



Характерной чертой раннего детского возраста является интенсивное развитие функций мозга, речи, движений, совершенствование деятельности важнейших жизнеобеспечивающих систем и органов (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, почек). Темпы роста в целом очень высоки, хотя по сравнению с первым годом жизни намного ниже. Среди заболеваний того периода первое место занимают острые респираторно-вирусные инфекции, острые кишечные, болезни органов дыхания (бронхиты, бронхопневмонии и др.). Часто встречается гиперплазия аденоидов, миндалин с воспалительными процессами, особенно у детей с лимфатическим диатезом, иммунодефицитными состояниями. Наблюдаются манифестные клинические формы аллергического, экссудативно-катарального, мочеислого диатезов. В раннем детском возрасте часто встречаются расстройства нервной системы (неврозы, невропатии, энурез), отравления (бытовые, лекарственные и др.), ожоги и другие травматические повреждения.

Частота всех заболеваний значительно увеличивается в начале посещения детского коллектива в дошкольных учреждениях, поэтому задачей семейного врача перед поступлением ребенка в детские учреждения является санация всех выявленных очагов, лечение отклонений в состоянии здоровья, повышение его иммунологического статуса, а также психоэмоциональная подготовка к новому режиму и условиям детского дошкольного учреждения. У детей дошкольного возраста наиболее распространенными заболеваниями являются ОРВИ, многократно повторяющиеся в течение года, и так называемые детские инфекции, против которых дети не были иммунизированы ранее (корь, паротит, ветряная оспа, краснуха и др.). Значительный удельный вес составляют хронические тонзиллиты, дискинезии желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, а также неврозы, тики, различные нарушения осанки, зрения. Также нередко отравления, нередко встречаются аллергические заболевания, среди которых большой удельный вес имеют респираторный аллергический риносинусит, ларингит, ларингобронхит, бронхиальная астма, полипозы, аллергические дерматиты; возможны генерализованные аллергические синдромы (реакция на введение сывороток и вакцин, анафилактический шок и другие).

В развитии аллергических реакций большую роль играют дефекты барьерной функции кожи и слизистых оболочек, угнетение неспецифических факторов защиты, блокада бета-2-адренорецепторов бронхов, снижение гистаминопексии крови, особенности обмена простагландинов и кининов, состояние эндокринной системы, формирование условнорефлекторных связей в ходе патологических процессов. Особенно рано аллергические заболевания развиваются у детей с наследственной предрасположенностью, аллергическим диатезом, родившихся у матерей с нарушениями маточно-плацентарной системы как барьера для аллергенов и материнских глобулинов. Сенсибилизация плода происходит также под воздействием аллергенов пищи, лекарственных средств, при нерациональном питании во время беременности. Установлена определенная последовательность развития сенсибилизации и возрастные особенности развития аллергических болезней у детей. Так, для детей первого года жизни ведущим фактором аллергии являются пищевые аллергены с развитием

клинических проявлений пищевой аллергии.

С возрастом сенсibilизация к пищевой аллергии уменьшается, появляется повышенная чувствительность к ингаляционным, бытовым, пылевым аллергенам, а к 3-5 годам развиваются полипозы, бронхиальная астма. Постепенно нарастает медикаментозная и инфекционная аллергия. В диагностическом плане большую роль играют аллергический анамнез, лабораторное исследование крови и слизи, рентгенологические признаки эмфиземы легких при бронхиальной астме, снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ, увеличение коэффицента Тиффно при спирографии.

Для выявления аллергена используются клинические, кожные, провокационные пробы, а также методы аллергодиагностики: радиоиммуносorbентный тест (РИСТ), радиоаллергосorbентный тест (РАСТ) и др. В иммунограмме выявляется снижение Т-лимфоцитов за счет Т-супрессоров, повышение IgE, дефицит IgA.

Клиника и лечение зависят от локализации патологического процесса. При большинстве нозологических форм показаны гипосенсибилизирующие средства - димедрол, супрастин, тавегил, фенказол, кларетин, гистолон и др., аскорбиновая кислота и витамин Р, в тяжелых случаях (астматические состояния и анафилактический шок, тяжелые формы аллергозов) - бронхоспазмолитики и муколитики; при аллергодерматозах - местное лечение мазями и болтушками. Диетотерапия и нетрадиционные методы (фитотерапия, БАД, гомеопатия) применяются как в лечебных, так и в профилактических целях.

В противорецидивном лечении, кроме гипоаллергенной диеты и уменьшения контакта с домашней пылью и пылью растений, домашними животными, необходимо проводить специфическую гипосенсибилизацию за счет курсов гистоглобулина, интала, задимена; вводить иммунокорректоры (декарис, тималин, вилозен и др.), стимуляторы коркового вещества, надпочечников (глицирам, этимизол), в редких случаях - введение глюкокортикостероидов (бекотил, бекломет, преднизолон). Высокоэффективно санаторно-курортное лечение (местные санатории, соляные шахты, высокогорье, морская вода и др.), рефлексотерапия и физиотерапия, комплексы дыхательной гимнастики (методы Бутейко, Стрельниковой и др.).

ОРВИ

В структуре заболеваний у детей этого возраста ведущее место занимают острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) и осложнения ОРВИ. Удельный вес детей, часто болеющих в возрасте 3-5 лет, составляет 25-30 %, особенно увеличивается их численность с начала посещения детских учреждений. ОРВИ у детей раннего и дошкольного возраста могут быть обусловлены вирусами гриппа, аденопарагриппозными, респираторно-синцитиальными, другими группами вирусов, вызывающих сезонные подъемы заболевания. Клиника ОРВИ характеризуется развитием катарального и интоксикационного синдромов. Чем меньше ребенок, тем больше на его состоянии отражается заложенность носовых ходов (нарушение механики дыхания, акта еды), тем чаще развиваются бронхиты и бронхолиты. У детей раннего возраста чаще развиваются и острые пневмонии.

Острая пневмония

Острая пневмония в большинстве случаев является вторичным вирусно-бактериальным процессом, формирующимся на фоне вирусного бронхита. По характеру и

распространенности воспалительного процесса выделяют острую очаговую пневмонию, сегментарную, крупозную и интерстициальную. Первые две формы острой пневмонии относят к бронхопневмониям. Этиология бронхопневмоний чаще смешанная (стрепто-, стафило-, пневмококковая и грамотрицательная флора) на фоне аденовирусной и других ОРВИ. При крупозной пневмонии ведущее место среди возбудителей занимает пневмококк, а при интерстициальной - микопlasма.

Специфические признаки острой пневмонии, развивающейся на фоне ОРВИ: повышение температуры до 38-39 °С, удерживающееся свыше трех дней, усиление кашля, появление одышки, симптомов интоксикации (апатия, вялость, нарушение сна, аппетита, бледность, цианоз), стойких локальных изменений в легких в виде укорочения или притупления тона над участком инфильтрации и мелкопузырчатых крепитирующих хрипов.

Диагностика острой пневмонии основана на обнаружении очагов инфильтрации при рентгенографии, в клиническом анализе крови - обнаружении лейкоцитоза (не менее 15 Г/л), увеличении СОЭ (не менее 20 мм/ч). Лечение острой пневмонии зависит от возраста и тяжести клинических проявлений. Показаниями для госпитализации детей служат следующие факторы: дети первых лет жизни, тяжелые формы заболевания, когда необходима интенсивная терапия, отсутствие эффекта от проводимой терапии на дому или затяжное течение пневмонии и угроза развития хронического процесса, неблагоприятные жилищно-бытовые условия.

При лечении острой пневмонии в домашних условиях необходимо организовать стационар на дому с активным наблюдением врача и медицинской сестры до стойкого улучшения и разрешения инфильтративного процесса.

До окончания лихорадочного процесса ребенку назначается постельный режим.

Организуют оптимальные условия выхаживания: рациональное питание, достаточное количество жидкости (включая соки, компоты, муссы), проветривание помещения, тщательный уход за кожей, слизистыми оболочками, рациональная одежда и т. д.

При нормализации температуры в течение 2-3-х дней разрешают прогулки в теплое время года, начиная с 10-20 мин. Антибиотикотерапию подбирают в зависимости от возраста, клинического диагноза, тяжести состояния и индивидуальной переносимости.

В большинстве случаев лечение острой очаговой неосложненной пневмонии можно начинать с бензилпенициллина или полусинтетических препаратов - ампициллина, оксациллина (ампиокс). При их неэффективности показана комбинация гентамицина с цефалоспорином или другие антибиотики широкого спектра действия (амоксациллин, ципролет, рулид). Пути введения антибиотиков зависят от тяжести пневмонии и возраста ребенка.

Симптоматическая терапия применяется как и при ОРВИ: отхаркивающие, противокашлевые, антипиретики, по показаниям - десенсибилизирующая терапия, комплекс витаминов. Частоболеющим детям и при затяжном процессе назначают стимулирующие препараты и иммуномодуляторы.

В комплекс лечения детей, больных пневмониями, включают физиотерапию, массаж, лечебную гимнастику. После основного лечения с целью реабилитации переболевшим детям хорошо назначать фитотерапию, пищевые добавки, дыхательные упражнения по системе Бутейко, Стрельниковой. Хороший эффект дает пребывание под лампой Чижевского.

Особый подход семейного врача требуется и к часто болеющим детям этого периода

жизни. Часто болеющие дети относятся ко II группе здоровья, группе риска, поэтому выявление причин заболевания и их устранение - основные условия сохранения их здоровья. Причинами заболеваний являются недостатки санитарно-гигиенического режима, закаливания, нерациональное питание ребенка в семье и в детском дошкольном учреждении, наличие у родителей и других членов семьи хронических заболеваний носа, глотки, бронхов и легких, нерациональное оздоровление детей в летнее время, а зачастую и полное его отсутствие; незаконченное лечение прогрессирующих заболеваний, плохая реабилитация их; отсутствие у родителей элементарных знаний и основ здорового образа жизни.

Врач любого профиля, наблюдающий семью, может легко установить любую из перечисленных причин, определяющих склонность ребенка к повторным респираторным инфекциям. Одной из причин, вызывающих рецидивирующие или хронические инфекции бронхолегочной системы, уха, горла, носа с гипеplазией миндалин, рецидивирующие гнойные инфекции кожи, подкожной клетчатки, экземы, генерализацию инфекций (паразитарных и др.), является вторичное иммунодефицитное состояние, так как созревание иммунной системы у детей дошкольного возраста еще не закончено.

Система оздоровления часто болеющих детей должна включать в себя методы традиционной и нетрадиционной медицины, в том числе ЛФК, физиотерапию, массаж, закаливание с применением водных и воздушных ванн. Для профилактического лечения и санации носа, глотки с гиперплазией аденоидов и миндалин показаны гомеопатические средства (эдас, ИОВ, милокан и др.). Для повышения иммунологического статуса и сопротивляемости к инфекциям необходимо принимать витамины и биологически активные вещества, иммуномодуляторы и иммунокорректоры.