

Значение пробиотических продуктов для лечения и профилактики острых инфекционных заболеваний у детей

В.К.Котлуков, Л.Г.Кузьменко, Н.В.Антипова, Л.В.Королева

Кафедра детских болезней РУДН, ГУЗ детская городская поликлиника №7 УЗ ВАО г. Москвы

Достоверно известно, что рациональное и сбалансированное питание не только определяет гармоничный рост и своевременное морфологическое и функциональное развитие внутренних органов и тканей ребенка, но и влияет на правильное формирование его интеллектуального, психомоторного статуса и иммунитета. Дети, которые получают адекватное по возрасту питание, оказываются лучше защищены от различных инфекций и других неблагоприятных воздействий окружающей среды. Установлено, что максимально выраженное положительное влияние на организм человека оказывают продукты, содержащие живые пробиотические культуры (пробиотики). Согласно современным представлениям, пробиотики – это живые микроорганизмы, которые при попадании в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека в достаточном количестве сохраняют свою активность и жизнеспособность и оказывают положительное влияние на здоровье человека. Человеческий организм является не только сложнейшим комплексом органов и систем, функционирующих в строгом взаимодействии, но и одновременно служит вмес­ти­ли­щем более 500 различных видов микроорганизмов, сопровождающих человека от рождения до конца жизни. Количество микробных сообществ в организме в сотни раз превышает количество клеток тканей хозяина и составляет примерно 5–8% от массы его тела [1]. При этом возникшее в процессе эволюции совместное существование организма и микроорганизмов в физиологических условиях не причиняет человеку каких-либо видимых неудобств. Эти постоянно обнаруживаемые у здоровых людей микроорганизмы относят к нормальной микрофлоре (микробиота, аутофлора), которая поддерживает биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие макроорганизма, необходимое для сохранения его здоровья. Наиболее представительной и значимой для человека является микрофлора ЖКТ. Видовой состав и количественные параметры микрофлоры варьируют в различных отделах ЖКТ от 10^2 до 10^{15} клеток на 1 мл содержимого. Максимальное количество бактерий обнаруживается в слепой и поперечной ободочной кишке. Основными факторами, ограничивающими размножение бактерий в верхних отделах кишечной трубки, являются быстрое продвижение пищевых масс, кислая среда и воздействие протеолитических ферментов. В толстой кишке условия среды диаметрально противоположны, поэтому в этом отделе кишечника количество бактерий достигает 10^{13} КОЕ/мл содержимого [2].

У детей состав микрофлоры кишечника зависит от возраста и характера вскармливания. Так, у новорожденных преобладают бифидобактерии (ББ) вида *bifidum* и лактобактерии (ЛБ), в более старшем возрасте процентное содержание ЛБ падает, а среди ББ преимущественно обнаруживаются ББ видов *longum*, *breve*, *adolescentis* [3]. При естественном вскармливании у детей преобладают ББ и ЛБ, в то время как у детей, находящихся на искусственном вскармливании, флора гетерогенна и представлена в значительной мере аэробами и условно-патогенными анаэробами [4]. Кишечная микрофлора состоит из двух взаимосвязанных популяций: полостной (10–15%), которая очень измен-

чива, зависит от характера питания, внутренней среды, экологии и не отражает состояние кишки, и пристеночной (мукозной; 85–90%), наиболее точно отражающей состояние кишки и всего организма в целом. По типу потребляемого субстрата кишечную микрофлору делят на протеолитическую (бактероиды, протей, клостридии, эшерихии) и сахаролитическую (ББ, ЛБ, фекальные стрептококки). Протеолитическая флора метаболизирует белки. Образующиеся при бактериальном гидролизе конечные продукты распада белков и аминокислот – индол, скатол, фенол – активизируют кишечную перистальтику и стимулируют нормальное продвижение по кишечнику каловых масс. Сахаролитическая флора поглощает углеводы, преимущественно пищевые волокна, в результате чего образуются короткоцепочечные жирные кислоты – КЦЖК (уксусная, пропионовая, масляная, молочная) – маркеры относительного благополучия в кишке. Это благополучие обеспечивается в основном стабильностью кишечной микрофлоры за счет поддержания оптимальных значений pH в просвете толстой кишки, нормализации гемодинамики, блокировки рецепторов эпителиоцитов, регуляции моторики ЖКТ (стимуляция перистальтики тонкой и толстой кишки, опорожнения желудка, сокращение времени транзита пищи). Нормализация моторики кишки осуществляется в результате стимуляции КЦЖК в проксимальном отделе толстой кишки рецепторов L-клеток, вырабатывающих регуляторный пептид PYY, который замедляет моторику толстой и тонкой кишки [5].

Систематизируя функции кишечной микробиоты, следует выделить такие основные, как защитная, пищеварительная, метаболическая и иммуномодулирующая. **Защитная функция** проявляется в формировании колонизационной резистентности по отношению к потенциально болезнетворным микроорганизмам за счет образования бактериостатических низкомолекулярных метаболитов (КЦЖК, оксид азота, глутамат, гистамин, серотонин, мурамил дипептид и др.), деградации бактериальных токсинов, деконъюгации желчных кислот, продукции широкого спектра антимикробных веществ семейства бактерицинов [2, 6–8]. Известно, что кишечная палочка, продуцирующая колицин, микроцин, оказывает бактерицидное действие на ряд патогенных возбудителей, таких как шигеллы, сальмонеллы, холерный вибрион, бациллы сибирской язвы и др. ЛБ способны проявлять ингибиторный эффект в отношении бацилл, клостридий, стрептококков, энтеробактерий, псевдомонад, листерий, кандид, образуя лактоцины, лактобревин, лактострепцин, низин, диплоцин и гельветицин. ББ активно подавляют размножение гнилостных и гноеродных бактерий, продуцируя бифидин и бифилонг. Одним из механизмов, регулирующих микробиоценоз, является блокада клеточных рецепторов – мест прикрепления патогенных микроорганизмов, а также достаточно жесткая конкуренция с условно-патогенными микроорганизмами за питательные субстраты [9].

Пищеварительная функция включает в себя синтез микроорганизмами ферментов дисахаридаз, полисахаридаз и гликозидаз, расщепляющих некрахмальные полисахариды и пищевые волокна на мономеры,

которые подвергаются ферментации; липаз, завершающих гидролиз жиров. Ключевую роль в процессах деполимеризации таких субстратов играют бактерии, принадлежащие к семействам *Bacteroides* и *Bifidobacterium*. Деконъюгация желчных кислот микроорганизмами определяет гипохолестеринемический эффект микробиоты. Дефицит ББ и активные гнилостные процессы в толстой кишке способствуют накоплению в организме холестерина. ББ и в меньшей степени ацидофильные палочки выделяют ферменты деконъюгазы, которые переводят соли желчных кислот в трудно-растворимые формы, акцептирующие в толстой кишке холестерин, который экскретируется с калом. При дефиците ББ и ЛБ холестерин из толстой кишки всасывается в кровь, что сопровождается гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией, вследствие чего формируются гиперхолерез желчи и стеатоз печени [10].

Метаболическая функция нормальной микрофлоры состоит в синтезе эссенциальных нутриентов: витаминов группы В (тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианокобаламин, фолиевая, пантотеновая, никотиновая кислоты), биотина, витамина К, таких важных для организма аминокислот, как аргинин и глутамин; в метаболизации наркотиков, гормонов и канцерогенных веществ, включая дигоксин, сульфасалазины и эстрогены. Детоксицирующая способность индигенной микрофлоры кишечника вполне сопоставима с детоксицирующей функцией печени. Естественная аутофлора кишечника тормозит процессы декарбокслирования пищевого гистидина, уменьшая тем самым синтез гистамина, а следовательно, снижает риск пищевой аллергии у детей [10–12].

В исследованиях, проведенных под руководством проф. Б.А.Шендерова, показано, что микробиота пищеварительного тракта участвует в обмене микроэлементов (Na, K, Ca, Mg, Zn, Fe, Cu, Mn, P, Cl и др.). Такие микроорганизмы, как *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris et mirabilis*, *Citrobacter*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*, могут аккумулировать на своей поверхности большое количество ионов кальция, вплоть до образования кристаллов [11].

Иммунотормозяющая функция осуществляется как по отношению к неспецифическим факторам защиты, так и собственно адаптивному иммунному ответу. За счет микробиоты происходит запуск и последующая активация синтеза неспецифических факторов защиты, как гуморальных (лизоцим, пропердин, комплемент), так и клеточных (фагоцитоз). Воздействие на иммунитет включает в себя стимуляцию созревания лимфоидного аппарата кишечника, активацию синтеза sIgA и стимуляцию продукции цитокинов и интерферонов колоноцитами [13].

В недавно опубликованных исследованиях показано, что низкомолекулярные метаболиты, такие как пропионовая кислота и пропионат, блокируя своими адгезинами рецепторы эпителиоцитов, предотвращают адгезию потенциально патогенных бактерий к эпителию. Данный эффект имеет важнейшее физиологическое значение для жизнедеятельности растущего детского организма, особенно в период транзитной иммунологической и ферментативной незрелости. Одновременно с этим нормальная аутофлора, вызывая стимулирующее антигенное раздражение слизистых оболочек кишечника, потенцирует созревание механизмов общего и локального иммунитета [14].

В настоящее время в качестве пробиотиков наиболее часто используются различные виды ББ и ЛБ, энтерококков и сахаромикетов. Среди всего разнообразия полезных свойств пробиотиков, прежде всего ЛБ и ББ, следует выделить защитную функцию и участие в регуляции обменных процессов, а также иммуномодулирующее воздействие. Одной из наиболее перспективных и удобных форм пробиотиков являются пробиотические продукты питания. Основные требования, предъявляемые к последним, – наличие в них большого количества живых и активных пробиотических бак-

терий, сохраняющих жизнеспособность в ЖКТ и стабильность при хранении. Содержащиеся в этих продуктах пробиотические микроорганизмы должны быть безопасны и приносить пользу здоровью человека. Среди широкого спектра пробиотических продуктов особого внимания заслуживает кисло-молочный пробиотический продукт Актимелъ компании «Данон», содержащий в своем составе *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus* — две стандартные йогуртовые культуры, оказывающие благотворное действие при непереносимости лактозы, и специальный пробиотический штамм *Lactobacillus casei* DN-114001. В 2003 г. [15] было проведено исследование с оценкой влияния систематического употребления кисло-молочного пробиотического продукта Актимелъ на показатели физического и психического здоровья детей в возрасте от 3 до 8 лет, проживавших в Москве. Работа проводилась в рамках международного многоцентрового исследования по протоколу, разработанному компанией «Данон». В исследование было включено 20 детских городских поликлиник из всех округов Москвы. Дети в течение 6 нед (с февраля по апрель 2003 г.) ежедневно употребляли во время завтрака одну бутылочку продукта Актимелъ (объем 100 мл, питательная ценность на 100 г продукта: белок – 2,8 г, углеводы – 14,3 г, жиры – 1,6 г, энергетическая ценность – 83 ккал). Исследование состояния здоровья детей включало в себя изучение комплекса информативных признаков: общее состояние, активность ребенка, аппетит, способность легко просыпаться по утрам, успехи в школе (для посещающих школу), которые оценивались в баллах (от 0 до 100) по специальной графической шкале невербализованной шкале (magnitude estimation). Вышеуказанные показатели изучались в двух временных интервалах: первый включал 6 нед, предшествовавших исследованию; второй – время употребления Актимелъ на 1–3-й – 5–6-й неделях. Также было проведено катарметическое наблюдение за 50 детьми в течение 1,5 мес после окончания исследования.

На основании анализа данных, полученных в ходе исследования, авторами были сделаны следующие выводы:

- ежедневное употребление на протяжении 6 нед одной бутылочки кисло-молочного пробиотического продукта Актимелъ улучшало общее состояние детей, повышало активность, аппетит, позволяло легче просыпаться по утрам, при этом наиболее выраженные положительные сдвиги отмечались у ослабленных детей;
- на фоне включения в рацион питания Актимелъ отмечено снижение числа обращений к врачам в первую очередь по поводу острых респираторных заболеваний и ЛОР-заболеваний;
- дети стали меньше предъявлять диспептических жалоб, связанных с задержкой стула и диареей.

Родители детей, участвовавших в исследовании, стали уделять больше внимания рациону питания, что отразилось в увеличении доли «здоровых завтраков», а у части детей постоянное потребление кисло-молочного пробиотического продукта Актимелъ вошло в привычку.

Механизмы действия пробиотиков включают не только регуляцию состава микрофлоры (как непосредственно в кишечнике, так и в других биотопах), повышение иммунного ответа (стимуляцию синтеза IgA, регуляцию продукции цитокинов, фагоцитарной активности), снижение мутагенности каловых масс, улучшение всасывания лактозы и др., но и профилактические аспекты использования пробиотиков в эффективности профилактики инфекционных диарей (в частности, ротавирусной), антибиотикассоциированной диареи, диареи путешественников. Одной из новых сфер применения пробиотиков и пробиотических продуктов явилась профилактика широко распространенных, так называемых зимних инфекций, обусловленных большой группой респираторных вирусов. По данным рандомизированных стандартизованных кли-

нических исследований, их использование позволяет на 15–20% уменьшить общее число острых инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей в зимний период. В частности, применение *Lactobacillus GG* в детских дошкольных учреждениях приводило к повышению общей резистентности детей к инфекционным заболеваниям верхних и нижних дыхательных путей в зимний период. Это также подтверждалось сокращением периода времени, в ходе которого дети не посещали детский сад или ясли по причине болезни, сокращением количества дней, в течение которых у них наблюдались симптомы инфекционных заболеваний дыхательных путей, уменьшением числа детей, перенесших инфекции дыхательных путей, и сокращением количества назначаемых антибиотиков при применении пробиотических микроорганизмов [16]. В ходе другого исследования изучалось влияние смеси, состоящей из четырех пробиотических микроорганизмов (*Lactobacillus GG*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium*), на снижение числа возбудителей заболеваний верхних дыхательных путей. При пероральном приеме указанных пробиотических микроорганизмов у испытуемых в полости носа снижалось число потенциально патогенных бактерий, вызывающих такие инфекционные заболевания дыхательных путей, как синусит, пневмония или отит [17]. Выраженный эффект наблюдался в отношении грамположительных бактерий, таких как *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* и β -гемолитический стрептококк группы А. Учитывая тот факт, что в этих исследованиях пробиотические микроорганизмы не обнаруживались в микрофлоре полости носа после их приема, был сделан вывод о том, что снижение числа болезнетворных микроорганизмов было вызвано не конкурентным или бактерицидным действием штаммов пробиотических микроорганизмов, а, вероятно, вследствие повышения иммунного ответа организма.

Логичным продолжением клинических исследований профилактического влияния пробиотического продукта Актимел явилась работа испанских ученых [18]. В проспективном рандомизированном многоцентровом двойном слепом параллельном плацебо-контролируемом исследовании принял участие 251 ребенок в возрасте 3–12 лет. Дети, посещавшие дошкольно-школьные учреждения, были рандомизированы на две группы: основную (n=109) и сравнения (n=142). В соответствии с дизайном все участники на протяжении 20 нед получали ежедневно по 2 бутылочки пробиотического продукта с *Lactobacillus casei Imunitass* или продукт-плацебо. За время исследования побочных эффектов и нежелательных реакций на прием исследуемого продукта не было. При анализе полученных данных у детей, получивших продукт без пробиотического штамма, общая продолжительность заболеваний на одного участника была на 1 сут больше, чем в основной группе. При этом употребление 2 бутылочек Актимеля ежедневно способствовало укреплению защитных сил организма и снижало на 17% частоту острых инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей (бронхит, пневмония; 32% против 49%). Также статистически достоверно сокращалась продолжительность данной группы заболеваний.

Частой причиной формирования дисбактериоза кишечника в детском возрасте являются острые кишечные инфекции (ОКИ). Данные литературы свидетельствуют, что нарушение нормальной микрофлоры кишечника имеет место у 95–97% больных с ОКИ [19, 20]. Проведенные исследования показали, что развивающийся при ОКИ дисбактериоз усугубляет их течение, способствует хронизации процесса и формированию упорных диарей, снижает эффективность проводимой терапии [21]. Своевременная коррекция дисбиотических нарушений кишечника в данной ситуации обеспечивает ускорение репаративных процессов, восста-

новление иммунологического гомеостаза, снижает риск развития хронических заболеваний ЖКТ. Для решения данной задачи традиционно используются пробиотики и пробиотические продукты, содержащие живые микроорганизмы. Наиболее популярными и изученными являются пробиотики, содержащие ББ (*Bifidobacterium longum*, *B. breve*, *B. infantis*, *B. bifidum*, *B. adolescentis*, *B. animalis*), ЛБ (*Lactobacillus rhamnosus*, *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *L. gasseri*) и другие микроорганизмы (*Lactococcus cremoris*, *L. lactis*, *Streptococcus thermophilus*, *Enterococcus faecium*, *Saccharomyces boulardii*).

В детской инфекционной больнице №5 г. Москвы [22] была проведена оценка эффективности пробиотического продукта, содержащего штамм *Lactobacillus casei* DN-114001 (*Imunitass*), в коррекции микробиологических нарушений у детей с ОКИ. Исследование проведено у 50 детей, больных ОКИ, в возрасте от 3 до 8 лет, находившихся на стационарном лечении. В основную группу были включены 30 детей (17 мальчиков и 13 девочек), больных ОКИ (гастроэнтерит, энтерит, энтероколит). Детям проводилась традиционная терапия ОКИ, включавшая диету, пероральную регидратацию, энтеросорбенты, ферментные препараты. Дополнительно назначался кисло-молочный продукт Актимел, содержащий пробиотический штамм *Lactobacillus casei* DN-114001 (*Imunitass*) в концентрации $>1 \times 10^8$ КОЕ/г. В группу сравнения были включены 20 детей (9 мальчиков и 11 девочек), получавших в комплексной терапии ОКИ кисло-молочный продукт на основе йогуртовой закваски (*L. bulgaricus* и *S. thermophilus*), не содержащий пробиотических микроорганизмов. Исследуемые продукты дети получали 1 раз в сутки, утром во время завтрака, в объеме 100 мл, с первых дней заболевания и на протяжении 14 дней. В ходе изучения состояния микрофлоры кишечника было установлено, что включение продукта Актимел в комплексную терапию ОКИ детей основной группы способствовало нормализации уровня ЛБ в 30% случаев и ББ – в 13,3%, а также снижению уровней стафилококков у 26,7% детей, грибов рода *Candida* – у 13,3%. Также у 30% больных основной группы, имевших исходно повышенный уровень энтерококков, по окончании курсового употребления лактосодержащего пробиотического продукта отмечена нормализация их уровня. В группе сравнения к концу лечения уровень ЛБ и ББ существенно не изменялся. Положительная динамика отмечена лишь в отношении уровня энтерококков в кале: если в остром периоде заболевания повышенное их содержание отмечено у 9 больных, то к концу исследования – у 4. На фоне терапии ОКИ с использованием пробиотического продукта нормализация дисбиотических нарушений имела место у 40,1% детей основной группы. После 2 нед употребления данного продукта ни у одного больного не было выявлено дисбактериоза 3-й степени, а число детей со 2-й степенью дисбактериоза уменьшилось в 4 раза. В то же время в группе сравнения значимые положительные изменения в структуре дисбактериозов не выявлены: состояние эубиоза к концу лечения отмечено только у 3 больных, дисбиотические нарушения 2-й степени сохранились у 1/3 пациентов, а 1-й степени – у 9 (45%). После проведенных комплексных исследований авторами были сделаны выводы о том, что использование пробиотического продукта Актимел являлось эффективным методом коррекции постинфекционных микробиологических нарушений у детей. Это достигалось за счет позитивного изменения внутриполостной среды толстой кишки, обеспечивающего оптимальные условия для нормальной и эффективной жизнедеятельности облигатной микрофлоры, а также восстановления презептимального гликокаликсного слоя защиты.

Таким образом, использование пробиотического продукта Актимел в комплексе с традиционной терапией позволяет достаточно эффективно проводить лечение и профилактику острых инфекционных заболеваний у детей различного возраста.



Литература

- Xu J, Gordon JI. Honor thy symbionts. *PNAS USA* 2003; 100: 10452–9.
- Stark PL, Lee Capital A, Cyrillic. The microbial ecology of the large bowel of breastfed and formulafed infants during the first year of life. *J Med Microbiol* 1982; 15 (2): 189–203.
- Ткаченко ЕИ, Суворов АН. Дисбактериоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению. СПб: ООО «Издательство СпецЛит», 2007.
- Walker WA. Role of nutrients and bacterial colonization in development of intestinal host defense. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30 (2): 2–7.
- Sberbut C, Ferrier L, Roze C et al. Short-chain fatty acids modify colonic motility through nerves and polypeptide YY release in the rat. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 1998; 275 (6): 1415–22.
- Ардатская МД, Дубинин АВ, Минушкин ОН. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения. *Тер. архив*. 2001; 2: 67–72.
- Бондаренко ВМ, Боев БВ, Лыкова ЕА и др. Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 1999; 1: 66–70.
- Копанев ЮА, Соколов АЛ. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические и клинические аспекты микробиологических нарушений у детей. М.: МНИИ педиатрии и детской хирургии, 2002.
- Кориунов ВМ, Ефимов БА, Пикина АЛ. Характеристика биологических препаратов и пищевых добавок для функционального питания и коррекции микрофлоры кишечника. *Микробиология*. 2000; 3: 86–91.
- Yaeshima T. Benefits of bifidobacteria to human health. *Bulletin of the IDF* 1996; 313: 36–42.
- Шендеров БА. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том 1. Микрофлора человека и животных и ее функции. М.: ГРАНТЬ, 1998.
- Костоломова ГА. Клинико-иммунологический анализ дисбиотических состояний у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тюмень, 2001.
- Edwards CA, Parret AM. Intestinal flora during the first months of life: new perspectives. *Br J Nutr* 2002; 88 (11): 11–8.
- Fons M, Gomez A, Karjalainen T. Mechanisms of colonization and colonization resistance of the digestive tract. *Microbial Ecol Health Dis* 2000; 2: 240–6.
- Горелов АВ, Усенко ДВ. Оценка влияния пробиотического продукта Актимель на состояние здоровья детей. *Леч. врач*. 2003; 9: 26–9.
- Hatakka K, Savilabi E, Ponka A et al. Effect of long term consumption of probiotic milk on infections in children attending day care centres: double blind, randomised trial. *BMJ* 2001; 322: 1327.
- Gluck U, Gebbers JO. Ingested probiotics reduce nasal colonization with pathogenic bacteria (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, и β -hemolytic *Streptococci*). *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 517–20.
- Cobo Sanz JM, Mateos JA, Munoz Conejo A. Effect of *Lactobacillus casei* on the incidence of infectious conditions in children. *Nutr Hosp* 2006; 21 (4): 547–51.
- Урсова НИ. Роль и место пробиотиков в лечении и профилактике заболеваний и состояний, обусловленных дисбиотическими нарушениями кишечника. *Научный обзор*. М., 2002.
- Самсыгина ГА. Особенности становления биоценоза кишечника и кишечный дисбактериоз. *Леч. врач (Прил.)*. 2003; 5: 7–9.
- Пономарева СВ, Кубенский ЕН. Новая тактика в лечении больных с острыми кишечными инфекциями. *Поликлиника*. 2003; 3: 33–5.
- Усенко ДВ, Горелов АВ, Ардатская МД и др. Использование лактосодержащего пробиотического продукта в коррекции постинфекционных микробиологических нарушений у детей. *Cons. Med. Педиатрия*. 2008; 1.

Длительный кашель у детей: вопросы диагностики и терапии (обзор)

С.Ю.Терещенко

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Длительный кашель, чаще описываемый в англоязычной литературе как подострый или хронический кашель (ХК), является серьезной проблемой общесоматической практики, с которой непременно сталкивается клиницист. В целом жалобы на кашель у ребенка являются, пожалуй, одним из самых распространенных поводов для обращения родителей к врачу-педиатру. Наиболее частой причиной кашля у пациента врача первичного звена является острая вирусная инфекция дыхательных путей, однако чрезвычайно важно своевременное выделение среди общего потока больных пациентов для углубленного диагностического поиска более редких этиологических основ кашля, особенно длительного, связанного с дополнительной клинической симптоматикой. При этом чем младше пациент с симптоматикой длительного кашля, тем более настойчиво необходимо искать лежащие в его основе причины, поскольку

только адекватный, нозологически ориентированный подход позволяет в этом случае вовремя диагностировать многие заболевания и обеспечить необходимое лечение [1, 2].

Лежащий в основе современных рекомендаций протокол R.Irwin и соавт. [3] постулирует, что большинство случаев ХК у взрослых иммунокомпетентных некурящих пациентов обусловлено нозологической триадой – бронхиальной астмой (БА), синдромом постназального стекания (СПНС) вследствие ринита/синусита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в виде изолированного заболевания или их сочетания. Несмотря на появление многочисленных новых данных, касающихся патофизиологии длительного кашля, изменения подходов к терапии многих заболеваний, лежащих в его основе, внедрения в клиническую практику новых методов диагностики, предложенный R.Irwin и соавт. алгоритм не потерял своей актуальности и