

## Реабилитация детей с хроническими заболеваниями: проблемы и перспективы

19 ноября 2015 г. в Харькове в ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины» состоялась Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы физиологии, патологии и организации медицинского обеспечения детей школьного возраста и подростков. Проблемы реабилитации детей с хронической патологией». Особое внимание на конференции уделено вопросам реабилитации детей с неинфекционными хроническими заболеваниями, особенностям лечения сопутствующей соматической патологии, применению новых технологий в реабилитации детей школьного возраста и подростков на разных уровнях оказания медицинской помощи.



Открывая работу конференции, профессор **Николай Коренев**, директор ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», отметил рост числа хронических неинфекционных заболеваний в Украине, особенно среди подростков. Хронические заболевания у подростков имеют свои особенности: они влияют на рост и развитие, способствуют высокому уровню рискованного поведения, плохой приверженности лечению, создают барьеры к получению среднего и профессионального образования, проблемы взросления и социализации. Это обуславливает особые требования к госпитальной помощи и подготовке персонала, необходимость дружественного подхода к лечению и реабилитации таких пациентов, нуждающихся зачастую в дорогостоящих препаратах, специальной диете, применении высоких медицинских технологий, технических устройств и др.

Н. Коренев напомнил о необходимости раннего начала реабилитационных мероприятий, этапности, последовательности и непрерывности лечения, комплексном характере реабилитационных мероприятий, их индивидуальности. При назначении реабилитационных мероприятий необходимо установить:

- способность больного к реабилитации;
- наиболее оптимальные терапевтические мероприятия;
- форму (стационарное, поликлиническое) и продолжительность лечения;
- наличие угрозы снижения трудоспособности пациента, вид и объем снижения, ожидаемое улучшение.

Реабилитация должна осуществляться мультидисциплинарной командой в составе лечащего врача, кинезотерапевта, социального работника, логопеда, психотерапевта, медицинской сестры, эрготерапевта. Большое значение в реабилитационном процессе имеют школы пациента

(школы самоконтроля и самопомощи), ролевые игры, тренинги, обсуждение личного жизненного опыта пациента.

Н. Коренев отметил, что проблемы реабилитации требуют решения на уровне национального здравоохранения (финансирование, высокотехнологическая медицинская помощь, социальная защита, создание межсекторальной системы поддержки больных детей и подростков) и медицинской помощи (решение специфических возрастных проблем ребенка — как пациента и как личности).



**Анна Гнилюк**, доцент кафедры педиатрии № 4 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, обратила внимание присутствующих на то, что распространенность вегетативной дисфункции среди школьников с каждым годом возрастает, составляя по разным данным 20–80%. Наиболее часто отмечают пароксизмальную вегетативную недостаточность. Вегетативная дисфункция характеризуется разнообразием клинических проявлений, снижает качество жизни пациентов, приводит к серьезным последствиям во взрослой жизни, при этом эффективных методов лечения этой патологии на сегодняшний день нет.

А. Гнилюк отметила, что лечение пациентов с вегетативной дисфункцией должно быть комплексным и индивидуальным, направленным на нормализацию психоэмоционального состояния, стабилизацию работы вегетативной нервной системы, улучшение памяти, и включать коррекцию психоэмоциональных нарушений, применение седативных фитопрепаратов и лекарственных средств комплексного действия для улучшения вегетативного гомеостаза, церебральной гемодинамики и метаболизма. Обязательны диагностика и лечение хронических очагов инфекции, вертеброгенного фактора с миофасциальными наруше-

ниями, сопутствующей соматической и эндокринной патологией, ухудшающих течение вегетативной дисфункции.



Профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО),

рассказала о роли кишечной микробиоты в возникновении и развитии хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей. Установлено, что изменения микробиоценоза развиваются задолго до клинических проявлений и служат предвестниками более глубоких отклонений на уровне целостного организма. Изменения микробиоты являются одним из важных звеньев формирования патологического процесса при колите у детей, наряду с нарушениями нервной регуляции пищеварения и иммунологическими расстройствами, причем в ряде случаев именно они могут послужить пусковым механизмом патологического процесса. По мнению докладчика, изменения со стороны микробиоты следует рассматривать не только как клинко-микробиологический синдром, но и как один из важнейших факторов риска развития ВЗК у детей.

О. Белоусова подчеркнула, что синдром избыточного роста бактерий относится к тонкому кишечнику, тогда как кишечный дисбиоз отражает микробный пейзаж толстого кишечника, кроме того, при кишечном дисбиозе отмечают снижение уровня облигатной микрофлоры, а не ее рост. После получения первых результатов международного проекта «Human microbiome project» по изучению микробных ассоциаций (микробиома) у здоровых и больных людей с выделением соответствующего энтеротипа и расшифровкой микробного генома методами секвенирования, термин «дисбиоз» окончательно утратил легитимность. Новейшие данные, полученные в результате реа-

лизации этого проекта, доказывают влияние метагенома (генов микробиоты) на экспрессию генов человека с формированием тех или иных позитивных влияний микробиома на состояние здоровья.

Согласно практическим рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической организации (World Gastroenterology Organization — WGO), при ВЗК применяют аминокислоты, кортикостероиды, модификаторы иммунных реакций, биопрепараты, антибиотики, пробиотики. В то же время данные об эффективности каких-либо антибиотиков при ВЗК (кроме фульминантного колита) отсутствуют; 5-аминосалицилаты эффективны лишь при легких формах колита, но не являются таковыми при болезни Крона. Значительный опыт применения пробиотиков в лечении и профилактике заболеваний кишечника убеждает в безопасности препаратов этой группы, однако поступает все больше сведений о возможности их побочных эффектов, наиболее неблагоприятный из которых — возможная передача генов пробиотических микроорганизмов и формирование новых клонов бактериальных клеток с экспрессией факторов патогенности. В рекомендациях WGO указано, что применение пробиотиков (в частности биоэнтэро-септиков) возможно, однако лишь содержащих штаммы с установленной неспособностью к передаче генетического материала.



**Лариса Страшок**, профессор кафедры подростковой медицины ХМАПО, о знакомила участников конференции с современными направлениями патогенетического лечения пациен-

тов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) у детей и подростков. Основные направления лечения при НАЖБП включают борьбу с ожирением (диета, изменение образа жизни, физические нагрузки), устранение/снижение выраженности инсулинорезистентности и дислипидемии, цитопротекцию и мембраностабилизацию для уменьшения проявлений воспаления и оксидативного стресса.

Перспективным при НАЖБП является применение эссенциальных фосфолипидов, уменьшающих компактность мембраны, увеличивающих ее гибкость и текучесть, что способствует активации мембранозависимых процессов обмена веществ в клетке, обеспечивающих антиоксидантные свойства, повышающих чувствительность инсулиновых рецепторов, замедляющих синтез коллагена и повышающих активность коллагеназы; они являются не только универсальными гепато-, но и цитопротекторами. Показано, что двухмесячное лечение эссенциальными фосфолипидами на фоне приема метформина у подростков с ожирением приводит к уменьшению массы тела на 60%, уменьшению размеров печени на 50%, нормализации экзогенности паренхимы печени на 70%.



Профессор **Ольга Грищенко**, заведующая кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии ХМАПО, поделилась опытом профилактики рака шейки матки (РШМ) среди девочек-подростков и молодых девушек, отметив, что это заболевание потенциально предотвратимо, если выявлено на стадии предрака. Развитие РШМ связывают с вирусом папилломы человека (ВПЧ), обладающего большим количеством серотипов, многие из которых имеют высокий онкогенный риск. Предотвращение заражения и персистенции ВПЧ является действенным методом профилактики РШМ.

На сегодня специфическая профилактика папилломавирусной инфекции предлагает вакцинирование против наиболее опасных (онкогенных) типов ВПЧ, вследствие чего формируется стойкий иммунитет, что является надежной гарантией защиты. Вакцинация от ВПЧ, по мнению докладчика, наиболее эффективна до начала половой жизни. При этом основным направлением в борьбе за сохранение здоровья является своевременное информирование девушек о путях инфицирования ВПЧ, возможности развития РШМ, его симптомах, а также методах профилактики, диагностики и лечения.

По инициативе Департамента здравоохранения Харьковского городского совета в рамках городского проекта «Жизнь — бесценна» в 2012 г. осуществлена программа профилактики онкологических заболеваний у женщин путем иммунизации против ВПЧ. Комбинированный анализ результатов исследований и последующего 4-летнего наблюдения свидетельствовал о 100% эффективности в отношении персистирующей цервикальной инфекции, защите от рака (CIN 1–3), генитального кондиломатоза, отмечены высокая иммуногенность (антитела сохранялись на протяжении 4 лет в течение наблюдения), более высокие титры антител.

О. Грищенко отметила, что для сохранения здоровья населения и профилактики РШМ необходимо повышение уровня благосостояния населения, внедрение программ

поддержки молодой семьи, ограничение рекламы и продажи табачных изделий, кино-, видеопродукции, скрыто или явно пропагандирующих беспорядочную сексуальную жизнь, важна санитарно-просветительская работа, профилактика и выявление заболеваний, передающихся половым путем.



Об особенностях реабилитации детей с разными формами остеопенического синдрома шла речь в выступлении **Ольги Ошапкиной**, профессора кафедры педиатрии № 1 Харьков-

ского национального медицинского университета. Она напомнила, что первичная остеопения характеризуется уменьшением костной массы на фоне удовлетворительного состояния здоровья ребенка (отсутствие патологии со стороны органов и систем); ее основной формой является пубертатный остеопенический синдром. К причинам возникновения первичной остеопении относят неправильное питание, отсутствие физической активности, курение и злоупотребление алкоголем в подростковом возрасте. Вторичная остеопения развивается на фоне хронической соматической патологии у детей, наиболее частыми ее причинами являются хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, печени, системные и воспалительные заболевания, действие радиоактивных и токсических веществ, длительное обездвиживание по разным причинам. Вторичная остеопения как осложнения может возникнуть на фоне приема глюкокортикостероидов, антиконвульсантов, некоторых антибиотиков (тетрациклин, циклоспорин), антацидов.

К основным принципам коррекции нарушений структурно-функционального состояния костной ткани относят обеспечение физиологической полноценности и адекватности питания, режима дня, физической активности и достаточного режима инсоляции; применение препаратов кальция в возрастных дозах; контроль и алиментарную коррекцию микроэлементного гомеостаза; уменьшение влияния неблагоприятных факторов (индивидуальную многофактор-



ную профилактику); вторичную профилактику соматических заболеваний.

О. Охалкина подробно остановилась на особенностях реабилитации при разных формах остеоэпители. Так, наряду с основными принципами коррекции нарушений структурно-функционального состояния костной ткани у детей с первичной остеоэпителий назначают препараты кальция в течение 1 мес 1 раз в полгода, у детей со вторичной остеоэпителий — препараты кальция и витамина D в период клинической ремиссии основного заболевания. Детям со вторичной остеоэпителий на фоне патологии пищеварительного тракта рекомендованы препараты, действующие на костный метаболизм в целом (витамины D, комбинированные препараты витамина D и кальция, оссеин-гидроксиапатитный комплекс), на фоне патологии почек — кальцитонин, рекомбинантный соматотропный гормон, витамин D, оссеин-гидроксиапатитный комплекс. При вторичной остеоэпителий на фоне ревматической патологии реабилитацию препаратами кальция и витамина D необходимо начинать за 1 мес до возможного развития остеоэпителий нарушений (независимо от наличия клинической ремиссии). При реабилитации детей с остеоэпителий на фоне дисплазии соединительной ткани проводят коррекцию препаратами магния, витаминами группы B, хондропротекторами, глюкозамином; препараты кальция назначают только после определения уровня ионизированного кальция в крови.

Особое внимание при остеоэпителий уделяют диетотерапии. Из рациона следует исключить шоколад, кофе, крепкий чай, какао, мочегонные препараты, газированные напитки, реже употреблять красное мясо, майонез, маргарин, масло. Рекомендованы продукты, содержащие кальций (миндаль, творог, капуста), витамин D (яйца, кунжут, сыр, сметана), цинк (сельдерей, морепродукты, печень, бобовые), витамин B<sub>2</sub> и фолиевую кислоту (злаковые, бобовые, морепродукты). Принимать пищу следует не менее 5 раз в день небольшими порциями.



Продолжила работу конференции **Наталья Шевченко**, ведущий научный сотрудник отделения кардиоревматологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». В настоящее

время основными направлениями терапевтической и реабилитационной программы при дегенеративных заболеваниях суставов у детей и подростков являются своевременная и дифференциальная диагностика изменений суставов, раннее начало адекватного лечения, оценка эффективности проводимой терапии, профилактика развития деструктивных и дистрофических изменений суставов, ограничения подвижности, ухудшения качества жизни пациентов.

Говоря о современных требованиях к лечению ювенильного ревматоидного артрита, докладчик отметила, что перспективы

улучшения прогноза при этом заболевании напрямую связаны с началом адекватной базисной терапии на раннем, деструктивном этапе, минимальная продолжительность которого составляет около 3 мес. При применении базисных препаратов (метотрексат) в течение первых 3 мес ремиссия достигается у более чем 50% пациентов, в более поздний период — у менее чем 10%. В случае неэффективности 6-месячного лечения метотрексатом следует назначать биологические препараты.

Диагностика остеоартроза у подростков включает оценку клинических проявлений, начиная с появления первых симптомов заболевания, и факторов риска дальнейшего прогрессирования, рентгенологическое и ультразвуковое исследование. Клиническими признаками остеоартроза являются артралгия в коленном суставе после физической нагрузки, при ходьбе, к концу дня, тугоподвижность после состояния покоя, сезонность и метеозависимость боли. Культуральными признаками относятся уменьшение толщины суставного хряща, неравномерность, нарушение структуры хряща, деформацию суставных поверхностей, сужение суставной щели, субхондральные изменения, отечность мягких оболочек сустава, выпот в полость сустава.

Лечение подростков с остеоартрозом должно быть комплексным и включать медикаментозную (коррекция метаболизма соединительнотканых структур хряща, противовоспалительные препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, коррекция остеоэпителий) и немедикаментозную (лечебная физкультура, массаж, рациональное питание, коррекция физических нагрузок, профессиональная ориентация) терапию.

Н. Шевченко подчеркнула, что лечение при остеоартрозе должно быть этапным (стационарное, амбулаторно-поликлиническое, санаторное), пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением до достижения 18 лет, ежегодно в течение не менее 3 лет проходить курсы лечения в стационаре, ежегодно или через 1 год оздоравливаться в санатории.



О возможностях коррекции проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в педиатрической практике рассказал профессор **Юрий Болбот**, заведующий кафедрой

педиатрии № 3 и неонатологии ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Он отметил, что СДВГ приводит к нарушению отношений в семье и со сверстниками, трудностям в обучении, низкой самооценке, травмам, курению и употреблению наркотиков, автотранспортным происшествиям, проблемам с законом, сложностям в профессии, на работе. Начинаясь в детстве, в 60% случаев СДВГ сохраняется и во взрослой жизни. Суще-

ственный вклад в развитие этой патологии вносят генетическая предрасположенность, нарушения нейротрансмиссии моноаминов, травмы центральной нервной системы, факторы окружающей среды.

О СДВГ свидетельствуют наличие признаков невнимательности, гиперактивности/импульсивности, их появление в возрасте до 7 лет, проявление в ≥2 ситуациях (дом, школа, внеклассные занятия, работа); симптомы вызывают существенное клиническое страдание, нарушение социального функционирования, препятствуют успешной учебе или профессиональной деятельности (у взрослых), длятся не менее 6 мес. Диагностика СДВГ включает несколько этапов. Первичный скрининг осуществляется педагогами детских дошкольных учреждений, учителями и школьными психологами, первичная диагностика — врачами первичного звена (педиатрами, детскими неврологами), заключительная диагностика — детскими психиатрами.

Социальная терапия включает тренинг родительской, учительской компетенции, коррекционно-педагогическое сопровождение случая, когнитивно-поведенческую терапию. Медикаментозную терапию применяют в дополнение к социальной только при тяжелых формах СДВГ, а также при неэффективности социальной терапии в течение 3 мес у школьников или 6 мес у дошкольников. Препаратами первой линии являются метилфенидат, атомоксетин, второй линии — трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата дофамина, агонисты центральных α<sub>2</sub>-адренорецепторов.

Ю. Болбот обратил внимание на существующие проблемы в лечении при данной патологии, в частности недостаточное количество специалистов, владеющих навыками социальной терапии. Среди всех препаратов, применяемых в мире для лечения при СДВГ, в Украине зарегистрирован только метилфенидат, вследствие чего детям необоснованно назначают ноотропы (отсутствии доказательной базы) и нейрореплетики (высокая частота неблагоприятных эффектов). На лечение психостимуляторами (назначают только психиатры) 30% пациентов не отвечают адекватно или не переносят его, возникает проблема поддержания комплаенса (особенно у подростков), при этом отмечают такие неблагоприятные побочные эффекты, как нарушения сна, аппетита и настроения, повышения тревожности, имеются опасения по поводу возможных неблагоприятных сердечно-сосудистых эффектов, подавления роста и развития тиков.



В своем выступлении профессор **Татьяна Проскурина**, заведующая отделением психиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», коснулась вопросов психо-

профилактики в системе реабилитации детей и подростков. Она подчеркнула, что отмечена общемировая тенденция к возрастанию частоты психических расстройств у детей, в том числе депрессии и суицидального поведения. Кардинально увеличивается количество детей, нуждающихся в медико-психологической, психотерапевтической помощи по вопросам психосоматической патологии, посттравматического стрессового расстройства, СДВГ, зависимого поведения, расстройств спектра аутизма, девиантного поведения.

Т. Проскурина акцентировала внимание на важности проведения медико-психологической реабилитации детей с психическими расстройствами, компонентами которой являются психотерапия, психосоциальная реабилитация, методы психологического воздействия, фармакотерапия, физиотерапия, немедикаментозные методы, психообразование. Основные цели психотерапии — создание новой когнитивной модели поведения, эмоциональная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности, психологической и социальной адаптации.

Медико-психологическая реабилитация предполагает мультидисциплинарный подход с учетом биологических, психологических и социальных аспектов патогенеза психических расстройств с участием всех специалистов, работающих в сфере психического здоровья, и профилактическую направленность (проведение психообразования, тренингов устойчивости к стрессам, психологической поддержки, обучение педиатров и семейных врачей).

На I этапе проводят скрининг соматического и психологического состояния здоровья с выявлением нарушений психического здоровья, на II — осуществляют медико-психологическую реабилитацию в центрах (отделениях) медико-психологической реабилитации, на III — вторичную медико-психологическую реабилитацию в условиях санаторно-курортных учреждений. Важно, чтобы психопрофилактика нарушений психического здоровья у детей и подростков проводилась с участием медицинской, психологической, педагогической, социальной служб и членов семьи.



сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у детей и их реабилитации. Она отметила,

**Лариса Рак**, научный сотрудник отделения кардиоревматологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», представила доклад, посвященный профилактике

что профилактику ССЗ в идеале следует начинать в период беременности и продолжать в течение всей жизни. Но в повседневной практике профилактические мероприятия обычно направлены на пациентов среднего и старшего возраста с диагностированным ССЗ (вторичная профилактика) или на лиц с высоким риском его развития. Отмечен неуклонный рост частоты ССЗ (в школьном возрасте регистрируют чаще, чем у детей раннего и дошкольного возраста), повысилась частота врожденных пороков сердца (5300–5400 случаев ежегодно) и смертность детей вследствие ССЗ.

Л. Рак отметила, что статистическую учетность по отдельным нозологическим формам ССЗ в популяции украинских детей проводят только в отношении врожденных пороков сердца, кардита, первичной кардиомиопатии, артериальной гипертензии, в то время как вторичная кардиомиопатия, нарушения ритма и проводимости, диспластические изменения либо учитывают все без исключения, либо не учитывают вовсе.

Профилактика ССЗ у детей включает устранение факторов, приводящих к дезадаптации сердечно-сосудистой системы растущего организма; санацию очагов инфекции; лечение, направленное на основное заболевание (анемия, дефицитные состояния, эндокринопатия, патология нервной системы и др.); патогенетическое лечение при дисфункции сердца, хронической сердечной недостаточности; метаболическую или энерготропную терапию.

Для детей с дисфункцией сердца или повышенными нагрузками необходимо обеспечить процесс аэробного гликолиза, это достигается физической реабилитацией на свежем воздухе, в помещении с хорошей аэрацией, чередованием умственной нагрузки и двигательной активности, продолжительной ходьбой.

Физические нагрузки являются одним из основных методов реабилитации детей с заболеваниями сердца. Показано положительное влияние регулярных динамических нагрузок средней интенсивности, вследствие которых достоверно снижается риск развития и смертность от ССЗ, а также общая смертность на 20–25%, функциональный класс хронической сердечной недостаточности, улучшается качество жизни пациентов.



О применении аналогов инсулина как фактора поддержания стойкой компенсации сахарного диабета (СД) 1-го типа у детей в амбулаторных условиях шла речь в выступлении **Елены Будрейко**, заведующей отделением эндо-

кринологии, заместителя директора по научной работе ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Лечение СД 1-го типа у детей включает диету, инсулинотерапию, физические нагрузки, обучение самоконтролю и проведение его в домашних условиях, симптоматическую (медикаментозную, немедикаментозную) терапию.

Несмотря на частое применение базальных НПХ-инсулинов, они имеют определенные недостатки: пик действия, дозозависимый эффект, вариабельность всасывания. Так, при введении одинаковых доз инсулина ежедневно, они могут оказывать различный эффект у одного и того же пациента, в некоторых случаях имеет место вариабельность действия до 80%. Инсулин короткого действия необходимо вводить за 30–45 мин до еды, при его применении возможен риск скрытой гипогликемии. Применение ультракоротких аналогов инсулина позволяет при неотложных состояниях быстрее устранить метаболические нарушения, вводить инсулин непосредственно перед или сразу после приема пищи, более эффективно снижать постпрандиальную гипергликемию, риск отсроченной, в том числе ночной, гипогликемии.

Согласно общим рекомендациям IDF и ISPAD по лечению детей и подростков с СД, выбор метода инсулинотерапии преследует основные цели — предотвращение метаболической декомпенсации и кетоацидоза, обеспечение нормального роста и развития ребенка. При выборе метода инсулинотерапии необходимо учитывать наиболее важные потребности пациента: в отношении как физиологии, так и возможности использования современных способов введения инсулина и его видов. Безусловным преимуществом аналогов инсулина (как ультракоротких, так и базальных) является снижение вероятности развития гипогликемии, а также большая удовлетворенность лечением пациентов и их родителей.

В ходе конференции также были представлены доклады, посвященные современным методам лечения и реабилитации детей и подростков с патологией позвоночника, диффузным нетоксическим зобом, диабетической энцефалопатией, нарушением менструальной функции, бронхиальной астмой, нарушением адаптационных реакций. Все желающие смогли посетить мастер-класс «От первого взгляда — к диалогу. Ранняя коммуникация новорожденного с окружающим миром».

Мероприятие вызвало большой интерес со стороны педиатров, семейных врачей, подростковых терапевтов, подтвердив необходимость проведения подобных конференций в дальнейшем.

*Марина Колесник,  
фото автора*