

Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра

К.м.н. С.А. Морозов

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Актуальной задачей педиатрической практики остается ведение часто болеющих детей (ЧБД). С наступлением осенне-зимнего периода и началом обучения у школьников нарастают перегрузки, утомление, увеличивается количество контактов в коллективах, и дети начинают чаще болеть острыми респираторными инфекциями (ОРИ). К группе ЧБД относят пациентов с повторными эпизодами ОРИ более 8 раз в год с частыми рецидивами хронических заболеваний ЛОР-органов и бронхолегочной системы. В структуре заболеваемости ЧБД около 83% занимает патология респираторного тракта. Нормализация вегетативной регуляции организма, стабилизация клеточного энергообмена способствуют возрастанию физической активности детей и повышению показателей иммунитета. При этом важно учитывать индивидуальные особенности детского организма, в т. ч. наличие различных функциональных изменений, что необходимо для составления комплексной программы лечения и реабилитации, включающей средства метаболической коррекции.

В статье рассмотрена возрастная структура заболеваемости, описаны возможные причины, патогенетические механизмы заболеваний и особенности течения. Также представлен краткий обзор исследований, демонстрирующих эффективность энерготропной терапии у ЧБД, в частности лечения левокарнитином (Элькар®).

Ключевые слова: дети, ОРИ, ЧБД, тонзиллит, левокарнитин, энерготропная терапия.

Для цитирования: Морозов С.А. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;8:7–9.

ABSTRACT

Frequently ill children: state-of-the-art

S.L. Morozov

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The management of is still important in pediatrics. As autumn approaches and a new school year begins, children experience more stress and fatigue. In addition, the number of contacts increases, and children are infected with acute respiratory viral infections more often. Children with at least 8 episodes of acute respiratory infections in a year, frequent recurrences of chronic ENT and bronchopulmonary disorders are referred to as frequently ill children. Respiratory disorders account for 83% of the morbidity in frequently ill children. Normalization of vegetative regulation and stabilization of cell energy metabolism increase physical activity in children and improve immunological parameters. Individual characteristics of child's organism (including various functional changes) should be considered since they are important for the development of complex treatment and rehabilitation program which includes metabolic correction therapy.

This paper discusses age structure of the morbidity, potential causes, pathogenic mechanisms, and course specifics. In addition, studies on the efficacy of energy therapy in frequently ill children, in particular, levocarnitine (Elcar®), are briefly reviewed.

Keywords: children, ARIs, frequently ill children, tonsillitis, levocarnitine, energy therapy.

For citation: Morozov S.L. Frequently ill children: state-of-the-art. RMJ. Medical Review. 2019;8:7–9.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время по-прежнему остается актуальной проблема часто болеющих детей (ЧБД). С наступлением осенне-зимнего периода и началом обучения у школьников возникают перегрузки, нарастает утомление, увеличивается количество контактов в коллективах, и дети начинают чаще болеть острыми респираторными инфекциями (ОРИ) [1].

К группе ЧБД относят пациентов с повторными эпизодами ОРИ более 8 раз в год [2]. В структуре заболеваемости вирусные инфекции составляют 65–90% (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцициальный вирус). Вирусная моноинфекция выявляется в 52%, ассоциация из 2 вирусов и более — в 36% случаев [3].

Наиболее высокая заболеваемость респираторными инфекциями отмечена в детских организованных коллективах у детей дошкольного и младшего школьного возраста,

пик заболеваемости приходится на первые годы посещения детских дошкольных учреждений [3].

Так, в ясельных и младших группах детских дошкольных учреждений доля ЧБД может превышать 50%, тогда как среди школьников эта доля составляет примерно 10%, постепенно снижаясь до 3–5% в старших классах [3–4].

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ОРИ У ДЕТЕЙ

Частому развитию заболеваний у детей способствуют психологический фактор, нарушение адаптации к нагрузкам, вегетативные дисфункции. ЧБД младшего дошкольного возраста имеют высокий уровень личностной тревожности. Дети с часто повторяющимися респираторными инфекциями негативно реагируют на такие ситуации, как

укладывание спать в одиночестве, умывание, выговор, принудительное собирание игрушек, изоляция, еда в одиночестве [5].

Каковы же причины частой заболеваемости детей респираторными инфекциями? К сожалению, это явление носит многофакторный характер.

Общезвестны эндогенные факторы риска частых ОРИ: неблагоприятное течение беременности, недоношенность, антенатальное и интранатальное поражение ЦНС, дефицитные состояния, раннее искусственное вскармливание, инфицированность микобактериями туберкулеза. Более часто по сравнению со сверстниками ОРИ подвержены дети с экссудативно-катаральной и лимфатико-гипопластической аномалиями конституции. К значимым экзогенным факторам риска можно отнести высокую контагиозность возбудителей ОРИ, наличие взрослых или других детей в семье с хроническими очагами инфекции, пассивное курение, дефицитное по микронутриентам питание, посещение детских учреждений с раннего возраста, экологические факторы (загрязнение воздуха), наличие в воде и продуктах питания ксенобиотиков [6].

Детей с частыми эпизодами ОРИ принято выделять в особую группу диспансерного наблюдения — группу ЧБД и рассматривать их как угрожаемых по формированию рецидивирующих и хронических форм бронхолегочных заболеваний [1].

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЧБД

В общей педиатрической практике в период респираторных заболеваний детям обычно назначают симптоматическую, противовирусную и антибактериальную терапию, проводят санацию очагов хронической инфекции. В семье, где есть ЧБД, рекомендуется придерживаться определенных правил: установить рациональный режим дня; вести здоровый образ жизни в семье (в т. ч. полностью отказаться от курения в присутствии ребенка или в помещении, где он находится); следить за сбалансированным и полноценным питанием; применять закаливание, лечебную физкультуру, фитотерапию, кислородные коктейли и витаминотерапию, использовать средства и методы, повышающие общую резистентность организма.

ПОВЫШЕНИЕ АДАПТАЦИОННО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ЧБД ЭНЕРГОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Нарушение общей резистентности организма к инфекциям сопровождается снижением энергетического обмена. В последние годы перспективным направлением в терапии ЧБД стало дополнение общепринятых схем лечения энерготропными препаратами. Применение левокарнитина способствует улучшению обмена веществ и энергообеспечения тканей. Препарат способствует проникновению жирных кислот через клеточные мембраны из цитоплазмы в митохондрии, где они подвергаются процессу бета-окисления с образованием АТФ и ацетил-КоА [7]. Левокарнитин улучшает белковый и жировой обмен, угнетает образование кетоацидов и анаэробный гликолиз, уменьшает степень лактоацидоза, повышает устойчивость к физическим нагрузкам, способствует экономному расходованию гликогена и увеличивает его запасы в печени и мышцах. Кроме того, он обладает антигипоксическим, антиоксидантным действием, предотвращает дегенеративное поражение клеток нервной системы, способствуя восстановлению их

целостности и функций, что крайне важно с учетом тесной связи нервной и иммунной систем и того факта, что среди детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС очень высока доля ЧБД. Левокарнитин, являясь универсальным стимулятором и корректором энергетического обмена при различной патологии, повышает общие защитные и адаптационные возможности организма. Доказана эффективность и безопасность препарата в лечении заболеваний детского возраста и их профилактике, в т. ч. в лечении ЧБД [8].

По данным В.С. Сухорукова и соавт., прием препарата в возрастных дозировках приводил к уменьшению жалоб, нормализации сна и аппетита, повышению физической выносливости, было отмечено изменение активности митохондриальных ферментов. Одной из ведущих причин значительной вариабельности показателей клеточного энергообмена являются различия в степени нарушений и уровне адаптационно-приспособительных процессов у детей. Анализ результатов исследования показал, что максимальный эффект коррекции нарушенного энергетического статуса характерен для детей с изначально наиболее низкими показателями ферментативного статуса. Авторы отметили отсутствие каких-либо побочных эффектов даже у детей с отягощенным аллергоанамнезом и признаками резидуального поражения ЦНС [9, 10].

Учитывая зачастую рецидивирующий характер бронхитов, пневмоний на фоне частых респираторных заболеваний, мы проявили интерес к работе Т.Е. Бойченко [11], где продемонстрирована эффективность левокарнитина в комплексной терапии детей в возрасте от рождения до 3 лет с пневмонией. На фоне энерготропной терапии продолжительность симптомов интоксикации (недомогание, слабость, снижение аппетита), частота остаточных изменений в легких (по данным рентгенологического исследования) достоверно были ниже, чем у детей, у которых энерготропная терапия не применялась. Очевидно, что повышение активационных реакций свидетельствует о достаточных адаптационных возможностях детского организма и связано с иммуномодулирующей и метаболической терапией, действие которой направлено на активацию системы иммунитета и энергозатрат, т. е. на активацию саморегуляции систем организма.

Еще одной распространенной проблемой ЧБД является формирование хронического тонзиллита, который носит рецидивирующий характер и обостряется практически при каждом респираторном заболевании. В исследовании В.А. Белова отмечается, что при хроническом тонзиллите нарушается энергетический обмен, развивается энергодефицит, что является несомненным показанием к специальной корригирующей терапии. Применение препарата левокарнитина (Элькар®) у детей с хроническим тонзиллитом в сочетании с энергодефицитным состоянием приводило к уменьшению частоты обострений хронического тонзиллита, нормализации цитохимических показателей активности митохондриальных ферментов [12].

В исследовании С.Л. Морозова (2015) показано влияние левокарнитина на состояние вегетативной регуляции и повышение устойчивости к нагрузкам. Так, при оценке показателей вариабельности сердечного ритма, наряду с нормализацией уровня митохондриальных ферментов, у детей отмечалась нормализация состояния вегетативной нервной системы и, как следствие, повышение адаптации к нагрузкам [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представляется целесообразным включение в схему ведения ЧБД методов, повышающих общую резистентность, стимулирующих адаптационно-приспособительные механизмы организма. К таким методам можно отнести энерготропную терапию, в частности лечение левокарнитином. Препарат левокарнитина (Элькар®) показал хорошую переносимость в сочетании с высокой клинической эффективностью в терапии ЧБД, а его применение продуктивно не только с лечебной, но и с профилактической целью. Лечение левокарнитином позволяет существенно улучшить состояние здоровья ЧБД, нормализуя механизмы вегетативной регуляции, стабилизируя клеточный энергообмен, что, в свою очередь, способствует возрастанию физической активности детей и повышению иммунитета. При этом важно учитывать индивидуальные особенности организма ребенка, в т. ч. имеющиеся функциональные изменения, что необходимо для составления комплексной программы лечения и реабилитации, включающей средства метаболической коррекции [14].

Литература

1. Житникова Л.М. Применение витаминного антиоксидантного комплекса у часто болеющих детей и детей с атопией. Инфекционные болезни. 2011;9(4):70–74. [Zhitnikova L.M. The use of a vitamin antioxidant complex in frequently ill children and children with atopy. Infectious diseases. 2011;9(4):70–74 (in Russ.).]
2. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Сарвилина И.В. Синдром «часто болеющий ребенок». Антибиотики и химиотерапия. 2012;57(9–10):8–16. [Romantsov M.G., Melnikova I.Yu., Sarvilina I.V. Syndrome "often sick child". Antibiotics and chemotherapy. 2012;57(9–10):8–16 (in Russ.).]

3. Авезова Г.С., Косимова С.М. Часто болеющие дети: распространенность и факторы риска. European Research. 2017;5(28):79–80. [Avezova G.S., Kosimova S.M. Frequently ill children: prevalence and risk factors. European Research. 2017;5(28):79–80 (in Russ.).]
4. Бабаян М.Л. Часто болеющие дети: проблемы терапии острых респираторных инфекций у детей. Медицинский совет. 2014;14:11–13. [Babayan M.L. Frequently ill children: problems in the treatment of acute respiratory infections in children. Medical advice. 2014;14:11–13 (in Russ.).]
5. Дубовик Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребенком дошкольного возраста. Вестник Красноярского гос. пед. ун-та им. В.П. Астафьева. 2006;1:134–140. [Dubovik E.Yu. Features of the manifestation of anxiety in parent-child relationships by an often ill child of preschool age. Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University. V.P. Astafieva. 2006;1:134–140 (in Russ.).]
6. Делягин В.М. Повторные респираторные инфекции у детей (часто болеющие дети). РМЖ. 2013;21(25):1237–1240. [Delyagin V.M. Repeated respiratory infections in children (often sick children). RMJ. 2013;21(25):1237–1240 (in Russ.).]
7. Marcovina S.M., Sirtori C., Peracino A. et al. Translating the basic knowledge of mitochondrial functions to metabolic therapy: role of L-carnitine. Translational Research. 2013;161(2):73–84.
8. Брин И.Л., Неудахин Е.В., Дунайкин М.Л. Карнитин в педиатрии: исследование и клиническая практика. М.: Медпрактика-М; 2015. [Brin I.L., Neudakhin E.V., Dunaikin M.L. Carnitine in pediatrics: research and clinical practice. M.: Medpraktika-M; 2015 (in Russ.).]
9. Накостенко Т.Н., Ключников С.О., Сухоруков В.С. Коррекция нарушений вегетативного гомеостаза и внутриклеточного энергообмена у часто болеющих детей. Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2007;1:25–29. [Nakostenko T.N., Klyuchnikov S.O., Sukhorukov V.S. Correction of disorders of autonomic homeostasis and intracellular energy metabolism in frequently ill children. Bulletin of pediatric pharmacology and nutrition. 2007;1:25–29 (in Russ.).]
10. Сухоруков В.С. Энергодефицитный диатез у детей. 2-е изд. М.: Медпрактика-М; 2012. [Sukhorukov V.S. Energy deficient diathesis in children. Second Edition. M.: Medpraktika-M; 2012 (in Russ.).]
11. Бойченко Т.Е. Особенности течения острых бронхолегочных заболеваний у детей первых трех лет жизни из социопатических семей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск; 2007. [Boychenko T.E. Features of the course of acute bronchopulmonary diseases in children of the first three years of life from sociopathic families: thesis. Khabarovsk; 2007 (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Элькар®

ЛЕВОКАРНИТИН

Элькар® при частых респираторных инфекциях у детей

- 🌈 Способствует восстановлению активности иммунных клеток
- 🌈 Предупреждает снижение иммунитета вследствие стресса
- 🌈 Сокращает длительность течения и частоту ОРВИ



Рег. № ПРС - 006143/10