

**С.В. Лукащук, О.І. Лемко**

## **Принципи ведення дітей із частими та рецидивними захворюваннями дихальних шляхів (огляд літератури)**

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.7(79):48-52; doi 10.15574/SP.2016.79.48

*Діти з рецидивними захворюваннями дихальних шляхів, зокрема «діти, що часто хворіють» та хворі на рецидивний бронхіт, потребують не тільки лікування в гострому періоді, але й розробки програм тривалого ведення з відновлювальним лікуванням поза гострим періодом. Такий підхід дозволить захистити дитину від поліпрагмазії, її негативних наслідків та сприяти повноцінному функціональному відновленню організму. На етапі відновлювального лікування доцільним є застосування галоаерозольотерапії у поєднанні з іншими фізичними чинниками загального впливу, які сприяють посиленню лікувального ефекту.*

*Ключові слова: діти, рецидивні захворювання дихальних шляхів, відновлювальне лікування, галоаерозольотерапія.*

На сучасному етапі розвитку суспільства рівень дитячої захворюваності залишається високим. Особливе місце займають хвороби органів дихання, серед яких найбільш розповсюдженими є гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), що часто набувають рецидивного перебігу [1,7,22]. Питанням лікування та профілактики частих гострих захворювань дихальних шляхів у дітей присвячено багато публікацій, рекомендується велика кількість лікарських засобів, проте досягти ефективного контролю за їх перебігом не вдається.

У практичній охороні здоров'я використовується поняття «діти, що часто хворіють» (ДЧХ), до яких відносять пацієнтів, які частіше, ніж їхні однолітки, хворіють на ГРЗ. Застосовуються також критерії В.Ю. Альбіцького і А.А. Баранова, згідно з якими дітей першого року життя відносять до ДЧХ, якщо протягом року вони перенесли чотири і більше випадків ГРЗ, у віці від 1 до 3 років — шість і більше таких епізодів, від 3 до 5 років — п'ять випадків, старше п'яти років — чотири і більше епізодів ГРЗ [36]. Повторні ГРЗ сприяють виснаженню компенсаторних механізмів організму, що є підґрунтям для прогресування патологічного процесу з виникненням інших захворювань, зокрема рецидивного бронхіту (РБ), який може призводити до розвитку більш важких захворювань у дорослому віці (бронхіальної астми, хронічного обструктивного захворювання легень).

Діти з частими та рецидивними захворюваннями дихальних шляхів потребують особливої уваги, адже навіть поза гострим періодом у них часто зберігаються клінічні прояви, які можуть свідчити про деяку активність запального процесу і підтверджуються клініко-функціональними обстеженнями, дослідженнями імунологічних та метаболічних показників [20]. При веденні таких пацієнтів доцільно розрізняти два періоди лікування: терапія в гострому періоді, в основі якої лежить етіопатогенетичний принцип, та відновлювальне лікування поза гострим періодом. Тому діти з рецидивними захворюваннями потребують розробки програм тривалого ведення з метою повного відновлення здоров'я та попередження розвитку хронічних захворювань.

Етіопатогенетичне лікування ГРЗ та РБ включає, зокрема, противірусну, антибактеріальну та протизапальну терапію, представлену широким спектром медикаментів [11,23,36,43]. Застосування противірусних та антибактеріальних засобів є доцільним лише за певних умов, причому слід пам'ятати про можливі побічні реак-

ції. У педіатрії використання противірусних препаратів обмежене через їх високу токсичність, лише при грипі виправдане призначення противірусних засобів прямої дії [23]. Слід зазначити зростання резистентності вірусів до дії медикаментів [11]. Загалом такі засоби сприяють зменшенню симптомів та тривалості хвороби, але не діють у відновлювальному періоді. Деякі автори рекомендують призначати противірусні препарати з одночасною імуномодулюючою дією, особливо в ДЧХ [3]. Однак багато з них не мають доказової бази ефективності, а механізми їхньої дії недостатньо вивчені [4].

Призначення антибіотиків також має здійснюватися за суворими показаннями. Адже їх профілактичне призначення, особливо на початкових стадіях ГРЗ, не зменшує ймовірності бактеріальних ускладнень та не сприяє одужанню [43,45]. Нераціональне застосування таких хіміопрепаратів збільшує ризик побічних ефектів, зокрема шлунково-кишкових розладів, алергічних реакцій, імуносупресії тощо [15,36]. Слід зазначити, що необґрунтована антибіотикотерапія сприяє розвитку резистентності збудників, подальшій їх неповній елімінації та тривалій персистенції в організмі. За таких умов можуть формуватися хронічні вогнища інфекції, стійкі до лікування стандартними препаратами [15]. Водночас нераціональне використання антибактеріальних засобів не лише є основною причиною антибіотикорезистентності у конкретному випадку, але й загострює проблему антибіотикостійкості на рівні суспільства [39,40,43]. Крім того, швидке усунення антигенного чинника не дозволяє у повному обсязі сформувати імунну пам'ять, що може сприяти важкому перебігу повторної інфекції. Отже, призначення антибактеріальних препаратів обґрунтоване в гострому періоді, але не завжди забезпечує повноцінне відновлення здоров'я, зокрема функціонального стану імунної системи.

Цікавими є дослідження ефективності лікарських засобів з позицій забезпечення оптимальної імунокорегуючої дії, яка дозволить зменшити частоту повторних загострень захворювань та попередити розвиток незворотних змін [24]. Доведено, що включення імуномодуляторів у комплекс лікування дітей з рецидивними захворюваннями пришвидшує їх одужання та зменшує частоту бактеріальних ускладнень [18,30]. Водночас є багато нарікань з боку лікарів щодо використання медикаментів з імуностимулюючою дією, адже їх точний вплив на різні відділи імунної системи дітей, у більшості випадків, не встановлений. Необґрунтоване призначення таких препа-

ратів на фоні становлення імунної системи дитини може спровокувати розвиток чи підсилення імунного дисбалансу і погіршити прогноз захворювання в цілому [6]. У дітей із рецидивними захворюваннями дихальних шляхів істинні імунodefіцити зустрічаються відносно рідко, тому широке використання медикаментозної імунокорекції є нераціональним, а вибір препарату потребує індивідуального підходу з урахуванням особливостей імунограми [18].

Важливою ланкою лікування при захворюваннях дихальних шляхів, особливо під час загострень, є також відновлення бронхіальної прохідності та нормалізація мукоциліарного кліренсу. Однак слід пам'ятати, що відхаркувальні препарати можуть мати виразні побічні ефекти у вигляді диспепсії, алергічних реакцій тощо [26]. Так, наприклад, ацетилцистеїн у великих дозах може стимулювати гіперсекрецію харкотиння і викликати бронхообструкцію, а при тривалому використанні сприяти метаплазії в'язкого епітелію [2]. Гідрокарбонат натрію, йодид калію і термопсис також можуть спровокувати бронхіальну обструкцію, адже вони стимулюють відхаркування за рахунок трансудації плазми [35]. Крім того, йодовмісні препарати резорбтивної дії можуть викликати алергічні реакції у дітей та мають неприємний присмак [2]. При використанні препаратів рослинного походження можуть мати місце побічні реакції у вигляді алергічних проявів, блювотного рефлексу (термопсис, іпекакуана), діареї (аніс, солодка, душиця), бронхоспазму, порушення ниркових функцій (ферментні препарати та амінокислоти) [35,44].

Часто в терапії загострень респіраторних інфекцій використовують антигістамінні препарати, особливо першого покоління, які зменшують секрецію слизу, однак можуть негативно впливати на нервову, серцево-судинну та травну системи організму. Крім того, вони здатні виявляти протикашльовий ефект, що обмежує санацію бронхіального дерева [38,44].

Закономірно, що гострий інфекційно-запальний процес сприяє розвитку ендогенної інтоксикації, тому лікування має бути спрямоване і на нормалізацію метаболічних показників. Є лише поодинокі роботи, що вивчають детоксикаційні властивості фармакологічних засобів [34]. Однак такий ефект є важливим, особливо при частих загостреннях, які сприяють порушенню рівноваги між процесами перекисного окислення ліпідів та антиоксидантним захистом організму.

Велике значення при лікуванні загострень має симптоматична терапія, яка представлена широким спектром препаратів, часто комбінованих, багато з яких широко рекламуються та є легкодоступними (відпускаються без рецепту). Проте вони можуть мати велику кількість побічних ефектів, а їх ефективність не завжди науково доведена [37]. Так, наприклад, у Сполучених Штатах Америки протягом 20 років ліки від ГРЗ стали причиною смерті 123 дітей віком до 6 років [44]. Окрім того, симптоматичне лікування не впливає на першопричину захворювання та основні ланки патогенезу.

Для покращення носового дихання майже завжди рекомендуються деконгестанти. Призначення інтраназальних протинабряжкових засобів, хоча й зменшує можливість системного впливу, але їх дія короткочасна, а тривале використання може пошкоджувати в'язкий епітелій слизової оболонки носа та обумовити розвиток медикаментозного риніту [44]. Крім того, топічні деконгестанти можуть володіти резорбтивною дією, викликаючи виразну брадиаритмію чи парадоксальну реакцію у вигляді тахіаритмії [8].

На тлі використання великої кількості медикаментів важливим питанням, що розглядається в сучасних умо-

вах, є фармакоекономіка. Фінансові труднощі сім'ї, особливо в умовах зміни соціально-економічного стану країни, негативно позначаються на якості лікування дитини. З іншого боку, призначення великої кількості препаратів, особливо високовартісних, не завжди обґрунтоване та підвищує ймовірність побічних дій, що ще більше загострює проблему ефективності лікування.

Отже, при лікуванні дітей з рецидивними захворюваннями дихальних шляхів у гострому періоді використовуються велика кількість хіміопрепаратів, які можуть мати виразні побічні ефекти. Крім того, надмірне необґрунтоване медикаментозне лікування не лише не сприяє швидкому одужанню, але й негативно впливає на функціональний стан організму дитини. Тому без адекватного, в тому числі відновлювального, лікування рецидивних інфекційно-запальних процесів, вони можуть набути затяжного ускладненого перебігу.

У гострий період неможливо уникнути призначення медикаментозної терапії, але в періоді реконвалесценції її використання слід звести до мінімуму, а перевагу надавати немедикаментозним засобам. Це може захистити дитину від поліпрагмазії та її наслідків, сприяти розрешенню патологічного процесу, не допустити його прогресування і хронізації та відновити функціональні можливості організму. Так, є роботи, які доводять, що у ДЧХ поза гострим періодом використання курортних факторів є більш ефективним, ніж амбулаторне медикаментозне лікування [33].

Відновлювальна терапія має бути комплексною, враховувати багатоконпонентні патогенетичні механізми розвитку рецидивних респіраторних захворювань, їх негативний вплив на інші системи організму. Перевага надається фізичним чинникам, які здатні зміцнювати захисні сили і збільшувати функціональний резерв організму, мають імуномодулюючу дію та сприяють профілактиці рецидивів захворювання [31]. Слід застосовувати методи загального впливу, оскільки фізичні фактори місцевої дії (КУФ, електрофорез тощо) не забезпечують достатньої глибини проникнення, а оцінка їх клінічної ефективності не має достатньої доказової бази [28]. Деякі автори рекомендують магнітотерапію, проте відомості про її імуномодулюючу дію є дискусійними [12,27]. Багато робіт присвячено використанню в педіатрії лазерного випромінювання, зокрема з метою покращення показників імунітету. Воно добре переноситься дітьми, має високу ефективність, особливо на ранніх стадіях розвитку захворювання [14,27].

Автори рекомендують загартовувати дітей з рецидивними захворюваннями дихальних шляхів, оскільки це сприяє підвищенню резистентності організму до низьких температур за рахунок зниження збудливості терморепторів, що дозволяє покращити механізми адаптації. Важливо пам'ятати, що починати загартовування можна лише поза гострим періодом, а перші результати оцінюють не раніше, ніж через 3–4 місяці, максимальний ефект спостерігається через рік при регулярному застосуванні процедур [10]. Однак на практиці, враховуючи часті загострення, досягти системності та регулярності важко, а маючи велику площу поверхні тіла відносно маси, дитина охолоджується набагато швидше, ніж дорослий.

Часто рекомендують і такі фізіотерапевтичні методи, як світлолікування, теплолікування, бальнеотерапію, кінезотерапію тощо [27,28]. Однак з позицій доказової медицини не всі ці фактори є достатньо вивченими, у тому числі у дітей з повторними захворюваннями дихальних шляхів.

Особливий інтерес викликають відносно нові методи лікування, зокрема синглетно-киснева терапія (СКТ), яка

добре переноситься та майже не має протипоказань [9]. Синглетний кисень є акцептором надлишку протонів, активує біохімічні реакції та сприяє гармонійній роботі антиоксидантної системи організму. Даному методу приділяється велика увага у дорослих, зокрема доведено, що при лікуванні хронічних обструктивних захворювань легень така терапія дозволяє попередити прогресування запального процесу у бронхах, покращує перебіг захворювання в цілому та якість життя хворих [21]. Є певні дослідження й у дітей. Так, показано, що у дітей із захворюваннями органів дихання СКТ сприяє покращенню санагенетичних процесів, стимулює роботу імунної системи та покращує регіонарний кровообіг [25].

Доведено також, що у дітей із гострим обструктивним бронхітом використання синглетно-кисневих інгаляцій разом з віброакустичним впливом сприяє зменшенню активності запального процесу та нормалізації адаптаційних реакцій організму [19]. Віброакустична терапія створює відносно новий підхід до лікування дітей. Вона, за експериментальними даними О.М. Нечипуренко (2011 р.), покращує мікроциркуляцію та синтез біологічно активних речовин, володіє протизапальним ефектом та дозволяє зменшити тривалість лікування у дітей із гострим бронхітом [19].

Враховуючи локалізацію патологічного процесу саме в дихальних шляхах, найефективнішим шляхом введення лікарських речовин є інгаляційний. Адже медикаменти діють безпосередньо на патологічне вогнище, що призводить до збільшення їх фармакологічної активності та швидкого терапевтичного ефекту. При цьому концентрація ліків у всьому організмі залишається на низькому рівні, що дозволяє суттєво зменшити можливість їх побічних ефектів [46]. Сучасні інгаляційні пристрої, зокрема небулайзери, перетворюють розчин лікарського препарату в дрібнодисперсний аерозоль, застосовується широке коло медикаментів, у т. ч. бронхолітики, муколітики, протизапальні засоби та імуномодулятори. Важливим фактором ефективності такого лікування є режим дихання пацієнта (виконання спеціальних дихальних маневрів), якого не завжди вдається досягти в педіатричній практиці. Небулайзерна терапія має суттєве значення на догоспітальному етапі та при наданні невідкладної допомоги [46].

Досить широко використовується ароматерапія вдихання повітряного середовища, насиченого летючими компонентами ефірних олій із широким спектром дії (антисептична, імуномодулююча, седативна, протизапальна тощо). Вона призначається як для профілактики гострих респіраторних інфекцій, так і в період ранніх катаральних явищ [10].

Ефективним методом відновлювального лікування дітей з рецидивними захворюваннями дихальних шляхів у періоді поза загостренням є відтворення умов, подібних до мікроклімату соляних шахт, основним діючим фактором якого є сухий високодисперсний аерозоль кам'яної солі (галоаерозоль) [29,32,42].

Дослідники вважають, що насичення повітря приміщення сухим галоаерозолем є більш ефективним порівняно з використанням у такий спосіб вологого аерозолю, що пояснюється, зокрема, їх фізичними властивостями. Головним недоліком вологого галоаерозолю є його нестійкість у повітрі приміщення, що значно ускладнює можливість дозування [32]. Водночас доза діючої речовини, яку отримує хворий при вдиханні вологого сольового аерозолю, порівняно з кількістю сухого галоаерозолю за визначений час є значно більшою, що може сприяти розвитку набряку слизових оболонок та бронхоспазму [13].

В основі механізму дії сухого галоаерозолю лежить точковий гіперосмолярний стимул, який сприяє нормалізації реологічних властивостей бронхіального секрету, стимулює війчастий епітелій та здійснює протинабряковий ефект, що веде до покращення дренажної функції бронхів [16,41]. Крім того, аерозоль кам'яної солі володіє природною бактерицидною дією, що забезпечує санацію бронхіального дерева. Вищеописані ефекти зменшують запальний процес у бронхах, сприяють покращенню місцевих механізмів захисту слизової оболонки та, як наслідок, ведуть до відновлення імунної реактивності організму в цілому [16,41,42].

Багато досліджень підтверджують високу ефективність галоаерозольтерапії (ГАТ) при хронічній патології дихальної системи у дорослих. Науковці вказують на ефективність використання аерозольних середовищ кам'яної солі на етапі відновлювального лікування у хворих на хронічний бронхіт, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальну астму, пневмонію [16,41].

Широке використання ГАТ знайшла і в педіатричній практиці. Так, вивчався вплив лікування в умовах штучного мікроклімату соляних шахт у дітей з рецидивним обструктивним бронхітом та алергічними захворюваннями органів дихання [16,32,41]. Доведено, що у пацієнтів з алергічними захворюваннями дихальних шляхів, зокрема бронхіальною астмою, використання ГАТ супроводжується імунорегулюючою, муколітичною та гіпосенсибілізуючою діями [29,32,41]. Відомо також, що включення ГАТ у комплекс оздоровлення дітей із неспецифічними бронхолегевими захворюваннями покращує показники ФЗД та сприяє виразній позитивній динаміці деяких імунологічних показників крові, зокрема у хворих на РБ із групи ризику щодо туберкульозу [17].

У ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України» впроваджено у роботу галогенератори, які можуть створювати галоаерозольні середовища із заданими параметрами дисперсності і концентрації, що дозволяє підбирати оптимальні параметри аерозольного середовища, враховуючи рівень та переважний механізм бронхообструкції. Це служить підґрунтям для розробки диференційованих лікувальних комплексів на основі ГАТ у дітей з рецидивними захворюваннями дихальних шляхів з урахуванням особливостей їх патогенезу [16,41,42].

У частини дітей під час курсу ГАТ можливі бальнеореакції. Так, у дітей з бронхіальною астмою після перших п'яти процедур спостерігається погіршення показника об'ємної форсованої швидкості видиху за 1 секунду (ОФВ1) і достовірне зниження бронхіальної прохідності на рівні дрібних бронхів (МОШ75), що свідчить про бальнеореакцію [5]. Далі, до десятої процедури, всі спірографічні показники збільшуються до певного рівня і в подальшому їх величини суттєво не змінюються. Це, очевидно, свідчить про адаптацію респіраторного тракту до лікувального впливу [5]. Можливо, тривалість відновлення залежить від суми факторів, які забезпечують рівновагу у зрушених системах.

Однак не завжди один фізичний чинник дозволяє досягнути необхідного результату. Тому постає питання про поєднання дії декількох фізичних чинників, що дає можливість вплинути на різні ланки патогенезу захворювання. Це може сприяти покращенню ефективності лікування в цілому за рахунок можливого потенціювання дії один одного. При цьому слід враховувати особливості механізмів лікувального впливу кожного з факторів. Враховуючи вищенаведене, доцільним є застосування

комплексного лікування з використанням ГАТ, яка забезпечує виразний місцевий вплив на дихальні шляхи та має опосередковану імуномодулюючу дію, з іншими чинниками загального впливу, що сприяє посиленню лікувального ефекту.

Таким чином, аналіз літературних даних доводить, що ведення ДЧХ та хворих на РБ не може завершуватись тільки лікуванням у гострому періоді хвороби. Такі діти потребують розробки комплексних програм ведення поза гострим періодом, які враховували особливості патоло-

гічних проявів, стан імунної системи та можливості функціонального відновлення. Доцільним є використання немедикаментозних чинників різного спрямування, серед яких значне місце має посідати ГАТ, що забезпечує місцевий муколітичний та антибактеріальний впливи і непрямую імуномодулюючу дію, а її поєднання з іншими фізіотерапевтичними факторами загального спрямування, зокрема СКТ та віброакустичним впливом, сприяє наростанню протизапального і саногенного ефектів та посилює імуно-реабілітаційний вплив у цілому.

## ЛІТЕРАТУРА

- Абатуров А. Е. Частые респираторные заболевания и рецидивирующий бронхит у детей / А. Е. Абатуров, Ю. К. Бальбот, И. Л. Высочина. — Киев : Фарм Медиа, 2011. — 172 с.
- Банадига Н. В. Вибір препарату для лікування кашлю у дітей: доцільність, ефективність, безпечність, комплаєнс / Н. В. Банадига // Современная педиатрия. — 2015. — № 1 (65). — С. 44—49.
- Булгакова В. А. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей: роль этиотропного препарата в профилактике и лечении / В. А. Булгакова // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 6. — С. 87—94.
- Возможности противовирусной и иммуномодулирующей терапии в лечении гриппа, ОРВИ, герпес-вирусных инфекций / М. С. Савенкова, М. П. Савенков, А. А. Афанасьева [и др.] // Пульмонология. — 2014. — № 5. — С. 83—93.
- Гончарук С. Ф. Особенности динамики спирографических показателей у детей с бронхиальной астмой на протяжении курса лечения в камере искусственного микроклимата соляного аэрозоля / С. Ф. Гончарук, Т. И. Федорчук, А. В. Касьяненко // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. — 2006. — № 3 (47). — С. 20—23.
- Досвід застосування симбіотика флорів у дітей на етапі реабілітації після гострих респираторних захворювань / Ю. В. Марушко, О. С. Мовчан, Н. А. Зелена [та ін.] // Современная педиатрия. — 2013. — № 5 (53). — С. 128—133.
- Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. — 2014. — № 2. — С. 49—57.
- Карпова Е. П. Симптоматическая терапия заложенности носа у детей / Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов, Е. Е. Вагина // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 6. — С. 100—105.
- Квашніна Л. В. Синглетно-киснева терапія — можливості використання / Л. В. Квашніна, А. В. Костенко // Педіатрія, акушерство і гінекологія. — 2013. — Т. 76, № 6. — С. 23—28.
- Конова О. М. Часто болеющие дети. Взгляд физиотерапевта / О. М. Конова, Е. Г. Дмитриенко, И. В. Давыдова // Педиатрическая фармакология. — 2012. — Т. 9, № 6. — С. 95—99.
- Крамарьов С. О. Досвід застосування препарату «Ергоферон» у дітей з гострими респіраторними вірусними інфекціями / С. О. Крамарьов, Л. В. Загордонцев // Современная педиатрия. — 2015. — № 1 (65). — С. 30—33.
- Кузнецов Н. И. Физиотерапевтические методы восстановительного лечения и реабилитации детей с инфекционными заболеваниями / Н. И. Кузнецов, Н. В. Скрипченко, М. К. Ушкова // Журнал инфектологии. — Т. 3, № 3. — 2011. — С. 5—11.
- Кулик Е. И. Лечение искусственно измененной воздушной средой /аэроионотерапия и галотерапия/ Е. И. Кулик // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2000. — № 4. — С. 57—61.
- Лазерная терапия в педиатрии / С. В. Москвин, А. Н. Наседкин, А. Я. Осин, М. А. Хан // Москва-Тверь : ООО Издательство «Триада», 2009. — 480 с.
- Леженко Г. О. Обґрунтування раціональної антибактеріальної терапії бактеріальних захворювань респіраторного тракту у дітей / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова // Современная педиатрия. — 2015. — № 1. — С. 57—62.
- Лемко І. С. Спелеотерапія: механізм лікувального впливу, алгоритм комплексної оцінки підземних лікувальних об'єктів / І. С. Лемко, О. І. Лемко // Астма та алергія. — 2012. — № 4 — С. 46—52.
- Любчик В. Н. Показатели крови у детей с рецидивирующим бронхитом и у детей со сколиотической болезнью из группы риска по туберкулезу в условиях санаторно-курортной реабилитации / В. Н. Любчик, А. В. Курганова, И. А. Озеров // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2010. — № 4. — С. 34—36.
- Марушко Ю. В. Функціонування системи місцевого імунітету та її особливості в дітей, які часто хворіють на респіраторні інфекції / Ю. В. Марушко, О. С. Мовчан, Т. В. Марушко // Український медичний часопис. — 2014. — № 1. — С. 41—44.
- Нечипуренко О. Н. Динамика состояний адаптационных реакций у детей, страдающих обструктивным бронхитом, в процессе комплексного лечения с использованием нового метода физиотерапии / О. Н. Нечипуренко // Здоровье ребенка. — 2011. — № 7. — С. 63—66.
- Оцінка деяких показників імунітету у дітей з рецидивуючим бронхитом / О. І. Лемко, Н. В. Вантюх, С. В. Лукашук [і ін.] // Збірник наук. пр. співр.б. НМАПО ім. П. Л. Шупика. — Вип. 24, Кн. 3. — Київ, 2015. — С. 280—285.
- Панченко О. П. Сочетанное применение биорезонансной стимуляции и синглетно-кислородной смеси в комплексном лечении больных хроническим обструктивным бронхитом / О. П. Панченко // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2013. — № 3. — С. 151—152.
- Подходы к оптимизации терапии острых респираторных заболеваний у детей / Т. Н. Елкина, Е. Г. Кондюкина, О. А. Грибанова, М. Г. Лиханова // Педиатрия. — 2014. — Т. 93, № 6. — С. 63—68.
- Рубан А. П. Иммунореабилитация часто и длительно болеющих детей / А. П. Рубан. — Минск : БелМАПО, 2013. — 29 с.
- Симонова А. Ю. Профилактика острых респираторных инфекций у детей с рецидивирующими бронхо-легочными заболеваниями / А. Ю. Симонова // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — № 4. — С. 148—153.
- Синглетно-кислородная терапия / Антипкин Ю., Величко Н., Герасимюк Ю. [и др.] ; под ред. И. З. Самосюк, Л. И. Фисенко. — Киев : НИИ «Мединтех», 2007. — 228 с.
- Соловьева Н. А. Мукоактивная терапия при лечении острых респираторных инфекций у детей / Н. А. Соловьева, Г. А. Кулакова, Е. А. Курмаева // Современная педиатрия. — 2014. — № 5 (61). — С. 27—34.
- Улащик В. С. О сочетанных методах магнитотерапии / В. С. Улащик // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2010. — № 2. — С. 3—10.
- Физиотерапия: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с.
- Хан М. А. Оздоровительные технологии в педиатрии / М. А. Хан, Е. Л. Вахова, В. В. Бекетова // Педиатрия. — 2014. — Т. 93, № 6. — С. 149—155.
- Химич Т. Ю. Применение бета-глюкана в качестве иммуномодулирующей терапии у часто и длительно болеющих пациентов / Т. Ю. Химич // Современная педиатрия. — 2014. — № 5 (61). — С. 106—110.

31. Часто болеющие дети: современные возможности снижения респираторной заболеваемости / Т. В. Казюкова, Г. С. Коваль, Г. А. Самсыгина [и др.] // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 5. — С. 42—48.
32. Червинская А. В. Управляемая галотерапия — современное развитие метода спелеотерапии / А. В. Червинская // Национальный вестник физиотерапевта. — 2009. — № 1. — С. 16—17.
33. Шведунова Л. Н. Курортные факторы в системе реабилитации часто болеющих детей / Л. Н. Шведунова, С. А. Пачин // Врач-аспирант. — 2014. — Т. 64, № 31. — С. 207—211.
34. Ших Е. В. Витамины с антиоксидантными свойствами в профилактике и лечении острых респираторных инфекций у детей / Е. В. Ших // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — № 4. — С. 141—144.
35. Юлиш Е. И. Современные методы мукоактивной терапии при заболеваниях органов дыхания у детей / Е. И. Юлиш // Здоровье ребенка. — 2015. — № 5 (65). — С. 58—62.
36. Юлиш Е. И. Часто болеющие дети и тактика педиатра / Е. И. Юлиш, С. Я. Ярошенко // Здоровье ребенка. — 2013. — № 6 (49). — С. 70—76.
37. Attitudes Towards Pediatric Cough and Cold Products and Behind the Counter Status / S. A. Huston, K. B. Porter, T. Clements, G. Shepherd // Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics — 2010. — Vol. 15, № 2. — P. 126—137.
38. Buck L. Cetirizine and Levocetirizine Use in Children / L. Buck // Pediatric Pharmacotherapy — 2010. — Vol. 16. — P. 225—234.
39. Clavenna A. Differences in antibiotic prescribing in pediatric outpatients / A. Clavenna, M. Bonati // Archives of Disease in Childhood. — 2011. — Vol. 96, № 7. — P. 590—595.
40. Evaluation, diagnosis and treatment criteria for bacterial rhinosinusitis among primary health care physicians [Electronic resource] / M. C. Ecevit, A. Arisoy, S. Memis [et al.] // Kulak Burun Bogaz Ihtisas Dergisi. — 2011. — Vol. 21, № 4. — P. 192—197. — URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762048>.
41. Lemko I. S. New technologies of haloaerosoltherapy at asthmatic patients / I. S. Lemko, O. I. Lemko // Balneo Research Journal. — 2013. — Vol. 4, № 1. — P. 49—52.
42. Lemko I. The usage of haloaerosoltherapy in the rehabilitational treatment of children with recurrent bronchitis / I. Lemko, S. Lukashchuk // Balneo Research Journal. — 2015. — Vol. 6, № 2. — P. 60—64.
43. Meropol S. B. Risks and benefits associated with antibiotic use for acute respiratory infections: a cohort study [Electronic resource] / S. B. Meropol, A. R. Localio, J. P. Mettlay // The Annals of Family Medicine — 2013. — № 11 (2). — P. 165—172. — URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601395>.
44. Pappas D. E. The common cold and decongestant therapy / D. E. Pappas, J. O. Hendley // Pediatrics in review. — 2011. — Vol. 32, № 2. — P. 47—55.
45. Wald E. R. Effectiveness of amoxicillin/clavulanate potassium in the treatment of acute bacterial sinusitis in children / E. R. Wald, D. Nash, J. Eickhoff // Pediatrics. — 2009. — Vol. 124. — P. 9—15.
46. What the pulmonare specialist should know about the new inhalation therapies / B. L. Laube, H. M. Janssens, F. H. de Jongh [et al.] // European Respiratory Journal. — 2011. — Vol. 37, № 6. — P. 1308—1331.

#### Принципы ведения детей с частыми и рецидивирующими заболеваниями дыхательных путей (обзор литературы)

*С.В. Лукашук, О.И. Лемко*

Государственное учреждение «Научно-практический медицинский центр «Реабилитация» «МЗ Украины», г. Ужгород, Украина  
 Дети с рецидивирующими заболеваниями дыхательных путей, в частности «часто болеющие дети» и больные рецидивирующим бронхитом, требуют не только лечения в остром периоде, но и разработки программ длительного ведения с восстановительным лечением вне острого периода. Такой подход позволит защитить ребенка от полипрагмазии, ее негативных последствий и способствовать полноценному функциональному восстановлению организма. На этапе восстановительного лечения целесообразно применение галоаэрозольтерапии в сочетании с другими физическими факторами общего воздействия, которые способствуют усилению лечебного эффекта.

**Ключевые слова:** дети, рецидивирующие заболевания дыхательных путей, восстановительное лечение, галоаэрозольтерапия.

#### The principles of treatment in children with frequent and recurrent respiratory diseases (literature review)

*S.V. Lukashchuk, O.I. Lemko*

Government Institution «The Scientific-practical Medical Centre «Rehabilitation» Health Ministry of Ukraine», Uzhgorod, Ukraine  
 Children with recurrent respiratory diseases, such as «frequently ill children» and patients with recurrent bronchitis need treatment not only in the acute period of the disease, but long care programs of rehabilitation in the non-acute period. Such approach protects child from polypragmasia, its negative consequences and promotes complete functional recovery of the organism. Usage of haloaerosoltherapy in combination with other physical factors of common influence is purposeful during recovery period and promotes increasing of the curative effect of treatment.

**Key words:** children, recurrent respiratory diseases, recovery treatment, haloaerosoltherapy.

#### Сведения об авторах:

**Лукашук Светлана Васильевна** — к.мед.н., врач ГУ «НПМЦ «Реабилитации» МЗ Украины». Адрес: г. Ужгород, ул. Великокамяна, 10; тел. (031) 263-74-62.  
**Лемко Ольга Ивановна** — д.мед.н., проф. ГУ «НПМЦ «Реабилитации» МЗ Украины». Адрес: г. Ужгород, ул. Великокамяна, 10; тел. (031) 263-74-62  
 Статья поступила в редакцию 14.09.2016 г.

ГОЛОВНІ ПОДІЇ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

# IMF VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Інновації в медицині – здоров'я нації



## VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України



## МІЖНАРОДНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ КОНГРЕС



За підтримки:

Президента України



Кабінету Міністрів України



Міністерства охорони здоров'я України



Київської міської державної адміністрації



Під патронатом:

Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я



Національна академія медичних наук України



Офіційна підтримка:

Міністерства охорони здоров'я України



Компанія LMT

Організатори:

НМАПО імені П. Л. Шупика



МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



МІЖНАРОДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ВИСТАВКА



МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА

ВЕСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ ТА СТОМАТОЛОГІЇ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

КРАЇН

30

25-27  
КВІТНЯ  
2017

70

НАУКОВИХ  
ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ

400

800

ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ

15000

100

ЛІКАРСЬКИХ  
СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Україна, Київ,  
вул. Салютна, 2-Б



НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ

ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ

Генеральний стратегічний партнер:



Генеральний інформаційний партнер:



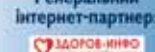
Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMAEXPO:



Офіційні інформаційні партнери:



Генеральний інтернет-партнер:



З питань участі у Форумі:

+380 (44) 206-10-16

@med@lmt.kiev.ua



З питань участі у Конгресі:

+380 (44) 206-10-99

@congress@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA