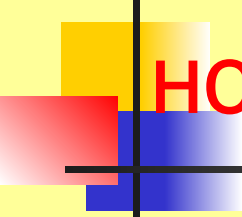


# Диспансерное наблюдение и реабилитация часто болеющих детей врачом общей практики

**Сарбасова Ж.О.**

д.м.н., профессор кафедры амбулаторно-  
поликлинической педиатрии КазНМУ им. С.Д.  
Асфендиярова



## Часто болеющие дети (ЧБД) - не нозологическая форма и не диагноз!

---

- Группу ЧБД составляют дети, подверженные частым респираторным заболеваниям (инфекции верхних и нижних дыхательных путей) из-за **транзиторных, корригируемых отклонений** в защитных системах организма и **не имеющих стойких органических нарушений** в них.



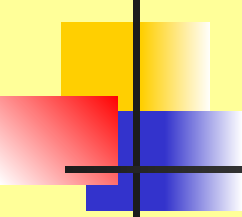
# Классификация ВОЗ

---

- Дети до 3-х лет – 6 и более раз в год переносят эпизоды острых заболеваний
- Дети до 4-х – 5-ти лет - 5 и более раз в год
- Дети старше 5-ти лет - 4 и более раз в год

# Критерии отнесения детей к группе ЧБД (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А.2003)

<b>Возраст</b>	<b>Частота ОРЗ (эпизодов в год)</b>
<b>Дети первого года жизни</b>	<b>4 и более раз</b>
<b>Дети до 3-х лет</b>	<b>6 и более раз</b>
<b>Дети 4 -5 лет</b>	<b>5 и более раз</b>
<b>Дети 5-6 лет</b>	<b>4 и более раз</b>
<b>Дети 7-8 лет</b>	<b>3 и более раз</b>



## Критерии, предложенные Макаровой З. С.(2005)

---

1. Наличие или отсутствие хронических заболеваний:
  - ЧБД группа риска
  - ЧБД хроники
2. По характеру заболевания
  - “истинно” ЧБД
  - “условно” ЧБД
3. Клинические типы
  - Соматический (до 8 и более раз в год)
  - Оториноларингологический (до 6 и более раз в год)
  - Смешанный

# КРИТЕРИИ

В группу ЧБД включают детей из 2-й, 3-й, 4-й групп здоровья.

- Кратность ОРЗ, обострений хронических заболеваний в году
- Определение ИИ
- Эпизодические повышения частоты заболеваемости при посещении ДДУ или сменой места жительства, климата и т.д.

# ИНФЕКЦИОННЫЙ ИНДЕКС

- Инфекционный индекс - отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка.
- ИИ у эпизодически болеющих детей – 0,2-0,32
- у «условно часто болеющих детей» ИИ – 0,33-0,49
- у «истинно» ЧБД составляет 0,5 и выше.

# РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

- 50% и более ЧБД составляют дети раннего и дошкольного возраста
- Чаще проживающие в городах, и вдвое меньше – проживающие в сельской местности



# ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- Неблагоприятное анте- или постнатальное развитие ребенка
- Состояние ЦНС
- Аномалии конституции
- Иммунодефицитные состояния
- Энзимопатии
- Атопии
- Дисбактериозы
- Очаги хронической инфекции

# ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ

- Высокая контагиозность возбудителей
- Низкий уровень санитарной культуры
- Неблагоприятные социально-бытовые условия
- Посещение детьми ДДУ в раннем возрасте
- Экологическое неблагополучие
- Ятрогенные воздействия лекарственных препаратов

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- Для 1-ой группы характерны явления аллергии
- 2-й – неврологическая патология
- 3-й – вегето-сосудистые дистонии
- 4-й – поражения лимфатической системы
- 5-й - нарушения обменно-конституционального характера

# КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ТИПЫ

- Соматический
- Оториноларингологический
- Смешанный

# НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Патология ВДП и ЛОР-органов:

- Назофарингиты      Средние отиты
- Тонзиллиты      Синуситы
- Круп

Инфекции НДП:

- Трахеиты      Бронхиты
- Бронхиолиты      Пневмонии

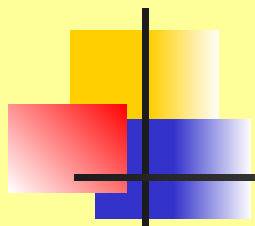
# Медико - статистическая характеристика контингента ЧБД

- Контингент ЧБД, составляя в зависимости от возраста детей четвертую – восьмую часть детского населения, обуславливает половину всей его заболеваемости
- Уровень заболеваемости в пределах 6000-7000 случаев на 1000 детей отмечается у ЧБД в первые 5 лет жизни
- В структуре заболеваемости ЧБД на первом месте стоят болезни органов дыхания (82%), на втором – третьем инфекционные заболевания и болезни нервной системы и органов чувств. На их долю приходится 94%

# Медико - статистическая характеристика контингента ЧБД

---

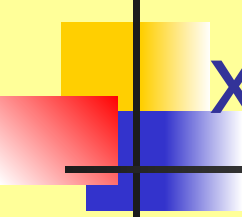
- На четвертом месте – болезни органов пищеварения
- Во все сезоны года вероятность заболевания для ЧБД одинаковая
- Наиболее высока заболеваемость респираторной системы у ЧБД в возрасте 1-2 года и 10-14 лет. Среди болезней органов дыхания 93% приходится на ОРЗ и Грипп
- В структуре болезни органов дыхания у контингента ЧБД, начиная с 3-х летнего возраста, на втором месте – Грипп



- У каждого пятого часто болеющего ребенка дошкольного возраста выявлялись: хронический тонзиллит , гипертрофия миндалин, аденоидов и др.

**Санация носоглотки обязательна!**

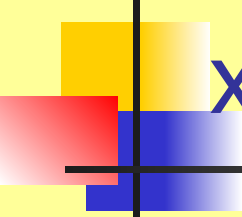




# Медико - статистическая характеристика контингента ЧБД

---

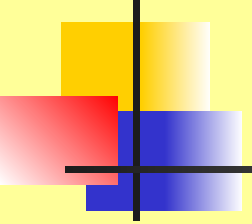
- Уровень заболеваемости контингента ЧБД болезнями органов пищеварения составляет 67,1 на 1000 детей, у школьников 98.8 на 1000 детей
- Первичная вирусная инфекция активирует эндогенную УПФ. Понятие кишечного дисбактериоза отождествляется с элиминацией группы бифидобактерий



# Медико - статистическая характеристика контингента ЧБД

---

- Бифидобактерии синтезируют аминокислоты, белки. Витамины В1, В2, В6, В12, никотиновую кислоту, пантотеновую кислоту.
- **Бифифлора показатель здоровья.**

- 
- 
- Таким образом, количество ЧБД колеблется в детской популяции от 15 до 75 % в зависимости от возраста
  - У детей до 3-х лет инфекционный индекс (сумма случаев ОРЗ в течении года , деленная на возраст ребенка в годах) составляет 1,1 -3,5 против 0,2 -0,3 эпизодически болеющих.

# Социально – гигиенические аспекты

---

- 1) Распространенные явления – несоблюдение режима питания, малая физическая активность, нарушения в режиме дня ребенка, вредные привычки у родителей и некоторых детей
- 2) Недостаточный уровень медицинской активности семьи: пассивное и несвоевременное приобретение знаний по профилактике заболевания у детей, низкий охват детей закаливанием, поздняя обращаемость за медицинской помощью

# Социально – гигиенические аспекты

---


3) Образ жизни во многом не соответствует требованиям , предъявляемым к здоровому образу жизни.

4) Детей из **группы внимания** достаточно осматривать **один раз в год**. Дети из **группы высокого риска** должны осматриваться **два раза в год**.

Ежегодный комплексный осмотр: Педиатр, ЛОР. Невролог. Стоматолог.

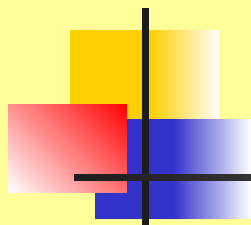
По показаниям аллерголог.

# Клинико – лабораторная характеристика (в клинически спокойный период Альбицкий В.Ю. и соавт. 2003 год)



---

- Нарушения гармоничности физического развития (у 43% детей)
- Хронические заболевания Лор-органов воспалительного генеза (у 34,7%)
- Различные клинические проявления аллергически измененной реактивности организма (у 62,2%)
- Кариес зубов (у 30,8%)
- Тенденция к лейкопении и нейтропении
- Повышение активности ЩФ нейтрофилов
- Повышенная обсемененность носоглотки *Staph. aureus* (у 49,2%)
- Дисбиоз кишечника (у 85.7%)

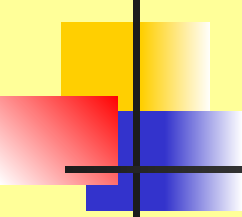


---

■ Морфофункциональные отклонения и хроническая патология должны лечиться **энергично**

■ В Октябре - Декабре нужно проводить курс профилактического оздоровления

■ Основопологающими принципами оздоровления являются: индивидуальность, комплексность, круглогодичность, этапность, приемственность

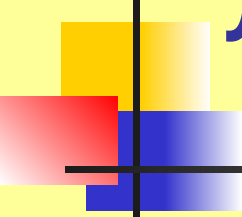


# Лечение и оздоровление

---

- Вести здоровый образ жизни
- Организация режима дня ребенка и сбалансированного питания
- Выявление и лечение хронических очагов инфекции.
- Позднее начало посещения ДДУ
- Закаливание
- Рациональная витаминотерапия



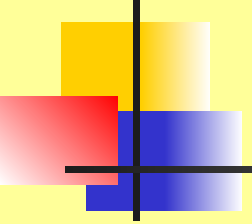


# Лечение и оздоровление

---

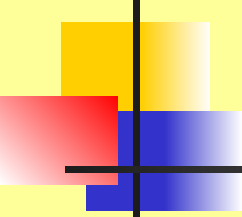
- Диагностика и лечение дефицитных состояний, заболеваний ЦНС и ВНС
- Выявление и лечение по показаниям инфицированности микобактериями туберкулеза
- Назначение лекарств строго по показаниям
- Адаптогены и биогенные стимуляторы.
- Иммуномодуляторы

# Укрепление состояния здоровья ЧБД



---

- Ограничить просмотр телепередач и компьютерные игры до 40-60 мин в день
- Увеличить продолжительность сна на 1,5-2 часа; спокойные прогулки перед сном
- Двигательная активность: ребенок 2-го года жизни должен активно двигаться. 70% времени бодрствования, ребенок 3-го года жизни – не менее 60%
- Рациональное питание. Обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей, фруктов и ягод
- Витаминно-минеральные комплексы



# “Благоразумное” питание в группе ЧБД

---

1. Молоко 500-600 мл
2. Мясо, рыба, птица – 1 порция в день ( $100 \text{ г} + 15 \text{ n}$ ), где  $\text{n}$  – число лет
3. Яйцо 1-4 раза в неделю
4. Овощи сырые – 1 порция в день
5. Овощи окрашенные – 1 порция в день
6. Фрукты свежие, соки – 2-3 порции в день
7. Масло сливочное –  $10 \text{ гр.} + 2 \text{ n}$  ,  
растительное  $5 \text{ гр.} + \text{n}$
8. Хлеб, злаки – по аппетиту и упитанности



# Закаливающие мероприятия

---

- Аэротерапия – прогулки на открытом воздухе не менее 4 часов, воздушные ванны с утренней гимнастикой 12-15 мин. Дневной сон на свежем воздухе, хождение босиком, подвижные игры
- Водолечение – умывание водой ( $T +14-16^{\circ}\text{C}$ ) шеи, груди, рук, полоскание горла. Ежедневное обтирание тела в течение 3-5 мин (влажные полотенца, рукавички или губки)
- Моржевание, хождение босиком по снегу, обливание холодной водой являются опасными методами закаливания для ЧБД в связи со сниженными у них способностями к терморегуляции и термоадаптации!



# Иммунореабилитация ЧБД

---

- Пик заболеваемости приходится на 2-6-ой годы жизни. Связано это с увеличением числа контактов с окружением, посещением ДДУ, нормальным онтогенезом иммунной системы, который состоит в переключении иммунного ответа с преобладанием
- Т-хелперов 2-го типа (Тх2), свойственного плоду, на иммунный ответ с преобладанием Т-хелперов 1-го типа, типичный для взрослых; созреванием лимфоидной ткани. В ряде стран мира нормальной принято считать частоту ОРВИ у детей до 8 эпизодов в год. В России не такие критерии. От 50 до 75% всех случаев ОРВИ у детей приходится на группу ЧБД.



# Иммунореабилитация ЧБД

---

- Большая часть группы ЧБД относится к детям с лимфатико-гипопластической конституцией. Есть «иммунные поломки», в ряде случаев, достигающие степени иммунодефицита, и нозологические самостоятельные atopические заболевания группы ЧБД- гетерогенная. Субпопуляции Th1 и Th2 различаются типом секретируемых цитокинов, обладающих антагонистическим действием.
- От Th2- тучные клетки и эозинофилы, а от
- Th1- ЦТЛ (цитотоксические лимфоциты) и НК-клетки, от В-л –IgM, IgG, IgA, IgE.



# Иммунореабилитация ЧБД

---

Th1- тип обеспечивает противoinфекционную защиту и устойчивость к вирусным инфекциям. Инфекции, перенесенные детьми в возрасте до 10 месяцев – 3-х лет жизни – это эффективные профилактические мероприятия по отношению к аллергическим заболеваниям. Клиника ОРВИ мало отличается от АР и БА.

- Т.о., у детей из группы ЧБД могут быть обнаружены аллергические заболевания и первичные иммунодефицитные состояния, Синдром постеврусной астении.



# Иммунореабилитация ЧБД

---

- В настоящее время заболеваемость ОРВИ у детей составляет 65-70 тыс. на 100 тыс. детей и превышает аналогичный показатель у взрослых в 3-4 раза. Пик заболеваемости в группе от 2 до 6 лет. На долю ОРВИ приходится до 90% заболеваний детского возраста и до 80% обращений за медицинской помощью, из них у 20-30% больных развиваются осложнения.

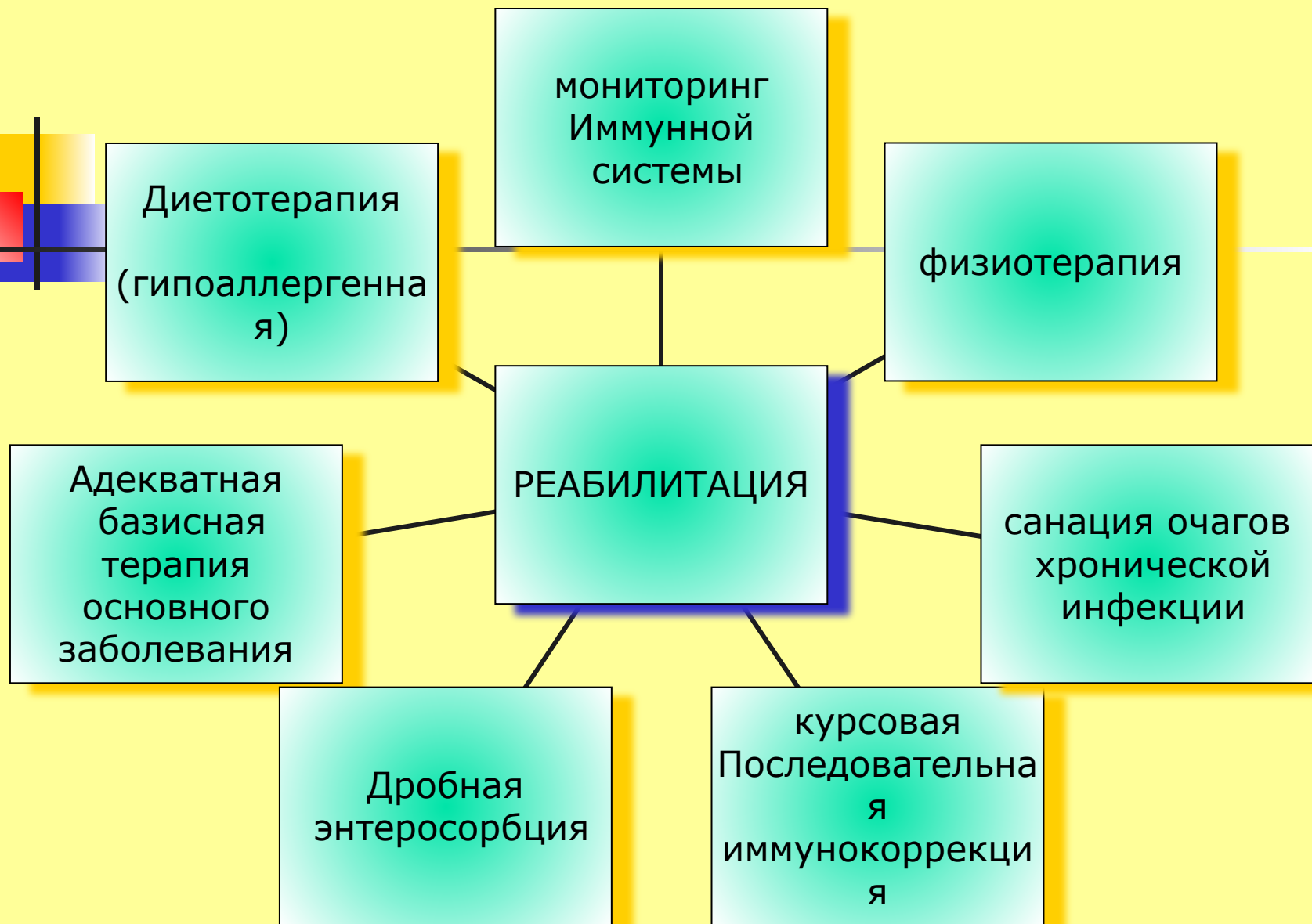




# Иммунореабилитация ЧБД

---

- К неблагоприятным последствиям перенесенных ОРВИ относятся возникновение вторичного иммунодефицитного состояния (НДЦ, дисбиоз слизистых оболочек, нарушение роста и развития ребенка, созревание функциональных систем, формирование хронической патологии ЛОР- органов, легких, почек, ЖКТ, ЦНС, аллергических заболеваний).
- Нарушается качество жизни, снижается успеваемость в школе.





# **Основные группы препаратов для лечения ОРИ**

**1. Противовирусные препараты  
или**

**Антибактериальные препараты  
в зависимости от этиологии**

**2. Симптоматическая терапия**

# Основные группы препаратов

---

- **Противовирусные средства:**
  - **1. Препараты, препятствующие проникновению вируса в клетку**
  - **2. Препараты, нарушающие биосинтез нуклеиновых кислот вирусов**
- **Препараты интерферона**
- **Индукторы эндогенного интерферона**

# ЛЕЧЕБНАЯ СХЕМА

## ■ Озельтамивир (Тамифлю)

---

- 75 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней
- **Занамивир для ингаляций (Реленза)**
- 2 ингаляции (по 5мг) 2 раза в сутки в течение 5 дней
- **Ингавирин**
- 90 мг 1 раз в сутки в течение 5-7 дней
- **Арбидол**
- 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней

# ЛЕЧЕБНАЯ СХЕМА

- **Кагоцел в комбинации с Арбидолом**
- Кагоцел 72 мг в 1-е сутки, 36 мг в сутки во 2-4 сутки; Арбидол 200 мг 4 раза в сутки в течение 7-10 дней

# ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА

---

- **Озельтамивир (Тамифлю)**
  - 75 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней
- **Занамивир для ингаляций (Реленза)**
  - 2 ингаляции (2 x 5мг) 1 раз в сутки в течение 10 дней
- **Ингавирин**
  - 90 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней
- **Арбидол**
  - 200 мг ежедневно в течение 10-14 дней

# ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА

---

- **Кагоцел в комбинации с Арбидолом**
- Кагоцел 24 мг в 1-2-е сутки, перерыв 7 дней по 24 мг в сутки в 10-11 сутки;  
Арбидол по 200 мг ежедневно в течение 10-14 суток





# Профилактика ОРИ

---

- **Экспозиционная**
- **Диспозиционная**

# Экспозиционная

## профилактика

---

- **Ограничение контактов ребенка**
- **Сокращение использования городского транспорта**
- **Удлинение времени пребывания ребенка на воздухе**
- **Ношение масок**
- **Тщательное мытье рук после контакта**
- **Ограничение посещения ДУ детьми с катаральными явлениями**

# Диспозиционная профилактика



---

- **Закаливание**
- **Вакцинация**

# Иммуномодуляторы



---

Иммуномодуляторы — лекарственные препараты, в терапевтических дозах восстанавливающие нарушенные функции иммунной системы, которые применяются с целью:

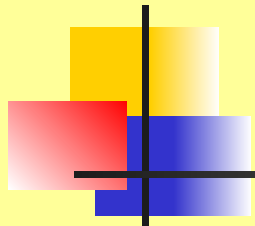
- повышения эффективности этиотропной противомикробной терапии

# Иммуномодуляторы



---

- увеличения длительности ремиссии и снижение частоты обострений (и госпитализаций) при хронических рецидивирующих инфекционно-воспалительных заболеваниях
- предупреждения развития инфекционных осложнений у лиц групп риска по развитию вторичной иммунной недостаточности
- нормализации нарушенных параметров иммунного статуса при возможности его мониторинга



- Для лечения часто болеющих детей, а также с профилактической целью используются медикаментозные препараты неспецифического воздействия на иммунную систему. К таким средствам относятся некоторые природные вещества растительного происхождения, достоинством которых являются: доступность, безопасность, пероральный прием.

# Системная антибактериальная терапия

## Не показана

- Ринит
- Фарингит
- Вирусный тонзиллит
- Затемнение синусов в первые две недели болезни
- Ларингит, в том числе признаки крупа
- Трахеит
- Бронхит, в том числе обструктивный
- Бронхиолит

## Показана

- Острый средний отит
- Стрептококковый тонзилит
- Лимфаденит
- Бактериальная пневмония
- Хламидийная или микоплазменная инфекция (бронхит пневмония)
- **В отсутствии видимого бактериального очага при наличии:**
- Т более 38 °С более 3 дней
- Одышки без обструкции
- Асимметрии хрипов
- Лейкоцитоза(15x10<sup>9</sup> л)

# Признаки идеального АБ критерии ВОЗ



---

- должен «убивать» возбудителя
- благоприятная фармакокинетика
- минимум побочных явлений
- максимальное удобство применения
- ЭКОНОМИЧНОСТЬ



# Основные “внебольничные” патогены при инфекциях дыхательных путей

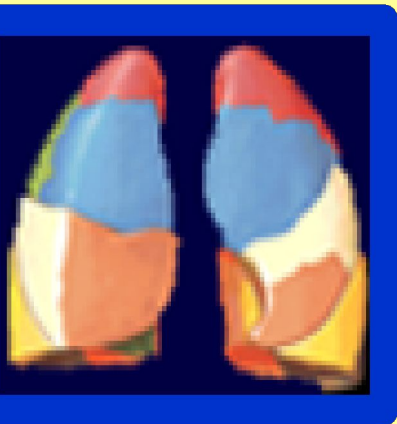
- стрептококки

  - $\beta$ -гемолитические стрептококки

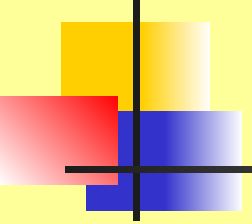
  - пневмококки

- гемофильная палочка

- внутриклеточные патогены



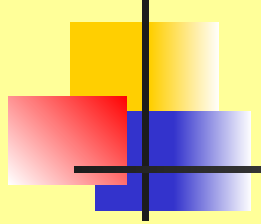
# Восстановительное лечение в период реконвалесценции



---

- Период реконвалесценции у ЧБД после перенесенных вирусных инфекций может затягиваться до 2- 3 недель. Поэтому малыш должен **выдерживать домашний режим до 10 -14 дней**
- Лечение очагов хронической инфекции, особенно носоглотки

# Восстановительное лечение в период реконвалесценции



- **Активная фитотерапия** (фиточай, отвары, местные орошения, промывание, смазывания, ингаляции – после еды в течении **5 – 10 дней**)
- После отмены антибиотиков использовать **сорбентные препараты** для детоксикации организма (смекта, фильтрум и т.д.) в течении **3 – 5 дней**
- **Пре- и пробиотики** в течении **10 -14 дней**



# Диспансеризация

---

- Врачебные наблюдения: педиатр – 4 раза в год, Лор, стоматолог, физиотерапевт и др. специальности 2 раз в год
- ОАК, ОАМ -2 раз в год
- ЭКГ, Рент/графия органов грудной клетки и др.(по показаниям)
- План оздоровительных мероприятий
- Снятие с диспансерного учета проводится только после 2-х лет отсутствия частых заболеваний



# Использованная литература

---

- Альбицкий В.Ю. и соавторы. – «Часто болеющие дети». – Нижний Новгород, 2003, 179 с.
- «Лекции по поликлинической педиатрии». – Под редакцией Т.И. Стуколовой. – Москва, 2005, с. 335-359.
- Рахимова К.В., Девятко В.Н. – «Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях». – Алматы, 2005, с. 62-64.
- «Педиатрия». – Под редакцией Н.П. Шабалова. – Санкт-Петербург, 2005, с. 512-514.
- Ж.Педиатрия № 1, Москва, 2005.



***БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!***