

Л.В. Беш, О.І. Мацюра, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

## Лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей, які часто хворіють: прості відповіді на складні запитання

**Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) продовжують займати провідне місце в структурі загальної захворюваності дітей. Згідно з даними офіційної статистики в Україні щороку реєструються 4,5-5 млн випадків грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ). Більше того, кількість дітей, які хворіють на ці недуги у 1,5-3 рази перевищує кількість дорослих [7]. Особливу тривогу викликають діти, у яких респіраторні інфекції повторюються часто і характеризуються несприятливим, затяжним перебігом. Існують дані, які стверджують, що частка таких дітей в популяції становить 16-40%, причому саме на їх долю припадає 67,7-75% усіх випадків ГРВІ [2, 8]. Діти, які часто і тривало хворіють, становлять для практичного педіатра значну діагностичну і терапевтичну проблему.**

Протягом багатьох років на сторінках спеціальної педіатричної літератури триває активна дискусія, у процесі якої одні автори відстоюють думку про те, що часті й тривалі ГРЗ — це клінічний симптом вторинного імунodefіциту, інші схильні стверджувати, що в таких ситуаціях необхідно говорити не про імунodefіцит, 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 [6, 8]. Більше того, сьогодні все частіше говорять про те, що терміни «вторинний імунodefіцит», «імунна недостатність», «зниження реактивності організму» не можна вважати правомірними, оскільки для них не існує чітких клінічних і лабораторних діагностичних критеріїв [6].

Отже, існують протиріччя, які визначають складність проблеми, якій присвячена ця публікація. У такій складній і неоднозначній ситуації дуже непросто орієнтуватися практичним педіатром. І напевно, не так важливо, яке термінологічне трактування ми застосуємо, основне — це визначитися, як допомогти таким дітям, яку тактику лікування слід обрати у разі ГРВІ?

Відомо, що практично 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 складності у вивченні етіології цього явища. Серед цілої низки чинників у першу чергу слід виділити особливості імунної відповіді, які визначаються віковою еволюцією, несприятливими анте- і перинатальними факторами, курінням батьків, схильністю до atopічних реакцій (Th2-тип імунної відповіді) [2, 6]. Важливе значення має зростання числа контактів з потенційними збудниками. Усі практичні лікарі і навіть батьки відзначають, що дитина частіше хворіє, починаючи відвідувати організований дитячий колектив (садочок чи школу). Неоправдане, необгрунтоване призначення окремих препаратів для лікування ГРВІ, у першу чергу антибіотиків, ще більше загострює ситуацію. Висока частота ГРЗ нерідко зумовлюється несприятливими екологічними чинниками, нераціональним харчуванням тощо.

На особливу увагу заслуговує той факт, що серед дітей, які часто хворіють

на ГРЗ, реєструється алергічна патологія: алергічний риніт — у 30% випадків, atopічний дерматит — у 10%, бронхіальна астма — у 40% [6]. Таку ситуацію значною мірою пояснюють дефіцитом синтезу інтерферонів у разі Th2-опосередкованої імунної відповіді, яка характерна для дітей з atopією [8]. Окрім цього, у таких дітей вже в ранньому віці формуються вогнища хронічної інфекції на тлі закономірної для них гіперплазії лімфоїдної тканини, що, у свою чергу, сприяє зростанню частоти гострої респіраторної патології.

Незважаючи на таку складну і неоднозначну ситуацію, науковці і практики намагаються знайти критерії, які б дозволили 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 1-3 років, які хворіють протягом року 6 разів і більше;
- дітей 4-5 років, які хворіють протягом року 5 разів і більше;
- дітей 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 слід 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 ним важко знехтувати.

Для дітей, старших 3 років, критерієм включення в групу тих, хто часто хворіє, може слугувати інфекційний індекс (ІІ), який визначається відношенням суми всіх випадків ГРЗ протягом року до віку дитини:

$II = \text{сума всіх випадків ГРЗ протягом року} / \text{вік дитини (роки)}$

Якщо дитина майже не хворіє, інфекційний індекс становить 0,2-0,3, а в групі дітей, які часто хворіють — 1,1-3,5 [8]. Перш ніж включати пацієнтів до цієї групи, треба враховувати не тільки частоту випадків ГРВІ, а й важкість перебігу, наявність ускладнень, потребу в призначенні антибіотиків тощо.

Водночас треба відзначити, що ГРЗ можуть супроводжуватися поліпрагмацією, яка не тільки фінансово виснажує

батьків, а й негативно впливає на стан здоров'я наших маленьких пацієнтів. Зокрема, необгрунтовано часте призначення антибіотиків сприяє розвитку дизбіозу і знижує функціональну активність механізмів місцевого імунітету, що у свою чергу призводить до зниження захисту перед інфекцією. Отже, існує замкнуте коло, яке лікар повинен розірвати, вибираючи оптимальну терапевтичну тактику.

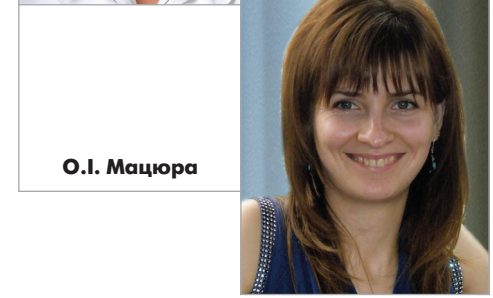
Протягом останніх років на підставі аналізу літературних даних і власного досвіду працівниками Львівського міського дитячого алергологічного центру опрацьовано комплексний терапевтичний алгоритм, який застосовується у веденні дітей, які часто і тривало хворіють. Він включає такі основні моменти:

- раціональний режим дня і харчування;
- оздоровлення побутових умов (зменшення часу перегляду телепередач, роботи за комп'ютером, боротьба з курінням та інші способи 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 (імунномодулятори).

Надзвичайно важливе значення має правильний вибір лікарської тактики під час епідемічних спалахів ГРВІ, збудниками яких найчастіше є вірус грипу, риновіруси, респіраторно-синцитіальний вірус, віруси Коксаки, ЕСНО, аденовіруси, мікоплазма. При відсутності фонових захворювань і нормальної реактивності організму лікування ГРВІ є чисто 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 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



Л.В. Беш



О.І. Мацюра

важливе значення має пошук безпечних і в той же час ефективних методів етіотропного лікування вірусних інфекцій, які б дозволили полегшити перебіг і прогноз захворювання. Слід відзначити, що сьогодні у розпорядженні практичних педіатрів є не так багато препаратів противірусної дії і показання до їх застосування активно дискутуються. Зокрема, протягом останніх років опубліковано багато праць, присвячених вивченню терапевтичних можливостей застосування препаратів інтерферону в педіатричній практиці.

Інтерферони забезпечують природний захист організму дитини від вірусних інфекцій. На сьогодні існує три види інтерферонів —  $\alpha$ ,  $\beta$  і  $\gamma$ , які можна отримати природним шляхом або за допомогою біологічного синтезу. Більшість дослідників вважає, що в лікуванні ГРВІ у дітей перевагу треба надавати препаратам рекомбінантного  $\alpha$ -інтерферону [3-5]. Його противірусна активність значною мірою пояснюється індукцією антигенів поверхні клітин, що зумовлює топографічні зміни клітинної мембрани і як наслідок перешкоджає фіксації вірусу і його пенетрації в середину клітини. Більше того, інтерферони включаються в захисну реакцію значно швидше, ніж спрацьовують специфічні захисні імунні реакції [1, 7, 9].

Водночас противірусні властивості інтерферонів поєднуються з імунодулюючими, зумовленими підсиленням клітинно-опосередкованих реакцій на віруси. Зокрема, інтерферон- $\alpha$  сприяє підвищенню активності Т-хелперів, цитотоксичних Т-лімфоцитів, активації натуральних кілерів, які лізують уражені вірусом клітини. Інтерферони стимулюють диференціювання В-лімфоцитів і продукцію ними антитіл, підвищують експресію молекул комплексу гістосумісності I типу, що збільшує ймовірність виявлення та розпізнавання інфікованих клітин [5, 7, 8].

Отже, стає зрозумілим наше зацікавлення вітчизняним інтраназальним препаратом інтерферону альфа-2b (Назофероном), який дозволений до застосування навіть у наймолодших пацієнтів. Ефективність використання цього препарату з метою профілактики та лікування ГРВІ підтверджена результатами багатьох вітчизняних досліджень [7].

Протягом останнього року ми провели дослідження ефективності і переносимості Назоферону серед дітей, які часто хворіють. В дослідженні

приймали участь 112 дітей, які сформували дві групи: основну – 62 пацієнти, які окрім симптоматичної терапії ГРВІ протягом перших 5 днів отримували Назоферон, і порівняння – 50 дітей, які отримували виключно симптоматичне лікування. Групи були ідентичними за віком, статтю і важкістю ГРВІ на старті дослідження. Усі діти були оглянуті ЛОР-лікарями, хронічні вогнища інфекцій верхніх дихальних шляхів були зареєстровані у 32 (51,6%) дітей основної та 28 (56,0%) – порівняльної групи і проявлялися компенсованим хронічним тонзилітом, аденоїдними вегетаціями. У 22 (35,5%) пацієнтів основної і 19 (38,0%) – контрольної групи в анамнезі реєструвалися прояви отиту.

Отже, за перерахованими вище характеристиками суттєвих відмінностей між групами також встановлено не було. Оцінка ефективності препарату Назоферон проводилася на підставі розрахунку вираженості основних симптомів ГРВІ за трьохбальною шкалою. Зокрема, температуру тіла оцінювали: 0 балів – нормальна, 1 – 37-38°C, 2 – 38-39°C, 3 – вище 39°C; нежить: 0 – вільне носове дихання, 1 – незначно утруднене носове дихання, 2 – помірно утруднене носове дихання, 3 – виражена блокада носового дихання; фізичну активність: 0 – звичайна, 1 – незначно підвищена втомлюваність, 2 – суттєво знижена фізична активність, 3 – більшу частину доби дитина не встає з ліжка; апетит: 0 – задовільний, 1 – незначно знижений, 2 – суттєво знижений, 3 – дитина відмовляється від їжі.

Бальну оцінку вираженості симптомів проводили в динаміці на 1, 3-й і 5-й дні лікування (рис. 1-4).

Таким чином, застосування Назоферону сприяло легшому перебігу захворювання. У більшості хворих (41-66,1%) основної групи послаблення симптоматики ГРВІ (зниження сумарної бальної оцінки вираженості симптоматики) спостерігалося вже на 2-3-й день від початку лікування. Водночас у групі порівняння така тенденція була зареєстрована лише у 18 (36,0%) пацієнтів. Відповідно у дітей основної групи рідше застосували жарознижувальні середники та антибіотики, хоча суттєвої різниці між групами щодо частоти розвитку бактеріальних ускладнень ГРВІ (отит,

гайморит, пневмонія) зареєстровано не було.

Пацієнти та їх батьки відзначили зручність інтраназального застосування (краплі) Назоферону і добру переносимість препарату. Небажані чи побічні ефекти не спостерігалися у жодного з обстежених дітей.

Сьогодні, оцінюючи ефективність будь-яких способів лікування, піддають аналізу не лише об'єктивні показники, а й суб'єктивну оцінку впливу хвороби на життя дитини. Суб'єктивний показник задоволення власних потреб у житті прийнято визначати як якість життя. Якість життя із загального поняття перетворилася на предмет наукових досліджень і визначає ступінь комфорту для людини. Ми

провели спеціальне тестування і виявили позитивний вплив використання Назоферону на якість життя наших маленьких пацієнтів. Діти легше переносили хворобу і швидко відновлювали нормальний активний спосіб життя.

Зручність у дозуванні, висока безпека та ефективність сприяли широкому застосуванню препарату Назоферон в лікуванні ГРВІ у дітей, які часто хворіють.

#### Література

1. Бережний В.В., Чернишова Л.І. Комплексна імунізація гострих респіраторних захворювань у дітей // Здоров'я ребенка. – 2006. – № 2.
2. Бельбот Ю.К., Таран О.М. Часто хворіючі діти: особливості імунної відповіді при ГРВІ // Актуальні проблеми педіатрії. – 2008. – 4 (21).
3. Височник І.Л., Абатуров О.Є. Профілактика і лікування ГРВІ в дітей шкільного віку з використанням ентерального рекомбінантного ліпосомального інтерферону альфа-2b // Здоров'я ребенка. – 2010. – № 4 (25).
4. Ершова І.Б., Косенко В.С., Осьчнюк Л.М., Осипова Т.Ф., Мочалова А.А. Ліпосомальні форми інтерферону в педіатричній практиці при лікуванні ОРВІ у дітей // Здоров'я ребенка. – 2009. – № 2 (17).
5. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). – М., «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
6. Коровина Н.А. Часто и длительно болеющие дети: терминология, патофизиология, терапевтические подходы // Опыт применения Рибомунила в Российской педиатрической практике. – М., 2000.
7. Крамарев С.О., Євтушенко В.В. Оцінка ефективності рекомбінантного інтерферону альфа для профілактики та лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей // Здоров'я України. – 2008 – № 18/1.
8. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Руководство для врачей под редакцией А.А. Баранова, Б.С. Каганова, А.В. Горелова. – М.: Издательский дом «Династия». – 2004.
9. Чернишова Л.І. Грип у дітей: особливості лікування та профілактики: (лекція) // Перинатологія та педіатрія. – 2007. – № 3.

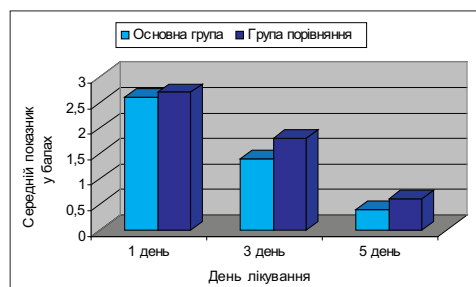


Рис. 1. Динаміка бальної оцінки вираженості симптомів ГРВІ (температурна реакція)

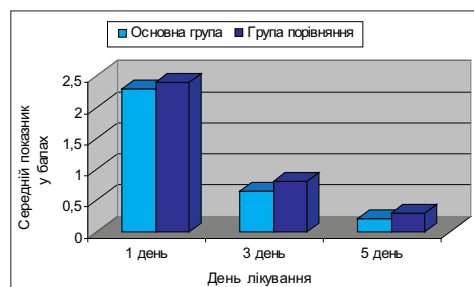


Рис. 2. Динаміка бальної оцінки вираженості симптомів нежитю

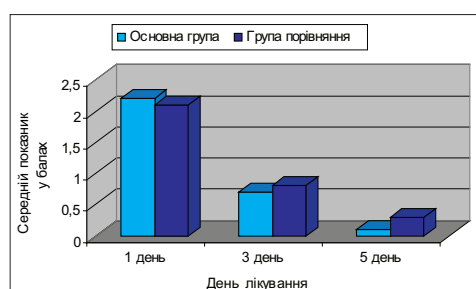


Рис. 3. Динаміка бальної оцінки вираженості симптомів ГРВІ (фізична активність)

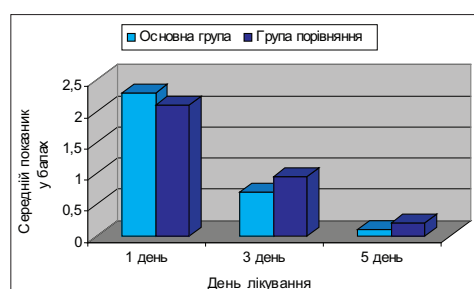


Рис. 4. Динаміка бальної оцінки вираженості симптомів ГРВІ (апетит)

## Назоферон<sup>1</sup> - природний протівірусний захист організму дитини!<sup>2,5</sup>

### Назоферон:<sup>1</sup>

- ефективний<sup>2</sup> та безпечний<sup>1</sup> протівірусний засіб для лікування та профілактики грипу та ГРВІ у дітей з народження<sup>1</sup>
- активує імунні сили організму дитини<sup>2,4,5</sup>
- інтраназальна форма введення Назоферону забезпечує його дію в місці первинного інфікування<sup>2,3</sup>
- діє вже через 5-10 хвилин після використання<sup>3</sup>

Скорочена інструкція до медичного застосування препарату: Назоферон - краплі та спрей назальний. Склад: інтерферон альфа-2-в рекомбінантний людський не менше 100 000 МО/мл. Лікувальні властивості: протівірусний, імунномодулюючий, антибактеріальний, протизапальний, антипроліферативний засіб. Побічна дія: у поодиноких випадках - висипання на шкірі. З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції до медичного застосування препарату Назоферон.

#### Література:

1. Інструкція до медичного застосування препарату Назоферон.
2. С.О. Крамарев, В.В. Євтушенко "Оцінка ефективності рекомбінантного інтерферону альфа для лікування та профілактики гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей", журнал "Здоров'я України" № 18/1, 2008 р.
3. С.П. Кривопустов "Інтраназальне використання рекомбінантного інтерферону альфа в педіатрії", журнал "Здоров'я України" №1, 2010 р.
4. А.А. Ярилин. Клінічна імунологія. Підручник. - Москва "ГЕОТАР - Медіа" - 2010 р.
5. С.О. Крамарев, О.В. Виговська, О.Й. Гриневич "Обґрунтування застосування препаратів інтерферону при гострих респіраторних інфекціях у дітей", журнал "Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія." № 10, 2007 р.

Інформаційний матеріал для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для установ та лікарів

Сертифікат про державну реєстрацію 657/11-300200000 від 22.12.2011 р.  
Сертифікат про державну реєстрацію 862/11-300200000 від 22.12.2011 р.

Виробник: ПАТ «Фармак», м.Київ, вул. Фрунзе, 63,  
тел.: (044) 496-87-30.

