

Профилактика острых респираторных инфекций

Острые респираторные инфекции являются самыми частыми заболеваниями, как у детей, так и у взрослых. Но наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Однако *контакт и взаимодействие с респираторными инфекциями — необходимые условия становления иммунной системы ребенка*, приобретение им иммунологического опыта, необходимого для адекватного реагирования на микробную агрессию.

Основными возбудителями ОРЗ являются различные вирусы, Вирусные инфекции повреждают эпителий дыхательных путей и вызывают воспаление слизистой оболочки. Присоединение бактериальной инфекции приводит к нарастанию тяжести заболевания и может быть основной причиной неблагоприятного исхода болезни. Характер клинической картины ОРЗ во многом обусловлен патогенными свойствами возбудителя. Однако известно, что чем моложе ребенок, тем меньше специфических признаков имеет заболевание.

Таким образом, инфекционное воспаление является основным патогенетическим звеном клинических проявлений острых респираторных инфекций. Развитие воспаления слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей способствует гиперсекреции вязкой слизи, формированию отека слизистой оболочки респираторного тракта, нарушению мукоцилиарного транспорта и бронхиальной обструкции. Это приводит к заложенности носа, выделениям носового секрета, гиперемии зева, боли в горле, отеку миндалин, осиплости голоса, появлению кашля и других симптомов острого респираторного заболевания, в том числе ларинготрахеита и острого бронхита. У части больных развивается бронхит.

Наилучшей системой профилактики острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей, безусловно, является формирование собственного адекватного иммунного ответа.

Способствуют этому здоровый образ жизни, рациональный режим дня, полноценное питание, разнообразные программы закаливания.

Профилактика респираторных инфекций часто болеющих детей предусматривает *ограничение контактов ребенка с больными гриппом и ОРВИ, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, сокращение использования городского транспорта и удлинение времени пребывания ребенка на воздухе.* Частая респираторная заболеваемость тесно связана с пассивным курением, поэтому прекращение его — важное условие лечения и профилактики. Все дети, склонные к частым респираторным инфекциям, должны быть осмотрены и, при необходимости, пролечены ЛОР-врачом.

Основными методами повышения сопротивляемости ребенка инфекционным агентам служит *закаливание.* Систематическое контрастное воздушное или водное закаливание сопровождается повышением устойчивости организма к температурным колебаниям окружающей среды и повышением иммунологической реактивности организма.

Адаптационные возможности ребенка хорошо поддаются тренировке. Использование любых методов закаливания совершенствует работу аппарата терморегуляции и расширяет возможности приспособления организма к изменившимся температурным условиям. Закаливание не требует очень низких температур, важна контрастность воздействия и систематичность проведения процедур. Хорошо закаливают воздействия на подошвы ног и, постепенно — на всю кожу туловища и конечностей. Максимальная длительность закаливающих процедур не должна превышать 10–20 минут, гораздо важнее его регулярность и постепенность.

Было показано, что у часто болеющих детей сочетание местных закаливающих процедур стоп и носоглотки через 3–4 месяца восстанавливало цитологические показатели носового секрета. Закаливающие процедуры хорошо сочетать с проведением гимнастики и массажа грудной клетки. Закаливание после нетяжелого ОРЗ 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. Эффективность закаливания можно оценить не ранее чем

через 3–4 месяца, а максимальный эффект наблюдается через год от начала регулярных процедур.

Учитывая ведущую роль дисфункций иммунитета в развитии повышенной восприимчивости детского организма к респираторным инфекциям, кроме комплекса общеукрепляющих мероприятий с целью профилактики используется целый ряд иммуномодулирующих лекарственных средств.

При этом большинство авторов подчеркивают, что использование иммуномодулирующих препаратов с целью предупреждения респираторных инфекций у часто болеющих детей должно проводиться на фоне обязательного соблюдения общих принципов профилактики и оздоровления.

Часто возникает вопрос о возможности одновременного проведения календарной вакцинации или гриппозной прививки детям, получающим лечение бактериальными вакцинами. Специальными исследованиями было показано, что такое сочетание не только возможно, но и желательно, поскольку оно может сопровождаться усилением иммунного ответа. Вполне оправдано и совмещение профилактической вакцинации с началом лечения бактериальными вакцинами.

Вообще вакцинация часто болеющих детей является одним из самых важных профилактических мероприятий. Частые ОРВИ не фигурируют в списке противопоказаний к проведению прививок. Поскольку частые ОРВИ у этой группы детей не свидетельствуют о наличии иммунодефицита, они не могут быть поводом для отвода от прививок. По окончании ОРВИ, как и других острых заболеваний, прививки возможно проводить через 2–3 недели после нормализации температуры.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что «часто болеющие дети» — группа диспансерного наблюдения, достаточно многочисленная среди детей дошкольного возраста, проживающих в экологически неблагоприятных регионах и посещающих детские дошкольные учреждения. Эти дети нуждаются в проведении регулярных комплексных профилактических мероприятий, а при развитии острой респираторной инфекции — в своевременной и адекватной терапии.