

Полученные данные требуют включения в программу ЧБД не только антибактериальных препаратов, элиминирующих условно-патогенные бактерии, но и средств, восстанавливающих нормальную микрофлору слизистых оболочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева О. В. // Consilium medicum. – 2004. – Педиатрия. – Прил. 3. – С. 3–7.
2. Копанев Ю. А., Соколов А. Л. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические,

клинические аспекты микробиологических нарушений у детей. – М., 2002. – 147 с.

3. Коровина Н. А., Заплатникова А. Л. Часто болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: руководство для врачей. – М., 2001. – 78 с.
4. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника»: ОСТ 91500.11.0004-2003. – М., 2003. – 173 с.
5. Mowat A. M., Weiner H. L. Oral tolerance: basic mechanism and clinical implications. In: Handbook of mucosal immunology. – San Diego: Academic Press, 1999.

Н. В. Малюжинская, О. В. Полякова

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских болезней педиатрического факультета

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВОЛГОГРАДА

УДК 616.211/232-036.12-053.2(470.45)

Особенности биоценоза верхних дыхательных путей, иммунной системы, противои инфекционного иммунитета, включая местную защиту респираторного тракта (лимфоэпителиальная глоточная система), у детей раннего и дошкольного возраста обуславливают их более высокую заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ). Клиническая группа часто болеющих детей характеризуется гетерогенностью (незрелость иммунной системы, истощение иммунной системы вследствие частого повторения ОРИ, парциальные иммунодефициты, сопутствующая патология ЛОР-органов и аллергия и др.).

Ключевые слова: часто болеющие дети, иммунная система, биоценоз, острые респираторные инфекции, дыхательные пути.

N.V. Maliuzhinskaia, O.V. Polyakova

CLINICAL SPECIFICS OF RECURRENT RESPIRATORY INFECTION CHILDREN IN VOLGOGRAD

Specifics of upper airway biocenosis, immune system, anti-infection immunity including local defence of the respiratory tract (lymphoepithelial pharyngeal system) in young and preschool children determine their higher incidence of acute respiratory infections. Recurrent respiratory infection children are characterized by heterogeneity (immaturity of the immune system, depletion of the immune system due to recurrent infections, partial immunodeficiency, concomitant ENT disease, etc.).

Key words: recurrent respiratory infection children, immune system, biocenosis, acute respiratory infection, airways.

Инфекции дыхательных путей представляют серьезную проблему, особенно в детском возрасте. Так, в 2005–2006 гг., по данным Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ, заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ОРИ) среди детей составила чуть меньше 50 тыс. случаев на 100 тыс. детского населения, что составляет более 70 % регистрируемой инфекционной патологии детского возраста [1]. Причем наиболее высокая заболеваемость отмечается в возрасте первых 6–7 лет жизни, и причин тому несколько. Во-первых, у детей раннего возраста биоценоз верхних дыхательных путей (ВДП) находится в процессе становления,

а микробный пейзаж весьма нестабилен, полиморфен, зависим от окружающей среды и приближается к таковому взрослого человека только к 5–8 годам жизни [2]. Во-вторых, иммунная система детей раннего возраста характеризуется высокой пролиферативной активностью лимфоцитов, причем фракция недифференцированных, «наивных» лимфоцитов, у детей этого возраста больше, чем у взрослых. В-третьих, известно, что именно в возрасте 1,5–3 лет происходит переориентация иммунного ответа на инфекционные агенты с превалирования Th2-пути ответа, свойственного плодам, новорожденным и детям первых месяцев жизни, на Th1-ответ, типичный

для инфекционного процесса у взрослого человека, т. е. происходит функциональное созревание противоинфекционного иммунитета детей. В-четвертых, важной особенностью иммунной системы детей раннего и дошкольного возрастов является состояние лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, осуществляющего местную противоинфекционную защиту респираторного тракта.

Эти особенности иммунной системы организма ребенка раннего и дошкольного возрастов являются факторами, обуславливающими их более высокую, чем в старшем возрасте и во взрослом состоянии, заболеваемость респираторными, особенно вирусными, инфекциями. При респираторных инфекциях, повторяющихся более 6–8 раз в год, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы, по-видимому, не происходит. Этим характеризуется так называемая группа часто болеющих детей (ЧБД) [1].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности клинического течения патологии ВДП у ЧБД, наблюдающихся в поликлиниках Волгограда.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн – одномоментное ретроспективное исследование – анализ амбулаторных карт пациентов. В исследование включены все амбулаторные карты пациентов, наблюдающихся в группе ЧБД с хроническими заболеваниями, соответствующих следующим критериям: 1) эпизоды ОРИ с подъемами температуры до 38 °С и более, продолжительностью не менее 48 часов, 6 и более раз в год; 2) наличие хронических заболеваний и не менее двух очагов хронической инфекции рото- и носоглотки вне периода обострения, подтвержденное оториноларингологом, обратившихся за медицинской помощью за период с января по декабрь 2013 года. Обработку фактических данных осуществляли с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2007». Для параметров с нормальным распределением рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (s).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего было проанализировано 88 амбулаторных карт пациентов, средний возраст ($10,03 \pm 2,8$) лет, из них мальчиков – 52,27 % ($n = 46$), а девочек – 47,73 % ($n = 42$), 65 детей составили возрастную группу от 3 до 12 лет. В зависимости от клинической картины был вставлен диагноз «хронический тонзиллит» – 48,86 % ($n = 43$), в том числе в сочетании с гипертрофией миндалин – в 18 (41,86 %), гипертрофией аденоидов – в 5 (11,63 %), сочетанной гипертрофией миндалин и аденоидов – в 9 случаях (20,93 %), по 2 случая –

гипертрофии миндалин и хронического синусита (4,65 %) и гипертрофии аденоидов и хронического синусита (2,33 %). В 6 случаях (6,82 %) диагностирован «хронический тонзиллофарингит», в том числе в сочетании с гипертрофией миндалин – у 3 (50%), гипертрофией миндалин и аденоидов – у 2 детей (66,67 %). У 28 детей (31,82 %) отмечена лимфоаденопатия шейных и подчелюстных лимфатических узлов, у 8 (9,09 %) – гипертрофия миндалин, у 14 (15,91 %) – гипертрофия аденоидов, а также их сочетание – в 6 случаях (6,82 %). У 9 детей (10,23 %) диагностирован хронический синусит, в том числе по 1 случаю сочетания с гипертрофией аденоидов и гипертрофией миндалин и аденоидов (11,11 %). У 9 детей (10,23 %) диагностирован хронический синусит, у 11 детей (12,5 %) – ларинготрахеит, у 12 (13,63 %) – рецидивирующий бронхит. Следует отметить, что у 52 пациентов (59,09 %) наблюдалась сочетанная патология верхних и нижних дыхательных путей. Отмечена достоверное увеличение частоты ларинготрахеита в возрасте 2–7 лет в 1,7 раза по сравнению с группой детей 7–12 лет ($p < 0,05$).

Из сопутствующих заболеваний отмечалась в 12 случаях патология желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей) (13,64 %), мочевыделительной системы – в 6 (6,82 %).

У 15 детей (17,05 %) диагностирована рецидивирующая герпесвирусная инфекция, проявляющаяся после ОРИ специфическими высыпаниями в носогубной области (4–5 раз в год).

У детей, страдающих аллергией, отмечается поляризация иммунного ответа в сторону Th2-ответа, а физиологические Th1-зависимые механизмы борьбы с респираторными инфекциями могут быть нарушены. У 20 детей (22,73 %) из группы часто болеющих диагностированы аллергические заболевания [атопический дерматит – у 8 детей (40 %), аллергический ринит – у 13 (65 %), поллиноз – у 4 (20 %)].

У всех детей, страдающих аллергическими заболеваниями, значимо увеличивались количество, длительность и тяжесть респираторных инфекций в сравнении с детьми без аллергии. Однако это не исключает, что довольно часто участковыми педиатрами обострения аллергических заболеваний дыхательных путей расценивались как простые ОРИ и ребенок многократно получает необоснованную терапию. Это, вероятно, связано с тем, что имеются определенные трудности в трактовке респираторных инфекций у детей, страдающих аллергией. Известно, что при аллергии у ребенка вирусы являются наиболее частой причиной обострения основного (аллергического) заболевания и проведение дифференциальной диагностики ОРИ и аллергического ринита, фарингита, ларингита, трахеита у детей раннего возраста, страдающих аллергией, становится насущной необходимостью [2].

При анализе медицинской документации отмечены особенности преморбидного фона. В антенатальном периоде у 29,54 % матерей ($n = 26$) отмечались частые ОРИ (более 4 раз в год), заболевания, требовавшие приема антибактериальных препаратов – в 34,62 % случаев, токсикоз 1,2 половины беременности – у 32 (36,36 %), герпесвирусная инфекция – у 42 (47,73 %), хронические заболевания мочеполовой системы (хламидиоз, уреаплазмоз, аднексит) – у 22 (25%), хронические заболевания ЛОР-органов и нижних дыхательных путей (хронический тонзиллит, фарингит, бронхит) – у 15 (17,05 %), аллергические заболевания – у 26 (29,54 %) матерей.

От воздействия табачного дыма и аэрополлютантов прежде всего страдает местный иммунитет слизистых оболочек верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, угнетаются клеточные механизмы специфической и неспецифической защиты, что может служить причиной снижения противовирусной резистентности организма [1]. У 14 детей (15,9 %) отмечалось курение родителей, причем в равной степени и отца, и матери, наличие профессиональных вредностей у родителей – у 16 (18,18 %), «антигенной нагруженности жилища» – у 8 детей (9,09 %).

Анализируя особенности наследственного алергоанамнеза, можно отметить у 25 % детей наличие у родственников атопического дерматита (у симбсов) – в 5 случаях (5,68 %), аллергического ринита – в 6 (6,82 %), бронхиальной астмы – в 5 (5,68%), пищевой аллергии – у 4 (4,54 %), поллиноза – у 5 (5,68 %) родственников. Кроме того, отмечены интранатальные особенности: угроза прерывания беременности у 41 матери (46,6 %), патология родов – у 22 (25 %) матерей, асфиксия, родовая травма новорожденного – у 21 ребенка (23,86 %). У 30 детей (34,01 %) преобладало искусственное вскармливание, в среднем с 3-месячного возраста. Среди особенностей течения раннего возраста следует отметить появление кожных аллергических реакций: на первом году жизни – у 23 детей (26,14 %), на втором – у 11 детей (12,5 %).

Несмотря на высокую частоту патологии носо- и ротоглотки бактериологическое обследование было проведено лишь у 45 детей (51,14 %). У 75 % ($n = 66$) детей определена персистирующая инфекция в носо- и ротоглотке: *Staphylococcus spp.* и *Streptococcus spp.* – в 75,76 % случаев ($n = 50$), *Klebsiella sp.* – в 15,15 % ($n = 10$), *Candida albicans* – в 27,27 % ($n = 18$), *Haemophilus influenzae* – в 10,6 % ($n = 7$), ассоциации *Staphylococcus spp.* и *Candida albicans* – в 19,7 % случаев ($n = 13$). У 29,55 % детей ($n = 26$) подтверждена инфекция *Mycoplasma pneumoniae* и у 15,9 % *Chlamydia pneumoniae* ($n = 14$), у 14 детей (15,9 %) отмечалось их сочетание, у 10,22 % ($n = 9$) – *Candida albicans*.

После перенесенной ОРИ отмечается повышенная обсемененность слизистых бактериальной (*Staphylococcus spp.* и *Streptococcus spp.*) инфекцией и грибковой (*Candida albicans*) флорой в 1,36 раза, что было подтверждено данными бактериологических методов обследования ($p < 0,05$). У 15 детей (17,05 %) диагностирована рецидивирующая герпесвирусная инфекция, проявляющаяся после ОРИ специфическими высыпаниями в носогубной области (4–5 раз в год).

Следует отметить, что у детей с 7-летнего возраста (поступление в школу) отмечается ухудшение микробиоценоза слизистых рото- и носоглотки, у таких детей чаще определялись следующие микроорганизмы: *Klebsiella pn.* – у 7 детей (70 %), *Candida albicans* – у 12 (66,67 %), *Staphylococcus haemolyticus* – у 10 (23,26 %), *Haemophilus influenzae* – у 4 (57,14 %), *Streptococcus haemolyticus-β* – у 13 детей (30,23 %) ($p < 0,05$), что может быть связано с чрезмерными психоэмоциональными и физическими перегрузками, увеличением количества контактов в школе. У 29,55 % детей ($n = 26$) подтверждена инфекция *Mycoplasma pneumoniae* и у 15,9 % *Chlamydia pneumoniae* ($n = 14$), у 14 детей (15,9 %) отмечалось их сочетание, что требовало назначения антибактериальных препаратов.

На фоне действия причин, приводящих к развитию частых респираторных заболеваний у детей, все большее значение приобретает экологическое благополучие, возрастание стрессовых воздействий, массовое и бесконтрольное применение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов, неполноценность питания характерный набор причин, вызывающих нарушение микробиоценоза кишечника. Микрофлора кишечника оказывает свое действие на уровне его слизистой и во многом определяет состояние иммунитета.

Из сопутствующих заболеваний в 12 случаях отмечалась патология желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей) (13,64 %), все эти дети консультированы гастроэнтерологом и обследованы, у всех имелись данные бактериологического исследования кала. У 11 детей (91,67 %) отмечено снижение уровня бифидо- и лактобактерий, а также наличие патогенной микрофлоры – *Staphylococcus spp.* (включая *Staphylococcus aureus*) – в 66,67 % ($n = 8$), *Klebsiella pn.* – в 16,67 % ($n = 2$), *Proteus vulgaris* – в 16,67 % ($n = 2$), *Candida albicans* – в 33,33 % случаев ($n = 4$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделенная группа ЧБД с хроническим заболеваниями ВДП характеризуется полиэтиологическим инфекционным синдромом (вирусным, в том числе герпесвирусным, бактериальным, в том числе – атипичным, грибковым), требующим патогенетически обусловленных методов терапии, тщательного подбора и применения

противомикробных и иммуностропных препаратов с доказанной клинической эффективностью.

Превалирование сочетанной патологии ВДП, широкая распространенность лимфоаденопатии шейных и подчелюстных лимфатических узлов, отягощенного собственного и наследственного аллергологического анамнеза у большинства ЧБД требует назначения патогенетически обусловленной терапии, совместного ведения этой группы пациентов врачом-педиатром, аллергологом-иммунологом и ЛОР-врачом.

Группа ЧБД характеризуется отягощенным преморбидным фоном в ante-, intra- и постнатальном периоде, что требует более тщательного врачебного наблюдения, проведения профилактических мероприятий, а также формирования у детей принципов и правил здорового образа жизни и их соблюдения.

Высокая частота выявления персистирующей инфекции дыхательных путей требует обследования ближайших родственников (в т. ч. посещающих организованные коллективы) по эпидемиологическим показателям, являющихся возможной причиной реинфицирования часто болеющих детей.

Высокая частота дисбиоза кишечника требует включения в диспансерное наблюдение за ЧБД врача-гастроэнтеролога с целью коррекции микробного пейзажа кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. – 188 с.

2. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 137–145.

Л. В. Крамарь, А. М. Алюшин, А. А. Арова, О. А. Карпукхина, Т. А. Ларина

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА, У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

УДК 616-022:578.825

В статье представлен клинический случай длительной лихорадки, обусловленной вирусом герпеса человека 6-го типа, у ребенка 5 лет. Показана возможность вируса вызывать мононуклеозоподобный синдром у детей, клинически неотличимый от Эпштейн–Барр вирусной инфекции.

Ключевые слова: вирус герпеса человека 6-го типа, длительная лихорадка, мононуклеозоподобный синдром.

L. V. Kramar, A. M. Aliushin, A. A. Arova, O. A. Karpukhina, T. A. Larina

PROLONGED FEVER WITH MONONUCLEOSIS-LIKE SYNDROME DETERMINED BY HERPES VIRUS TYPE 6 IN A 5-YEAR OLD CHILD

The paper discusses a case of prolonged fever with mononucleosis-like syndrome determined by herpes virus type 6 in a 5-year old child. The authors show that the virus can induce mononucleosis-like syndrome in children, which has the same clinical presentations as Epstein–Barr virus.

Key words: human virus herpes type 6, prolonged fever, mononucleosis-like syndrome.

Вирус герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6) впервые был изолирован из В-лимфоцитов ВИЧ-инфицированных людей в 1986 году. На протяжении нескольких лет он оставался «вирусом без болезни», но в настоящее время известно, что он является причиной возникновения значительного количества патологических синдромов у человека [1, 2].

Согласно литературным данным, ВГЧ-6 широко распространен в человеческой популяции. Его эпидемиология не отличается от таковой других герпесвирусных инфекций. Основной пик

заболеваемости приходится на ранний детский возраст (от 1 года до 4 лет), при этом большинство случаев инфицирования протекают бессимптомно. Однако, наряду с бессимптомными формами, ВГЧ-6 может быть причиной инфекций различных органов и тканей, которые иногда принимают тяжелое и даже фатальное течение [3, 4].

Роль ВГЧ-6 резко возрастает при иммунодефицитных состояниях, особенно у лиц с ВИЧ-инфекцией, реципиентов донорских органов. При отторжении трансплантатов у больных