопление энергии в клетках; стабилизация температуры тела; предохранение кожи от высыхания и шелушения; воспроизводство семейства гормонов, необходимых для клеток, клеточной биохимии и метаболизма энергии; повышение иммунитета. Основными источниками ПНЖК омега-3 жиров являются рыба и растительные масла (табл. 10, 11, 12).

В растительных жирах много витамина Е, который является мощным антиоксидантом. Наибольшее его количество содержат нерафинированные масла: сафлоровое, подсолнечное, хлопковое, соевое, кукурузное, арахисовое, облепиховое, зародыши пшеницы и масло из них; бобовые; зерновые и бобовые проростки; соевые бобы, орехи, семечки, ореховые масла, неочищенный рис, овсяная каша, темно-зеленые листовые овощи, зеленый горошек, шпинат, спаржа. Продукты животного происхождения, такие как сливочное масло, яичный желток, молочный жир и печень, содержат меньшее количество витамина Е.

С учетом потребности организма в ПНЖК 30% потребляемого жира должны составлять растительные и 70% животные жиры.

Включение в рацион часто болеющих детей сливочного масла, жиры которого легко перевариваются и усваиваются, обеспечивает организм жирорастворимыми витаминами А, D, В₂, которых нет в продуктах растительного происхождения.

Полезно употребление рыбьего жира. В его состав входят витамины А и D, незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты омега-3, которые и определяют его воздействие на организм. Ретинол (витамин А) нормализует состояние кожи и слизистых оболочек, незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 способствуют выработке в организме простагландинов, обладающих противовоспалительным действием. Рыбий жир повышает содержание в организме гормона хорошего настроения (серотонина), который способен снижать агрессивность, ликвидировать последствия стресса.

Рыбий жир – капсулы по 500 мг (жир морских рыб) принимают в расчете по 1–3 г на год жизни.

Таблица 10

**Масло и жиры со сравнительно высоким содержанием
омега-3 и омега-6 ПНЖК**

ОМЕГА-3 жиры	ОМЕГА-6 жиры
Рыбий жир	Кукурузное масло
Масло из семян льна	Сафлоровое масло
Рапсовое масло	Подсолнечное масло
Масло из грецких орехов	Хлопковое масло
Соевое масло*	Соевое масло

* В соевом масле самое высокое содержание омега-6 ПНЖК по сравнению с большинством омега-3 масел, поэтому оно принадлежит к обеим категориям.

Таблица 11

Содержание омега-3 в некоторых растительных* продуктах

Источник (100 г)	Омега-3 АЛК**, г
Орехи и семена	
Семена льна	22,8
Ядра сои, обжаренные	1,5
Грецкие орехи, черные	3,3
Грецкие орехи, английские и персидские	6,8
Бобовые	
Фасоль обыкновенная, сухая	0,6
Соевые бобы, сухие	1,6
Зерновые	
Зародыши овса	1,4
Зародыши пшеницы	0,7

* В таблице приведены только наиболее существенные растительные источники омега-3 ПНЖК.

** АЛК-альфа-линолевая кислота.

Таблица 12

Содержание омега-3 в некоторых морских продуктах

Вид рыбы	Омега-3 ПНЖК, % от веса
Скумбрия	1,8–5,3
Сельдь	1,2–3,1
Лосось	1,0–1,4
Тунец	0,5–1,6
Форель	0,5–1,6
Палтус	0,4–0,9
Креветки	0,2–0,5
Треска	0,2–0,3

Особое место в питании часто болеющих детей принадлежит овощам, фруктам, ягодам, зелени. Они богаты витаминами, минеральными веществами. В яблоках, моркови, петрушке, картофеле содержатся пектиновые вещества, обладающие бактерицидными свойствами и способствующие эпителизации тканей, нормализующие функцию органов пищеварения. Особое значение для часто болеющих детей имеют витамины С и А. Содержание этих витаминов в продуктах питания представлено в таблице 13 .

Фрукты и овощи содержат клетчатку, необходимую для повышения моторной функции кишечника, а их ароматические вещества возбуждают секрецию пищеварительных соков и повышают их активность. Поэтому при понижении

аппетита ЧБД следует давать салаты из сырых овощей и фруктов перед каждым приемом пищи.

Дубильные вещества, содержащиеся в некоторых овощах и фруктах (черника, рябина, кизил, айва, груши, гранаты), обладают антисептическим и противовоспалительным действием.

Фитонциды таких продуктов, как чеснок, зеленый, репчатый лук, зелень петрушки, укропа, сельдерея, кинзы, оказывают противомикробное действие. Их целесообразно использовать в питании часто болеющих детей систематически, а особенно в периоды сезонных подъемов заболеваемости ОРВИ.

Таблица 13

Содержание витаминов С, А и бета-каротина в продуктах

Источник витамина С	В 100 г	Источники витамина А и бета-каротина	Вит. А	Бета-каротин
Шиповник: сухой свежий	1100 650	Печень говяжья	3,2	1,0
Перец сладкий красный	250	Печень свиная	3,45	-
Смородина черная	200	Масло сливочное	0,59	0,38
Облепиха	200	Сыр российский	0,26	0,17
Петрушка зелень	150	Яйцо куриное	0,25	-
Капуста брюссельская	120	Сметана 20%	0,15	0,06
Укроп	100	Морковь	-	9,0
Рябина садовая	70	Рябина садовая	-	9,0
Капуста цветная	70	Облепиха	-	7,9
Апельсин	60	Петрушка зелень	-	5,7
Земляника садовая	60			
Капуста краснокочанная	60			
Шпинат	55			
Капуста белокочанная	45			
Грейпфрут	46			
Лимон	40			

При составлении рекомендаций по питанию часто болеющему ребенку в каждом конкретном случае необходимо учитывать сопутствующую патологию, в связи с которой возникает необходимость в исключении и ограничении приема некоторых продуктов. Это касается детей с аллергией, дисметаболическими нефропатиями, гастродуоденитами и т.д.

Целесообразно использовать **биологически активные комплексы или биологически активные добавки (БАД)** – композиции натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для приема с пищей или введения в состав пищевых продуктов, с целью обогащения рациона отдельными пищевыми или биологически активными веществами и их комплексами. По назначению врача-педиатра разрешается добавление к пище биологически активных комплексов, имеющих санитарно-

эпидемиологическое заключение, зарегистрированных в Федеральном реестре Минздравсоцразвития РФ и предназначенных для использования в питании детей раннего и дошкольного возраста.

К биологически активным комплексам относятся ряд витаминов, витаминно-минеральных комплексов (ВМК), витаминоподобных веществ, макро- и микроэлементов, пробиотиков и пребиотиков, продуктов пчеловодства, препараты на основе морских водорослей.

4.3.3. Витамины

Современная пища не гарантирует профилактику витаминно-минеральной недостаточности. Поэтому независимо от степени благополучия семьи и наличия симптомов витаминного дефицита всем детям необходимо регулярно принимать ВМК, некоторые из них представлены в таблице 14.

Большинство витаминов являются коферментами, играющими важную роль во всех процессах жизнедеятельности организма. Дефицит витаминов ведет к нарушению обмена веществ, снижению иммунитета, замедлению роста, нарушению нервно-психического развития, дисфункции репродуктивной системы, повышению острой заболеваемости и формированию хронических заболеваний.

Самая распространенная форма витаминного дефицита – субнормальная (маргинальная), что является доклинической стадией дефицита витаминов, проявляющейся в основном нарушениями метаболических и физиологических реакций, в которых участвуют данные витамины, а также отдельными клиническими микросимптомами.

Другая форма недостатка витаминов, минералов и микроэлементов в организме – так называемый «скрытый голод» – выявляется у 14–50% детей (Блажевич Н.В., Спиричев В.Б., 1991, 2000).

В США и Великобритании витаминно-минеральные комплексы принимают регулярно свыше 60% всего населения и почти 100% беременных и детей, а в России эта цифра едва дотягивает до 5%!

При выборе ВМК в педиатрии необходимо руководствоваться следующими положениями:

- ориентироваться на установленные в нашей стране возрастные нормативы потребления витаминов и минералов;
- отдавать приоритет препаратам, эффективность которых доказана в многочисленных исследованиях с использованием принципов доказательной медицины;
- знать, что вероятность гипервитаминоза настолько мала, что официально разрешено трехкратное превышение содержания витаминов;
- помнить, что антагонистические взаимоотношения вынуждают производителей идти на изготовление отдельных гранул витаминов и микроэлементов, а затем объединять их в обычную таблетку;
- курсы витаминно-минеральных комплексов не следует использовать в сочетании с химиотерапевтическими средствами и антибиотиками, витамины следует принимать после проведения антибиотикотерапии;
- рассуждения типа: «Синтетические витамины неэффективны» противоречат клиническим исследованиям.

Витаминно-минеральные комплексы, применяемые у детей

Название	Форма выпуска	Возраст, с которого возможно применение
«АЛВИТИЛ»*	Сироп	с 2,5–6 лет
«АЛВИТИЛ»*	Таблетки	старше 6 лет
«АЛФАВИТ детский сад»	Таблетки	с 3–7 лет
«АЛФАВИТ школьник»	Таблетки	с 7–14 лет
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	для детей 1-го года жизни
«БИОВИТАЛЬ»	Гель	все возраста
«ВЕТОРОН ДЛЯ ДЕТЕЙ»	Раствор	с 3 лет и старше
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	с 2 месяцев
«ВИТРУМ БЭБИ»	Таблетки	с 2–5 лет
«ВИТРУМ КИДС»	Таблетки	с 4–7 лет
«ВИТРУМ ЮНИОР»	Таблетки	с 7 лет и старше
«ДЖУНГЛИ С МИНЕРАЛАМИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
«ДЖУНГЛИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
КОМПЛИВИТ АКТИВ*	Таблетки	с 7 лет
«КАЛЬЦИНОВА»*	Таблетки	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС БЭБИ»*	Раствор	для детей 1-го года жизни
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ»*	Таблетки	с 1–4 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ КАЛЬЦИЙ+»*	Таблетки жевательные	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ЮНИОР»*	Таблетки	с 4 лет и старше
«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО КИДС»*	Таблетки	с 4 лет и старше
«МУЛЬТИ-ТАБС ТИНЕИДЖЕР»*	Таблетки жевательные	с 11 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕНСИВ»*	Таблетки	с 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО»*	Таблетки	с 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС В-КОМПЛЕКС»*	Таблетки	
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕЛЛО КИДС С ОМЕГА-3»*	Таблетки жевательные	с 3 лет
«ПИКОВИТ»*	Пастилки	с 4 лет и старше
«ПИКОВИТ»*	Сироп	с 1–14 лет
«ПОЛИВИТ БЭБИ»	Капли	для детей 1-го года жизни
«САНА-СОЛ»	Сироп	с 1-10 лет
«САНА-СОЛ ЭКСТРАВИТ»	Таблетки	с 4 лет и старше
СУПРАДИН	Таблетки шипучие, таблетки в оболочке	с 12 лет
«ЦЕНТРУМ ДЕТСКИЙ»	Таблетки	с 2 лет и старше

* Препараты, включенные в Российский национальный педиатрический формуляр под редакцией А.А. Баранова (2009).

Необходимо помнить, что витамины и микроэлементы обладают дозозависимым иммуномодулирующим эффектом. Например, витамин С проявляет иммуномодулирующие свойства при приеме в суточной дозе 2,5–7,5 мг/кг,

витамин А – 3300–4500 МЕ, витамин Е – 10–15 мг/кг, витамин В₆ – 20–60 мг/кг. Врач-педиатр, ориентируясь на состав выпускаемых витаминно-минеральных комплексов, может подобрать необходимый препарат с целью достижения иммуномодулирующего эффекта.

Прекрасно подходят для профилактики и восстановительного периода после ОРВИ комбинированный поливитаминно-минеральный комплекс **МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО КИДС**, содержащий лактобактерии GG. Благодаря технологии микрокапсулирования и двухслойной таблетке пробиотическая культура изолирована от витаминов, в результате чего компоненты этого препарата не препятствуют усвоению друг друга, так как витамины и минералы начинают действовать после полного высвобождения и усвоения пробиотика.

4.3.4. Апитерапия

Апитерапия предполагает использование продуктов пчеловодства в комплексе реабилитации часто болеющих детей. Противопоказания к применению связаны в основном с аллергией на какие-либо из продуктов пчеловодства (мед, прополис, пчелиный яд, маточное молочко, воск или цветочную пыльцу).

Мед можно употреблять добавляя его к различным блюдам, например, смешать 200–250 г полужирного творога, 100 г простокваши, по 50 г кураги, изюма, чернослива, 50–80 г натурального меда. Ребенку дают данное блюдо в объеме возрастной потребности в твороге. Возможно употребление меда по 1 ч.л. 1 раз в день перед дневным или ночным сном.

Пчелиное маточное молочко обладает антимикробными, бактерицидными свойствами. Оно задерживает рост микробов и губительно действует на стафилококки, стрептококки, туберкулезную палочку. Активизирует защитные факторы организма при умственном и физическом переутомлении, в экстремальных условиях; улучшает потребление кислорода тканями организма, активизирует обменные процессы в тканях, улучшает их питание; регулирует работу центральной нервной системы. Маточное молочко входит в состав препаратов Апитонус и Апитонус П.

Апитонус содержит высококачественный мёд с добавлением пчелиного маточного молочка (2%). Назначают детям от 3 до 12 лет – чайную ложку 2 раза в день до еды; старше 12 лет и взрослым – чайную ложку 2 раза в день за 30 минут до еды. Курс – 10–15 дней. Повторный курс – через 2 недели.

Апилак – лекарственный препарат, обладающий общеукрепляющим действием и представляющий собой пчелиное маточное молочко. Кроме того, в его состав входят: витамины, фолиевая кислота, различные макро- и микроэлементы, аминокислоты, а также другие активные вещества биологического происхождения. Апилаку присуще общетонизирующее действие, а также он стимулирует клеточный метаболизм.

Назначают детям до 4 лет в свечах по 0,02 г, старше 4 лет – в капсулах по 0,03 г 1 раз в день в течение 20–30 дней.

Прополис предотвращает развитие заболеваний за счет противовоспалительного, бактерицидного и противовирусного эффектов. Флавоноиды прополиса укрепляют капиллярную стенку и являются антиагрегантами. Установлено, что прополис стимулирует трофические и регенеративные функции орга-

низма, укрепляет иммунную систему за счет повышения фагоцитоза. Кроме того, что очень важно, этот уникальный продукт поддерживает специфический иммунитет, повышая уровень гамма-глобулинов.

Прополис применяют в виде 10%-ного экстракта, настоянного на спирту (воде), меде, масле, ланолине по 3–5–10 капель за 1–2 часа до еды с глюкозой в течение 4 месяцев.

Пудра с прополисом используется для лечения ангины и хронического тонзиллита. Поверхность миндалин тушируют (припудривают) 2 раза в день в течение 5–7 дней.

4.3.5. Биологически активные комплексы на основе морских водорослей

Наличие в водорослях микро- и макроэлементов, минеральных веществ, витаминов в оптимальных для человека соотношениях, обуславливают их высокую биологическую активность. Биологические эффекты продуктов водорослевого происхождения: стимуляция активности нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов, моноцитов, Т-лимфоцитов, повышение регенеративных способностей тканей, вирусоцидное и бактерицидное действие, стимуляция выработки сывороточных иммуноглобулинов и секреторного Jg A, абсорбция из сыворотки крови солей тяжелых металлов, антигенов, циркулирующих иммунных комплексов, антиоксидантный эффект, активация энергетических процессов в цикле тканевого дыхания.

Фитолон – препарат из ламинарии (спиртовой раствор), биологически активная добавка к пище. Действующее начало – медные производные хлорофилла, полученные из бурых водорослей. Препарат рекомендуется в качестве общеукрепляющего средства, повышающего иммунитет; для защиты и стимуляции кроветворения; для предупреждения и комплексного лечения гриппа, острых респираторных инфекций, пневмонии, туберкулеза, воспалительных заболеваний уха, горла, носа; при проживании в экологически неблагоприятных регионах; при воздействии на организм вредных факторов; часто и длительно болеющим детям; при астеническом синдроме.

Выпускают в виде спиртовых растворов во флаконах емкостью 25, 68 и 100 мл. Назначают детям с 3 до 6 лет по 1 капле на 1 год жизни, детям с 6 до 14 лет – по 10–15 капель (0,3–0,5 мл) в $\frac{1}{4}$ стакана воды 3 раза в день во время еды; детям старше 14 лет – по 25–30 капель (0,8–1,0 мл) в $\frac{1}{4}$ стакана воды 3 раза в день во время еды. Длительность приема – 1 месяц. При необходимости курс повторяют через 2–3 недели. При ангинах, тонзиллите, стоматите и пародонтозе для полоскания рекомендуется применять раствор (2 чайные ложки «Фитолона» на $\frac{1}{3}$ стакана воды) 3–4 раза в день. При отитах – закладывать в уши турунды, смоченные раствором, при ингаляциях или орошении зева применять препарат в разведении 1:5 – 1:10.

«Фитолон» в таблетках по 0,25 г назначают детям с 7 лет по 1–2 таблетки 2–3 раза в день. Длительность приема – 1–3 месяца.

4.3.6. Препараты на основе дрожжей

Дрожжи содержат все необходимые организму аминокислоты, полный набор витаминов группы В, витамины Е, РР, Н, F, незаменимые жирные кис-

лоты, липиды, полисахариды, сорбенты, пептиды, ферменты, макро- и микро-элементы: кальций, магний, железо, марганец, цинк и другие. Препараты на основе дрожжей могут включать различные добавки, что расширяет их фармакологические эффекты.

Дрожжи противопоказаны при болезнях почек, подагре, ожирении, индивидуальной непереносимости, наличии грибковых заболеваний (даже при их отсутствии, но упоминании в анамнезе).

Препараты, зарегистрированные в Федеральном реестре биологически активных добавок и разрешенные детям старше 12 лет:

- «Владиммун (пивные дрожжи + иммуноактивин)» (витамины группы В, аминокислоты, микроэлементы) принимают по 10–15 таблеток в день во время еды, с пищей. Курс – 14 дней;
- «Дрожжи пивные сухие очищенные» (витамин В₁) принимают по 3 таблетки 3 раза в день или по 5,0 г (1 чайная ложка) порошка в день во время еды, с пищей. Курс – 1 месяц;
- «Пивные дрожжи с мумие «Энергиум» (автолизат пивных дрожжей, мумие алтайское, витамин В₁, витамин В₂) принимают по 1–3 таблетки 3 раза в день во время еды. Курс – 1 месяц.
- «Пивные дрожжи Эко-мон с зародышами пшеницы» (дрожжи пивные, плоды расторопши пятнистой) принимают по 2–3 таблетки 2–3 раза в день во время еды, с пищей. Курс – 1 месяц.

4.3.7. Коррекция нарушений микрофлоры кишечника

У подавляющего числа детей (92–94%), страдающих частыми респираторно-вирусными заболеваниями, имеет место дисбиоз кишечника, поэтому коррекция микрофлоры кишечника у детей данной группы играет большую роль в повышении общей сопротивляемости к инфекциям. Препараты, применяемые для коррекции дисбиоза, представлены в таблицах 15,16.

Таблица 15

Классификация пробиотиков

Группы пробиотиков	Препараты
I поколение	Классические однокомпонентные препараты, содержащие один штамм бактерий (бифидумбактерин, лактобактерин, колибактерин).
II поколение	Самозлиминирующие антагонисты (энтерол, бактисуптил, биоспорин, споробактерин и др.).
III поколение	Комбинированные препараты, состоящие из нескольких штаммов бактерий (поликомпонентные) или включающие добавки, усиливающие их действие (нормофлорины Л, В, Д, аципол, ацилакт, линекс, бифилиз, бифиформ).
IV поколение	Имобилизованные на сорбенте живые бактерии, представители нормофлоры. В настоящее время к ним относятся сорбированные бифидосодержащие пробиотики – бифидумбактерин форте и пробиформ.

Характеристика про- и пребиотиков, применяемых у детей
(Горелов А.В. и др., 2005; Справочник Видаль, 2008)

Препарат	Механизм действия	Схема применения
Бифидум-бактерин сухой	Заместительное действие при снижении бифидобактерий	5–10 доз 2 раза в день до еды. Курс – 3 недели
Лактобактерин сухой	Заместительное действие при снижении лактобактерий	3 дозы 2–3 раза в день за 40 мин до еды. Курс – 3–4 недели
Линекс (лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки)	Заместительное действие	Грудным детям и детям до 2 лет – по 1 капсуле 3 раза в день, детям 2–12 лет – по 1–2 капсуле 3 раза в день, детям старше 12 лет – по 2 капсуле 3 раза в сутки после еды
Примадофилус (комплекс бифидо- и лактобактерий)	Заместительное действие, антагонист 25 видов бактерий	Курс лечения – 1 месяц. «Детский» в гранулах по 1 мерной ложке в сутки, «Джуниор» по 1 капсуле 1–2 раза в день
Бифиформ* (бифидумбактерии, энтерококки) (капсулы)	Восстанавливает нормальный состав микрофлоры, стимулирует иммунитет	Курс лечения – 10–14 дней. Кишечнорастворимые кислотоустойчивые капсулы. По 2 капсулы 1–2 раза в день независимо от приема пищи.
Дюфалак (сироп)	Энергетический материал для роста бифидо-, лактобактерий	По 3–5 мл в сутки в течение 1 мес.
Аципол (ацидофильные лактобактерии, полисахарид кефирного грибка) (капсулы)	Заместительное действие, антагонистическое действие на условно-патогенную флору	Детям от 3 месяцев до 3 лет – по 1 капсуле 2–3 раза в сутки во время приема пищи, растворив содержимое капсулы в молоке или кипяченой воде. Детям старше 3 лет – по 1 капсуле 3–4 раза в день за 30 минут до еды. Курс лечения – 5–8 дней. С профилактической целью – по 1 капсуле 1 раз в день 10–15 дней.
Хилак форте* (капли) – водный субстрат продуктов обмена веществ кишечных палочек, стрептококка, лактобактерий	Регулирует равновесие кишечной микрофлоры, восстанавливает нормальное значение кислотности в ЖКТ	Детям до 1 года – по 15–30 капель 3 раза в сутки, старше 1 года – по 20–40 капель 3 раза в сутки до или во время приема пищи с небольшим количеством жидкости, исключая молоко

* Препараты зарегистрированы как лекарственные средства.

Препаратом выбора для коррекции дисбиоза может быть Би-фиформ (комбинированный препарат с кишечнорастворимой кислотоустойчивой капсулой, содержащий комплекс живых лиофилизированных бактерий *Bifidobacterium longum* 10^7 КОЕ, *Enterococcus faecium* 10^7 КОЕ, а также особую питательную среду для ее размножения (лактоза, глюкоза, фактор роста (дрожжевой экстракт), фактор адгезии (камедь), не содержит лактозы). Кишечнорастворимая капсула позволяет сохранять необходимую концентрацию полезных бактерий и доставлять их непосредственно в кишечник. Благодаря действию молочнокислого энтерококка в кишечнике создается кислая среда, неблагоприятная для патогенных микроорганизмов. Бифидобактерии участвуют в синтезе витаминов В₁, В₂, В₃, фолиевой кислоты, витаминов К, Е, С, способствуют всасыванию железа, кальция, витамина D.

Бифиформ-беби – пробиотическая суспензия для детей с первых месяцев жизни, содержит *Bifidobacterium lactis* BB-12- 10^9 КОЕ, *Streptococcus thermophilus* TH-4- 10^8 КОЕ, вспомогательные вещества: мальтодекстрин, кремния диоксид, триглицериды средней цепи, полученные из кокосового и пальмоядрового масла, являющегося источником энергии. Выпускается во флаконах, содержащих 6,9 мл масляного раствора, в комплекте с дозирующей пипеткой, укупоренные крышкой, содержащей 160 мг порошка. Назначают детям с первых дней жизни по одной дозе в день во время приема пищи (отметка на пипетке соответствует 1 дозе (0,5 г ~ 0,5 мл). Продолжительность приема – 10 дней и более.

Рекомендован:

- новорожденным и грудным детям с отягощенным анамнезом, в том числе недоношенным, а также детям, находящимся на искусственном вскармливании, для профилактики развития нарушений микробного пейзажа кишечника;
- детям первых месяцев жизни с различными функциональными нарушениями ЖКТ, способствует уменьшению кишечных колик, положительно влияет на незрелую гепатобилиарную систему грудного ребенка;
- для профилактики некротизирующего энтероколита у недоношенных новорожденных с весом при рождении менее 1500 граммов; для снижения риска антибиотикоассоциированной диареи; повышения эффективности профилактики диареи, вызванной ротавирусом; увеличения прибавки веса тела младенца.

Бифиформ-малыш содержит: *Lactobacillus GG* (LGG)- 10^9 КОЕ, *Bifidobacterium lactis* BB-12- 10^9 КОЕ, витамин В₁ – 0,4 мг, витамин В₆ – 0,5 мг. Форма выпуска, способ употребления: саше/порошки детям от 1 года до 3 лет – по 1–2 порошка 2–3 раза в день; жевательные таблетки детям старше 3 лет – по 1–2 таблетки 2–3 раза в день. Продолжительность приема: в течение 10 дней и более независимо от приема пищи. При приеме препарата отмечается исчезновение болей в животе, повышение количества бифидобактерий в кале, улучшение состояния кожи, уменьшение сухости и шелушения кожи, нормали-

зация процесса интерфероногенеза, снижение образования антител IgG, IgM, IgE.

Бифиформ (капсулы кишечнорастворимые кислотоустойчивые) содержит в одной капсуле полезную микрофлору *Bifidobacterium longum* 10^7 КОЕ, *Enterococcus faecium* 10^7 КОЕ и особую питательную среду для ее размножения (лактоза, глюкоза, фактор роста (дрожжевой экстракт), фактор адгезии (камедь), не содержит лактозы. Схема применения: по 2–3 капсулы ежедневно независимо от приема пищи; курс – 10–4 дней, при острой диарее – 4 капсулы в день в течение 2–3 дней, затем по 2 капсулы в течение 10–14 дней. Рекомендован с 1-го дня антибактериальной терапии по 1 капсуле 3 раза в день независимо от приема пищи

«Линекс» – трехкомпонентный комплекс живых лиофилизированных бактерий (*Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Str. Facium*). Одна капсула «Линекса» содержит не менее $1,2^7$ живых бактерий. Благодаря действию молочнокислого стрептококка в кишечнике создается кислая среда, неблагоприятная для патогенных микроорганизмов. Бифидо- и лактобактерии участвуют в синтезе витаминов В₁, В₂, В₃, фолиевой кислоты, витаминов К, Е, С, способствуют всасыванию железа, кальция, витамина D.

4.3.8. Системная энзимотерапия

Это один из современных методов лечения и профилактики ОРЗ, основанный на комплексном воздействии целенаправленно составленных смесей протеолитических ферментов (энзимов) на весь организм в целом. В их состав входят протеиназы (протеолитические ферменты) растительного и животного происхождения. В препаратах Вобэнзим и Флогэнзим энзимы сочетаются с рутином, который дополняет их терапевтический эффект. Рутин стабилизирует стенку сосудов и обладает противовоспалительным действием. Кроме этого, рутин «отлавливает» вредные для организма свободные радикалы. Препараты для системной энзимотерапии обладают очень важными иммунорегулирующими свойствами: снижают уровень циркулирующих иммунных комплексов, повышают количество естественных киллеров, интерферонов, фагоцитарную активность клеток, активизируют функцию моноцитов и макрофагов. В зоне воспаления препарат элиминирует белковый детрит и фибрин, ускоряет лизис некротизированных тканей. Снижает нежелательные эффекты от приема антибиотиков: проявления дисбиоза, аллергических реакций, подавление иммунитета.

Вобэнзим – лекарственное средство, которое содержит гидролитические ферменты растительного и животного происхождения (трипсин, химотрипсин, амилазу). Препарат оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, противоотечное действие. Суточная доза детям с 5 лет – по 1 таблетке на 6 кг массы в 2–3 приема длительно 2–3 месяца.

4.3.9. Энерготропная терапия

В реабилитации ЧБД важна не только дотация нутриентов, но и терапия, улучшающая метаболические процессы в организме, для чего назначают энерготропные препараты – метаболически активные средства, мишенью которых являются процессы энергетического обмена.

Оптимизация процессов энергообмена ведет за собой оптимизацию функционирования самых разных систем и процессов в организме. Соответственно, повышение эффективности лечения с помощью энерготропных средств может менять или корректировать подходы к терапии другими препаратами. Например, на сегодняшний день существует множество лекарственных средств, предназначенных для повышения иммунной реактивности часто болеющих детей. Однако необходимо учитывать, что изменения иммунной системы, или «иммунокомпрометированность», являются не единственным и абсолютным условием частой заболеваемости. Одним из факторов риска перехода ребенка в группу часто болеющих является энергодефицит.

Учеными выдвинуто положение о наличии различных типов индивидуального энергетического статуса организма и существовании скрытой формы относительной индивидуальной недостаточности цитозенергетического статуса – энергодефицитного диатеза (Сухоруков В.С., Николаева Е.А., 2004). При энергодефицитном диатезе у детей наблюдается повышенная частота острых респираторных заболеваний, соединительнотканых нарушений, вегетативных дисфункций и т.п. Чем тяжелее и длительнее болезнь, тем более выражено отставание метаболической ремиссии от клинической.

К энерготропным препаратам относят: кофакторы энергообмена (витамины группы В, РР, липоевая кислота, биотин, L-карнитин), вещества, переносящие электроны (коэнзим Q₁₀, янтарная кислота, цитохром С, биофлавоноиды), лекарственные средства, снижающие степень лактат-ацидоза (дифеосфон), антиоксиданты (витамины С и Е). Целесообразнее использовать схемы с периодическим назначением (1–3 месяца) и отменой (примерно на такой же или несколько больший период) этих препаратов. Прием лекарств, стимулирующих процессы клеточного энергообмена, должен происходить главным образом утром и в первой половине дня.

Оротат калия обладает анаболическим действием, его используют при нарушениях белкового обмена и как общий стимулятор обменных процессов. При его назначении проводят расчет питания ребенка, особенно белкового компонента, и при недостаточном поступлении с пищей белка осуществляют коррекцию рациона. Оротат калия (таблетки 0,1 и 0,5) принимают внутрь за 1 час до или через 4 часа после еды. Назначают детям из расчета 10–20 мг на 1 кг массы тела в сутки в 2–3 приема, взрослым – 0,5–1,5 г в день (по 0,25–0,3 г 2–3 раза в день). Курс – 3–5 недель.

Элькар (левокарнитин) – 20%-ный раствор – витаминоподобное вещество, превращающее жиры в энергию, воздействующее на метаболизм, поставляющее энергию к мышцам и сердцу, витамин роста. Принимают внутрь за 30 минут до еды, разбавив жидкостью. Детям до 1 года – по 10 капель 3 раза в день; с 1 года до 6 лет – по 14 капель 2–3 раза в день; с 6 до 12 лет – по $\frac{1}{4}$ чайной ложки 2–3 раза в день в течение 1 месяца.

Карнитон – таблетки 0,5 г. Детям 7–14 лет – $\frac{1}{2}$ таблетки, старше 14 лет – 1 таблетка. Принимать 1 раз в день во время еды. Курс – 1 месяц.

Карнитон – 40% раствор (1 мл – 0,5 г). Детям 3–7 лет – 4–5 капель (0,25 мл), 7–14 лет – 17 капель (1 мл), старше 14 лет – 34 капли (2 мл). Курс – 1 месяц.

Кудесан – водорастворимая форма коэнзима Q₁₀ – раствор для приема внутрь, 20 мл (1 мл – коэнзима Q₁₀ – 30 мг и витамина Е – 4,5 мг). Назначают взрослым и детям старше 12 лет – по 10–11 капель (0,5 мл) 1 раз в сутки, предварительно разводят в кипяченой воде или напитках, принимают во время еды.

Использование коэнзима Q₁₀, карнитина, препаратов кальция и магния, не изолировано, а в комплексе позволяет воздействовать одновременно на ряд принципиальных для данной категории детей патогенетических механизмов, в частности, перенос продуктов обмена жирных кислот в митохондрии для последующего окисления (L-карнитин), интенсификация работы цепи дыхательных ферментов (коэнзим Q₁₀), кофакторное подкрепление биоэнергетических реакций (препараты кальция и магния).

4.3.10. Фитореабилитация

При назначении фитопрепаратов детям необходимо помнить:

- лекарственные растения следует назначать ребенку по показаниям с учетом их терапевтического действия;
- используемое растительное лекарственное средство должно быть официальным;
- при назначении фитотерапии необходимо учитывать не только основное, но и сопутствующие заболевания;
- важно соблюдать точное дозирование;
- предпочтительно применение детских лекарственных форм (например, пастилки, сиропы, драже, чай);
- в начале лечения целесообразно использование отдельных лекарственных растений или сборов из 2–3 растений, а в дальнейшем (особенно при хронических заболеваниях) – сборов сложного состава;
- лечение травами требует длительного периода их применения, особенно в случаях хронического течения заболевания;
- при хронических заболеваниях необходимы профилактические курсы фитотерапии, которые назначаются в периоды сезонного обострения заболевания;
- при назначении фитотерапии следует обязательно уточнить, не было ли ранее непереносимости некоторых растений или аллергических реакций на травы у ребенка;
- при проявлении клинических симптомов непереносимости лекарственного растения (тошнота, рвота, зуд, расстройство стула) его применение следует прекратить;
- в детской практике нельзя использовать сильнодействующие лекарственные растения, а также те, которые в больших дозах могут вызвать токсическое действие (например, высокие концентрации и длительное применение травы багульника, пижмы, зверобоя).

Применение трав у часто болеющих детей может осуществляться несколькими способами:

- *путем приема внутрь* настоев, отваров, экстрактов, фиточаев, кислотных коктейлей;

- *местно* в виде орошений, промываний, полосканий, смазываний;
- *в виде ванн* (бальнеофитотерапия);
- *в виде ингаляций* (тепло-влажные, ультразвуковые, аэрофитотерапия).

Для реабилитации часто болеющих детей необходимо применять лечебные травы, имеющие следующими свойства:

Противовоспалительные: береза (лист, почки); зверобой (травы); календула (цветы); липа (соцветия); мать-и-мачеха (лист); шалфей (травы); девясил (корень); кипрей (травы); солодка (корень); хвощ полевой (травы); фиалка трехцветная (травы); череда (травы); ромашка аптечная (соцветия); бузина черная (цветы).

Спазмолитические: ромашка аптечная (соцветия); укроп (семя); багульник болотный (травы); элеутерококк (корень); душица (травы); валерианы корень; мята перечная (лист);

Противовирусные: лук репчатый; чеснок.

Антисептические: календула (соцветия); зверобой (травы); сосна (почки, хвоя); девясил (корень); ромашка (соцветия); чистотел (травы); подорожник (лист); багульник (лист); можжевельник (плоды); береза (почки, лист); шалфей (травы); эвкалипт (лист); мята перечная (лист); чабрец (травы).

Антиаллергические: береза (лист, сок); солодка (корень); фиалка трехцветная (травы); череда (травы); ромашка аптечная (соцветия); бадан (корень).

Отхаркивающие: багульник болотный (лист); алтей лекарственный, аир (корень); анис обыкновенный (плоды); девясил (корень); мать-и-мачеха (лист); лук репчатый; подорожник (лист); медуница лекарственная (травы), солодка (корень); инжир (плоды); термопсис (корень).

Витаминные лекарственные растения: крапива (травы, лист); брусника (лист, плоды); шиповник (плоды); рябина красная (плоды); смородина черная, (плоды, лист); земляника лесная (плоды); черника (плоды); ежевика (плоды, лист); одуванчик (весенний лист); первоцвет весенний (лист).

Повышающие иммунобиологическую защиту организма: аир, алоэ, анис обыкновенный, арника, базилик, береза, горец птичий, девясил, травы зверобоя, имбирь аптечный, каланхоэ перистое, калина обыкновенная, кориандр посевной, крапива двудомная, кукуруза, лук репчатый, мать-и-мачеха, медуница лекарственная, одуванчик лекарственный, облепиха, полынь, пырей, подорожник, рябина, репешок обыкновенный, смородина черная, солодка (виды), соя культурная, тимьян ползучий, фиалка трехцветная, хвощ полевой, чистотел большой, шалфей лекарственный, шиповник, элеутерококк колючий,

Для стимуляции интерферонообразования в сбор вводятся мать-и-мачеха, подорожник, цетрария, каланхоэ.

Для активации фагоцитоза и продукции интерлейкина 1: хвощ, репешок, медуница, крапива, зверобой, череда, лист березы, шалфей, спорыш.

Для усиления репаративных процессов в дыхательных путях применяют облепиху, календулу, крапиву, тысячелистник, зверобой, лопух.

Противомикробное действие свойственно аиру, девясилу, душице, зверобое, иве (кора и листья), календуле, подорожнику, шалфею, эвкалипту, почкам березы, сосны.

Сильными антигипоксическими свойствами обладают береза (особенно сок), боярышник, донник, календула, крапива (особенно сок), липа, подорожник, пижма, хвощ, рябина (особенно сок), сушеница, синюха.

Умеренные антигипоксические свойства имеют алтей, анис, бузина, девясил, калина, левзея, мать-и-мачеха, Melissa, мята, облепиха, одуванчик, ромашка, солодка, тимьян, тысячелистник, хмель, череда, черника, чистотел* (рецептурная выписка препарата).

Тонизирующие и адаптогенные: аралия высокая, вахта трехлистная, горец птичий, женьшень, заманиха, левзея сафлоровидная, лимонник китайский, можжевельник обыкновенный, смородина черная, шиповник коричный, элеутерококк колючий.

В детской практике не стоит использовать аралию, лимонник, женьшень, родиолу и заманиху.

Препаратом выбора является элеутерококк. Адаптогены назначают в период короткого светового дня (с октября по апрель). По мере увеличения светового дня адаптогенные качества растений уменьшаются, а стимулирующие, возбуждающие – усиливаются. Оптимальный режим приема – утром и днем из расчета по 1 капле на год жизни ребенка 2–3 раза в день не более 2 недель. При соблюдении правильной дозировки, режима и времени приема нежелательных эффектов в виде повышенной возбудимости не отмечается. Наоборот, адаптогены выступают в качестве корректоров поведения, на фоне их приема улучшается сон, снижаются проявления астении.

Детоксикационными свойствами обладают крапива, лопух, хвощ, одуванчик, береза. Улучшают микроциркуляцию в тканях донник, шиповник, хвощ, рябина, березовые почки, ромашка.

В плане иммуномодулирующего действия высока эффективность комбинированных растительных препаратов, имеющих секретолитическое, противовирусное, противовоспалительное, вяжущее действие, к которым относится Синупрет, Тонзилгон.

Синупрет – водно-спиртовой экстракт, состоящий из корня горечавки – 200 мг, цветков первоцвета – 600 мг, травы щавеля – 600 мг, цветков бузины – 600 мг, травы вербены – 600 мг. Препарат назначают в виде капель детям от 2 до 6 лет – по 15 капель, старше 6 лет – по 25 капель в течение 7–14 дней или по 1 драже 3 раза в день. Капли предварительно разводят в небольшом количестве воды.

Драже Синупрет содержит порошок корня горечавки 6 мг, порошок цветков первоцвета – 18 мг, порошок травы шалфея – 18 мг, порошок цветков бузины – 18 мг, порошок травы вербены – 18 мг. Назначают детям старше 6 лет по 1 драже 3 раза в день – 7–14 дней. Драже проглатывают, не разжевывая и запивая небольшим количеством воды.

Тонзилгон Н – водно-спиртовой экстракт, состоящий из корня алтея – 400 мг, цветков ромашки – 300 мг, травы хвоща – 500 мг, листьев ореха грецкого – 400 мг, травы тысячелистника – 400 мг, коры дуба – 200 мг, травы одуванчика – 400 мг. При острых заболеваниях назначают грудным детям по 5 капель, дошкольникам – по 10 капель, школьникам – 15 капель 5–6 раз в

сутки. После исчезновения острых симптомов кратность приема 3 раза в день в течение недели.

Драже Тонзилгон Н – порошок корня алтея – 8 мг, порошок цветков ромашки – 6 мг, порошок корня хвоща – 10 мг, порошок листьев ореха грецкого – 12 мг, порошок травы тысячелистника – 4 мг, порошок коры дуба – 4 мг, порошок травы одуванчика – 4 мг. Назначают школьникам по 1 драже 4–5 раз в сутки.

Ароматерапия (азрофитотерапия) – использование летучих биологических веществ (эфирных масел и фитонцидов), содержащихся в некоторых растениях. Эфирные масла обладают противовоспалительными, антибактериальными, антивирусными, седативными, анальгезирующими, отхаркивающими и иммуномодулирующими свойствами.

Профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний предусматривает применение эфирных масел лаванды, лимона, шалфея, чабреца, монарды, базилика, пихты, ели, кедра, лимонной мяты, розмарина, пачули, кипариса.

Ароматерапия может использоваться в двух вариантах:

- *ароматерапия помещений* (игровых комнат, спален) для уменьшения бактерицидной обсемененности воздушной среды. Процедура проводится в отсутствие детей в период подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом;
- *индивидуальные сеансы ароматерапии* назначаются детям строго по показаниям с учетом возможной непереносимости эфирных масел.

Метод ароматерапии показан:

- часто болеющим детям раннего возраста;
- при сочетании рецидивирующих респираторных инфекций с патологией ЛОР-органов;
- при наличии функциональных отклонений со стороны центральной и вегетативной нервной системы (нарушение сна, аппетита, астенические состояния, вегетативная лабильность, функциональные отклонения со стороны сердца);
- при тяжелом и среднетяжелом течении адаптации к дошкольному учреждению.

Противопоказанием к применению ароматерапии являются аллергические реакции в виде аллергических ринитов, синуситов; поллинозы; бронхиальная астма.

4.3.11. Санация очагов хронической инфекции

Если у ребенка имеется хроническая патология ЛОР-органов (хронический тонзиллит и/или аденоидит), то наряду с общими оздоровительными мероприятиями показано проведение местного лечения, которое включает следующие мероприятия:

- ингаляции щелочных растворов минеральных вод;
- смазывание зева водным раствором прополиса или раствором Люголя, медом с соком алое в пропорции 2:1;

- пульверизацию в полость носа, глотки и гортаноглотки настоя цветков ромашки, сока каланхое, отвара коры дуба, настойки каледулы, настойки листьев подорожника;
- полоскание зева (детям старше 4–5 лет) и промывание носовых ходов физиологическим раствором хлорида натрия, антисептическими растворами (раствор фурациллина 1:5000, отвар ромашки, зверобоя и др.);
- очищение и увлажнение слизистой оболочки носа у детей любого возраста с помощью спрея «Салин» – по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю до 6 раз в день без ограничения применения по возрасту и длительности;
- применение эктерицида (препарат на основе рыбного жира), обладающего высокой антимикробной активностью (3-этапный способ):
 - 1) сначала проводят орошение носоглотки эктерицидом в количестве 25–30 мл;
 - 2) затем закапывают по 4–5 капель эктерицида в каждую ноздрю;
 - 3) после этого в каждую ноздрю на 20–25 минут закладывают турунды, смоченные препаратом;
- при высевании патогенного стафилококка из носа и зева рекомендуют закапывание в носовые ходы 0,1% раствора диоксидина 3 раза в день или смазывание зева 2 раза в день в течение 10 дней;
- использование мази «Пиносол», в состав которой входят компоненты эфирных масел лекарственных растений: сосны, эвкалипта, чабреца, мяты, хорошо известных своими антисептическими, антимикробными и иммуностимулирующими свойствами. Мазь закладывают в носовые ходы 1–2 раза в день.

Радикальная санация (аденотомия, тонзиллотомия) проводится только по строгим показаниям.

4.3.12. Закаливание

Одной из причин, способствующих высокой респираторной заболеваемости в результате снижения устойчивости к изменяющимся климатическим и гелиографическим факторам, нередко является дисфункция и/или незрелость и детренированность системы терморегуляции. Поэтому большую роль играют методы рационального закаливания и физического воспитания.

Часто болеющие дети должны закаливаться в группе для ослабленных детей в условиях образовательных учреждений.

Временными противопоказаниями к закаливанию являются:

- лихорадочное состояние;
- обширные поражения кожных покровов;
- выраженные травмы;
- пищевые токсикоинфекции;
- другие заболевания со значительными нарушениями деятельности нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем.

Как только острое состояние патологического процесса миновало, необходимо приступать к закаливанию, сначала с использованием местных и затем – общих процедур.

Выделяют начальный режим закаливания, который тренирует только физические механизмы терморегуляции (короткие процедуры с постоянным холодовым агентом, обязательно заканчивающиеся тепловыми процедурами) и закрепляющий режим по стандартной методике.

Детям ослабленной группы закаливание проводится по начальному режиму длительно (не менее 1,5 месяцев) с постепенным переходом на оптимальный режим. Специальный режим для детей этой группы не используется.

После нетяжелого ОРЗ закаливание можно возобновить или начать через 7–10 дней. При заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней – через 2 недели, а после 10-дневной лихорадки – через 3–4 недели (Таточенко В.К., Каганов Б.С., 2000).

При перерыве в закаливании от 5 до 10 дней, а также после острого периода заболевания длительностью до 10 дней при возобновлении закаливания следует ослаблять холодовые воздействия на 2–3°C по сравнению с температурой последней процедуры. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется вернуться к начальной методике закаливания.

Температуру воды следует снижать медленнее – через 3–4 дня при местном воздействии и через 5–6 дней при общем или уменьшить время воздействия закаливающего фактора (табл. 17).

Таблица 17

Закаливание водой

Состояние здоровья		Здоровые дети			Часто болеющие дети		
Возраст детей		Ясельный	Младший школьный	Старший школьный	Ясельный	Младший школьный	Старший школьный
Местное обливание	Начальная температура, °С	30	30	28	30	30	30
	Конечная температура, °С	18	16	14	20	20	18
	Скорость снижения температуры	Через 3–4 дня на 2°С			Через 3 дня на 2°С		

При проведении закаливающих процедур детям рекомендуется учитывать преобладающий тонус вегетативной нервной системы (табл. 18).

Алгоритм и тактика подбора индивидуальной схемы закаливания для детей 2 группы здоровья (Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Параметры	Преобладающий тонус вегетативной нервной системы	
	Симпатикотония	Ваготония
Конституциональный тип	Нервно-артритический	Лимфатико-гипопластический и экссудативно-катаральный
Тип терморегуляции	1-й тип – лабильный – «спринтеры»	2-й тип – инертный – «стайеры»
Реакция организма на закаливание	Интенсивная непродолжительная	Малоинтенсивная длительная
Вид охлаждения	От замедленных слабых (на 2–3°C за 120 с) до быстрых слабых и сильных охлаждений (от 2–3°C за 2–3 с до 10–12°C за 10 с)	Все виды охлаждения
Тип закаливающих процедур	Кратковременные, лучше контрастные процедуры постепенно нарастающей интенсивности	Холодовые процедуры постепенно нарастающей интенсивности
Тип интенсивных закаливающих процедур	Кратковременные интенсивные контрастные процедуры. Горячие водные процедуры	Интенсивные холодовые процедуры различной длительности

По мере закаливания, но не менее чем через 2 месяца, дети могут быть переведены из одной группы закаливания в другую. Критериями для этого служат отсутствие в этот период острых заболеваний, отрицательных внешних признаков на холодовой раздражитель (выраженная одышка, резкое учащение сердцебиения, появление «гусиной кожи») и положительная реакция ребенка на саму процедуру.

Эффективность закаливания может быть оценена не ранее, чем через 3–4 месяца от начала закаливающих процедур (у ЧБД сочетание местных закаливающих процедур стоп и носоглотки через 3–4 месяца восстанавливает цитологические показатели носового секрета), максимальный эффект проявляется через 1 год.

4.3.13. Лечебная физкультура и массаж

Закаливание хорошо сочетать с лечебной физкультурой и массажем, в том числе массажем биологически активных точек (БАТ).

Часто болеющим детям рекомендуется проводить курсы массажа грудной клетки, воротниковой зоны по 10 процедур не менее 2 курсов в год.

Точечный массаж является разновидностью рефлекторного массажа. В его основе лежит механическое воздействие пальцем на биологически активные точки, имеющие рефлекторную связь (через нервную систему) с различными внутренними органами и функциональными системами. Доказано, что массаж определенных биологически активных точек является одним из самых простых, эффективных и безвредных методов повышения резистентности и функциональной активности. Для массажа могут использоваться следующие точки (табл. 19):

Биологически активные точки, используемые при точечном массаже

Точки	Расположение точки	Эффект от массажа
1	Бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом.	Уменьшение кашля.
2	Бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом.	Уменьшение кашля.
3	На шее в развилке сонных артерий (симметричная).	Повышение защитных свойств слизистой оболочки глотки и гортани.
4	На шее сзади (симметричная).	Активизация кровоснабжения головы, шеи, туловища.
5	Область 7-го шейного и 1-го грудного позвонков. Связана со слизистой трахеи, глотки, пищевода, нижним шейным симпатическим узлом.	Нормализация деятельности сосудов сердца, бронхов, легких.
6	Симметричная, у крыльев носа. Связана с передней и задней долями гипофиза.	Улучшение кровоснабжения слизистой оболочки носа, гайморовой полости. Дыхание через нос становится свободным.
7	Симметричная, у начала бровей. Связана с слизистой оболочкой решетчатых полостей носа и лобных пазух, с лобными отделами головного мозга.	Улучшение кровообращения слизистой оболочки верхних отделов полости носа.
8	Провести массаж под мочкой уха, на сосцевидном отростке и всей ушной раковины, растирая ее сверху вниз.	Тонизирующее действие на весь организм.
9	Симметричная на кистях рук между большим и указательным пальцами.	Нормализация многих функций организма.

Массаж биологически активных точек у детей можно начинать с 1,5 лет. Проводить массаж рекомендуется 2–3 раза в день кончиком указательного, большого или среднего пальца, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные движения (6–9 раз) по ходу часовой стрелки и против нее. Движения должны быть быстрые и энергичные, продолжительность воздействия на точку – не менее 3–5 секунд. Курс массажа – 1–2 месяца, в год рекомендуется проводить 2 курса.

Массажу можно подвергать целые зоны, например, области стоп, кистей рук, ушных раковин.

Массаж стоп. Подошвы находятся в рефлексорной связи со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей и многими органами (сердце, бронхи, легкие, кишечник и др.), на стопах расположены тепловые и холодовые точки.

Массаж стоп проводится в положении ребенка лежа на спине или сидя, чтобы он не напрягался. Можно смазать подошвы стоп миндальным, подсолнечным маслом, любым кремом.

Массаж стоп включает:

- поглаживание всей стопы (свод стопы – по направлению от пальцев к голеностопному суставу, подошвы – от пятки к пальцам);
- разминание стопы (тыла и подошвенной поверхности);
- граблеобразное поглаживание подошвы по направлению к пальцам;
- похлопывание подошвы стопы в том же направлении;
- активное поднимание стопы вверх и опускание вниз;
- растирание подушечкой большого пальца руки всей подошвенной поверхности с оптимальным нажимом;
- завершение общего растирания поглаживанием всей стопы;
- надавливание подушечкой большого пальца на все точки подошвы и щиколоток с целью обнаружения особо болезненных точек;
- граблеобразное поглаживание подошвы;
- катание подошвами взад и вперед палки, скакалки или использование массажера для стоп.

Такой полный массаж стоп следует делать 1–2 раза в неделю. Повседневно можно массировать стопы на круглой палке, массажере для стоп.

Массаж кистей рук. Регулярная разминка (самомассаж) большого пальца повышает функциональную деятельность головного мозга, тонизирует весь организм. Воздействие на указательный палец укрепляет желудок, на средний – кишечник, на мизинец – сердце.

Разогревающий (тонизирующий) массаж ладоней – более интенсивная процедура. Он проводится глубоким надавливанием большим пальцем одной руки на всю поверхность ладони другой руки. Особое внимание следует уделить массажу пальцев, сначала надавливая на их ладонные, затем на задние и боковые отделы.

Массаж ушных раковин. На ушных раковинах имеются нервные окончания, связанные со всеми внутренними органами, поэтому массаж ушных раковин очень полезен. Используют следующие приемы:

- *загибание вперед ушных раковин:* быстро загнуть уши вперед всеми пальцами рук, прижать их, затем отпустить, ощущая в ушах хлопок. Улучшение гибкости ушных раковин способствует общему укреплению организма;
- *оттягивание ушных раковин:* кончиками большого и указательного пальцев потянуть с силой вниз обе мочки ушей 5–6 раз. На мочке уха расположены зоны полости рта, верхней и нижней челюсти, поэтому данная процедура полезна при закаливании горла и полости рта;
- *массаж козелка:* захватить большим и указательным пальцами козелок, сдавливая, поворачивая его во все стороны в течение 20–30 секунд,

проводить массаж регулярно. Он стимулирует функцию надпочечников, укрепляет защитные функции слизистых дыхательных путей;

- *массаж противозавитка*: зажать большим и указательным пальцами противозавиток – хрящевой выступ, находящийся сзади наружного слухового прохода. Водить по нему пальцами вверх и вниз. Это повышает чувствительность к холоду позвоночника. В нижней части противозавитка расположена проекция шейного отдела позвоночника, а в верхней части – поясницы.

Самомассаж биологически активных точек в периоды, предшествующие повышенной заболеваемости, можно включать в физкультурные минутки. Курс – 1–2 месяца 2 раза в год, процедуру повторять 3–4 раза в день.

Лечебная физкультура и дыхательная гимнастика. Основной задачей лечебной гимнастики при заболеваниях органов дыхания является восстановление их нарушенной функции. Это осуществляют путем общеукрепляющего воздействия на весь организм физических и специальных дыхательных упражнений в статическом и динамическом режиме. Занятия рекомендуется проводить 2–3 раза в неделю в облегчённой одежде, хорошо проветренном помещении. Температура воздуха должна быть не выше +17°C, время занятий – утренние часы, не ранее чем через час после приёма пищи. В зависимости от возраста продолжительность занятий составляет 10–12, максимально – 30 минут.

Общеукрепляющие упражнения, направленные на развитие мускулатуры, сочетаются с дыхательными упражнениями в соотношении 2:1. Проведение дыхательной гимнастики позволяет получить не только повышение резистентности организма ребенка, но и способствует укреплению дыхательной мускулатуры, увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, улучшению дренажной функции бронхов и деятельности сердечно-сосудистой системы.

Существует много разновидностей дыхательной гимнастики.

Наиболее частая модификация дыхательной гимнастики – упражнения с удлинённым и усиленным выдохом (например, произношение гласных букв «а-а-а», «у-у-у», «о-о-о», шипящих (ш, ж) и слогов (ах, ух, ох) на фоне общеукрепляющих и общеразвивающих физических упражнений.

В комплекс упражнений входит надувание резиновых мячей или игрушек в заключительной части занятия. Надувание следует начинать с 3–4-х выдохов, постепенно увеличивая их количество на 2–3 выдоха на каждом последующем занятии до полного заполнения игрушки воздухом. При этом необходимо контролировать, чтобы ребенок производил вдох только через нос.

В настоящее время наиболее популярными являются: парадоксальное дыхание по А. Н. Стрельниковой, поверхностное дыхание по К. П. Бутейко, редкое и глубокое дыхание по системе йогов, метод В.Ф. Фролова (тренажер Фролова).

Дыхательная гимнастика по методу А. Н. Стрельниковой. Из четырех функций органов дыхания: дышать, говорить, кричать и петь – пение самая

сложная. Следовательно, гимнастика, которая восстанавливает даже певческий голос, то есть самую сложную функцию, по дороге к цели неизбежно восстанавливает функции более простые, и прежде всего дыхание. Гимнастика А. Н. Стрельниковой – единственная в мире, в которой короткий и резкий вдох носом делается на движениях, сжимающих грудную клетку. Упражнения активно включают в работу все части тела (руки, ноги, голову, тазовый пояс, брюшной пресс, плечевой пояс и т.д.) и вызывают общую физиологическую реакцию всего организма, повышенную потребность в кислороде. Так как все упражнения выполняются одновременно с коротким и резким вдохом через нос (при абсолютно пассивном выдохе), это усиливает внутреннее тканевое дыхание и повышает усвояемость кислорода тканями, а также раздражает ту обширную зону рецепторов на слизистой оболочке носа, которая обеспечивает рефлекторную связь полости носа почти со всеми органами. Вот почему эта дыхательная гимнастика имеет необыкновенно широкий спектр воздействия, помогает при массе различных заболеваний органов и систем.

Примерный комплекс дыхательной гимнастики для занятий с часто болеющими детьми

1. «Семафор». Исходное положение – сидя на полу «по-турецки», руки в стороны. Важно следить за тем, чтобы ребенок не поднимал плечи. Делаем медленный вдох через нос, небольшую паузу, затем, выдыхая через рот, медленно опускаем руки, одновременно издавая долгий звук «с». Повторяем упражнение не менее шести раз.
2. «Мяч». Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки с мячом прижаты к груди. Делаем медленный вдох через нос, на выдохе медленно выпрямляем руки, одновременно приподнимаясь на носочки.
3. «Конфетти». Для этого упражнения нам понадобится стол, трубочка для коктейля и конфетти. На столе лежит горсточка конфетти. Ребенок, сидя за столом, держит во рту трубочку для коктейля. Медленно вдыхаем через нос, затем, выдыхая ртом через трубочку, стараемся сдуть конфетти. Это упражнение интересно выполнять вдвоем: с другим ребенком или с кем-нибудь из взрослых, чтобы получилось своего рода соревнование. Важно обратить внимание ребенка на то, чтобы вдох был не сильным, а как можно более долгим.
4. «Ветер». На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прерывать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы.
5. «Регулировщик». Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, одна рука поднята вверх, другая отведена в сторону. Делаем медленный вдох через нос, затем небольшую паузу. Потом медленно выдыхаем через рот, плавно меняя во время выдоха положение рук. Важно при этом следить за

тем, чтобы ребенок не делал резких движений руками. Это упражнение необходимо повторить не менее шести раз.

6. «Поршень». Встать, ноги на ширине плеч, руки опущены, ладони обращены вперед. На быстром вдохе руки притягиваются к подмышкам ладонями вверх. На медленном выдохе опускаются вдоль тела ладонями вниз. Такой тип дыхания оказывает мощное мобилизующее действие, быстро снимает психоэмоциональное напряжение.
7. «Цветок». Стоя, ноги вместе, руки опущены. На вдохе медленно поднять расслабленные руки вверх, постепенно «растягивая» все тело (не отрывать пятки от пола); задержать дыхание. На выдохе – постепенно расслабляя тело, опустить руки и согнуться в пояснице; задержать дыхание. Вернуться в и.п.
8. «Трубочка». Исходное положение – сидя на полу, ноги согнуты в коленях, спина прямая, руки складываем трубочкой и подносим ко рту. Можно поставить локти на колени. Вдыхаем через нос, делаем небольшую паузу, потом выдыхаем ртом через сложенные руки, как будто дуем в трубочку. Выдох должен быть несильный, но долгий. Повторяем несколько раз.
9. «Кипит каша». Исходное положение – сидя на полу «по-турецки», ладони кладем на нижние ребра, чтобы кончики соседних пальцев слегка касались друг друга. Медленно выдыхаем через нос, делаем небольшую паузу и выдыхаем через рот, чтобы пальцы разошлись. Повторяем упражнение не менее шести раз.
10. «Свеча». Сесть или встать прямо. Сделать медленный вдох через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (перышко, воздушный шарик). Голову вперед не тянуть. Пламя должно отклониться по ходу воздушной струи. Затем немного отодвинуть свечу и повторить упражнение, увеличив расстояние.

4.3.14. Физиотерапия

Цель физиотерапии при лечении заболеваний органов дыхания воздействовать на ранние проявления заболевания, ликвидировать остаточные явления, обострения, нормализуя при этом функциональное состояние центральной нервной системы, улучшая функцию аппарата дыхания, снижая синдром бронхиальной обструкции и воздействуя на сердечно-сосудистую систему, обменные процессы и функции других систем.

Из физических факторов для реабилитации ЧБД наиболее часто применяются электрофорез лекарственных веществ, ингаляции и электроаэрозоли лекарственных веществ, ультрафиолетовые лучи в виде местных и общих облучений, ультразвук, импульсные токи. Применяют лазеротерапию в диапазоне красного и инфракрасного волн излучения, низкочастотные переменные магнитные поля и КВЧ-терапию (крайне высокочастотную терапию).

При выборе метода физиотерапии у больных с заболеваниями органов дыхания необходимо руководствоваться особенностями действия физического фактора, их переносимостью, учитывать характер патоморфологических изменений в бронхо-легочной системе, фазу воспалительного процесса, сте-

пень изменения других органов и систем, сопутствующие заболевания и противопоказания к назначению физиотерапии.

Ультрафиолетовое облучение (общее и местное) назначают осторожно только в периоды пониженной инсоляции (октябрь–ноябрь, январь–февраль), проводят курсами 2 раза в год, с перерывом между курсами не менее 2-х месяцев. *Общее УФО групповым методом* проводится по основной схеме – с $\frac{1}{8}$ до $\frac{1}{2}$ биодозы, расстояние от лампы – 1 метр.

Местное УФО предполагает воздействие на воротниковую зону, межлопаточную область, область надпочечников. У детей с хронической патологией ЛОР-органов целесообразно проведение *КУФ миндалин, задней стенки глотки, носовых ходов* – по одному полю ежедневно – 8–10 процедур.

Для ингаляций у часто болеющих детей используются щелочные растворы минеральных вод, отвары трав, обладающих противовоспалительным, бактерицидным, отхаркивающим, репаративным эффектом, масляный раствор витамина А.

Проводится аэроионизация воздуха – насыщение воздуха отрицательными ионами с помощью аэроионизаторов (хорошо сочетать с УФО).

Возможно назначение кислородных коктейлей, в состав которых вводят витамины в профилактических дозах. Их принимают натошак 1 раз в день за 30 минут до еды в объеме одного кормления в течение 3 недель, проводят два курса в год с интервалом 1,5–2 месяца.

Хорошо зарекомендовал себя метод спелеотерапии – лечение длительным пребыванием в условиях микроклимата природных соляных копей, воздух которых насыщен аэрозолем хлорида натрия. Хлорид натрия обладает секретолитическим, противовоспалительным, бронхолитическим действием, способствует активации мукоцилиарного транспорта, положительно влияет на показатели Т- и В-звена иммунитета, увеличивает продукцию интерферона и уровень лизоцима. Наличие высокодисперсного сухого солевого аэрозоля формирует среду, свободную от микроорганизмов и аллергенов.

Галотерапия – немедикаментозный метод лечения, основанный на применении искусственного микроклимата, близкого по параметрам к условиям подземных соляных спелеолечебниц.

Присутствующие в воздушной среде легкие отрицательные аэроионы активизируют метаболизм и местную защиту биологических тканей, благоприятно действуют на сердечно-сосудистую, эндокринную систему, желудочно-кишечный тракт, слизистые оболочки дыхательной системы, оказывают адаптогенное действие на центральные и периферические стресс-лимитирующие системы организма. Пребывание в галокамере стабилизирует вегетативную нервную систему, оказывает положительное психо-эмоциональное и антидепрессивное действие. Положительный эффект галотерапии усиливается при использовании специальных аудиовизуальных программ (спокойные музыкальные развлекательные передачи, сказки).

Курс галотерапии состоит из 10–25 ежедневных сеансов длительностью 30 минут.

Метод прерывистой нормобарической гипоксической стимуляции («Горный воздух») – немедикаментозный метод повышения неспецифической резистентности организма к повреждающим факторам внешней среды.

Гипокситерапия – имитирование высокогорных условий по содержанию кислорода, без дополнительных неблагоприятных факторов: повышенная влажность, высокая интенсивность солнечной радиации, ионизация воздуха.

Метод состоит в программированном вдыхании воздуха с уменьшенной концентрацией кислорода и включен в программу реабилитации часто болеющих детей, с хронической бронхолегочной, ЛОР-патологией, хроническими воспалительными заболеваниями различной этиологии и локализации. Механизм действия метода основан на улучшении микроциркуляции в органах и тканях за счет раскрытия резервных капилляров, а также образовании новых; повышении кислородотранспортной функции крови за счет выброса форменных элементов из депо и стимуляции красного ростка костного мозга; снижении активности перекисного окисления липидов и, как следствие, – повышении активности антиоксидантной системы.

4.3.15. Иммунореабилитация

Для реабилитации ЧБД рекомендуется применять иммуностропные препараты из группы иммуномодуляторов (приложение 1, 2). Эти лекарственные средства в терапевтических дозах восстанавливают нарушенные защитные функции иммунной системы и в зависимости от ее исходного состояния могут повышать или понижать показатели иммунитета.

Иммуностимуляторы у часто болеющих детей следует использовать с осторожностью, поскольку они воздействуют на организм в целом и «недозированно» стимулируют неспецифические факторы защиты.

Существуют два типа профилактики рецидивов респираторных заболеваний: классическая и прицельная.

Классическая профилактика – это фармакологический подход, который предусматривает прием иммуномодулирующих препаратов здоровым пациентом в период максимальной опасности (октябрь-март) с целью снижения возможного риска рецидива заболевания.

Прицельная профилактика, наоборот, предусматривает прием иммуномодуляторов в острой фазе заболевания при необходимости вместе с терапией антибиотиками (по показаниям), чтобы сократить количество дней болезни и компенсировать вызванную инфекцией иммуносупрессию.

Оба вида профилактики направлены на сокращение числа респираторных инфекций, причем классическая профилактика, заранее предохраняя от появления инфекции, демонстрирует лучшее соотношение цена/качество.

Показания к назначению иммуномодуляторов у часто болеющих детей:

- иммунореабилитация иммунокомпрометированных детей перед началом осенне-зимнего сезона, в экологически неблагоприятных регионах, постинфекционные осложнения;
- иммунодефицитные состояния (как первичные, так и ассоциированные);

- аллергические заболевания при наличии ИДС;
- хронический инфекционно-воспалительный процесс, трудно поддающийся адекватному лечению;
- острый инфекционный процесс, особенно в бронхах и легких, у иммунологически компрометированных детей для предупреждения постинфекционных осложнений.

Перед назначением иммуномодуляторов часто болеющий ребенок должен пройти клинико-диагностическое исследование для исключения первичного иммунодефицита, аллергических реакций, туберкулезной инфекции, исследование на наличие хронических очагов инфекции, тимомегалии, паразитарных инвазий, наличие ВИЧ-инфекции, внутриутробной инфекции, онкопатологии.

Если иммунологические показатели (активность макрофагов, клеточный и гуморальный иммунитет) превосходят критические уровни, то вопрос о назначениях иммуномодуляторов решает иммунолог, опираясь на клинико-лабораторные показатели.

Иммуномодулирующие средства разделяют по происхождению, по виду терапии, по направленности действия, по точке приложения (топические иммуномодуляторы).

По происхождению выделяют препараты:

1) микробного происхождения:

- 1-го поколения (иммуностимуляторы) – микробные полисахариды (пирогенал, продигозан). Препараты, полученные в результате дрожжевого гидролиза (натрия нуклеинат);
- 2-го поколения (иммуномодуляторы) – высокоочищенные бактериальные лизаты с вакцинальным эффектом (ИРС-19, брохомунал, имудон, бронховаксом). Комбинированные иммуномодуляторы, содержащие рибосомы бактерий и мембранные фракции – рибомунил. Полусинтетический аналог мембранных фракций бактерий – ликопид;

2) химического происхождения:

- 1-го поколения – тималин, тактивин, тимоптин, тимостимулин, виллозен;
- 2-го поколения – тимоген, имунофан;

3) костномозгового происхождения:

- 1-го поколения – миелопид;
- 2-го поколения – серамил (с антибактериальным эффектом);

4) цитокины:

- 1-го поколения (естественные) – лейкоинтерферон, суперлимф;
- 2-го поколения (рекомбинантные) – ронколейкин, беталейкин. Индукторы интерферона (полудан, амиксин, арбидол, неовир, циклоферон). Препараты интерферона (гриппферон, виферон, кипферон, альфарон, инфагель, генферон, роферон, реаферон, интрон, бетаферон, ингарон, иммуноферон);

5) нуклеиновые кислоты:

- 1-го поколения (естественные) – натрия нуклеинат;
- 2-го поколения – деринат;

6) химически чистые средства:

- 1-го поколения (низкомолекулярные) – левамизол (в настоящее время запрещен к использованию), метилурацил, глатирамер;
- 2-го поколения (относительно высокомолекулярные) – полиоксидоний, глютоксим, гепон, галавит;

7) растительные препараты:

- 1-го поколения – адаптогены (настойка эхинацеи, левзеи, жень-шеня, элеутерококка, чаги, лимонника);
- 2-го поколения – стандартизированные растительные ЛС – иммунонорм (сок эхинацеи), синупрет (горечавка, первоцвет, щавель, вербена, бузина), тонзилгон (алтей, ромашка, хвощ полевой, орех грецкий, одуванчик), олексин, **Биоарон С®** (экстракт алоэ древовидного), гипорамин (экстракт облепихи), алпипразин (экстракт копеечника альпийского).

Особенность Биоарона С заключается в оригинальном сочетании алоэ и черноплодной рябины. Применение сиропа Биоарон С вызывает стимуляцию иммунной системы благодаря веществам, содержащимся в экстракте из листьев алоэ древовидного. Препарат оказывает стимулирующее влияние как на гуморальный, так и на клеточный иммунитет, вызывает увеличение числа В- и Т-лимфоцитов, а также антител, циркулирующих в крови, что приводит к повышению сопротивляемости организма к бактериальным и вирусным инфекциям. Кроме того, сироп Биоарон С способствует повышению аппетита, содержит витамин С и сок аронии черноплодной, который также является источником витаминов и минеральных веществ. Дополнительное преимущество Биоарона С – это приятный вкус.

Витаминные, витаминоподобные и элементные препараты в дозах, оказывающих имунотропный эффект (в т.ч. витаминно-минеральные комплексы 2-го поколения – Алвитил, Сана-сол, Мультитабс, Компливит, Алфавит, Центрум и др).

По терапевтической направленности иммуномодулирующие средства разделяют на следующие группы:

- 1) для активной антигенспецифической терапии – вакцины и бактериальные вакциноподобные препараты;
- 2) для активной антигеннеспецифической иммуномодуляции – тимические, костномозговые, химические, растительные препараты, нуклеиновые кислоты;

- 3) для пассивной (заместительной) терапии – моноклональные антитела (инфликсимаб, адалимумаб), цитокины, внутривенные иммуноглобулины, введение плазмы, цельной крови, лейкомассы;
- 4) для метаболической иммуномодуляции – антиоксиданты, витаминные и элементные препараты, ферменты (вобэнзим), синбиотики.

Топические иммуномодуляторы (преимущественно местного действия) подразделяют в зависимости от точки приложения их действия:

- 1) слизистые дыхательных путей (носовая полость, ротоглотка, трахея, бронхи) – ИРС-19, имудон, ликопид, лизобакт, тимоген, препараты интерферона, лейкинферон, гипорамин, синупрет, тонзилгон, деринат, полиоксидоний, бронхомунал, бронховаксом, рибомунил;
- 2) слизистые ЖКТ – виферон, кипферон, гепон, полиоксидоний, лейкинферон, имунофан, постеризан;
- 3) лимфоидная ткань мочеполовых органов – ронколейкин, кипферон, имунорикс, ферровир;
- 4) лимфоидная диффузная ткань кожи – тимоген, метилурацил, постеризан, виферон, пимекромилус, деринат.

Иммуномодуляторы с преимущественным влиянием на определенное звено иммунитета:

- 1) на фагоцитоз – ликопид, бактериальные лизаты, гепон, лизобакт, растительные иммуномодуляторы, тимоген;
- 2) на Т-лимфоциты – тимоген, цитовир-3, имунофан, глютоксим, глатирамер;
- 3) на В-лимфоциты – миелопид;
- 4) плейотропный (многочисленный) эффект – цитокины (ронколейкин, лейкинферон, беталейкин), интерфероны и индукторы интерферонов, нуклеиновые кислоты, полиоксидоний.

Возрастные разрешения иммуномодулирующих средств и наличие доказательной базы представлено в таблице 20.

Потенцируют фармакологические эффекты иммуномодуляторов следующие продукты питания (за счет содержания фитонцидов, лактоферрина, незаменимых аминокислот, витаминов, пектинов, органических соединений цинка, селена, мышьяка, кремния): чеснок, репа, редис, тыква, шампиньоны, сыроежки, лисички, чечевица, орехи (особенно кедровые, кроме арахиса), гранат, печень и потроха животных, креветки, маслины, сельдерей, кинза, куркума, ягоды земляники, клюквы, морозики, голубики, козье и лосяное молоко.

Побочные эффекты иммуномодуляторов встречаются крайне редко (менее 1,5%) в отличие от иммуностимуляторов и проявляются в развитии или обострении аллергических реакций; аутоиммунных заболеваний; симптоматики гриппоподобного состояния (лихорадка, жар, боли в суставах, головная боль); генерализации инфекционного процесса; стойкой иммуносупрессии или неуправляемой митотической активности клеток (при неадекватно длительных

и неоднократных курсах лечения); эмбриотоксичности и тератогенности в период беременности, особенно в подростковом возрасте.

После окончания курса лечения любым иммуномодулятором в детском возрасте необходим текущий клинический (для топических иммуномодуляторов) и/или иммунологический мониторинг (особенно для иммуномодуляторов, назначаемых парентерально).

Вопрос контроля при длительных и/или неоднократных курсах иммуномодуляторов (особенно на протяжении короткого периода времени, например, в течение одного года) в детском возрасте остается нерешенным. Ведущие иммунологи (Хаитов Р.М., Пинегин Б.В.) рекомендуют проводить отсроченный клинико-лабораторный мониторинг (динамика клинического состояния, контроль результатов общего анализа крови с подсчетом абсолютного количества нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, определение фагоцитарной активности, НСТ-тест, количества зрелых Т-лимфоцитов, хелперов и супрессоров, их активности, продукции цитокинов через 6 месяцев после последнего проведенного курса лечения. Схемы применения иммуностропных средств представлены в приложении 1.

Таблица 20

Возрастные разрешения иммуномодулирующих средств в России

Возраст	Препараты
С рождения	<i>Альфаферон (капли), гриппферон^{*Б}, виферон^{*Б}, ликопид^{*Б}, ронколейкин*, деринат, интерферон человеческий лейкоцитарный</i>
С 2–3 мес.	<i>ИРС-19^{*А}, тималин, тимоген* (инъекции). Лейкинферон (инъекции)</i>
С 6 мес.	<i>Бронхомунал^{*Б}, бронховаксом, полиоксидоний^{*Б} (инъекции), рибомунил^{*Б}, тактивин, тонзилгон, гипорамин (сублингвально), анаферон (детский)</i>
С 1 года	<i>Кипферон* (суппозитории), имунал, алпизарин</i>
С 2–3 лет	<i>Синупрет, гипорамин (сублингвально), имудон^{*Б}, имунофан, лейкинферон (суппозитории), тимоген* (аэрозоль), метилурацил, иммунорикс^{*С}, Биоарон С</i>
С 4 лет	<i>Циклоферон *</i>
С 6–7 лет	<i>Амиксин^{*С}, лавомакс, ингавирон (интразально), цитовир-3</i>
С 12 лет	<i>Полудан*, гепон, иммуномакс, иммунонорм, полиоксидоний* (таблетки)</i>
Без указания возраста	<i>Генферон, инфагель, постеризан</i>

* Препараты, имеющие доказательную базу и включенные в Национальный педиатрический формуляр 2009 г.

4.3.16. Вакцинация

Частые ОРВИ не могут быть поводом для отвода от прививок. Прививки проводят через 5–10 дней после очередного ОРВИ, в том числе на фоне остаточных катаральных явлений; ожидание их полного окончания часто сопровождается началом следующей инфекции. Таким детям рекомендуется заблаговременно проводить подготовку к вакцинации – на фоне очередного заболевания ОРВИ по мере снижения остроты процесса.

Назначаются препараты биостимулирующего действия (элеутерококк) из расчета 1 капля на год жизни ребенка 2 раза в день (утром и в обед) в течение 1–2 недель до вакцинации и 1–1,5 месяца после нее. Детям с поражением ЦНС, синдромом гипервозбудимости данные препараты назначать не следует.

Витамин А в масляном растворе по 1–2 капли или в драже по 3300–5000 МЕ 2 раза в день назначают детям до трех лет и 3 раза в день – детям старше трех лет в течение 1 недели до и 2 недель после вакцинации.

Рекомендуют прием витамина С в течение 1 недели до и 3–4 недель после прививки, корня солодки (глицирам) 2 раза в день в течение 1–2 недель до и в течение 1–1,5 месяцев после иммунизации.

При наличии в анамнезе аллергических реакций целесообразно назначать один из антигистаминных препаратов в течение 4–5 дней после вакцинации. Если курс вакцинации состоит из нескольких прививок, то при каждом введении очередной дозы вакцины повторяется вышеуказанное профилактическое лечение.

Детям, у которых очередное присоединение ОРЗ наблюдается раньше, чем через 1–2 недели, то есть практически постоянно сохраняются проявления ринита, кашель, легкая гиперемия зева, а также лицам с хронической патологией ЛОР-органов рекомендуется дополнительно назначать интерферон интраназально по 2–3 капли 4–6 раз в день за 1–2 дня до и в течение 5–7, а иногда 10–14 дней после введения вакцины.

Бактериальные лизаты (в частности, Рибомунил) способствуют урежению частоты случаев ОРВИ и могут являться препаратами выбора при иммунизации часто болеющих детей, у которых достоверно чаще отмечается осложненное течение вакцинального (в особенности коревого) процесса. Назначение Рибомунила в течение 12 дней в поствакцинальном периоде не только предупреждает возникновение интеркуррентных инфекций в коревом поствакцинальном периоде (первые 14 дней), но и обеспечивает сохранение профилактического действия на протяжении 1 месяца после прививки. Назначение Рибомунила также способствует выработке защитных антител в более высоких титрах уже к 3-й неделе после прививки.

В последние годы хорошо себя зарекомендовали такие препараты, как полиоксидоний, миелопид, которые назначают при вакцинации детей, часто болеющих или страдающих хроническими инфекциями.

У часто болеющих ОРВИ при вакцинации желательно придерживаться следующих рекомендаций:

- проводить вакцинацию в теплые месяцы года;

- в период роста заболеваемости ОРВИ вакцинацию следует продолжать детям (особенно неорганизованным) с незавершенным первичным курсом вакцинации;
- во время карантина по ОРВИ, если позволяет эпидобстановка, целесообразно воздержаться от ревакцинации любыми вакцинными препаратами;
- при наличии ОРВИ у членов семьи в случае благоприятной эпидобстановки желательно временное освобождение детей от вакцинации;
- детей, часто болеющих ОРВИ, с постоянно сохраняющимися катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей, следует иммунизировать, несмотря на наличие вышеуказанных явлений, на фоне сопроводительной терапии;
- при отягощенном вакцинальном анамнезе ребенка лучше вакцинировать в условиях стационара.

Активная иммунизация против гриппа позволяет существенно понизить уровень заболеваемости как гриппом, так и ОРЗ в целом. Последнее объясняется иммунодепрессивным действием вируса гриппа, циркуляция которого способствует повышенной заболеваемости (или более тяжелому течению) других ОРВИ. Вакцинация против гриппа снижает не только заболеваемость гриппом, но и смертность, в первую очередь от гриппа и пневмонии, при этом снижается заболеваемость ОРВИ. У детей рекомендуется применять расщепленные и субъединичные вакцины. Вакцинацию следует начинать осенью, а в первый год вакцинации детей прививают дважды.

В России лицензированы следующие противогриппозные субъединичные и сплит-вакцины:

- Гриппол – инактивированная субъединичная вакцина с иммуномодулятором полиоксидонием – применяется у детей с 3 лет, вводится однократно подкожно 0,5 мл в верхнюю треть наружной поверхности плеча.
- Агриппал s1 – инактивированная субъединичная вакцина, содержащая очищенные гемагглютинин и нейраминидазу, вводится внутримышечно. Применяется у детей старше 3 лет – по 0,5 мл, с 6 мес. до 3 лет – по 0,25 мл. При первом введении вакцинация проводится в два этапа с интервалом в 4 недели, в последующие сезоны – однократно.
- Инфлювак – субъединичная трехвалентная вакцина, состоящая только из поверхностных антигенов вирусов гриппа А и В. Используется для вакцинации детей, не болевших гриппом и непривитых: в возрасте 6 месяцев – 3 лет – по 0,25 мл, 3–14 лет – по 0,5 мл двукратно с интервалом в 4 недели, старше 14 лет – по 0,5 мл однократно внутримышечно или подкожно (глубоко).
- Бегривак – сплит-вакцина, содержащая в 1 дозе по 15 мкг гемагглютинина актуальных штаммов вируса, используется для вакцинации детей старше 3 лет. Детям, ранее не привитым, рекомендуется двукратная вакцинация с интервалом в 4 недели.
- Ваксигрипп – сплит-вакцина, содержащая в 1 дозе по 15 мкг гемагглютининов вируса гриппа, применяется для вакцинации детей с возраста

6 месяцев, до 3 лет – двукратная вакцинация с интервалом в 1 месяц в дозе 0,25 мл, с 3 до 9 лет – однократно 0,5 мл.

- Флюарикс – очищенная сплит-вакцина, содержащая в 0,5 мл 15 мкг гемагглютинаина подтипа А(Н1N1), А(Н3N2) и В. Вводят внутримышечно или подкожно (глубоко) детям старше 3 лет – 0,5 мл; детям от 6 месяцев до 3 лет – 0,25 мл и через 4 недели еще 0,25 мл (если ранее проводилась вакцинация против гриппа, достаточно первого введения).

Иммунитет возникает через 14 дней после вакцинации, он кратковременный (6–12 мес.), типоспецифичный. Профилактическая эффективность вакцинации – 70–90%. Вакцинация должна заканчиваться до начала гриппозного эпидсезона.

Во время эпидемически неблагоприятного сезона можно применять препараты интерферона и его индукторы (приложение 2).

Вакцинация против Hib-инфекции. По рекомендации ВОЗ, вакцина против Hib-инфекции включена в Национальный календарь прививок грудных детей всех развитых и многих развивающихся стран. Показано, что массовая вакцинация позволяет снизить заболеваемость как менингитом, так и тяжелой бактериальной пневмонией. Эта вакцинация хотя и не включена в Национальный календарь России, рекомендована Министерством здравоохранения РФ для использования там, где для этого имеются возможности.

Применение вакцины против инфекции, вызываемой *H. Influenzae* типа b (в Российской Федерации зарегистрирована вакцина Акт Хиb), у детей первых месяцев жизни сокращает на 80% заболеваемость тяжелой пневмонией данной этиологии и на 26% – всеми тяжелыми пневмониями. Внедрившие ее страны практически ликвидировали данную инфекцию. Продолжительность обнаружения защитного титра антител составляет не менее 4 лет.

Вакцинация против пневмококковых инфекций. Полисахаридная пневмококковая вакцина (в Российской Федерации зарегистрирована вакцина Пневмо-23, включающая в себя 90% серотипов пневмококков, которые вызывают тяжелые заболевания) иммуногенна лишь у детей старше 2 лет и ее эффективность в отношении инвазивных форм пневмококковой инфекции составляет 94%. Продолжительность иммунитета – 5–8 лет.

Вакцинация против инфекции, вызываемой *H. Influenzae* типа b, и пневмококковой вакциной не включена в Национальный календарь. Проведение вакцинации возможно на добровольных началах.

4.3.17. Санаторно-курортное лечение

Реабилитация ЧБД может проводиться на базе местных дошкольных санаториев или санаторных лагерей. В Ивановской области оздоровление часто болеющих детей возможно осуществить в санаториях «Малышок», «Решма», санаторных лагерях «Березовая роща», «Чайка», пансионате «Плес». В санаторий «Малышок» принимаются дети с 4 лет, в остальные организации – с 6 лет.

Возможно санаторно-курортное лечение часто болеющих детей в рамках федеральной программы оздоровления детей в санаториях за пределами Ивановской области: санаторий «Отдых» – подмосковное «Жуковское», сана-

торий «Колчаново» – г. С.-Петербург (система «Мать и дитя»), санаторий «Луч» – г. Кисловодск (система «Мать и дитя»).

Направление из детской поликлиники оформляется по всем правилам: с определением показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению, с заполнением «Санаторно-курортной карты» (у.ф. 072/у-04).

Наблюдаемый эффект обычно нестойкий и неполный, что требует дальнейшего продолжения реабилитации ребенка.

4.4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЧБД

Критерии эффективности

- 1) показатель эффективности оздоровления (ПЭО) рассчитывается по формуле:

$$\text{ПЭО} = \frac{\text{Число детей, перешедших из группы ДЧБ в группу эпизодически болеющих детей}}{\text{Число детей ДЧБ, получивших реабилитацию}} \times 100\%$$

Эффективным считается оздоровление при ПЭО более 25%;

- 2) снижение острой заболеваемости;
- 3) увеличение числа детей с первой группой здоровья.

Далее будет 10 страниц приложения (1,2,4) на страницах с альбомной ориентацией

Они сделаны отдельным файлом

**ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА
И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПП ЦНС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ
СЕМЕЙНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

(Опыт работы дневного стационара клиники ИвГМА)

Педиатрическое отделение клиники ИвГМА для детей с нейро- и психосоматической патологией представило новый комплексный *медико-психолого-педагогический подход* к выявлению и лечению детей с соматическими заболеваниями, возникающими на фоне легкого перинатального поражения ЦНС, а также детей с патологией психосоматического генеза, возникающей вследствие психо-эмоционального стресса.

Педиатрическое отделение было рассчитано на 40 детей дошкольного и младшего школьного возраста и функционировало как дневной стационар.

Направление детей на госпитализацию в отделение осуществляли медико-социальное отделение детской поликлиники или, при отсутствии такового, участковый педиатр городской поликлиники.

Отбор детей для госпитализации в отделение осуществлялся консультативно-экспертной комиссией (КЭК) в составе заведующей поликлиникой ИвГМА, педиатра поликлиники ИвГМА, заведующей педиатрическим отделением.

В отделение поступали дети с *сочетанной сомато-неврологической патологией*. Соматический и неврологический диагнозы были верифицированы на амбулаторном этапе или в специализированных стационарах. В отделении же в ходе углубленной нейрофизиологической и нейропсихологической диагностики уточнялся нейро-соматический генез имеющейся патологии.

Кроме того, в условиях поликлиники ИвГМА было организовано обследование родителей для выявления у них хронических очагов инфекции и другой соматической патологии. Санация очагов хронической инфекции проводилась на базе поликлиники ИвГМА или по месту жительства.

В отделении была организована *медико-психолого-педагогическая служба* для реализации комплексного подхода к диагностике и лечению. Ведущими специалистами, осуществляющими курацию больных, являлись *педиатр и невролог*. Необходимость участия двух специалистов связана с тем, что у 77% детей выявлялась сочетанная соматоневрологическая или нейросоматическая патология. В зависимости от преобладания в клинической картине соматической или неврологической патологии основным лечащим врачом был педиатр при консультативном участии невролога или невролог при консультативном участии педиатра. Поскольку две трети детей имели нарушения опорно-двигательного аппарата, а половина пациентов являлась длительно и часто болеющими, в лечебно-диагностическом процессе принимали участие врачи консультанты: *отоларинголог, окулист, иммунолог, врач ЛФК*.

Учитывая высокую частоту пограничных нервно-психических расстройств у данной категории пациентов, в штат отделения были включены психолог и психотерапевт. *Психолог* осуществлял контроль за базовой психологической

диагностикой всех поступающих в отделение детей, а также проводил углубленную нейропсихологическую диагностику, в которой нуждалась почти половина детей. Психолог проводил индивидуальную и групповую психологическую коррекцию, семейное консультирование, выдавал рекомендации для родителей, педагога и психолога ДОУ.

Психотерапевт уточнял характер пограничных нервно-психических расстройств, определял необходимость фармакологической коррекции, проводил семейное консультирование и оказывал индивидуальную или групповую психотерапевтическую помощь.

Воспитатели осуществляли не только традиционные педагогические функции, но и лечебно-педагогический процесс (базовая психологическая диагностика, лечебная педагогика).

В диагностические стандарты обследования таких больных входили осмотр педиатра, консультация невролога, нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ, РЭГ), обследование вегетативной нервной системы (КИГ с функциональными пробами, ВРС), нейропсихологическое обследование (диагностика состояния высших мозговых функций) и рентгенологическое исследование позвоночника. По показаниям осуществлялись ЭКГ, Эхо-КГ и УЗИ внутренних органов.

В стандарты лечения были включены психолого-педагогическая коррекция, специальный комплекс лечебной физкультуры, физиолечение и медикаментозная терапия.

После окончания курса лечения ребенку оформлялась выписка, в которой указывались результаты проведенного обследования, лечения, его эффективность и давались развернутые рекомендации по дальнейшему медико-психолого-педагогическому сопровождению ребенка в амбулаторных условиях, детском образовательном учреждении, в семье.

Эффективность медико-психолого-педагогической коррекции ребенка оценивалась по медицинским, психологическим, педагогическим критериям. Медицинские критерии: динамика жалоб, клинических симптомов, данных лабораторных и функциональных исследований. Психолого-педагогические критерии: динамика показателей нервно-психического развития, эмоционально-поведенческих характеристик, уровня тревожности и невротизации, страхов, показателей готовности к школе, высших психических функций, изменение типа семейного воспитания, приобретение ребенком навыков, регламентированных возрастом ребенка.

В результате комплексного обследования у 60% пациентов удавалось впервые выявить патологию, практически у всех детей уточнить генез заболеваний, подобрать индивидуальные схемы лечения.

Наблюдение за детьми, получившими комплексную медико-психолого-педагогическую коррекцию, показало, что на фоне улучшения неврологического статуса и эмоционально-поведенческих характеристик на 20% снижается острая заболеваемость, на 15% кратность обострений хронической патологии. Все это повышает качество жизни детей и их социальную адаптацию.

Эффективность работы отделения определялась улучшением состояния у подавляющего большинства пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

(Опыт работы МУЗ «Детская городская поликлиника № 6» г. Иваново)

Дневной стационар поликлиники осуществляет лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия для детей, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Хотя основным поводом для направления ребенка в дневной стационар изначально являются нарушения соматического здоровья (хронические заболевания ведущих органов и систем, частые рецидивирующие ОРЗ), при углубленном неврологическом обследовании выявлено, что 83% детей имеют клинические признаки последствий ПП ЦНС.

Учитывая сочетанность неврологических и соматических нарушений, а также частую заболеваемость таких детей ОРЗ, предлагается комплексный подход к диагностике и лечению ЧБД с соматическими заболеваниями, возникающими на фоне последствий перинатального поражения ЦНС.

Каждый ребенок, страдающий хроническим соматическим заболеванием, получает консультацию невролога, затем проводится медикаментозная коррекция выявленных нарушений. Кроме того, родителям даются модулированные рекомендации по использованию немедикаментозных методов, включающих нормализацию режима дня, диету с учетом индивидуальных особенностей ребенка, комплекс физических упражнений, советы по педагогическому воздействию на ребенка. Вопросы, волнующие большинство родителей, освещаются в санбюллетене.

После углубленного осмотра педиатром и проведения необходимых лабораторных обследований при наличии показаний ребенок может быть проконсультирован ЛОР-врачом, нефрологом, кардиологом, иммунологом, дерматологом и другими специалистами поликлиники.

Всем детям проводится кардиоинтервалография для выяснения степени нарушений вегетативной регуляции и характера преобладания какого-либо отдела ВНС. С учетом выявленных особенностей в комплекс лечение могут быть добавлены вегетотропные фитопрепараты: спиртовая настойка пустырника или боярышника.

Проведенный анализ показал, что при комплексном нейро-соматическом подходе эффективность реабилитации детей с хронической соматической патологией выше у детей с большей компенсацией неврологического дефекта.

Выездной дневной стационар предназначен для оздоровления детей в образовательных учреждениях. Необходимость его создания обусловлена, во-первых, большим количеством нуждающихся в оздоровлении детей, во-вторых, нехваткой времени родителей для ежедневного посещения поликлиники.

Педиатр образовательного учреждения по данным медицинской документации отбирает 8–10 детей в одну диспансерную группу, производит их пред-

варительный осмотр, анкетирование родителей и педагогов для выявления пограничных нервно-психических заболеваний, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, а также вегетативных расстройств и определяет необходимость консультации врачей-специалистов. Затем в ДОУ или школу выезжает бригада врачей-специалистов (ЛОР-врач, невролог, нефролог, кардиолог, физиотерапевт, кинезотерапевт), предоставляются передвижные лабораторные установки, аппараты ультразвуковой диагностики и ЭКГ. После необходимого диагностического комплекса проводится консилиум, где для каждого ребенка составляется индивидуальная программа реабилитации, включающая прием медикаментозных препаратов и немедикаментозных средств, родители получают памятки-рекомендации по режиму дня, питанию, воспитанию, проведению оздоровительных мероприятий дома.

Результаты работы консилиума заносятся в «Протокол консилиума». На каждого ребенка оформляется «История болезни», где педиатр регулярно отмечает динамику состояния здоровья ребенка. При необходимости в ходе проведения оздоровительных мероприятий для консультации может быть приглашен любой специалист из штата детской поликлиники. *Медицинская сестра образовательного учреждения получает необходимые медикаменты.* Реабилитация детей осуществляется во время их пребывания в образовательном учреждении и занимает не более 30–40 минут, курс составляет 10–14 дней.

Для реабилитации часто болеющих детей с ППП ЦНС в образовательных учреждениях используются такие немедикаментозные средства, как: ингаляции фитопрепаратов, орошение зева, магнитотерапия, массаж (общий расслабляющий, шейно-воротниковой зоны), ЛФК. Проводится обучение детей, родителей и педагогов массажу биологически активных точек, элементам дыхательной гимнастики, упражнениям для выработки навыка правильной осанки, улучшению мозгового кровообращения, снятию зрительного утомления.

После выполнения оздоровительных мероприятий ребенок осматривается педиатром и врачами-специалистами для оценки эффективности реабилитации и получения рекомендаций, которые выдаются родителям в виде памяток.

За время функционирования выездного стационара отмечено не только достоверное снижение показателей «острой» заболеваемости, но и улучшение *неврологического и эмоционального статуса детей*. Родители и педагоги отмечали, что дети становились более внимательными, спокойными, улучшалась успеваемость на занятиях.

Следует отметить также медицинскую эффективность организации выездного дневного стационара при детской поликлинике, которая подтверждается социологическими опросами родителей. Все опрошенные высказали удовлетворение этой формой работы и считали ее более удобной для себя в социальном плане.

Таким образом, разработанная и внедренная в медицинскую практику функциональная модель дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения детской поликлиники является эффективной, важной, современной технологией лечебного процесса в ходе реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, позволяющая максимально приблизить медицинскую помощь к детскому населению.

Представленная новая организационная модель стационарзамещающей технологии – дневного стационара для реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями, частой «острой» заболеваемостью на фоне ППП ЦНС – позволяет реализовать актуальный на сегодняшний день нейросоматический подход с использованием потенциала врачей-специалистов, работающих в штате детской поликлиники. При этом приоритет отдается немедикаментозным методам реабилитации, позволяющим в условиях комплексного подхода получить высокие результаты реабилитации даже без применения дорогостоящих медикаментозных препаратов.

Возможна организация *отдельных групп в ДОУ или специализация всего ДОУ с целью реабилитации часто болеющих детей*. Отбор детей в специализированное ДОУ из других детских учреждений города проводится специальной комиссией ежегодно в конце мая или начале июня. Число детей в ясельных группах таких учреждений не должно превышать 15 человек, в садовых – 20 человек. Дополнительно выделяется 0,5 ставки медсестры на группу для расширения функциональных обязанностей, связанных с реабилитацией ЧБД. Ребенок в таком детском учреждении пребывает в течение одного года, по истечении которого оценивается эффективность оздоровительных мероприятий.

Приложение 6

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕБЕНКА (Опыт работы МДОУ №6 г. Иваново)

Имеющиеся рекомендации по реабилитации и диспансерному наблюдению за группой ДЧБ преимущественно ориентированы на возраст и в минимальной степени учитывают индивидуальность ребенка.

Мы предлагаем систему оздоровления и реабилитации ДЧБ, которая учитывает индивидуальные конституционные свойства детей (табл. 1, 2, 3, 4).

Ключевым параметром конституции является направленность психической активности: вовне – экстраверсия, вовнутрь – интроверсия или его уравновешенность – центроверсия.

Установлены четкие различия течения «острых» заболеваний у детей разных конституционных типов, что позволило разработать дифференцированную программу их реабилитации и оздоровления в соответствии с тремя конституционными типами.

Программа направлена на гармонизацию вегетативного гомеостаза за счет укрепления конституционно слабого звена вегетативного обеспечения: интроверт нуждается в укреплении симпатических влияний, а экстраверт – в повышении тонуса парасимпатического отдела, центроверт – в поддержке эйтонического состояния; создание психологического комфорта в стрессовой для организма ситуации, принципиально разного для каждого типа психосоматической конституции; назначение адекватного двигательного режима после перенесенного ОРЗ; подбор дифференцированной немедикаментозной схемы повышения резистентности организма ребенка.

Таблица 1

**Основные направления дифференцированной программы
реабилитации часто болеющих детей с учетом их типа
психосоматической конституции**

Направление	Интроверты	Центроверты	Экстраверты
Питание	Фруктовые и овощные соки перед приемом пищи, продукты, богатые кальцием (молоко, кефир, творог) для повышения симпатикотонии. Усиление белкового компонента питания	Сочетание подходов	Ограничение соли, экстрактивных веществ. Обогащение рациона ионами калия (курага, изюм, чернослив) для повышения ваготонии. Усиление минерального компонента питания
Закаливание	Монофакторное, предпочтительны местные, воздушные виды	Сочетание видов	Многофакторное закаливание, предпочтительны водные виды
Фитопрофилактика ОРЗ	Настой шиповника (витамин С)	Чай из рябины и шиповника	Отвар овса (витамин В ₁ , В ₆)
Повышение резистентности	Массаж биологически активных точек на лице и ушных раковинах	Дыхательная гимнастика	Массаж биологически активных точек на ладонях и стопах
Санация очагов инфекции	Промывание носа отваром трав с фитонцидным эффектом (зверобой, календула), смазывание миндалин раствором люголя в весенне-осенний период	Соляно-щелочные ингаляции в период повышенной заболеваемости ОРЗ	Полоскание зева отваром фитонцидных трав и растворами с антимикробным действием (эктерицид, томицид, хлорофиллипт)
Дополнение к тактике во время ОРЗ	Противоаллергические препараты	Стандартная схема	Седативная фитотерапия
Создание психологического комфорта	Уединение, чтение	Праздник, подарок	Общение, компания друзей
Подходы к реабилитации после перенесенных ОРЗ	Продолжительное освобождение от занятий физкультурой (на 4 недели) Стимулирующая фитотерапия: прием экстракта элеутерококка, витаминов с антиоксидантным действием (А, Е)	Стандартная схема реабилитации	Дегидратационная фитотерапия: употребление напитков с экстрактом брусничного листа, клюквы. Седативная фитотерапия – прием «ново-пассита» на 10 дней, витаминов группы В
Гармонизация вегетативной дисфункции	Настойка боярышника утром, тонизирующие напитки	Настойка боярышника утром, пустыр-	Настойка пустырника вечером. Успокаивающие

		ника – вечером	чай вечером (мята, мелисса)
--	--	----------------	-----------------------------

Использование дифференцированной программы реабилитации часто болеющих детей с учетом типа психосоматической конституции в течение года позволило в 2,5 раза сократить их число, при этом количество случаев длительного периода реконвалесценции уменьшилось у 32% детей.

Таким образом, созданная нами программа реабилитации часто болеющих детей, основанная на немедикаментозном воздействии, позволяет снизить частоту «острой» заболеваемости, уменьшить продолжительность заболевания, снизить частоту осложнений и значительно сократить длительность реабилитационного периода.

При выдаче рекомендаций семье ребенка необходимо составить круглогодичный план реабилитационных мероприятий, включающий ежемесячные десятидневные курсы оздоровления. При этом для детей разных конституциональных типов программы имеют принципиальные различия, учитывающие особенности течения острых заболеваний.

Таблица 2

Пример программы оздоровления на год для интроверта

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 января	Глубокое полоскание зева отваром травы зверобоя (10,0 сухого сырья на 200,0 кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после обеда)
1–10 февраля	Массаж БАТ Цель воздействия: повышение защитных свойств слизистой оболочки носа, глотки и гортани, активизация кровоснабжения головы и шеи, нормализация деятельности сосудов сердца, бронхов, легких, повышение тонуса всего организма. <i>Техника выполнения:</i> проводить массаж необходимо 2 раза в день – утром после пробуждения и перед сном в течение 2 минут кончиком указательного пальца, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные быстрые и энергичные движения по ходу часовой стрелки не менее 3–5 секунд (6–9 раз) и против нее столько же. Перед началом массажа надо потереть руки, чтобы согрелись, усилилась циркуляция крови. 1 точка – «Галстук» – над яремной выемкой на груди. Связана со слизистой оболочкой нижних отделов глотки, гортани, с вилочковой железой. Массаж этой точки повышает сопротивляемость организма различным заболеваниям дыхательных путей
1–10 февраля (продолжение)	2 точка – «Бусы» – на шее в развилке сонных артерий (симметричная). Массаж этой зоны повышает защитные свойства слизистой оболочки глотки и гортани. 3 точка – «Здоровый нос» – симметричная, у крыльев носа. Связана с передней и задней долями гипофиза. Массаж этой зоны улучшает кровоснабжение слизистой оболочки носа, гайморовой полости 4 точка – «Рожки» – симметричная, у начала бровей. Связана со слизистой оболочкой решетчатых полостей носа и лобных пазух, с лобными отделами головного мозга. Массаж этих зон улучшает кровообращение слизистой оболочки верхних отделов полости носа

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 марта	Глубокое полоскание зева отваром травы шалфея (10,0 сухого сырья на 200,0 кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после ужина)
1–10 апреля	Массаж кистей рук Проводится ежедневно перед утренним и вечерним умыванием в течение 2–3 минут. <i>Техника выполнения:</i> 1) растирать в течение 30 секунд большим пальцем противоположной руки кожу основания среднего и безымянного пальцев другой руки, повторить трижды для каждой руки, здесь расположена зона носоглотки, глубокий массаж этой области повышает устойчивость организма к холоду, сквознякам; 2) разогревающий (тонизирующий) массаж ладоней проводится глубоким надавливанием большим пальцем одной руки на всю поверхность ладони другой руки; 3) массаж пальцев, сначала надавливая на их ладонные, затем на задние и боковые отделы
1–10 мая	Чай «Целебный»: 1 ст.л. плодов шиповника залить 1 стаканом воды, кипятить 5 минут, затем туда положить 1 ч. л. сухих цветков ромашки, закрыть крышкой и выдержать 10 минут, процедить. Принимать по 0,5 стакана 1 раз в день после ужина
июнь, июль	Закаливание <i>Необходимо проводить закаливание систематически, дозу воздействия увеличивать постепенно, добиваясь положительного эмоционального отношения ребенка к процедурам:</i> <i>1 этап – умывание лица и рук прохладной водой ежедневно перед завтраком.</i> <i>2 этап – для закаливания ротовой полости и носоглотки – ежедневное полоскание ротовой полости и зева после обеда водой комнатной температуры, через каждые 5–6 дней снижение температуры на 1–2°C вплоть до 8–10°C. Для полоскания можно использовать отвары ромашки, зверобоя, шалфея и негазированную минеральную воду (10,0 г на 200,0 г воды)</i>
июнь, июль (продолжение)	<i>3 этап – закаливание стоп перед дневным сном – контрастное обливание ног – вначале обливают ноги теплой водой (+36...35°C), а затем сразу же прохладной (+27...28°C), после чего вновь теплой водой (+36...35°C). Постепенно (в течение 1 месяца) температуру теплой воды повышают до +40°C, а холодной снижают до +18°C. По окончании процедуры обтереть ноги сухим махровым полотенцем</i>

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 августа	Дыхательная гимнастика Цели воздействия: повышение иммунитета, улучшение сопротивляемости организма различным инфекциям, улучшение обменных процессов, эффективное обогащение крови кислородом, выработка правильной осанки, повышение тонуса организма и особенно нервной системы, избавление от негативных эмоций, снятие переутомления. Гимнастика проводится ежедневно, в облегчённой одежде, в хорошо проветренном помещении. Температура воздуха должна быть не выше +17°C, время занятий – утренние часы, не ранее чем через час после приёма пищи. Гимнастика длится 10 минут. «Семафор». Исходное положение – сидя на полу «по-турецки», руки в стороны. Важно следить за тем, чтобы ребенок не поднимал плечи. Делаем медленный вдох через нос, небольшую паузу, затем, выдыхая через рот, медленно опускаем руки, одновременно издавая долгий звук «с». Повторяем упражнение не менее шести раз. «Мяч». Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки с мячом прижаты к груди. Делаем медленный вдох через нос, на выдохе медленно выпрямляем руки, одновременно приподнимаясь на носочки. «Конфетти». Для этого упражнения нам понадобится стол, трубочка для коктейля и конфетти. На столе лежит горсточка конфетти. Ребенок, сидя за столом, держит во рту трубочку для коктейля. Медленно вдыхаем через нос, затем, выдыхая ртом через трубочку, стараемся сдуть конфетти. Это упражнение интересно выполнять вдвоем – с другим ребенком или с кем-нибудь из взрослых, чтобы получалось своего рода соревнование. Важно обратить внимание ребенка на то, чтобы выдох был не сильным, а как можно более долгим. «Ветер». На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прерывать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы
1–10 сентября	Орошение носоглотки настоем цветков ромашки (10,0 г сухого сырья на 200,0 г кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, запрокинуть голову ребенка, залить в каждый носовой ход по 2 мл настоя, затем наклонить голову вниз)
1–10 октября	Массаж БАТ
1–10 ноября	Глубокое полоскание зева отваром травы ромашки (10,0 г сухого сырья на 200,0 г кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после обеда)
1–10 декабря	Дыхательная гимнастика

Пример программы оздоровления на год для экстраверта

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 января	Глубокое полоскание зева раствором хлорофиллипта (1%-ный спиртовой раствор разводится водой комнатной температуры в соотношении 1:20, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после обеда)
1–10 февраля	Массаж БАТ Цели: повышение защитных свойств слизистой оболочки носа, глотки и гортани, активизация кровоснабжения головы и шеи, нормализация деятельности сосудов сердца, бронхов, легких, повышение тонуса всего организма. <i>Техника выполнения:</i> проводить массаж необходимо 2 раза в день – утром после пробуждения и перед сном в течение 2 минут кончиком указательного пальца, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные быстрые и энергичные движения по ходу часовой стрелки не менее 3–5 секунд (6–9 раз) и против нее столько же. Перед началом массажа надо потереть руки, чтобы согрелись, усилилась циркуляция крови. 1 точка – «Косички» – на шее сзади (симметричная). Массаж активизирует кровоснабжение головы, шеи, туловища. 2 точка – «Бугорок» – область 7-го шейного и 1-го грудного позвонков. Связана со слизистой трахеи, глотки, пищевода, нижним шейным симпатическим узлом. Массаж этой зоны способствует нормализации деятельности сосудов сердца, бронхов, легких. 3 точка – «Ушки» – симметричная, у козелка ушной раковины. Одновременно можно провести массаж под мочкой уха, на сосцевидном отростке и всей ушной раковины, растирая ее сверху вниз.
1–10 марта	Смазывание миндалин раствором Люголя ежедневно после ужина Массаж ушных раковин На ушных раковинах имеются нервные окончания, связанные со всеми внутренними органами, поэтому массаж ушных раковин очень полезен. 1. «Хлопушки»: быстро загнуть уши вперед всеми пальцами рук, прижать их, затем отпустить, ощущая в ушах хлопок. <i>Техника выполнения:</i> см. февраль 2. «Сережки»: кончиками большого и указательного пальцев потянуть с силой вниз обе мочки ушей 5–6 раз. 3. «Ключик»: захватить большим и указательным пальцами козелок. Сдавливать, поворачивать его во все стороны в течение 20–30 секунд. 4. «Санки»: зажать большим и указательным пальцами противовозвукоток – хрящевой выступ, находящийся сзади наружного слухового прохода. Водить по нему пальцами вверх и вниз
1–10 мая	Отвар «Колос» – отвар овса (источник микроэлементов, витаминов В ₁ и В ₆) – 1 стакан овса залить 1 литром воды или молока и «томить» на водяной бане в течение 1 часа, процедить, охладить, добавить 1 ст. л. меда, принимать по 1/2 стакана вечером

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
<i>июнь, июль</i>	Закаливание Необходимо проводить закаливание систематически, дозу воздействия увеличивать постепенно, добиваясь положительного эмоционального отношения ребенка к процедурам. 1. Для закаливания ротовой полости и носоглотки – полоскание ротовой полости и горла водой комнатной температуры, через каждые 3–4 дня снижать температуру на 1–2° вплоть до 8–10°С. Для полоскания можно использовать отвары зверобоя, шалфея, негазированную минеральную воду, 1–2%-ный раствор соли (морская соль, обычная поваренная соль – 1 ч. л. соли на 1 стакан воды, довести до кипения и охладить). 2. Закаливание стоп – контрастное обливание ног – вначале обливают ноги теплой водой (+36...35°С), а затем сразу же прохладной (+24...25°С), после чего вновь теплой водой (+36...35°С). Постепенно температуру теплой воды повышают до +40°С, а холодной снижают до +18°С. По окончании процедуры обтереть ножки сухим полотенцем.
<i>1–10 августа</i>	Дыхательная гимнастика Цели воздействия: повышение иммунитета, улучшение сопротивляемости организма различным инфекциям, улучшение обменных процессов, эффективное обогащение крови кислородом, выработка правильной осанки, повышение тонуса организма и особенно нервной системы, избавление от негативных эмоций, снятие переутомления. Гимнастика проводится ежедневно, в облегченной одежде, в хорошо проветренном помещении. Температура воздуха должна быть не выше +17°С, время занятий – утренние часы, не ранее чем через час после приема пищи. Гимнастика длится 10 минут. «Регулировщик». Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, одна рука поднята вверх, другая направлена в сторону. Делаем медленный вдох через нос, затем небольшую паузу. Потом медленно выдыхаем через рот, плавно меняя во время выдоха положение рук. Важно следить за тем, чтобы ребенок не делал резких движений руками. Это упражнение необходимо повторить не менее шести раз. «Поршень». Встать, ноги на ширине плеч, руки опущены, ладони обращены вперед. На быстром вдохе руки притягиваются к подмышкам ладонями вверх. На медленном выдохе – опускаются вдоль тела ладонями вниз. Такой тип дыхания оказывает мощное мобилизующее действие, быстро снимает психоэмоциональное напряжение. «Цветок». Стоя, ноги вместе, руки опущены. На вдохе медленно поднять расслабленные руки вверх, постепенно "растягивая" все тело (не отрывать пятки от пола); задержать дыхание. На выдохе – постепенно расслабляя тело, опустить руки и согнуться в пояснице; задержать дыхание. Вернуться в и.п.

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 сентября	Глубокое полоскание зева отваром коры дуба (20,0 г сухого сырья на 200,0 г кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после ужина)
1–10 октября	Массаж БАТ
1–10 ноября	Чай «Ягодный»: по 2 ст. л. шиповника, сушеной земляники и черной смородины залить 1 стаканом кипятка, настоять, процедить, принимать по 1/2 стакана утром
1–10 декабря	Дыхательная гимнастика

Таблица 4

Пример программы оздоровления на год для центроверта

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 января	Глубокое полоскание зева отваром листьев эвкалипта (10,0 г сухого сырья на 200,0 г кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после обеда)
1–10 февраля	Массаж биологически активных точек. Цели воздействия: повышение защитных свойств слизистой оболочки носа, глотки и гортани, активизация кровоснабжения головы и шеи, нормализация деятельности сосудов сердца, бронхов, легких, повышение тонуса всего организма. Техника выполнения: проводить массаж необходимо 2 раза в день – утром после пробуждения и перед сном в течение 2 минут кончиком указательного пальца, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные быстрые и энергичные движения по ходу часовой стрелки не менее 3–5 секунд (6–9 раз) и против нее – столько же. Перед началом массажа надо потереть руки, чтобы согрелись, усилилась циркуляция крови. Проводить массаж необходимо 2 раза в день – утром после пробуждения и перед сном в течение 2 минут кончиком указательного пальца, надавливая на кожу до легкого болезненного состояния и делая вращательные быстрые и энергичные движения по ходу часовой стрелки не менее 3–5 секунд (6–9 раз) и против нее столько же. Перед началом массажа надо потереть руки, чтобы согрелись, усилилась циркуляция крови. 1 точка – «Пуговица» – бугорок на груди (чуть выше середины грудины). Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом. При массаже этой точки уменьшается кашель. 2 точка – «Галстук» – над яремной выемкой на груди. Связана со слизистой оболочкой нижних отделов глотки, гортани, с вилочковой железой. Массаж этой точки повышает сопротивляемость организма различным заболеваниям дыхательных путей. 3 точка – «Ямка» – симметричная на кистях рук между большим и указательным пальцами. Массаж этой зоны нормализует многие функции организма

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 марта	Соляно-щелочные ингаляции (по 1 ч. л. соли и соды вскипятить в 1 л воды, отсудить в течение 10 минут, дышать над паром 10 минут) за 2 часа до сна
1–10 апреля	Массаж стоп <i>Техника выполнения:</i> см. февраль. Массаж стоп проводится в положении лежа на спине или сидя, следует смазать подошвы стоп миндальным, подсолнечным маслом, детским кремом. Точки, находящиеся на стопах, связаны с внутренними органами, рефлекторное воздействие на них способствует улучшению обмена веществ. Массаж стоп включает: 1) поглаживание всей стопы (свод стопы – по направлению от пальцев к голеностопному суставу, подошву – от пятки к пальцам); 2) разминание стопы (тыла и подошвенной поверхности); 3) граблеобразное поглаживание подошвы по направлению к пальцам; 4) похлопывание подошвы стопы в том же направлении; 5) активное поднимание стопы вверх и опускание вниз; 6) растирание подушечкой большого пальца руки всей подошвенной поверхности с нажимом; 7) закончить общее растирание поглаживанием всей стопы; 8) граблеобразное поглаживание подошвы; 9) поглаживание всей стопы и потягивание каждого пальца
1–10 мая	Чай «Песной»: по 1 ст. л. сухих листьев малины, черной смородины и земляники, 1 ст. л. сырья залить 1 стаканом кипятка, настоять 15 минут, процедить, принимать по 1/2 стакана 2 раза в день
июнь, июль	Закаливание Необходимо проводить закаливание систематически, дозу воздействия увеличивать постепенно, добиваясь положительного эмоционального отношения ребенка к процедурам. 1. Для закаливания ротовой полости и носоглотки – полоскание ротовой полости и горла водой комнатной температуры, через каждые 3–4 дня снижать температуру на 1–2 вплоть до 8–10°С. Для полоскания можно использовать отвары зверобоя, шалфея, негазированной минеральной воды, 1–2%-ный раствор соли (морская соль, обычная поваренная соль – 1 ч. л. соли на 1 стакан воды, довести до кипения и охладить). 2. Закаливание стоп – контрастное обливание ног – вначале обливают ноги теплой водой (+36...35°С), а затем сразу же прохладной (+24...25°С), после чего вновь теплой водой (+36...35°С). Постепенно температуру теплой воды повышают до +40°С, а холодной снижают до +18°С. По окончании процедуры обтереть ножки сухим полотенцем

Период применения	Мероприятия для повышения резистентности организма
1–10 августа	Дыхательная гимнастика Цели воздействия: повышение иммунитета, улучшение сопротивляемости организма различным инфекциям, улучшение обменных процессов, эффективное обогащение крови кислородом, выработка правильной осанки, повышение тонуса организма и особенно нервной системы, избавление от негативных эмоций, снятие переутомления. «Трубочка». Исходное положение – сидя на полу, ноги согнуты в коленях, спина прямая, руки складываем трубочкой и подносим ко рту. Можно поставить локти на колени. Вдыхаем через нос, делаем небольшую паузу, потом выдыхаем ртом через сложенные руки, как будто дуем в трубочку. Выдох должен быть не сильный, но долгий. Повторяем несколько раз. «Кипит каша». Исходное положение – сидя на полу «по-турецки», ладони кладем на нижние ребра, чтобы кончики средних пальцев слегка касались друг друга. Медленно вдыхаем через нос, делаем небольшую паузу и выдыхаем через рот, чтобы пальцы разошлись. Повторяем упражнение не менее шести раз. Это упражнение учит дышать полной грудью. «Свеча». Сесть или встать прямо. Сделать медленный вдох через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (перышко, воздушный шарик). Голову вперед не тянуть. Пламя должно плавно отклониться по ходу воздушной струи. Затем немного отодвинуть свечу и повторить упражнение, увеличив расстояние
1–10 сентября	Глубокое полоскание зева отваром травы тысячелистника (10,0 г сухого сырья на 200,0 г кипятка, настоять 30 мин, процедить, остудить до комнатной температуры, полоскать в течение 3–5 минут ежедневно после ужина)
1–10 октября	Массаж БАТ
1–10 ноября	Массаж стоп
1–10 декабря	Дыхательная гимнастика

В Штат медицинских работников МДОУ № 6 введены сверхнормативные штатные единицы медицинского и педагогического персонала из расчета на 60 часто болеющих детей по 1,0 ставке педиатра, инструктора ЛФК, 0,5 ставки оториноларинголога, по 1,0 ставке медсестер по физиотерапии, массажу, медицинским процедурам, старшей медсестры. Для проведения коррекционной работы с детьми дополнительно введены ставки учителя-логопеда и педагога-психолога.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ **«Профилактическая и оздоровительная работа** **с группой часто болеющих детей»**

Ситуационная задача 1

ПРИ ПЕРВОМ ДОРОДОВОМ ПАТРОНАЖЕ К БЕРЕМЕННОЙ УСТАНОВЛЕНО: ВОЗРАСТ БЕРЕМЕННОЙ – 30 ЛЕТ. ВТОРАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, СРОК – 12 НЕДЕЛЬ. СОСТОИТ НА УЧЕТЕ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.

ПЕРВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ЗАКОНЧИЛАСЬ ВЫКИДЫШЕМ ПОЛГОДА НАЗАД.

НАСТОЯЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ЖЕЛАННАЯ, ПРОТЕКАЕТ С ТОКСИКОЗОМ (ТОШНОТА, РВОТА), В 10 НЕДЕЛЬ ОТМЕЧАЛИСЬ СИМПТОМЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ: НАСМОРК, ПЕРШЕНИЕ В ГОРЛЕ, ГИПЕРЕМИЯ ЗЕВА, СУХОЙ КАШЕЛЬ, ПОЛУЧАЛА СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

ЖЕНЩИНА ИМЕЕТ СРЕДНЕЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, РАБОТАЕТ ПОЧТАЛЬОНОМ. СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, ЧАСТО БОЛЕЕТ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

МУЖУ 32 ГОДА, ИМЕЕТ СРЕДНЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ, РАБОТАЕТ ШОФЕРОМ, СТРАДАЕТ ЭКЗЕМОЙ, МАТЬ МУЖА СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ.

БРАК ЗАРЕГИСТРИРОВАН.

СЕМЬЯ ПРОЖИВАЕТ В ОДНОКОМНАТНОЙ КВАРТИРЕ С УДОБСТВАМИ, ИМЕЕТСЯ СОБАКА. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ – ЧУТЬ ВЫШЕ ПРОЖИТОЧНОГО МИНИМУМА.

Задания.

1. Каким образом обеспечивается антенатальная охрана плода в условиях детской поликлиники?
2. Определите направленность риска у будущего ребенка.
3. Составьте план мероприятий по профилактике выявленного риска.
4. Какие документы оформляет участковый педиатр при выполнении дородовых патронажей?

Эталон ответа к задаче 1

1. Для врача-педиатра работа по охране здоровья плода сводится к *проведению дородовых патронажей*.

Первый дородовой патронаж проводится участковым педиатром и медицинской сестрой через 10–12 дней после получения сигнала из женской консультации о взятии беременной на учет. *Цель* – прогнозирование возможной патологии у будущего ребенка и подбор индивидуальных мероприятий, необходимых для предотвращения реализации выявленного риска.

Медицинская сестра осуществляет патронаж беременной на дому, его целью является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния здоровья, наличия вредных привычек у матери и отца. Она обращает внимание на самочувствие беременной, сон, аппетит, соблюдение режима труда

и отдыха, дает рекомендации по режиму труда и отдыха, питанию, гигиене, рациональной одежде, обуви. Особое внимание уделяется беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную посетить кабинет здорового ребенка в детской поликлинике и занятия в «Школе матерей», где будущая мать познакомится с правилами ухода за ребенком.

Педиатр, получив сведения в результате сестринского патронажа, из обменной карты беременной, оценивает направленность риска у будущего ребенка, разрабатывает комплекс мероприятий по профилактике реализации выявленного риска. Свое заключение педиатр вносит в обменную карту беременной. Рекомендации немедикаментозного характера педиатр дает непосредственно беременной, а медикаментозные назначения проводятся в женской консультации акушером-гинекологом с учетом рекомендаций педиатра.

Второй дородовой патронаж осуществляется участковым педиатром и медсестрой на 30-й неделе беременности. *Цель* – контроль выполнения назначений врача женской консультации и педиатра, переоценка факторов риска и его направленности, коррекция рекомендаций. Особое внимание уделяется посещению беременной «Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.

Возможен *третий дородовой патронаж* в сроке беременности 36 недель, который проводится педиатром к женщинам из группы высокого перинатального риска, определяемого акушером-гинекологом.

2. Выявлены следующие факторы риска: экстрагенитальная патология матери (хронический тонзиллит), аллергия у родителей (экзема у отца), частые ОРЗ у матери, отягощенный акушерский анамнез (выкидыш во время первой беременности), период между предыдущими родами, аборт и настоящей беременностью менее 1 года (6 месяцев), острые заболевания матери во время беременности (ОРЗ в 10 недель). На основании выявленных факторов можно прогнозировать риск возникновения частых респираторных инфекций у будущего ребенка, т.е. отнести его к первой группе риска.

3. Рекомендации:

- беседа о выявленных факторах риска, их влиянии на здоровье будущего ребенка;
- нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;
- прием пищи 4–5 раз в день, исключить облигатные аллергены;
- назначение метаболического комплекса в течение 10 дней, затем повторить в 24–26 недель;
- посещение «Школы матерей».

4. После патронажа педиатр оформляет документы: 1) бланк дородового патронажа с указанием риска патологии у ребенка и рекомендациями. Бланки хранятся в картотеке дородовых патронажей в кабинете здорового ребенка (КЗР); 2) обменную карту беременной, куда вносит свои рекомендации по антенатальной профилактике риска возможной патологии у ребенка.

Ситуационная задача 2

МАЛЬЧИК 5 ЛЕТ ВЫПИСЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОЙ ОРВИ ДЛЯ ПОСЕЩЕНИЯ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ. МАМУ БЕСПОКОИТ, ЧТО ОН ЧАСТО БОЛЕЕТ ПРОСТУДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

РЕБЕНОК ОТ ВТОРОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАВШЕЙ НА ФОНЕ ТОКСИКОЗА II ПОЛОВИНЫ, АНЕМИИ, ОРЗ В 28 НЕДЕЛЬ, ОТ II СРОЧНЫХ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАВШИХ РОДОВ.

ОТЕЦ РЕБЕНКА СТРАДАЕТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, У СТАРШЕЙ СЕСТРЫ – ПОЛЛИНОЗ.

РЕБЕНОК С ДВУХ ЛЕТ ПОСЕЩАЕТ ДЕТСКИЙ САД. НА ТРЕТЬЕМ ГОДУ ЖИЗНИ ПЕРЕНЕС ОРВИ 6 РАЗ, ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ 1 РАЗ, НА 4-М ГОДУ ЖИЗНИ ДВАЖДЫ ПЕРЕБОЛЕЛ ОСТРЫМ ПРОСТЫМ БРОНХИТОМ, 4 РАЗА – ОРВИ, НА ПЯТОМ ГОДУ – 7 РАЗ ОРВИ. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОТЕКАЮТ С ЛЕГКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ, С СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ. У РЕБЕНКА НА ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА, ЦИТРУСОВЫХ И ШОКОЛАДА ОТМЕЧАЮТСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ВИДЕ КРАПИВНИЦЫ.

ПРИ ОСМОТРЕ: СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА – 36,4°C.

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ЧИСТЫЕ, ОБЫЧНОЙ ОКРАСКИ, СУХОВАТЫ В ОБЛАСТИ ТЫЛА КИСТЕЙ, ЯГОДИЦ. СЛИЗИСТЫЕ ЧИСТЫЕ, РОЗОВЫЕ. МИНДАЛИНЫ НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ДУЖЕК.

ПАЛЬПИРУЮТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: ПЕРЕДНИЕ ШЕЙНЫЕ, ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ, ПОДМЫШЕЧНЫЕ И ПАХОВЫЕ РАЗМЕРОМ ДО 0,5 СМ, ЕДИНИЧНЫЕ, ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЕ, ПОДВИЖНЫЕ.

НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ. ЧД – 20 В 1 МИН. ПРИ ПЕРКУССИИ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЯСНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ ЗВУК. ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ.

ПУЛЬС РИТМИЧНЫЙ, 96 УДАРОВ В МИНУТУ. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ НЕ СМЕЩЕНЫ. ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ, ЧИСТЫЕ.

ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПО ПРАВОЙ СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ НА УРОВНЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ, БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ, ЭЛАСТИЧНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. СТУЛ РЕГУЛЯРНЫЙ (1 РАЗ В ДЕНЬ), ОФОРМЛЕН. ДИЗУРИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ НЕТ.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В каких дополнительных обследованиях и консультациях специалистов нуждается ребенок?
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
4. Поставьте окончательный диагноз и дайте его обоснование.
5. К какой группе здоровья нужно отнести ребенка?

6. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, если да, то какие документы нужно оформить при постановке на диспансерный учет?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.
8. Может ли ребенок посещать дошкольное образовательное учреждение?
9. Предложите немедикаментозные методы реабилитации для ребенка?
10. Какие медикаментозные методы можно использовать в реабилитации этого ребенка?
11. Подходы к вакцинации детей с данной патологией.
12. Возможно ли санаторно-курортное лечение?

Данные дополнительных методов обследования

Общий анализ крови

Эр., т/л	Гемогл., г/л	Ц.П.	Лейк., г/л	Баз., %	Эоз., %	Нейтр.		Лимф., %	Мон., %	СОЭ, мм/час
						П, %	С, %			
4,1	122	0,89	4,0	-	6	1	39	50	4	6

Общий анализ мочи

Количество	90 мл
Удельный вес	1016
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Реакция	Слабокислая
Белок	нет
Эпителий плоский	0–1–1 в поле зрения
Эпителий почечный	—
Лейкоциты	2–2–3 в поле зрения
Эритроциты	—
Цилиндры	—
Соли	—
Слизь	—
Бактерии	—

Анализ кала на яйца глистов: яйца глистов не обнаружены.

Осмотр специалистами:

Отоларинголог – здоров.

Стоматолог – полость рта санирована.

Иммунолог: данных за иммунодефицитное состояние нет.

Аллерголог: реакция на домашнюю пыль ++.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента.

Эталон ответа к задаче 2

1. Реконвалесцент ОРВИ. Группа ЧБД.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, иммунологическое обследование и консультация иммунолога, аллергологическое обследование и консультация аллерголога.
3. В крови – лейкопения, эозинофилия, относительный лимфоцитоз (изменения в крови можно связать с перенесенной ОРВИ).
Выявлена сенсibilизация к домашней пыли.
Рентгенологически обнаружено усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента.
4. Ребенок относится к группе часто болеющих детей. Это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них.
5. Имеет место соматический тип респираторной заболеваемости, т.к. рецидивирование происходит у ребенка с отягощенным аллергическим анамнезом на фоне аллергического диатеза.

Признаки	Диагностический коэффициент
Наличие атопических заболеваний у родственников	+7
Наличие у пробанда в анамнезе непереносимости пищевых продуктов и (или) лекарственных препаратов	+6
Кожный аллергический синдром в анамнезе или на момент осмотра ребенка	+5
Постоянный контакт дома или в детском коллективе с потенциальными бытовыми, эпидермальными аллергенами	+4
Сумма	22 балла

6. Группа здоровья II.
7. Ребенка необходимо взять на диспансерный учет как минимум на 2 года. Оформляется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (у.ф. 030/у), составляется план диспансерного наблюдения на 1 год, определяются основные пути реабилитации (формы и методы).
8. Педиатр – 1 раз в 3 месяца. ЛОР 2 раза в год, по показаниям – чаще. Стоматолог – 2 раза в год. Аллерголог – 1 раз в год. Врач ЛФК 2 раза в год. Врач-физиотерапевт – 2 раза в год. ОАК 2 раза в год. ОАМ 2 раза в год. Анализ кала на яйца глистов – 2 раза в год.
9. У ребенка нет противопоказаний для посещения ДООУ.

10. Немедикаментозные:

- Режим дня: удлинение времени сна, дневного и ночного; максимальное увеличение времени прогулок, в летнее время показан загородный отдых; обучение методам релаксации и аутотренинга.
- В питании: гипоаллергенная диета, употребление большого количества овощей и фруктов, серых круп, орехов, сухофруктов, увеличение количества белка на 10% в рационе, особенно в периоды повышенной заболеваемости, обогащение рациона фитонцидами. Использование пищевых добавок: фитолонов, пасты из пекарских дрожжей, рыбьего жира, а также структурированной воды.
- Апитерапия – мед, фиточай с медом, апилак сублингвально, в свечах курсами, прополис, экстракт растительной пыльцы.
- Прием витаминов с микроэлементами.
- Рефлексотерапия – массаж БАТ, самомассаж ушных раковин, стоп.
- ЛФК с обязательным включением дыхательной гимнастики.
- Закаливание в ослабленной группе.
- Фототерапия – УФО общее, местное – полями на грудную клетку, воротниковую зону, область надпочечников по 1 полю ежедневно, КУФ миндалин и носа.
- Аэроионизация воздуха в помещении, где находится ребенок.
- Прием кислородных коктейлей с отварами трав, витаминами, микроэлементами.
- Спелеотерапия, галотерапия.
- Санация очагов инфекции.
- Фитотерапия – адаптогены курсами по 2–3 недели, фитонциды, сборы трав (аир, шиповник, шалфей, лен, чабрец, валериана, пустырник, мята, зверобой, череда, крапива); отвар овса (источник микроэлементов), шиповник, солодка.

11. Медикаментозные: иммуномодулирующая терапия (Иммунал по 10–15 капель 1 раз в день в течение 2 месяцев, Бронхомунал по 1 капсуле 10 дней каждого месяца в течение 3–4 месяцев утром натощак).
12. Вакцинация данного ребенка проводится по календарю профилактических прививок по окончании острых проявлений заболевания, на фоне антигистаминной терапии до и после прививки коротким курсом.
13. Возможно санаторное лечение в условиях местного санатория и санатория-курорта (с совместным пребыванием с матерью).

Ситуационная задача 3

НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА МАМА ДЕВОЧКИ 4 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ХРАП ВО СНЕ, ГНУСАВЫЙ ОТТЕНОК ГОЛОСА РЕБЕНКА.

РЕБЕНОК ОТ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ У МАТЕРИ ОТМЕЧАЛСЯ ГЕСТОЗ, ОНА ПЕРЕНЕСЛА ОРЗ, ПОЛУЧАЛА СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. РОДЫ ПРОТЕКАЛИ В СРОК 38

НЕДЕЛЬ, ОЦЕНКА РЕБЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР – 7/8 БАЛЛОВ, ЗАКРИЧАЛ СРАЗУ. ПРИ РОЖДЕНИИ ДЛИНА ТЕЛА ДЕВОЧКИ – 50 СМ, МАССА – 3000 Г. В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ НЕ БОЛЕЛА. ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНОЕ ДО 1 МЕСЯЦА, ЗАТЕМ ИСКУССТВЕННОЕ СМЕСЬЮ «ЭНФАМИЛ». ДЕТСКИЙ САД ПОСЕЩАЕТ С 3 ЛЕТ.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НА 1 ГОДУ ЖИЗНИ – ОРВИ 2 РАЗА, НА 2 ГОДУ – ОРВИ 4 РАЗА, НА 3 ГОДУ – ОРВИ 5 РАЗ, НА 4 ГОДУ – ОРВИ 6 РАЗ, ОСТРЫЙ БРОНХИТ – 1 РАЗ. ЗАБОЛЕВАНИЯ СОПРОВОЖДАЮТСЯ КАШЛЕМ, НАСМОРКОМ, ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО ФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО НАЗНАЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ, ЭФФЕКТ ОТ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ. В ТЕПЛОЕ ВРЕМЯ ГОДА БОЛЕЕТ РЕЖЕ. ЗАКАЛИВАНИЕ, МАССАЖ ДЕВОЧКА НЕ ПОЛУЧАЛА. ПРОГУЛКИ НА СВЕЖЕМ ВОЗДУХЕ ПРОХОДИЛИ ТОЛЬКО В ДЕТСКОМ САДУ. ЛЕТНИЙ ОТДЫХ, КАК ПРАВИЛО, – В УСЛОВИЯХ ГОРОДА.

СЕМЬЯ ЖИВЕТ В ОДНОКОМНАТНОЙ КВАРТИРЕ, ОТЕЦ ДЕВОЧКИ МНОГО КУРИТ.

АНТРОПОМЕТРИЯ: ДЛИНА ТЕЛА – 98 СМ, МАССА ТЕЛА – 19,5 КГ. ПСИХОМЕТРИЯ: УМЕЕТ ГРУППИРОВАТЬ ПРЕДМЕТЫ ПО СУЩЕСТВЕННОМУ ПРИЗНАКУ. ВНИМАТЕЛЬНА. БЫСТРО ЗАПОМИНАЕТ СТИХИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВОЗРАСТУ. ОХОТНО ИГРАЕТ С ДЕТЬМИ, ДРУЖЕЛЮБНА.

ПРИ ОСМОТРЕ: СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ПРАВИЛЬНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ, ПОВЫШЕННОГО ПИТАНИЯ,

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ЧИСТЫЕ. КРАСНАЯ КАЙМА ГУБ СУХАЯ, ПОТРЕСКАВШАЯСЯ. СЛИЗИСТЫЕ ЧИСТЫЕ, ЗЕВ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ГИПЕРЕМИРОВАН, МИНДАЛИНЫ РЫХЛЫЕ, УВЕЛИЧЕНЫ ДО II–III СТ.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ, РАЗМЕРОМ 0,5–1 СМ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЕ, ПЛОТНОЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ.

ДЫШИТ ЧЕРЕЗ РОТ. ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НОСА НЕТ. ПЕРКУТОРНО НАД ЛЕГКИМИ ЯСНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ ПУЭРИЛЬНОЕ.

ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ: ПРАВАЯ – НА 1 СМ КНАРУЖИ ОТ ПРАВОЙ СТЕРНАЛЬНОЙ ЛИНИИ, ЛЕВАЯ – НА 1 СМ КНАРУЖИ ОТ ЛЕВОЙ СРЕДНЕ-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ, ВЕРХНЯЯ – ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ. ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ, РИТМИЧНЫЕ, АКЦЕНТ II ТОНА – НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ, ЛЕЖА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НЕЖНЫЙ КОРОТКИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ВЕРХУШКОЙ, ЗА ПРЕДЕЛЫ СЕРДЦА НЕ ПРОВОДИТСЯ, В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ ИСЧЕЗАЕТ.

ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ, ПЕЧЕНЬ – +1 СМ. СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ.

СТУЛ ОФОРМЛЕН, 1 РАЗ В ДЕНЬ. МОЧЕИСПУСКАНИЕ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ.

Задания.

1. Проведите комплексную оценку здоровья этого ребенка.
2. В каких дополнительных обследованиях и консультациях специалистов нуждается ребенок?
3. Составьте план диспансеризации этого ребенка.

4. Укажите организационные формы оздоровления детей данной группы.
5. Дайте рекомендации по организации режима дня и питания ребенка.
6. Какие медикаментозные и немедикаментозные методы можно использовать в реабилитации этого ребенка?
7. Каковы подходы к вакцинации детей с данной патологией. Составьте план дальнейшей вакцинации этого ребенка.
8. Как оценить эффективность оздоровления этой группы детей в организованных коллективах?

Эталон ответа к задаче 3

1. Аденоиды 2–3 степени. Группа ДЧБ, отоларингологический тип. Физическое развитие: повышенная масса при нормальном значении длины тела. НПР соответствует норме. Резистентность низкая. Группа здоровья II.

Признаки	Диагностический коэффициент
Лимфатический габитус ребенка	+6
Учащение ОРЗ в холодное время года	+6
Быстрая положительная динамика в течении ОРЗ от антибиотикотерапии	+6
Течение ОРЗ преимущественно с фебрильной температурой	+5
Частые ОРВИ на первом году жизни	+4
Учащение ОРЗ с момента посещения детского коллектива	+3
Перенаселенность жилища	+3

2. ОАК, ОАМ, анализ кала на яйца глистов, консультация ЛОР-врача, иммунолога.
3. План диспансеризации:
 - Педиатр – 1 раз в 3 месяца. ЛОР – 2 раза в год, по показаниям – чаще. Стоматолог – 2 раза в год. Врач ЛФК – 2 раза в год. Врач-физиотерапевт – 2 раза в год. Пульмонолог, фтизиатр, иммунолог – по показаниям.
 - ОАК 2 раза в год. ОАМ 2 раза в год. Анализ кала на яйца глистов – 2 раза в год. Аллергологическое обследование с постановкой кожных проб – в период ремиссии. По показаниям – иммунологический статус, R-грамма органов грудной клетки.
4. Ребенок может оздоравливаться в семье, в детской поликлинике в отделении восстановительного лечения, санаториях-профилакториях, образовательных учреждениях.

5. Режим дня: удлинение времени сна, дневного и ночного; максимальное увеличение времени прогулок, в летнее время показан загородный отдых; обучение методам релаксации. В питании: употребление большого количества овощей и фруктов, использование в питании серых круп, орехов, сухофруктов, увеличение на 10% количества белка в рационе, особенно в периоды повышенной заболеваемости, обогащение рациона фитонцидами, витаминизация пищи.
6. Медикаментозные и немедикаментозные методы:
 - Апитерапия – мед, фиточаи с медом, апилак сублингвально, в свечах курсами, прополис, экстракт растительной пыльцы.
 - Рефлексотерапия – массаж БАТ, самомассаж ушных раковин, стоп; ЛФК с обязательным включением дыхательной гимнастики.
 - Физиотерапия, УФО общее, местное – полями на грудную клетку, воротниковую зону, область надпочечников по 1 полю ежедневно, КУФ миндалин и носа; спелеотерапия, галотерапия.
 - Кислородные коктейли с отварами трав, витаминами, микроэлементами.
 - Санация очагов инфекции – консервативная (смазывание зева раствором Люголя, эвкалипта, прополисом, медом, каланхоэ, эктерицидом) и радикальная (при сформировавшемся хроническом заболевании ЛОР-органов, если оно привело к формированию хронического заболевания со стороны других органов). Санация зубов.
 - Фитотерапия – адаптогены курсами по 2–3 недели, фитонциды, сборы трав (аир, шиповник, шалфей, лен, валериана, пустырник, мята, зверобой, череда, крапива); отвар овса (источник микроэлементов), шиповник, солодка.
 - Иммунал по 10–15 капель 1 раз в день в течение 2 месяца, бронхомунал по 1 капсуле 10 дней каждого месяца в течение 3–4 месяцев утром натощак.
 - Прием витаминов с микроэлементами.
7. Вакцинация данного ребенка проводится по календарю профилактических прививок по окончании острых проявлений заболевания.
8. Коэффициент эффективности оздоровления равен отношению числа детей, которые перешли из группы ЧБД в группу ЭБД, к общему числу детей, которым проводили реабилитацию, умноженному на 100%. Если КЭО составляет 25% и более, то работа по оздоровлению ЧБД эффективна.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. – Саратов, 1986.
2. Государственный реестр лекарственных средств. – М. : МЗ РФ, 2008.
3. Клиническая фармакология : национ. рук-во / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 976 с.
4. Костинов М. П. Иммунокоррекция в педиатрии. – М., 2001. – 236 с.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства : Пособие для врачей. – М. : Новая волна, 2006. – 1208 с.
6. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика : науч.-практ. программа Союза педиатров России. – М., 2004. – 68 с.
7. Поликлиническая педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624 с.
8. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 192 с.
9. Российский национальный педиатрический формуляр / под ред. А.А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
11. Таточенко В. К., Озерецковский Н. А., Федоров А. М. Иммунопрофилактика: справочник. – 9-е изд., доп. – М. : ИПК КОНТИНЕНТ-ПРЕСС, 2009. – 176 с.

Дополнительная

1. Гавалов С. М. Часто болеющие дети. – Новосибирск : Изд-во Новосиб. ун-та, 1993. – 280 с.
2. Клинико-фармакологические аспекты применения витаминно-минеральных комплексов в педиатрии : учеб. пособие / Е. В. Ших, Л. И. Ильенко. М., 2008. – 120 с.
3. Клинические рекомендации. Педиатрия / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 272 с.
4. Конь И. Я. Рациональное питание в сохранении здоровья детей // Физиология роста и развития детей и подростков / под ред. А. А. Баранова, Л. А. Щеплягиной. – М., 2000. С. 515–545.
5. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: рук-во для врачей / Коровина Н. А. и др. – М., 2001. – 68 с.

6. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Заплатников А. Л. Профилактика дефицита витаминов и микроэлементов: справочное пособие для врачей. – М., 2000 – 76 с.
7. Алгоритмы лечения и профилактики респираторных инфекций / Намазова Л. С. и др. // Вопр. современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 80.
8. Николаевский В. В. Ароматерапия: справочник. – М. : Медицина, 2000. – 336 с.
9. Приказ № 773 Минздравсоцразвития от 30.10.07 г. «О внесении изменений в приказ № 229 Минздрава России от 27 июня 2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
10. Приказ МЗ РФ № 229 от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре прививок по эпидемическим показаниям».
11. Спиричев В. Б. Витамины, витаминоподобные и минеральные вещества: справочник для провизоров и фармацевтов. – М., 2005. – 240 с.
12. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России : справочник. – М. : АстраФармСервис, 2009. – 1760 с.
13. Поликлиническая педиатрия: учеб. пособие / В. И. Чернышов и др. – М. : ВУНМЦ МЗ РФ, 2004. – 336 с.
14. Рациональная фармакотерапия часто болеющих детей : пособие для врачей-педиатров, семейных врачей, студентов педиатрических факультетов медицинских вузов / под ред. М. Г. Романцова. – СПб., 2006. – 96 с.
15. Ребров В. Г., Громова О. А. Витамины и микроэлементы. – М., 2003. – 648 с.
16. Федеральный реестр биологически активных добавок к пище : изд. 4-е, перераб. и доп. / под ред. В. Н. Егорова, Л. М. Симкаловой. – СПб., 2005. – 544 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Jg A	– иммуноглобулин A
Jg G	– иммуноглобулин G
Jg E	– иммуноглобулин E
Jg M	– иммуноглобулин M
БАД	– биологически активные добавки
БАТ	– биологически активные точки
ДОУ	– дошкольное образовательное учреждение
ЧДБ	– часто болеющие дети
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ИДС	– иммунодефицитное состояние
ИК	– иммунокорректоры
ИМ	– иммуномодуляторы
ИР	– индекс резистентности
ИС	– иммуностимуляторы
ЛФК	– лечебная физкультура
Мид	– Мать и дитя
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
ОРВИ	– острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	– острые респираторные заболевания
ПК	– прогностический коэффициент
ПП ЦНС	– перинатальное поражение ЦНС
ППП ЦНС	– последствия перинатального поражения ЦНС
ПЭО	– показатель эффективности оздоровления
УФО	– ультрафиолетовое облучение

СОСТАВИТЕЛИ:

Жданова Людмила Алексеевна
Нуждина Галина Николаевна
Мандров Сергей Иванович
Шишова Анастасия Владимировна
Молькова Лилия Кавиновна
Лиманова Ольга Адольфовна
Бобошко Ирина Евгеньевна
Салова Марина Николаевна
Рунова Ольга Станиславовна

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА
С ГРУППОЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Учебное пособие
для системы послевузовской профессиональной подготовки врачей,
обучающихся по специальности «Педиатрия» 060103
дисциплине «Поликлиническая педиатрия»

Редактор *С.Г. Малытина*

Подписано в печать 27.09.2010 г. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Печ. л. 6,25. Усл. печ. л. 5,8. Тираж 200 экз.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава.
153012, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8