

COPIIUL FRECVENT BOLNAV

Svetlana Șciuca, dr. h. în medicină, prof. univ., USMF „N. Testemițanu”

Copilul frecvent bolnav trebuie inclus în grupul copiilor cu infecții respiratorii frecvente, care se dezvoltă pe fondul dereglărilor în mecanismul de protecție cu caracter tranzitoriu, corijabile, fără modificări ireversibile organice.

Conform abordărilor OMS, copiii frecvent bolnavi (CFB) sunt acei la care frecvența bolilor acute constituie 4 și mai multe episoade pe an. Copilul frecvent bolnav face parte dintr-un grup neomogen de entități nosologice, care cuprinde *boli respiratorii, maladii ale sistemului digestiv, infecții nefrouinare* [1-3].

Statisticile internaționale relatează cote de 20-30% de copii frecvent bolnavi în populația pediatrică. 2/3 din morbiditatea infantilă este din contul copiilor frecvent bolnavi. Incidența maladiilor respiratorii la copii pentru Republica Moldova în ultimii ani constituie 1400-1500‰ [1,2].

Maladiile respiratorii în grupul de copii frecvent bolnavi ating mărimea de 80% și sunt prezentate de infecțiile ORL (sinusite, rinite, faringite, laringite), afecțiunile bronhopulmonare de etiologie infecțioasă (bronșite, bronșiolite, pneumonii).

Copilul frecvent bolnav, inclus în grupul special de supraveghere medicală, necesită programe diagnostice individualizate și elaborări de recuperare optimale. Maladiile, ce contribuie la formarea acestui grup, sunt: maladiile cronice ORL, maladiile bronhopulmonare acute și cronice, astmul bronșic, rinita alergică, reumatismul, infecțiile nefrouinare, tuberculoza.

Tabelul 1

Criteriile clinice ale copilului frecvent bolnav

<i>Vârsta copilului</i>	<i>Frecvența episoadelor IRA pe an</i>
Până la un an	4 și mai mult
1-3 ani	6 și mai mult
4-5 ani	5 și mai mult
> 5 ani	4 și mai mult

Copilul frecvent bolnav este inclus în grupa II de sănătate: copiii cu anamneză biologică agravată, cu particularități funcționale și morfologice, adică copiii cu risc sporit de cronicizare a maladiei.

Receptivitatea înaltă a copiilor la infecții respiratorii este determinată de experiența modestă a interacțiunilor precedente cu virușii. În perioada vârstei mici și preșcolare se acumulează o protecție specifică antivirală ca urmare a suportării infecțiilor repetate, frecvența cărora ulterior este în reducere considerabilă. Aceste motive nu permit a aborda infecțiile respiratorii frecvente, ca o stare imunodeficitară, ci sunt drept o consecință a unor interacțiuni cu focare de infecție. Colectivitățile de copii se caracterizează printr-o protecție imunologică specifică la mulți germeni, care determină un indice înalt al copiilor asimptomatici cu portaj de infecții respiratorii: virusuri, *Mycoplasmae*, microflora potențial patogenă. Acești copii prezintă o sursă importantă de infecții în perioade interepidemice.

Incidența înaltă a infecțiilor respiratorii este condiționată și de imunitatea specifică postinfecțioasă de durată scurtă la unii viruși respiratori (virusul RS, paragripa, rinovirusuri, adenovirusuri), seroconversia înaltă a virusului gripal, diversitatea serotipică a pneumococilor, stafilococilor, bacilului *Haemophylus*.

Particularitățile reacțiilor imune la copilul frecvent bolnav

Majoritatea copiilor nu au imunodeficiențe primare, dar statutul imun este expus unor perturbări

funcționale și mai puțin influențat de modificări cantitative. Este relevant că în grupul de CFB predomină copiii cu probleme alergice. La 50% de copii este majorat nivelul IgE și au sensibilizare alergică polivalentă. Studiile imunologice indică predominarea la acești copii a reacțiilor T-helper2, caracteristice perioadei neonatale, fapt care condiționează reducerea sintezei de γ -interferon, ca rezultat al memoriei imunologice insuficiente la infecții virale. Răspunsul mediat de Th2 scade formarea memoriei imunologice la infecții virale și favorizează IRVA frecvente, inclusiv cu același virus. Imunitatea specifică antivirală la CFB nu este durabilă. Imunitatea și mecanismele nespecifice de protecție locală predispun la infecții repetate, nu protejează efectiv copilul de invazii bacteriene și virale: reducerea IgA secretorie în secrețe (salivă), reducerea nivelului și activității lizosimului în secretul nazal. Nivelul IgA în secrețe este factorul primordial de protecție antiinfecțioasă. Lizosimul în complex cu IgA și complementul produc efecte bactericide.

Sistemul imun al copilului frecvent bolnav este expus unor influențe negative ale abuzului antibioterapiei, administrate deseori neargumentat acestor copii. Structura etiologică a infecțiilor respiratorii este dominată (90%) de virusuri, însă lipsa unor criterii clinice sigure pentru diagnosticul etiologic impune medicul de familie să supraaprecieze rolul posibil al infecției bacteriene și să extindă indicațiile tratamentului antibacterian. Adversitățile utilizării excesive a antibioticelor la copiii frecvent bolnavi (reacții alergice, formarea tulpinilor bacteriene polirezistente, efecte imunosupresive asupra Th-1 reacțiilor și persistența fenomenelor imune de tip Th-2, responsabile de alergizare) ar trebui să reorienteze medicul în optimizarea programului de conduită medicală a infecțiilor respiratorii.

Tratamentul infecțiilor respiratorii acute la copiii frecvent bolnavi include:

- terapia etiotropă (antivirale, preparate antibacteriene);
- medicație simptomatică (antipiretice, mucolitice, expectorante);
- tratament patogenetic (lizate bacteriene, imunomodulatoare).

Tratamentul antibacterian în infecția respiratorie acută la copilul frecvent bolnav trebuie să fie bine chibzuit și argumentat. Antibioterapia neargumentată produce: imunosupresie, disbioză în sistemul respirator, favorizează predispoziția la infecții respiratorii, induce reacții de hipersensibilizare alergică.

Tabelul 2

Tratamentul antibacterian în IRA la copilul frecvent bolnav

<i>Nu este indicat</i>	<i>Indicații</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rinită ➤ Faringită ➤ Nazofaringită ➤ Sinusită catarală ➤ Laringită ➤ Traheită ➤ Bronșită ➤ Bronșită obstructivă 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Otită medie ➤ Angină streptococică ➤ Limfadenită ➤ Pneumonie ➤ În cazul neidentificării infecției bacteriene: <ul style="list-style-type: none"> - $t^{\circ}C > 38,0 > 3$ zile - dispnee fără obstrucție - asimetria ralurilor - leucocităză $> 15 \times 10^9/l$

Antibioticele pot fi indicate în IRVA copiilor cu antecedente de otită recidivantă, fond premorbid (malnutriție severă, malformații congenitale), imunodeficiențe. Manifestările sigure ale infecției bacteriene sunt identificate nu atât de frecvent: procese purulente (sinusită, limfadenită, abces paratoinzilar, laringotraheită), angină streptococică, angină foliculară, lacunară, angină anaerobă cu ulceratii, otită, infecții cu *Mycoplasma*, *Chlamydia pneumonia*.

Preparatul antibacterian de elecție în infecțiile respiratorii bacteriene la copii este amoxicilina, care produce beneficii clinice sigure în infecțiile comunitare. Posibilitatea administrării orale și gradul înalt de absorbție din sistemul digestiv argumentează utilizarea amoxicilinei copiilor cu infecții respiratorii în condițiile medicinei de familie. Eficiența clinică a antibioterapiei este determinată de

reducerea sindromului febril în primele două zile. Mai puțin importante pentru evaluarea efectului terapeutic sunt simptomele catarale respiratorii, care involuează mai lent.

Bronșita acută este o componentă a stării morbide a copilului frecvent bolnav, care se poate produce multiplu într-o variantă clinică clasică de afectare acută infecțioasă a bronhiilor: semne catarale respiratorii, febră moderată (38° sau >math>38^{\circ}</math> 1-2 zile), tablou fizic tipic (raluri, semne bronhoobstructive bilateral), stare generală de gravitate medie, ușoară. Diagnosticul de bronșită exclude pneumonia. Radiografia pulmonară la copil cu semne de bronșită este indicată pentru excluderea pneumoniei când copilul prezintă dispnee, tirajul cutiei toracice, subfebrilitate prelungită, asimetria datelor fizicale bronhopulmonare.

Tratamentul în bronșita acută va fi realizat în condiții de domiciliu. Spitalizarea este indicată în convulsii, complicații toxicoinfecțioase. Regimul hidric majorat (100 ml/kg corp) necesar pentru fluidificarea calitativă a secrețiilor bronșice, rehidratare în sindromul febril și toxico-infecțios.

Antitusivele sunt indicate în tuse uscată, chinuitoare pe o durată ce nu depășește 1-2 zile. Medicația suplimentară în programul terapeutic al bronșitelor include expectorante (în tuse productivă), mucolitice (în expectorații vâscoase), bronholitice și corticosteroizi inhalatorii (în wheezing, manifestări bronhoobstructive).

Evaluarea eficacității terapeutice, marcată de reducerea febrei, ameliorarea stării generale, reducerea tusei, dispneei, ralurilor în plămâni vor indica un dinamic pozitiv al maladiei. Dacă febra persistă mai mult de 3-4 zile, se reevaluează starea somatică a copilului și se pune în discuție administrarea antibioticelor.

Tabelul 3

Semne suspecte pentru infecția bacteriană

<i>Semne clinice</i>	<i>Suspecție</i>	<i>Confirmare</i>
Dureri în gât, depuneri	Angină streptococică	Bacteriologic, ASL-O
Dureri în ureche	Otită	Otoscopie
Majorarea ganglionilor limfatici	Limfadenită	Frotiu din istmul faringian
Obstrucție nazală >2 săptămâni	Sinusită	Radiografia sinusurilor
febră >math>38^{\circ}</math> C >3-4 zile	Pneumonie sau infecție bacteriană	Radiografia pulmonară
Dispnee fără obstrucție	Pneumonie	Radiografia pulmonară
Asimetria ralurilor buloase	Pneumonie	Radiografia pulmonară
Tirajul cutiei toracice	Pneumonie severă	Radiografia pulmonară
Sindromul toxic	Infecție gravă	Spitalizare

Copilul frecvent bolnav necesită măsuri de recuperare, orientate spre ameliorarea mecanismelor de protecție, care pot fi realizate cu remedii imunomodulatoare de tipul vaccinurilor bacteriene (IRS, imudon, ribomunil, bronhomunal). Aceste preparate prezintă lizate bacteriene, care produc beneficii imunologice, reduc frecvența IRA și durata episoadelor de infecție respiratorii, influențează pozitiv severitatea bolii și reduc necesarul în antibiotice. Stimularea rapidă nespecifică a factorilor imuni locali (activarea fagocitozei, majorarea sintezei lizosimului, interferonului), produsă de remediile imunomodulatorii, facilitează realizarea unei vindecări sigure și rapide în IRA și contribuie la protecția îndelungată de infecții respiratorii (stimularea producerii IgA secretorii de celulele imunocompetente).

Concluzii

Copilul frecvent bolnav trebuie inclus într-un grup de supraveghere medicală, care necesită un program special de tratament și recuperare pentru prevenirea unor maladii cronice grave.

Bibliografie selectivă

1. *Patologia aparatului respirator la copil* / Sub redacția V. Popescu, București, 1999.
2. М.Я. Студеникин, И.И. Балаболкин, *Аллергические болезни у детей*, М., 1998.
3. В.К.Таточенко, *Современные подходы к назначению антибактериальных средств при ОРЗ у детей. IX Конгресс педиатров России*, М.,2004.

Rezumat

Lucrarea abordează caracteristicile clinice, imunologice ale copilului frecvent bolnav, conduita medicală, diagnostică și terapeutică în infecțiile respiratorii, indicațiile pentru tratamentul antibacterian în IRA.

Summary

The research evaluates the clinical and immunological characteristics of frequent sick child, the medical management, the diagnosis and the treatment of respiratory infections, also the indications for antibacterial therapy in the acute respiratory infections.

INFLUENȚA ACTIVITĂȚILOR EDUCAȚIONALE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII COPILULUI CU ASTM

Corina Guma, Svetlana Șciuca, Sergiu Josanu,
USMF „N. Testemițanu”

În ultimul deceniu a crescut esențial, la nivel global, activitatea de cercetare în domeniul studierii calității vieții pacienților, ca unul din indicatorii cei mai importanți care reflectă eficacitatea serviciilor medicale în sistemele de ocrotire a sănătății. Studiarea calității vieții bolnavilor este o direcție prioritară a medicinei contemporane, fiind o parte obligatorie a analizei complexe a metodelor noi de diagnostic, tratament și profilaxie propuse pentru implementare [1,2]. Multe acte normative internaționale privind diagnosticul, profilaxia și tratamentul maladiilor indică necesitatea unor asemenea cercetări, care în final au ca scop majorarea calității serviciilor acordate populației. Nu este o excepție și programul „Astmul bronșic. Strategia globală” [3].

Astmul bronșic, care este o maladie cronică cu tendință de progresare, decurge cu exacerbări, necesită farmacoterapie îndelungată, influențează negativ asupra modului de viață a individului, limitează activitatea lui, menține o stare permanentă de stres psihoemoțional și în final reduce calitatea vieții bolnavului. Publicațiile privind cercetările calității vieții la copii sunt sporadice. Datele publicate relevă o dependență a calității vieții copiilor cu astm bronșic de nivelul de cunoștințe ale părinților despre simptomele, cauzele, factorii de risc, metodele de profilaxie și tratament al maladii [4]. Un factor de influență asupra calității vieții copilului cu astm este vârsta la care a debutat maladia (cu cât mai precoce a debutat boala, cu atât calitatea vieții copiilor este mai redusă) [5]. Nivelul de educație sanitară și cultură a familiei în care crește copilul, la fel, este un factor important în controlul astmului bronșic, adaptarea optimală la statutul morbid și integrarea în microambianța socială a copilului. Unele cercetări evidențiază statutul social și economic al familiei copilului ca un posibil factor de influență asupra calității vieții copilului cu astm [5].

Scopul studiului l-a constituit evaluarea influenței activităților educaționale în cadrul „Școlii copilului cu astm” pentru optimizarea calității vieții copiilor cu astm bronșic.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 23 de copii cu astm bronșic spitalizați în secțiile alergologie și pneumologie ale ICȘOSMC. Durata medie de tratament în staționar a alcătuit 7 zile. La unii pacienți diagnosticul de astm bronșic s-a stabilit pentru prima dată. Tuturor pacienților li s-a efectuat spirometria în prima zi de aflare în staționar și la externare, PEF-metria zilnică. Chestionarea pentru aprecierea nivelului calității vieții a fost făcută în prima zi și după instruirea în „Școala copilului cu astm” cu ajutorul chestionarului special *Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)* pentru copii. S-au analizat datele anamnestice, factorii posibili de risc, datele examenului clinic.