

# ОТКЛИКИ НА КОММЕНТАРИИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

© Заплатников А.Л., Гурина А.А., 2015

А.Л. Заплатников<sup>1</sup>, А.А. Гурина<sup>2</sup>

## К ПРОБЛЕМЕ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ»

<sup>1</sup>ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ», Москва; <sup>2</sup>ГОУ ВПО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск, РФ

Zaplatnikov A.L.<sup>1</sup>, Girina A.L.<sup>2</sup>

## MORE ON FREQUENTLY ILL CHILDREN PROBLEMATIC

<sup>1</sup>Russian Medical Academy for Postgraduate Education, Moscow,  
<sup>2</sup>Khanty-Mansi State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Yugra, Russia

Представлены причины высокой заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) у детей. Обсуждается необходимость замены термина «часто болеющие дети» (ЧБД) нозологической верификацией состояний, сопровождающихся клиническими симптомами частых ОРИ. Подчеркивается важность анализа эпидемиологических, социально-бытовых и других провоцирующих факторов у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями. Показано, что своевременное уточнение диагноза значительно повышает эффективность проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Отмечена необходимость проведения превентивных мероприятий, направленных на снижение риска формирования группы ЧБД. Представлены данные о высокой профилактической эффективности рибосомальной иммунизации у ЧБД.

*Ключевые слова:* дети, иммунитет, острые респираторные инфекции, профилактика, рекуррентные респираторные инфекции, Рибомунил, часто болеющие дети.

The authors present the reasons for high incidence of acute respiratory infections (ARI) in children. They discuss the need to replace the term “frequently ill children” (“FIC”) with the nosology verification of conditions accompanied by clinical symptoms of frequent ARI. The importance of analysis of epidemiological, social, household and other precipitating factors in children with recurrent respiratory infections is underlined. It is shown that the timely clarification of the diagnosis significantly increases the effectiveness of the therapeutic measures. The necessity of preventive measures is aimed to reducing the risk of formation of the FIC array. The data on high preventive efficacy of ribosomal immunization in FIC is presented.

*Keywords:* children, immunity, acute respiratory infections, prevention, recurrent respiratory infections, Ribomunyl, frequently ill children.

Приглашение профессора Г.А. Самсыгиной к обсуждению проблемы часто болеющих детей (ЧБД) представляется своевременным и очень важным [1], так как рекуррентные респираторные инфекции (РРИ) являются одним из наиболее острых вопросов современной педиатрии. Актуальность РРИ объясняется тем, что, помимо медицинских, эта проблема

имеет еще и социально-экономические аспекты, так как частые респираторные заболевания приводят к значительным материальным потерям, отрицательно сказываются на социальной и педагогической адаптации детей, ухудшают психоэмоциональный климат в семье и качество жизни в целом [1–10].

При обсуждении проблемы ЧБД особое место

### Контактная информация:

Заплатников Андрей Леонидович – д.м.н., проф.  
каф. педиатрии ГБОУ ДПО РМАПО  
Адрес: Россия, 123242 г. Москва,  
ул. Баррикадная, 2/1  
Тел.: (495) 496-52-38,  
E-mail: zaplatnikov@mail.ru  
Статья поступила 15.07.15,  
принята к печати 20.07.15.

### Contact Information:

Zaplatnikov Andrey Leonidovich – Ph.D., Prof. with  
the Department of Pediatrics of the Russian Medical  
Academy for Postgraduate Education  
Address: Russia, 123242 Moscow,  
Barrikadnaya street, 2/1  
Tel.: (495) 496-52-38,  
E-mail: zaplatnikov@mail.ru  
The article received 15.07.15,  
accepted for publication 20.07.15.

занимают вопросы, которые посвящены поиску причин высокой заболеваемости респираторными инфекциями. При этом детально изучаются наследственные факторы «позднего старта» иммунитета и процессы возрастной смены вектора цитокинового профиля, обсуждаются физиологическая целесообразность повышенной восприимчивости детей первых лет жизни к возбудителям острых респираторных инфекций (ОРИ) и адекватность иммунного реагирования при этом, дискутируется роль герпесвирусных инфекций и др. [6, 8, 11–22]. Действительно, это очень важные вопросы, но существуют и другие, ответы на которые настоятельно требуют решения, но остаются до настоящего времени недостаточно обсуждаемыми. Среди них – персонификация причин и провоцирующих факторов РРИ. Ведь в каждом конкретном случае причины частых респираторных инфекций, как правило, индивидуальны. Так и хочется перефразировать Л.Н. Толстого: «Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему», чтобы подчеркнуть необходимость персонификации причин РРИ. Кроме этого, вероятно, настала пора перейти от шаблонного подхода к выделению группы ЧБД к ранней нозологической верификации тех патологических состояний, которые ошибочно принимаются за респираторные инфекции (аллергический ринит, бронхиальная астма, гастроэзофагеальный рефлюкс – ГЭР, пороки развития респираторного тракта, инородные тела бронхов, приобретенные цитопении, первичные иммунодефициты и др.).

В соответствии с современными представлениями, которые нашли свое отражение в согласительном документе Союза педиатров России, ЧБД – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, в которую включают детей с более высоким, чем у сверстников уровнем заболеваемости ОРИ [5]. При этом подчеркивается, что в группе ЧБД должны наблюдаться только те пациенты, РРИ у которых возникают из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма [5]. Однако на практике по-прежнему имеют место случаи, когда под маской ЧБД пропускаются аллергические заболевания респираторного тракта, хронические и рецидивирующие заболевания носоглотки, пороки развития бронхолегочной системы и ЛОР-органов, ГЭР, упорно персистирующие герпетические инфекции, первичные иммунодефициты и др. [19–23]. В связи с поздней диагностикой указанных патологических состояний, ошибочно принимаемых за «ЧБД», проводимая терапия оказывается неэффективной, так как назначается «по шаблону» и не имеет этиопатогенетической направленности.

Следует также обратить внимание на то, что в отечественной практике для определения группы ЧБД используют статистические показатели, не имеющие убедительной доказательной базы [19]. При этом ранее нами было показано, что если придерживаться общепринятых критериев включения в группу ЧБД (у дошкольников в зависимости от возраста 4–6 ОРИ/год), то в организованных коллективах к часто болеющим могут быть отнесены 56,7% детей в возрасте 1–3 лет и 30,5% детей 4–6 лет [6]. В то же время

оценка частоты ОРИ с учетом периода адаптации детей к организованному коллективу свидетельствует о том, что у подавляющего большинства из них максимальный уровень заболеваемости имеет место только в первый год посещения детского дошкольного учреждения (ДДУ). Так, при анализе респираторной заболеваемости у этих же детей, но с учетом продолжительности их посещения ДДУ, было показано, что у подавляющего большинства из них, независимо от возраста, частота ОРИ имеет сильную прямую корреляцию с длительностью пребывания в организованном коллективе. Кроме этого было также отмечено, что официальный уровень заболеваемости ОРИ, который определяется на основании данных из листа уточненных диагнозов в ф. № 112, не всегда соответствует реальному, особенно если ребенок не посещает ДДУ.

Не вносит ясности и попытка использования для определения группы ЧБД таких показателей, как инфекционный индекс (число эпизодов ОРИ в год/возраст ребенка в годах) и индекс инфекционной резистентности (число эпизодов ОРИ за период наблюдения/продолжительность этого периода наблюдения в месяцах). При этом к уже обсуждаемым недостаткам (возможное несоответствие между зарегистрированной и фактической заболеваемостью) следует добавить следующее. Так, при анализе результатов инфекционного индекса рекомендуется считать, что если его значения меньше 0,3, то ребенка следует отнести к контингенту эпизодически болеющих детей. Если уровень инфекционного индекса превышает 1,1, то ребенка включают в группу ЧБД. Однако при этом очень трудно определить группу наблюдения для тех детей, значения инфекционного индекса которых находятся в пределах от 0,4 до 1,0. Следует также отметить, что рекомендации по дополнительному выделению среди ЧБД подгрупп в виде «условно часто болеющих» и «истинно часто болеющих» [16] еще больше запутывают практикующих педиатров. Таким образом, оценка состояния здоровья детей, основанная исключительно на анализе частоты ОРИ без уточнения причин и провоцирующих факторов повышенной заболеваемости, без детализации особенностей клинических проявлений и характера течения заболеваний создает предпосылки для формального и не всегда корректного выделения группы ЧБД.

Формальный подход при отборе детей в группу ЧБД, в свою очередь, определяет высокую вероятность диагностических ошибок. В результате этого нередко имеет место позднее выявление патологических состояний, требующих целенаправленной терапии (хронический тонзиллит, рецидивирующий аденоидит, аллергический ринит, ГЭР, бронхиальная астма, пороки развития ЛОР-органов и бронхолегочной системы, первичные иммунодефициты и др.).

Наглядной иллюстрацией этому являются результаты анализа состояния здоровья 2436 детей дошкольного возраста, которые проходили реабилитацию в подмосковном пульмонологическом санатории в связи с РРИ [23]. Следует отметить, что 38,4% детей были направлены на оздоровление с диагнозом «ЧБД», несмотря на согласованную и четко обозначенную позицию Союза педиатров России: ЧБД – это не диагноз! [5]. В связи с этим было высказано пред-

положение, что установление «диагноза ЧБД» обусловлено шаблонным подходом и отсутствием поиска причин РРИ.

Высказанные предположения были подтверждены результатами проведенного в условиях санатория обследования, включающего общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Так, было установлено, что в 65,4% случаев действительно имела место недооценка клинико-анамнестических данных. При этом у 38,1% детей впервые при обследовании в санатории, несмотря на длительный (от 1 до 3 лет) период наблюдения в группе ЧБД, были верифицированы различные заболевания и функциональные нарушения. Среди впервые выявленной патологии наиболее часто диагностировали хронические и рецидивирующие заболевания ЛОР-органов (тонзиллит, аденоидит, средний отит), различные нарушения желудочно-кишечного тракта, а также аллергические поражения органов дыхания. При этом у 35,2% детей имела место сочетанная патология. Особо следует подчеркнуть, что практически у половины из них был выявлен ГЭР, который мог приводить к рецидивирующим инфекциям носоглотки, а при микроаспирации – и к рецидивирующему бронхиту. У 8,1% детей только в санатории были выявлены аллергические заболевания респираторного тракта (бронхиальная астма, аллергический ринит), клинические проявления которых длительное время ошибочно принимали за симптомы РРИ. Кроме этого в ряде случаев были верифицированы приобретенные нейтропении, первичные иммунодефициты и другие заболевания [23].

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о том, что в подавляющем большинстве случаев формальным был не только отбор в группу ЧБД, но и само диспансерное наблюдение. Отсутствовала детализация причин и провоцирующих факторов частых ОРВИ, не были выделены основные клинические синдромы, что затрудняло нозологическую рубрику переносимых заболеваний. Принимая во внимание результаты исследования, считаем целесообразным обсудить ключевые моменты проблемы ЧБД, имеющие четкую практическую направленность. Так, при выявлении у ребенка РРИ необходимо в первую очередь провести поиск возможных причин и провоцирующих факторов. При этом рекомендуем обращать внимание на такие анамнестические факторы, как морфофункциональная незрелость, недоношенность, последствия перинатальной патологии, отягощенная наследственность и др. Среди экзогенных необходимо анализировать такие факторы, как неблагоприятные эпидемиологические, материально-бытовые и экологические условия, низкий уровень санитарной культуры родителей, пассивное курение, нерациональный режим дня, нарушение питания, ранняя социализация и др. Установлено, что наиболее часто РРИ развиваются в тех случаях, когда у ребенка имеет место комбинация различных провоцирующих факторов. Иницирующим моментом при этом, как правило, является социализация (начало посещения ДДУ и/или увеличение числа контактов ребенка вне организованного коллектива).

Расширение контактов сопровождается возрастанием риска инфицирования, что в условиях возрастных и/или индивидуальных особенностей иммунитета (незрелость, поздний старт, отсутствие предшествующего «иммунологического опыта») приводит к повышению заболеваемости респираторными инфекциями (рис. 1). Следует отметить, что избыточное инфицирование может происходить и в тех случаях, когда ребенок не посещает детский коллектив, но постоянно контактирует с потенциальными источниками инфекции (в городском транспорте, в магазинах, на детских площадках, в детских клубах, дома, если в семье есть организованные дети). В дальнейшем, при отсутствии других факторов риска, у подавляющего большинства детей уровень заболеваемости снижается по мере адаптации к социуму и приобретения «иммунологического опыта».

Уточнению причин РРИ помогает также и корректная интерпретация клинических особенностей заболевания. Оптимальным при этом следует считать установление диагноза с четкой нозологической рубрикой каждого эпизода ОРВИ (ринит, назофарингит, тонзиллит, бронхит и др.). Предложенный подход имеет четкую практическую направленность, так как определяет тактику наблюдения за ребенком. Так, если высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями напрямую связан с началом посещения организованного коллектива, то наиболее вероятная причина этого заключается в повышении риска инфицирования ребенка из-за расширения контактов. В тех случаях, когда заболевания при этом протекают в виде острого ринита, назофарингита, нетяжело, без осложнений, то серьезная патология в этих случаях, маловероятна. Как правило, в дальнейшем большинство таких детей адаптируется к коллективу, их иммунитет «набирается опыта», и уже к концу первого года пребывания в ДДУ острые респираторные инфекции у них развиваются реже.

Если же частые ОРВИ у ребенка были отмечены еще до начала посещения ДДУ, то необходимо не только уточнить возможные неблагоприятные эпидемиологические и социально-бытовые факторы, но и скрупулезно детализировать анамнез и клинические особенности перенесенных заболеваний. При этом особо должны настораживать такие особенности, как



затяжное и тяжелое течение, наличие осложнений и/или нетипичных для респираторной инфекции симптомов, отсутствие эффекта от проводимой терапии. В тех случаях, когда частые ОРИ протекают длительно, сопровождаются осложнениями, а в семейном анамнезе имеют место хронические заболевания респираторного тракта и ЛОР-органов (бронхит, бронхиальная астма, аллергический ринит, тонзиллит, синусит, отит и др.), рецидивирующие поражения кожи (фурункулез, экзема), слизистых оболочек (кандидоз), желудочно-кишечного тракта (частые эпизоды диареи, пищевая аллергия), должно быть проведено комплексное углубленное обследование (рис. 2).

Учитывая, что наиболее часто под маской ЧБД могут скрываться рецидивирующие инфекционно-воспалительные (хронический тонзиллит, рецидивирующий аденоидит и др.) и аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма), указанная патология должна быть исключена в первую очередь. При этом принимая во внимание, что у 15–40% детей из группы ЧБД аллергические заболевания респираторного тракта длительное время ошибочно принимаются за РРИ, особое внимание необходимо уделять своевременному и целенаправленному поиску клинико-анамнестических маркеров аллергопатологии [1, 5, 10, 19]. Для этого изучают семейный анамнез и уточняют – не было ли ранее у самого ребенка проявлений аллергии (гастроинтестинальная форма, атопический дерматит и др.)? Кроме этого на аллергический характер респираторных симптомов могут указывать нетипичные для ОРИ затяжной характер заболевания, связь рецидивов с воздействием причинно-значимых факторов (цветение – при сезонном аллергическом рините, постоянный контакт с бытовыми аллергенами – при круглогодичном аллергическом рините и др.), рецидивирующий бронхообструктивный синдром, отсутствие эффекта от противовирусных и антибактериальных препаратов, улучшение состояния при использовании противоаллергических средств.

Особое внимание следует обратить на то, что под маской ЧБД могут скрываться рецидивирующие заболевания носоглотки, возникающие в результате ГЭР. Сложность клинической диагностики ГЭР у детей первых лет жизни обусловлена тем, что маленькие

пациенты не могут детализировать свои жалобы. В связи с этим возрастает роль сбора анамнеза с целенаправленным уточнением у родителей возможных клинических проявлений ГЭР (частая отрыжка, пробуждение ребенка из-за внезапно возникшего кашля на фоне полного здоровья и др.).

В тех случаях, когда частые ОРИ характеризуются тяжелым, затяжным течением, бактериальными осложнениями или сопровождаются инфекционно-воспалительными поражениями другой локализации (упорный кожно-слизистый кандидоз, рецидивирующие пиодермии, абсцессы, рецидивирующий диарейный синдром и др.), необходимо исключить иммунодефицитные состояния [1, 17–19].

Обсуждая проблему ЧБД нельзя не отметить и тот факт, что подавляющее большинство научных публикаций посвящено различным аспектам терапии и реабилитации ЧБД, в то время как вопросы первичной профилактики РРИ поднимаются крайне редко. В результате этого в практической педиатрии основной вектор работы с детьми из группы ЧБД смещен в сторону оздоровительных мероприятий уже сформировавшихся РРИ. В то же время показано, что при адекватно проводимой первичной профилактике можно существенно снизить риск рекуррентных заболеваний и формирования самой группы ЧБД. Основным принципом профилактических мероприятий при этом являются систематичность, планомерность и последовательность. Работа должна начинаться задолго до рождения ребенка, с оздоровления будущих родителей, с рациональной подготовки женщины к беременности и родам и др. Уже во время проведения дородовых патронажей должны быть уточнены факторы, которые впоследствии могут стать провоцирующими для формирования частых ОРИ (пассивное курение, неблагоприятные санитарно-бытовые условия и др.).

Не менее важна детализация семейного анамнеза (аллергические и рецидивирующие инфекционно-воспалительные заболевания респираторного тракта, частые ОРИ в детском возрасте и др.). Выявление указанных факторов, а также наличие у новорожденного анамнестических указаний на отягощенность перинатального периода, недоношенность, морфофункциональную незрелость, неблагоприятное течение ранней постнатальной адаптации, тяжелые заболевания в неонатальном периоде (аспирационный синдром, пневмония и др.) определяют необходимость ведения ребенка в группе риска по развитию частых ОРИ. При этом с родителями должна обсуждаться важность здорового образа жизни в семье, значение грудного вскармливания для здоровья ребенка, необходимость уменьшения провоцирующих факторов (пассивное курение, посещение вместе с грудным ребенком мест массового скопления людей, нерациональное питание, режим и др.).

Учитывая, что одним из факторов, провоцирующих повышенную заболеваемость ОРИ, является ранняя социализация, в последние годы предпринимаются попытки, направленные на уменьшение риска формирования группы ЧБД среди детей, начинающих посещать ДДУ. Для этого в комплекс общепринятых



Рис. 2. Факторы, указывающие на необходимость углубленного поиска причин рекуррентных ОРИ.

# РИБОМУНИЛ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ  
ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ



Рег. удостоверение №011369/02 от 10.06.2005

- УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ
- СОКРАЩЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
- УМЕНЬШЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

## ПЕРОРАЛЬНАЯ ВАКЦИНА

- ВЫРАБАТЫВАЕТ ДЛИТЕЛЬНУЮ ИММУННУЮ ПАМЯТЬ
- СНИЖАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОРЗ
- НЕ ВЫЗЫВАЕТ АКТИВИЗАЦИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



## КОРРЕКТОР НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА

- НЕ ТРЕБУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА
- УВЕЛИЧИВАЕТ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ ОРГАНИЗМА РЕСПИРАТОРНЫМ ВИРУСНЫМ И БАКТЕРИАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ
- ОБЛЕГЧАЕТ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И УСКОРЯЕТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ



Pierre Fabre

119435, г. Москва, Саввинская набережная, д. 11; Тел.: (495) 789-95-33  
www.pierre-fabre-russia.ru

подготовительных к ДДУ мероприятий (оценка состояния здоровья при углубленном профосмотре и коррекция выявленных нарушений, календарная вакцинация, социальная и педагогическая адаптация и др.) рекомендуют включать плановое проведение курсов неспецифической иммунопрофилактики.

Интерес к использованию иммуномодуляторов для профилактики ОРИ у детей раннего возраста вполне объясним. Это связано с тем, что имеющиеся возрастные особенности иммунитета в этот период (так называемый 3-й критический период становления иммунитета) характеризуются сохранением первичного характера ответа на многие антигены и недостаточным развитием местного иммунитета, хотя начало активного формирования структур местного иммунитета, например лимфоэпителиальной глоточной системы, уже происходит. При этом, несмотря на преимущественно первичный иммунный ответ, в В-лимфоцитах уже интенсивнее осуществляется переключение изотипа иммуноглобулинов с IgM на IgG. Однако синтез антител IgG<sub>2</sub>- и IgG<sub>4</sub>-изотипов еще запаздывает, с чем связывают повышенную чувствительность детей этого возраста к *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и другим возбудителям, а также склонность к повторным инфекциям. Среди причин повышенной заболеваемости детей раннего возраста дискутируются также роль превалирования хелперной направленности вектора иммунного ответа и преобладание активности Т-хелперов 1-го типа (Th1) над Т-хелперами 2-го типа (Th2) [11–14]. При этом высказывается предположение о том, что переносимые в этот период ОРИ в онтогенетическом отношении имеют физиологическое значение для созревания иммунитета (своеобразная «тренировка» иммунитета), так как способствуют нормализации соотношения Th1/Th2 и переориентации первичного иммунного ответа на вторичный. Учитывая, что указанные процессы обусловлены эффектами определенных цитокинов (в первую очередь интерферонов), продуцируемых в ответ на инфекцию, становятся понятными ожидания исследователей от превентивного использования иммуномодуляторов. При этом наиболее интересным следует считать использование иммуномодуляторов бактериального происхождения, воссоздающих более естественную активацию факторов неспецифического иммунитета, в т.ч. и интерферона.

Принимая во внимание, что одним из наиболее полно изученных (как по безопасности, так и по эффективности) иммуномодуляторов бактериального происхождения является Рибомунил [24–29], он был

включен нами в базисную подготовку детей к ДДУ. При этом препарат назначали за 2–3 недели до предполагаемого начала посещения ДДУ с последующей пролонгацией в период адаптации и во время дальнейшего пребывания детей в коллективе. В целом курс рибосомальной иммунизации составлял 6 месяцев, а режим дозирования строго соответствовал официальным рекомендациям. При этом было установлено, что благодаря включению превентивной рибосомальной иммунопрофилактики у 75% детей удалось предупредить развитие РРИ как во время их адаптации к организованному детскому коллективу, так и в последующие периоды, что существенно снизило риск формирования группы ЧБД [28].

Мероприятия по первичной профилактике РРИ обязательно должны включать также и активную специфическую иммунизацию против вакциноуправляемых респираторных инфекций. В настоящее время, в соответствие с Национальным календарем прививок, имеется возможность проведения у детей эффективной и безопасной иммунопрофилактики гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекции тип b [29]. В тех случаях, когда плановую вакцинацию сдерживают временные противопоказания из-за переносимых ОРИ, необходимо использовать средства неспецифической иммунопрофилактики, а также их комбинацию. Так, ранее было показано, что у детей для снижения респираторной заболеваемости в предвакцинальный период может быть с успехом использован Рибомунил [25, 30]. При этом было отмечено, что благодаря рибосомальной иммунизации не только увеличивается охват прививками (за счет снижения заболеваемости ОРИ) и уменьшается частота интеркуррентных заболеваний в поствакцинальный период, но и повышается эффективность самой вакцинации.

Таким образом, одной из насущных задач современной отечественной педиатрии, по нашему мнению, являются постепенный отказ от выделения группы ЧБД и переход к персонифицированной нозологической верификации состояний, при которых отмечаются РРИ. При этом для установления диагноза в каждом конкретном случае необходим детальный анализ анамнестических данных, особенностей клинического течения заболеваний, а также анализ эпидемиологических и социально-бытовых факторов. Раннее выявление причин повышенной заболеваемости респираторными инфекциями позволит своевременно установить диагноз и назначить этиопатогенетическую терапию, что существенно повысит эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

## Литература

1. Самсыгина Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии. Педиатрия. 2015; 93 (1): 167–169.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: изд-во Саратовского университета, 1986: 183 с.
3. Nafstad P, Hagen JA, Oie L, et al. Day care centers and respiratory health. Pediatrics. 1999; 103 (4 Pt 1): 753–758.
4. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: Руководство для врачей. М.: РМАПО, 2001.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение

и профилактика: Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002: 69 с.

6. Заплатников А.Л. Клинико-иммунологическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2003: 48 с.

7. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии. Consilium medicum. Педиатрия. 2004; 2: 3–10

8. Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торихоева Р.М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфек-

ций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах. Детские инфекции. 2007; 2: 49–52.

9. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Частые острые респираторные заболевания у детей: современные представления. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2009; 3: 7–13.

10. Заплатников А.Л., Фиокки А., Гирина А.А. и др. Часто болеющие дети: причины недостаточной эффективности оздоровления и резервы иммунопрофилактики. Русский медицинский журнал. 2015; 3: 178–182.

11. Herrod HG. Follow-up of pediatric patients with recurrent infection and mild serologic immune abnormalities. Ann. Allergy Asthma Immunol. 1997; 79 (5): 460–464.

12. Drummond PD, Hewson-Bower B. Increased psychosocial stress and decreased mucosal immunity in children with recurrent upper respiratory tract infections. J. Psychosom. Res. 1997; 43 (3): 271–278.

13. Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей, иммунная недостаточность. Иммунодиагностика. Приложение к журналу Российский вестник перинатологии и педиатрии. Лекция для врачей. М., 1998; 21: 79 с.

14. Маркова Т.П., Чувилов Д.Г. Длительно и часто болеющие дети. Русский медицинский журнал. 2002; 10 (3): 125–127.

15. Rossi GA, Peri C, Raynal ME, et al. Naturally occurring immune response against bacteria commonly involved in upper respiratory tract infections: analysis of the antigen-specific salivary IgA levels. Immunol. Lett. 2003; 86 (1): 85–91.

16. Рациональная фармакотерапия часто болеющих детей: Пособие для врачей-педиатров. М.Г. Романцов, ред. СПб.: б/и, 2005: 93 с.

17. Ярцев М.Н., Яковлева К.П., Плахтиенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети. Consilium medicum. Приложение Педиатрия. 2006; 1: 13–18.

18. Щербина А.Ю. Первичные иммунодефицитные состояния. В кн.: Иммунология детского возраста. М.: Медпрактика, 2006: 59–69.

19. Зиновьева Н.В., Давыдова Н.В., Щербина А.Ю. и др. Трудный пациент. 2007; 2 (<http://www.fondpodsolnuh.ru/disease/article.xl?id=712>)

20. Боковой А.Г. Герпес-вирусные инфекции у детей. М.: МАКС Пресс, 2008: 144 с.

21. Котлова В.Б. Дифференцированный подход к обследованию и этиотропной терапии часто болеющих детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. Воронеж, 2013: 24 с.

22. Канкасова М.Н., Мохова О.Г., Поздеева О.С. Часто болеющие дети: взгляд инфекциониста. Практическая медицина. Педиатрия. 2014; 2. (<http://pmarchive.ru/chastoboleyushhie-deti-vzglyad-infekcionista>)

23. Иванов В.А., Шарапов Н.В., Заплатников А.Л. Состояние здоровья часто болеющих детей и повышение эффективности их санаторного оздоровления. Русский медицинский журнал. 2007; 21 (302): 1559–1564.

24. Boyle P, Bellanti JA, Robertson C, et al. Meta-analysis of published clinical trials of a ribosomal vaccine (ribomunyl) in prevention of respiratory infections. BioDrugs. 2000; 14 (6): 389–408.

25. Рибосомальная иммунокоррекция в практике педиатра. Н.А. Коровина, ред. М.: б/и, 2006.

26. Bousquet J, Fiocchi A. Prevention of recurrent respiratory tract infections in children using a ribosomal immunotherapeutic agent: a clinical review. Paediatr. Drugs. 2006; 8 (4): 235–243.

27. Fiocchi A, Terracciano L, Martelli A, et al. Ribosomal component immune modulation of respiratory tract infections in children. Allergy Asthma Proc. 2009; 30 (Suppl. 1): S21–31.

28. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Первичная профилактика рекуррентных респираторных инфекций у детей, посещающих дошкольные учреждения. Современная педиатрия. 2008; 3 (20): 45–48.

29. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Коровина Н.А. и др. Рибосомальная иммунопрофилактика острых и рекуррентных респираторных инфекций у детей. Фарматека. 2015; 1: 34–39.

30. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н г., Москва.

## РЕФЕРАТЫ

### ПРИМЕНЕНИЕ РАСПЫЛЕННОГО 3% РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА У МЛАДЕНЦЕВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С БРОНХИОЛИТОМ

Цель – описать применение 3% раствора натрия хлорида (гипертонический раствор натрия хлорида – ГРНХ) у госпитализированных младенцев с бронхолиитом и оценить связь между применением ГРНХ и продолжительностью пребывания (ПП) в стационаре.

Это многостороннее ретроспективное когортное исследование включало младенцев в возрасте ≤12 месяцев, госпитализированных с диагнозом бронхолиит в период с октября 2008 по сентябрь 2011 гг. с использованием Информационной Системы Детского Здравоохранения. Применение ГРНХ рассматривается как ежедневное или спорадическое. Различия в ПП сравнивали после сопоставления применения ГРНХ реципиентами и не реципиентами по балльной системе.

Было 63 337 госпитализаций с бронхолиитом. ГРНХ был использован в 24 из 42 больниц и у 2,9% всех госпитализированных. Применение ГРНХ увеличилось от 0,4% визитов в 2008 г. до 9,2% визитов в 2011 г. Было значительное различие в применении ГРНХ по больницам (диапазон 0,1–32,6%). При использовании ГРНХ его применяли ежедневно в

течение 60,6% госпитализаций, спорадически в 10,4% случаев. Анализ баллов у ежедневных реципиентов ГРНХ (количество = 953) по сравнению с не реципиентами (количество = 953) не показал никакого различия в средней ПП (ГРНХ 2,3 дня по сравнению с 2,5 днями не реципиентов;  $\beta$ -коэффициент  $-0,04$ ; 95% СИ  $-0,15, 0,07$ ;  $p=0,5$ ) или шансы пребывания дольше, чем на 1,2 или 3 дня.

Ежедневно реципиенты ГРНХ имели меньше 33% шансов остаться в больнице, чем на 4 дня, по сравнению с не реципиентами (ОР 0,67; 95% СИ 0,47, 0,97;  $p=0,03$ ).

Различие при использовании ГРНХ и отсутствие связи между применением ГРНХ и средней ПП показывает необходимость дальнейшего исследования по стандартизации использования ГРНХ и более лучшего выявления младенцев, для которых применение ГРНХ будет наиболее эффективным.

Todd A. Florin, Terri Byczkowski, Richard M. Ruddy, et al. Utilization of Nebulized 3% Saline in Infants Hospitalized with Bronchiolitis. Pediatrics. 2015; 166 (Issue 5): 1168–1174. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.01.045>