

В первых двух номерах журнала 2015 года публикуем комментарии главного редактора ж. Педиатрия профессора Г.А. Самсыгиной, посвященные различным актуальным аспектам диспансерной группы часто болеющих детей. Приглашаем педиатров, детских инфекционистов и оториноларингологов, иммунологов и других специалистов, а также наших читателей принять участие в обсуждении этих материалов. Ждем ваших откликов для публикации на страницах нашего журнала, которые следует направлять на электронный адрес редакции журнала: info@pediatrjournal.ru.

© Самсыгина Г.А., 2014

Г.А. Самсыгина

ПРОБЛЕМА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ПЕДИАТРИИ

Часто болеющие дети (ЧБД). Сколько о них написано, сколько говорится на конгрессах по педиатрии, симпозиумах и конференциях! Казалось бы, все ясно с этой группой диспансерного наблюдения детей. Это дети в основном II группы здоровья (71,5–74%), значительно реже – III группы здоровья (~23–28%) [1, 2]. Эти дети болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) чаще, чем в среднем 6 раз в год, чаще, чем их сверстники, которые находятся в тех же экологических условиях, посещают те же детские сады и школы, питаются так же, имеют тот же режим дня и т.д. и т.п. Большинство из них относятся к детям в возрасте от 1 до 6 лет, но частая заболеваемость ОРЗ регистрируется, начиная с 6 месяцев и до 18-летнего возраста и даже во взрослом состоянии, но, конечно, эпизоды ОРЗ встречаются в старшем возрасте намного реже.

ЧБД находятся в группе диспансерного наблюдения в основном в течение 1,5–3,5 лет, затем они заболевают ОРЗ все реже и реже и становятся, как и их сверстники, «эпизодически болеющими детьми» (ЭБД). Лишь небольшая часть из них по-прежнему продолжает волновать родителей и врачей своими заболеваниями и их осложнениями.

Так что же это за группа диспансерного наблюдения – ЧБД? Сколько их? Каковы причины, вызывающие появление этой группы детей? Почему большая часть из них становится такой же, как их сверстники, а часть из них по-прежнему часто болеет? Что с ними делать – лечить или не лечить?

Наиболее точное определение ЧБД принадлежит Н.А. Коровиной и соавт. [3]: «Ребенка правомочно отнести в группу ЧБД в тех случаях, когда повышенная заболеваемость вирусными и вирусно-бактериальными респираторными инфекциями не связана со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями». Следует подчеркнуть, что ЧБД — это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая пациентов с частыми ОРЗ, которые возникают из-за транзиторных отклонений

в защитных системах организма. Проблема ЧБД обусловлена не только тем, что повторные респираторные инфекции отрицательно воздействуют на состояние здоровья детей, определяют значительные материальные потери семьи и общества, неблагоприятно влияют на социальную адаптацию детей и могут привести к снижению качества жизни ребенка в целом, но и тем, что часто болеющий ребенок представляет сложную диагностическую задачу. Сложность диагностической задачи заключается в том, что необходимо отличить детей, которые просто повторно болеют вирусными и вирусно-бактериальными инфекциями дыхательных путей, от детей с более серьезной патологией, такой как бронхоэктатическая болезнь или первичный парциальный иммунодефицит.

В развитых странах мира дети в возрасте от 1 года до 6 лет в 6–18% случаев относятся к ЧБД или, как их называют в зарубежной литературе, дети с периодическими или рекуррентными ОРЗ [4, 5]. У нас в стране, по данным всеобщей диспансеризации 2002 г., ЧБД составляют в общей популяции детского населения в среднем 6,06% [6]. Наиболее высокие цифры отмечаются в возрасте 3–4 лет – 10–15%, наименьшие – в 17 лет – 3%, хотя некоторые авторы приводят более высокие показатели – от 50 до 75% [7]. Но эти авторы, по-видимому, включили в состав ЧБД детей, страдающих тяжелой аллергией, хроническими заболеваниями носоглотки, детей с парциальными иммунодефицитами и, вероятно, с нераспознанными еще аномалиями дыхательной системы. Такое впечатление складывается на основании рассмотрения классификации ЧБД, предложенной ими. Эта классификация приводится и в руководстве М.Г. Романцова, Т.В. Сологуб и Ф.И. Ершова [2], но, по данным М.Г. Романцова и В.В. Ботвиньевой, полученным ими еще в конце XX века, ЧБД составляли $1/8-1/4$ часть всего детского населения Калининградского региона, который они обследовали [8].

Таким образом, частота ЧБД в детской популяции большинства стран мира находится примерно на одном и том же уровне – от 6 до 20–25%. И, что

более важно, эта частота не меняется на протяжении по крайней мере 30 лет наблюдений, исследований и профилактики этой группы детей, которая впервые описана в отечественной литературе в 1986 г. В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым [1], что, по-видимому, предполагает генетически обусловленную основу этого состояния у детей.

Когда говорят о факторах риска развития частой заболеваемости ОРЗ у детей, то выделяют эндогенные и экзогенные факторы риска. К эндогенным факторам относят следующие: семейная предрасположенность к повторным респираторным инфекциям, неблагоприятное перинатальное развитие плода, морфофункциональная незрелость, индивидуальные и возрастные особенности иммунитета, сопутствующие заболевания и др. К экзогенным факторам относят раннее начало посещения детских организованных коллективов, низкий санитарный уровень в семье, неблагоприятные эпидемиологические и материально-бытовые условия, нерациональный режим дня и питания, неблагоприятную экологическую обстановку, стресс, полипрагмазию и др.

Выявление семейной предрасположенности к частым ОРЗ описывает ряд авторов в своих работах [1, 2, 5, 9]. В книге М.Г. Романцова и В.В. Ботвиньевой прямо пишется о наследственной предрасположенности к частым заболеваниям ОРЗ [8]. В группе ЧБД, по их данным, отмечено повышение частоты антигенов HLA A9, B7, DR2 и гаплотипов A3B7, A3B27, A9B27 и A9B35. В результате генеалогического анализа установлено, что подверженность к бронхолегочным заболеваниям у родственников ЧБД в 44,8 раз выше, чем у ЭБД и проведенный математический анализ показал, что наследственное предрасположение к повторным респираторным заболеваниям имеет полигенную основу и реализуется под воздействием неблагоприятных факторов. Доля наследственности составляет 74,3%, свидетельствуя о высокой роли генетических факторов в формировании частой респираторной заболеваемости у детей [8].

Таким образом, полигенный тип наследования предрасположенности к повторным респираторным заболеваниям позволяет отнести их в группу мультифакториальных болезней, при которых реализация наследственного фактора происходит на фоне и под действием неблагоприятных факторов, к которым относятся неблагоприятное перинатальное развитие плода, морфофункциональная незрелость ребенка раннего и дошкольного возраста, сопутствующие заболевания, особенно вызванные нарушениями со стороны лимфоэпителиальной глоточной системы (ЛЭГС).

Как известно, ЛЭГС обладает выраженной лимфопоэтической функцией, участвует в производстве и «обучении» В-лимфоцитов для «своего региона» – слизистой оболочки дыхательных путей, где они осуществляют местную продукцию IgA и IgM. Именно ЛЭГС обеспечивает адекватную антигенную нагрузку на лимфоидный аппарат глотки. При нарушении ЛЭГС антигенная нагрузка на нее неизмеримо возрастает, что может сопровождаться перенапряжением, истощением или расстройством защитных механизмов.

Что касается неблагоприятных социальных факторов, таких как раннее начало посещения и вообще посещение детских организованных коллективов, низкий санитарный уровень в семье, неблагоприятные эпидемиологические и материально-бытовые условия и др., необходимо подчеркнуть следующее. Передко дети, находящиеся в благоприятных условиях, относятся к ЧБД и, напротив, дети, посещающие детские дошкольные учреждения с первого года жизни, относятся к ЭБД [10]. Известно, что демографические процессы, загрязнение окружающей среды, урбанизация и другие социальные факторы ведут к нарастанию в популяции числа лиц с дефектами защитных систем, которые могут передаваться по наследству. Неблагоприятное воздействие на организм ребенка различных факторов внешнего окружения приводит к изменению иммунологической реактивности организма, являясь фоном для возникновения патологии мультифакторной природы.

Таким образом, надо признать, что фактором риска формирования группы ЧБД является наследственная предрасположенность, которая реализуется, если у ребенка имеется один сильно действующий или несколько внешних, экзогенных или эндогенных факторов. Так, например, к группе ЧБД с поражением ЛОР-органов относятся дети, имеющие меньшее количество антенатальных вредностей, редко страдающие морфофункциональной незрелостью, имеющие хорошие социальные условия, но в силу перераспределения ЛЭГС имеющие истощение местных защитных механизмов. Все это позволяет рассматривать ЧБД как гетерогенную группу, в которой каждый вариант развития повторного респираторного заболевания обусловлен определенным сочетанием наследственных и средовых факторов.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев под маской ЧБД могут скрываться дети с пороками развития бронхолегочной системы (например, врожденный стридор) или ЛОР-органов (например, полипы гортаноглотки); дети с мукоцилиарной недостаточностью (недостаточность мукоцилиарного клиренса является следствием длительного и систематического вдыхания табачного дыма или воздуха, загрязненного промышленными газами или другими летучими поллютантами, или следствием недиагностированной бронхиальной астмы или аллергического ринита); дети с муковисцидозом (когда уже на 1–2-м году жизни ребенка встречаются поражения органов дыхания, проявляющиеся синдромами мукоцилиарной недостаточности, бронхиальной обструкции, возникают затяжные и рецидивирующие бронхиты); дети с гастроэзофагеальным рефлюксом (среди детей с ларинготрахеомалацией гастроэзофагеальный рефлюкс обнаруживается в 87%!). Помимо этого, при гастроэзофагеальном рефлюксе к поражениям бронхолегочной системы относят рецидивирующий и хронический бронхит, формирование бронхиальной астмы и другие заболевания.

Особо следует остановиться на первичных иммунодефицитных состояниях, которые редко встречаются, но все же встречаются. Среди них изолированный дефицит IgA, который встречается с частотой 1:700, клинически характеризуется рецидивирующими

синуситами, бронхолегочными заболеваниями. При дефиците лишь секреторного компонента этого класса Ig возможно избирательное поражение слизистых оболочек полости рта, респираторного тракта, кишечника. Эта форма парциального первичного иммунодефицита преимущественно проявляется частыми ОРЗ и эти дети ошибочно могут быть приняты за ЧБД. Дефицит антиполисахаридных антител, подклассов IgG, аллотип Gm(p) и генотип MBL2 являются парциальными иммунодефицитами, вызывающими частые ОРЗ, причем сосуществование нескольких иммунных дефектов является самым сильным фактором в формировании группы так называемых «ЧБД», приводящим к развитию у детей на фоне частых ОРЗ рецидивирующих пневмоний, синуситов и отитов [11–14].

Иммунодефицит является более вероятным, когда у ребенка отмечаются следующие симптомы [5, 15, 16]:

- 8 или более отитов в течение 12 месяцев;
- 2 или более синуситов в течение 12 месяцев;
- 2 или более эпизода пневмонии в течение 12 месяцев;
- 2 или более инфекционных заболеваний, таких как менингит, остеомиелит и др.;
- ребенок плохо набирает вес или плохо растет ± хроническая диарея;
- периодические глубокие кожные абсцессы;
- постоянный поверхностный кандидоз у ребенка старше 1 года;
- низкий эффект или полное отсутствие эффекта от назначения антибиотиков в течение 2 месяцев;
- наличие в семье больного с первичным иммунодефицитом.

Хотя большинство ЧБД не имеют первичного иммунодефицита или других заболеваний, знание о них имеет определяющее значение для того, чтобы соответствующим образом обследовать и лечить ребенка. Поэтому если ребенок, особенно раннего и дошкольного возраста, в течение 1,5–2 месяцев переносит два

и более эпизода ОРЗ, то не надо ждать, сколько ОРЗ он перенесет в течение года, а сразу же рассчитать индекс резистентности (ИР). ИР – это отношение количества эпизодов ОРЗ, деленное на число месяцев наблюдения. К ЧБД можно относить детей с ИР выше 0,33. Существует еще инфекционный индекс (ИИ) – число эпизодов инфекции в год, деленное на возраст ребенка в годах. В норме ИИ равен 0,1–0,3, у ЧБД это отношение составляет от 1,1 до 3,5 [7].

При ИР выше 0,33 необходимо не только лечить ОРЗ, но, вылечив ребенка, обследовать его, чтобы исключить патологические состояния, протекающие с симптоматикой, имитирующей рекуррентные респираторные инфекции. С этой целью надо прежде всего собрать (если не собран ранее) или уточнить семейный анамнез: есть ли родственники, страдавшие или страдающие повторными ОРЗ или аллергией. Собрать (если не собран) аллергологический анамнез самого больного: связь ОРЗ с причинно-значимыми аллергическими факторами, оценить рецидивирующий бронхообструктивный синдром, правильно оценить эффект при проведении противовирусной и антибактериальной терапии, а у ребенка старше 1 года определить содержание IgE, сделать рентгенограмму легких, проконсультировать ребенка у ЛОР-врача, сделать общий анализ крови с подсчетом нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов, затем определить содержание IgG, IgA и IgM. У детей старше 2 лет определить содержание подклассов IgG (IgG₂), маннозосвязывающего лектина, C3 и C4 компонентов комплемента и проконсультировать ребенка у иммунолога. При необходимости провести потовую пробу.

Это позволит своевременно вычленив из группы ЧБ детей, страдающих аномалиями бронхолегочной системы и ЛОР-органов, аденоидитом, хроническим тонзиллитом, детей, страдающих бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, а также детей с первичными парциальными иммунодефицитами.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: изд-во Саратовского медуниверситета, 1986.
2. Рациональная фармакотерапия инфекционных болезней детского возраста: Руководство для практикующих врачей. М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб, Ф.И. Ершов, ред. М.: Литтерра, 2009.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети; современные возможности иммунореабилитации: Руководство для врачей. М.: Контимед, 2001.
4. Bartlett JG. Management of respiratory tract infection. 3rd Ed. Philadelphia, 2001: 178–182.
5. Jesenak M, Ciljakova M, Rennerova Z, et al. Recurrent Respiratory Infections in Children – Definition, Diagnostic Approach, Treatment and Prevention. 2011. www.intechopen.com
6. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). МЗ РФ, 2003: 96 с. Коллегия МЗ РФ: Решение от 22.04.2003 N 7. <http://www.fzr.ru/doc.php?ae=1213&ar=575c>.
7. Макарова З.С., Голубева Л.Г. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях. М.: Владос, 2004.
8. Романцов М.Г., Ботвиньева В.В. Часто болеющие дети – актуальные аспекты повторной респираторной заболеваемости. М.: Российская академия медицинских наук, 1996.
9. Войтович Т.Н. Этиологические и патогенетические факторы развития и течения повторных респираторных заболеваний у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1992: 37 с.
10. Абрамова Н.А. Факторы риска часто болеющих детей в социально благополучных семьях в условиях мегаполиса (г. Москвы): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014: 28 с.
11. Couriel J. Assessment of the child with recurrent chest infections. British Medical Bulletin. 2002; 61 (1): 115–132.
12. Bossuyt X, Moens L, Van Hoeyveld E, et al. Coexistence of (Partial) Immune Defects and Risk of Recurrent Respiratory Infections. Clinical Chemistry. 2007; 53: 124–130.
13. Qiu Li, MisJia Chen, Xi Ou, et al. Mannose-binding lectine (MBL) gene polymorphisms and serum MBL levels in children with recurrent respiratory tract infection. Pediatrics. 2008; 121 (Suppl.): S125.
14. Urschel S, Kayikci L, Wintergerst U, et al. Common variable immunodeficiency disorders in children: delayed diagnosis despite typical clinical presentation. J. Pediatr. 2009; 154: 888–894.
15. Champi C. Primary immunodeficiency disorders in children: prompt diagnosis can lead to lifesaving treatment. J. Pediatrics Health Care. 2002; 16 (1): 16–21.
16. Slattey MA, Gennery AR. Clinical Immunology Review Series: An approach to the patient with recurrent infections in childhood. Clin. Exper. Immunology. 2008; 152 (3): 389–396.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В настоящее время в научном мире унифицируются требования к оригинальным статьям, публикуемым в медицинских журналах, в том числе и в нашем журнале «Педиатрия», являющемся официальным изданием Союза педиатров России.

Академик РАН председатель Исполкома Союза педиатров России Александр Александрович Баранов сформулировал для отечественных педиатрических журналов правила и рекомендации к представлению рукописей оригинальных исследований, которые соответствуют международным правилам и приняты в большинстве зарубежных медицинских изданий. Эти «Правила и рекомендации...» впервые опубликованы в журнале «Вопросы современной педиатрии» и размещены на сайте журнала: <http://www.spr-journal.ru/webasyst/category/zhurnaly/>

Вслед за обращением академика РАН А.А. Баранова, редакция журнала «Педиатрия» также приглашает исследователей к публикации оригинальных статей в соответствии с «Правилами и рекомендациями...», которые мы с разрешения А.А. Баранова публикуем в № 1/15 журнала «Педиатрия» и размещаем на нашем сайте.

Редакция журнала «Педиатрия» обязуется сократить срок рассмотрения оригинальных рукописей до двух недель, а срок опубликования статей, получивших положительную экспертную оценку рецензентов, – до 6 месяцев.

С уважением, главный редактор журнала профессор Г.А. Самсыгина

ПРАВИЛА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЮ РУКОПИСЕЙ, СОДЕРЖАЩИХ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Оригинальные исследования, без сомнений, всегда были и остаются краеугольным камнем процесса научного познания мира. Подготовка отчетов по результатам оригинальных исследований и их опубликование – финальный, а по современным представлениям, и обязательный этап научной деятельности. Именно качество описания исследования (всех его этапов – от планирования до обсуждения результатов) подчас определяет уровень доверия к нему и, возможно, перспективу их последующего использования для формулирования новых гипотез, принятия решений.

Настоящие правила и рекомендации сформулированы таким образом, чтобы помочь авторам подготовить рукопись высокого качества. В качестве примера рассматриваются ситуации, относящиеся преимущественно к исследованиям медицинского вмешательства (лекарственного средства, медицинского прибора, организационных мероприятий и др.). Вместе с тем, правила и рекомендации имеют универсальный характер и должны быть использованы при описании исследований с иными целями (например, эпидемиологические).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПРИНЯТИЯ РУКОПИСИ К РАССМОТРЕНИЮ

1. Соответствие темы исследования тематическому направлению журнала. Журнал публикует результаты оригинальных исследований (в том числе систематические обзоры), клинических наблюдений, литературные обзоры, информационные сообщения, существенная часть которых посвящена вопросам педиатрии, то есть «сохранения и возвращения состояния здоровья ребенку» с момента рождения до 17 лет включительно.

2. Признание исследования оригинальным. Для редакторов журнала критерием оригинальности является тот факт, что ни сама рукопись, ни один из ее существенных фрагментов (включая таблицы, рисунки) ранее не были опубликованы. Проверку на оригинальность рукописи редакторы журнала будут осуществлять с применением системы «АнтиПлагиат», а также путем свободного поиска недобросовестных заимствований с использованием общедоступных поисковых систем. Вместе с тем, редакция журнала сохраняет за собой право в исключительных случаях размещать на страницах журнала результаты уже опубликованных исследований, как отечественных, так и зарубежных авторов. Необходимость этого может быть продиктована важностью полученных данных и необходимостью их распространения среди участников медицинского профессионального сообщества.

3. Представление рукописи в структурированном виде. Для рукописей, содержащих результаты оригинальных исследований, **обязательно** наличие структурированной аннотации (см. соответствующие «Правила и рекомендации по подготовке структурированной аннотации»), а также следующих разделов: Обоснование, Методы, Результаты, Обсуждение, Заключение, Источники финансирования, Литература, Контактная информация. Каждый из разделов должен быть разбит на подразделы с учетом нижеприведенных рекомендаций. При отсутствии необходимой информации подразделы могут быть оставлены незаполненными (табл. 1).