Л.В. Беш, д.м.н., професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

Діти, які часто хворіють: дискусійні питання і можливості їх вирішення

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) продовжують посідати провідне місце у структурі загальної захворюваності дітей. Особливу тривогу викликають діти, у яких респіраторні інфекції трапляються часто і характеризуються несприятливим, затяжним перебігом. На жаль, сьогодні не існує єдиних підходів до трактування цього явища у педіатрії, залишаються дискутабельними питання діагностики і лікування. Таким чином, діти, які часто і тривало хворіють, звичайно становлять для педіатра значну діагностичну і терапевтичну проблему.

Л.В. Беш

Протягом багатьох років на сторінках спеціальної педіатричної літератури триває активна дискусія, у ході якої одні автори вважають, що часті й тривалі ГРЗ – це клінічний симптом вторинного імунодефіциту, інші схильні стверджувати, що в таких ситуаціях мова має йти не про імунодефіцит, а лише про особливості імунної відповіді на інфекцію, тобто про особливості функціонування імунної системи, які значною мірою пов'язані з процесами її розвитку і дозрівання. Більше того, сьогодні все частіше говорять про те, що терміни «вторинний імунодефіцит», «імунна недостатність», «зниження реактивності організму» не можна вважати правомірними, оскільки для них не існує чітких клінічних і лабораторних діагностичних критеріїв.

Таким чином, існують протиріччя, які визначають складність проблеми, якій присвячена ця публікація.

У такій складній і неоднозначній ситуації дуже непросто орієнтуватися педіатрам. Напевне, не так важливо, яке термінологічне трактування ми застосуємо, головне – визначитися, як допомогти таким дітям, яку тактику лікування застосувати у разі ГРЗ у таких дітей, призначати імуностимулятори чи ні. Саме це ми спробуємо з'ясувати.

Відомо, що майже будь-яку проблемну ситуацію можна контролювати, якщо з'ясувати її причини. Багатогранність і неоднозначність факторів, що зумовлюють виникнення частих і тривалих респіраторних інфекцій у дітей, породжують труднощі у вивченні етіології цього явища. Серед цілої низки чинників у першу чергу треба виділити особливості імунної відповіді, які визначаються віковою еволюцією, несприятливими анте- і перинатальними факторами, курінням батьків, схильністю до атопічних реакцій (Th2-тип імунної відповіді). Важливе значення має збільшення кількості контактів з потенційними збудниками. Усі ми розуміємо, що дитина частіше хворіє, починаючи відвідувати організований дитячий колектив (садок чи школу). Неоправдане, необґрунтоване призначення окремих препаратів для лікування ГРЗ, у першу чергу антибіотиків, ще більше загострює ситуацію. Високу частоту ГРЗ нерідко зумовлюють несприятливі екологічні чинники, нераціональне харчування тощо.

Особливу увагу привертає той факт, що у дітей, які часто хворіють на ГРЗ, нерідко реєструють алергічну патологію: алергічний риніт у 30% випадків, атопічний дерматит – у 10%, бронхіальна астма – у 40%. Таку ситуацію значною мірою пояснюють дефіцитом синтезу інтерферонів у разі Th2-опосередкованої імунної відповіді, яка характерна для дітей з атопією. Окрім цього, у таких дітей у ранньому віці формуються вогнища хронічної інфекції на тлі закономірної для них гіперплазії лімфоїдної тканини, що, в свою чергу, сприяє зростанню частоти гострої респіраторної патології.

Незважаючи на таку складну й неоднозначну ситуацію, науковці і практики намагаються знайти критерії, які б дали змогу чітко визначити, скільки разів на рік дитина «має право» захворіти на ГРЗ. Зокрема, згідно з рекомендаціями А.А. Баранова і В.Ю. Альбицького (1986) до групи дітей, які часто хворіють, відносять:

- дітей першого року життя, які хворіють протягом року 4 рази і більше;
- дітей віком 1-3 роки, які хворіють протягом року 6 разів і більше;
- дітей віком 4-5 роки, які хворіють протягом року 5 разів і більше;
- дітей віком 5-6 років, які хворіють протягом року 4 рази і більше;
- дітей віком понад 6 років, які хворіють протягом року 3 рази і більше.

Однак мусимо розуміти, що цей розподіл є досить відносним. Більше того, деякі автори вважають, що для формування повноцінної імунної відповіді одна дитина «мусить» перехворіти протягом року – 0-1 раз, інша – 6-8 разів. З цим твердженням можна сперечатися, але його трудно знехтувати.

Часті ГРЗ нерідко супроводжуються ще одним дуже небажаним явищем – поліпрагмазією, яка не тільки фінансово виснажує батьків, а й негативно впливає на стан здоров'я наших маленьких пацієнтів. Зокрема, необґрунтовано часте призначення антибіотиків сприяє розвитку дисбіозу і знижує функціональну активність механізмів місцевого імунітету, що, в свою чергу, призводить до зниження захисту перед інфекцією. Таким чином, існує замкнуте коло, яке лікар мусить розірвати, вибираючи оптимальну терапевтичну тактику.

Протягом останніх років на підставі аналізу літературних даних і власного досвіду працівники Львівського міського дитячого алергологічного центру опрацювали комплексний терапевтичний алгоритм, який застосовують у веденні дітей, які часто і тривало хворіють. Він включає такі основні моменти:

- раціональний режим дня і харчування;
- «оздоровлення» побутових умов (зменшення часу перегляду телепередач і роботи за комп'ютером, боротьба з курінням та інші методи покращення екології житла);
- правильно організоване загартовування, яке тренує місцеві захисні механізми;
- зменшення контактів з великими дитячими колективами;
- грамотно організовану роботу під час епідемічних спалахів ГРВІ;
- санацію хронічних вогнищ інфекції;
- дегельмінтизацію;
- призначення препаратів, що впливають на імунну відповідь (імуномодулятори).

Надзвичайно важливе значення має правильний вибір лікарської тактики під час епідемічних спалахів ГРВІ. За відсутності фонових захворювань і нормальній реактивності організму лікування ГРВІ є виключно симптоматичним, тобто воно включає раціональну вітамінізовану дієту, ліжковий режим, жарознижувальні заходи, призначення муколітичних і відхаркувальних засобів, лікування риніту. У разі неускладненого перебігу ГРВІ симптоми захворювання повністю зникають уже через декілька днів. Однак у дітей, які часто хворіють, процес нерідко затягується до кількох тижнів, можливий розвиток вторинних бактеріальних ускладнень з клінічною картиною пневмонії, отиту, синуситу тощо. Тому за умови розвитку ГРВІ у пацієнтів цієї групи важливе значення має пошук безпечних і разом з тим ефективних методів етіотропного лікування вірусних інфекцій. Треба відзначити, що сьогодні є не так багато препаратів противірусної дії і показання до їх застосування активно дискутуються. Зокрема, протягом останніх років опубліковано багато робіт, присвячених вивченню терапевтичних можливостей застосування препаратів інтерферону в педіатричній практиці. Більшість дослідників вважають, що перевагу треба надавати препаратам рекомбінантного альфа-інтерферону. У цьому контексті нас зацікавив вітчизняний препарат Назоферон у формі назальних крапель і спрею, який дозволено до застосування у наймолодших пацієнтів. Зручність у дозуванні, висока безпечність й ефективність сприяли широкому застосуванню цього препарату у практичній роботі Львівського міського дитячого алергологічного центру.

Значне зацікавлення викликають сьогодні і комплексні засоби природного походження, які, маючи високу безпечність, виявляють неспецифічну протизапальну й імуномодулюючу дію.

Серйозною проблемою у дітей, які часто хворіють, є наявність хронічної інфекції в організмі. У таких випадках нам доводиться вирішувати питання потреби призначення антибактеріальних препаратів. Історія існування людства – це в певному сенсі історія боротьби між макроорганізмом (людським організмом) і мікроорганізмами. На жаль, мусимо визнати, що ця боротьба далеко не завжди є успішною для макроорганізму. Безперечно, з появою антибіотиків медичні працівники змогли ефективно лікувати багато бактеріальних інфекцій. Однак, висока ефективність антибіотиків призвела до того, що деякі лікарі сприймають ці препарати як панацею від усіх бід. Усім нам є знайомою ситуація, коли антибіотики призначають абсолютно не обґрунтовано. Більше того, ці препарати сьогодні є в кожній домашній аптечці, їх продають без рецепта, що призводить до їх застосування без лікарських рекомендацій. За даними Л.С. Страчунського (2001), найчастішими причинами призначення антибіотиків у дітей в амбулаторній практиці є ГРВІ (48%), ангіна (11%), гострий простий бронхіт (10%), отит (8%), гостра пневмонія (6%), кишкові інфекції (3%), тоді як дійсна необхідність призначення антибактеріальних препаратів при ГРВІ становить 8-10%. Отже, 30-40% дітей з ГРЗ отримують антибіотики безпідставно.

Більше того, існує низка робіт, які переконливо доводять, що включення антибіотиків до традиційної схеми лікування неускладнених гострих респіраторних інфекцій негативно впливало на процес лікування. Саме тому сьогодні у світовій педіатричній практиці прослідковується тенденція до мінімізації невмотивованого застосування антибіотиків.

Перш ніж призначити антибактеріальне лікування маленькому пацієнтові з проявами ГРЗ мусимо відповісти на низку запитань:

Це захворювання викликане інфекцією чи симптоматичними проявами іншої патології (алергія, неінфекційне запалення тощо)?

Якщо причиною є інфекція, то які мікроорганізми викликали її: віруси, бактерії чи гриби?

Якщо це бактеріальна інфекція, чи потрібно призначати антибіотик у конкретному випадку?

Який саме препарат призначити?

Під час комплексного лікування дітей, які часто хворіють, нерідко доводиться застосовувати імуностимулюючі засоби. Рішення про їх призначення необхідно приймати дуже виважено і строго індивідуально. Наш досвід доводить, що, напевне, найдоцільніше у таких ситуаціях застосувати так звані імуностимулятори мікробного походження. Протягом останніх років широко застосовують три покоління цих препаратів: очищені бактеріальні лізати; фракції клітинних оболонок; комбінований препарат, який містить бактерійні рибосоми і мембранні фракції. Останній через бактерійні рибосоми забезпечує вакцинальний ефект, а через мембранні фракції (протеоглікани) – неспецифічний вплив на імунну відповідь. Наш досвід дає змогу стверджувати, що цей препарат потрібно застосовувати у дітей, які часто і тривало хворіють, курсом не менше ніж 6 міс.

Таким чином, запропонований нами комплекс терапевтичних заходів дає змогу суттєво знизити частоту і важкість епізодів ГРЗ у дітей, які часто хворіють. Ми представили літературні дані та власний досвід. Лікар-практик щодня стоїть перед вибором, який препарат обрати для лікування свого пацієнта. І цей вибір потрібно проводити, спираючись на результати серйозних стандартизованих досліджень і власного досвіду. Однак при цьому завжди треба пам'ятати головну заповідь медицини «не зашкодь».