

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

**Д.А.Добрынин, Т.Н.Кожевникова
Тула, Россия**

Неуклонный рост аллергических заболеваний, выявляемых у детского контингента в последнее время, с одной стороны и увеличение числа детей, относящихся к группе часто и длительно болеющих (ЧДБ) детей, с другой заставили нас задуматься о взаимосвязи этих прогрессий. Именно поэтому в качестве главной цели нашего исследования мы поставили выявление аллергических заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) у детей-пациентов из группы ЧДБ. Можно сказать, что цель исследования имела как чисто научную, так и сугубо практическую основу, однако нельзя сказать, что они были четко разграничены, а напротив, тесно переплетались и дополняли друг друга. Пытаясь установить истинную роль аллергических заболеваний в структуре детской респираторной патологии ВДП у детей из группы ЧДБ и обосновать симптомы, клинически похожие на ОРЗ, с точки зрения аллергического фактора, мы также стремились провести у этих детей своевременную диагностику и адекватно скорректировать их терапию. Это, в свою очередь, создавало дополнительную доказательную основу для научной части исследования.

Часто и длительно болеющие дети – это группа детей, не состоящих на диспансерном наблюдении, но имеющих частые эпизоды острых респираторных заболеваний. Основным показанием для отнесения ребенка в группу ЧДБ в нашей стране являются критерии А.А.Баранова и В.Ю.Альбицкого, включающие возраст ребенка и количество эпизодов ОРЗ в течение одного года. Основанием также может быть инфекционный индекс, рассчитанный по тем же критериям А.А.Баранова и В.Ю.Альбицкого и представляющий собой отношение всех случаев ОРЗ в течение одного года к возрасту ребенка. В норме он составляет 0,2-0,3. При его увеличении свыше 1, ребенка можно достоверно отнести к группе ЧДБ детей. Частота аллергических заболеваний среди детей в последнее время угрожающе растет, причем проявления респираторного характера получают особенно широкое распространение. Более того, они особенно трудны в плане диагностики, т.к. в отличие от гастроэнтеральных и кожных редко диагностируются сразу после рождения, а выявляются наиболее часто в возрасте от 3 до 7 лет, прогрессивно увеличивая в дальнейшем свою распространенность. Кроме того, дебютирующие в раннем детском возрасте кожные проявления (атопический дерматит) в последующем нередко сменяются респираторными atopическими проявлениями (аллергический ринит, бронхиальная астма), составляя цепь atopического марша. Atopический марш – это последовательное развитие симптомов atopической болезни, когда одни симптомы становятся более выраженными, а другие идут на убыль. Это обусловлено едиными патогенетическими механизмами, проходящими в организме сенсibilизированного больного с гиперреактивной иммунной системой.

Но еще важнее для нас то, что эти патогенетические механизмы похожи на механизмы воспаления, происходящие в организме при заражении ОРВИ. Аллергическая реакция, являясь по своей сути извращенной воспалительной реакцией, опосредуется теми же клетками (макрофаги, Т- и В-лимфоциты, тучные клетки), теми же медиаторами (гистамин, брадикинин, лейкотриены, серотонин) и имеет те же точки приложения, что и воспалительная реакция, происходящая в организме при внедрении ОРВИ. С практической точки зрения проводить дифференциальную диагностику ОРВИ и клинических проявлений

гиперреактивности иммунной системы без использования специальных методов исследования еще труднее и такие общие для них симптомы как заложенность носа, выделения из носовых ходов различного характера, кашель, чихание, боль в горле в этом вопросе не помогают, а скорее наоборот создают трудности. Для углубленного изучения указанных вопросов на базе МУЗ ДГБ № 3, в Городском центре респираторной патологии у детей мы создали группу исследования, состоящую из 24 частоболеющих детей в возрасте от 0 до 18 лет. Пациенты из этой группы были направлены на стандартные исследования, выбранные по принципу информативности как наиболее приоритетные: 1) мазок из носа на цитогамму крови, 2) аллергологические пробы, 3) мазок из зева и носа на микробный пейзаж и чувствительность флоры к антибиотикам.

Возрастная и половая структура у детей из группы ЧДБ представлена следующим образом: у 11 из 24 детей появление клинической симптоматики, ставшей показанием к их отнесению в группу ЧДБ детей, пришлось на возраст от 3 до 7 лет. У 5 детей оно совпало с возрастным промежутком от 1 до 3 лет, у 4 детей – от 15 до 18 лет, у 3 детей – от 7 до 15 лет, и только у одного ребенка клиника проявилась уже в грудном возрасте. Нами также было отмечено, что в общей структуре аллергических заболеваний выявленных в нашей группе, преобладали мальчики – 15 человек (65 %), в то время как клинико-лабораторные признаки были выявлены всего у 8 девочек (35 %). Такое распределение подтверждает общепринятые данные по этому вопросу.

Отдельно хотелось бы остановиться на таком стандартном методе как исследование мазков из носа на цитогамму крови. Простота его техники и достаточно высокая информативность метода позволили рассматривать его как достаточно перспективный в вопросах ранней диагностики аллергических заболеваний у ЧДБ детей. В этом исследовании фиксированный и окрашенный по Романовскому мазок исследуют под микроскопом, подсчитывая на 100 клеток количество нейтрофилов и эозинофилов. Нормальным считается содержание эозинофилов не более 5 %. Для подтверждения информативности этой методики нами были изучены результаты среза одного дня, проведенного в группе ЧДБ детей (всего у 58 человек).

При оценке результатов мы учитывали следующие данные. Повышение содержания эозинофилов до 30 % рассматривалось как умеренная, от 30 до 50 % - как средняя, свыше 50 % - как высокая эозинофильно-нейтрофильная диссоциация. У 29 человек (50 %) содержание эозинофилов находилось в пределах нормы. Однако у остальных пациентов наблюдалась эозинофильно-нейтрофильная диссоциация, причем у 18 – умеренной, у 4 средней и у 7 – высокой степени. Результаты этого исследования, указывающие на присутствие почти у половины ЧДБ детей аллергического компонента в этиологии частых респираторных симптомов, невозможно переоценить. Почти половина детей, взятых нами произвольно по результатам среза одного дня, регулярно посещала участкового педиатра, состояла в группе ЧДБ детей, получала лечение, направленное на механизмы развития ОРВИ, но практически ни у кого из них не был выявлен и соответственно не учитывался аллергический фактор ни в вопросах диагностики, ни в вопросах лечения. И если умеренное повышение уровня эозинофилов еще можно рассматривать как состояние гиперреактивности иммунной системы, предшествующее и угрожающее развитием аллергического заболевания, то среднее и высокое – уже не что иное, как показатель клинически выраженного и нозологически сформированного заболевания аллергического генеза. Эти дети, бесспорно, нуждаются в дополнительном аллергологическом обследовании с целью своевременной диагностики и коррекции лечения. И задача врача в этой ситуации – не только правильно нейтрализовать симптомы,

но и предотвратить угрозу аллергического заболевания, остановив его прогрессирование на той стадии, на которой оно было выявлено.

В нашей группе исследования из 24 человек как раз и была проведена такая диагностика, установившая наличие у детей аллергических заболеваний (аллергический ринит, аллергический бронхит, атопическая бронхиальная астма интермиттирующего или легкого персистирующего течения) или угрозу по их развитию (синдром гиперреактивности иммунной системы). Это позволило обоснованно скорректировать их терапию. Лечение этих детей было пересмотрено в первую очередь патогенетически, направлено в сторону аллергического фактора и предусматривало назначение следующих групп препаратов с учетом возрастных дозировок: инстилляций с раствором морской соли (аквамарис, салин, маример); топических ГКС (назонекс, фликсоназе, тафенназаль), антигистаминных препаратов II поколения (цетиризин, эриус, кларитин), иммунокорректоров общего действия (рибомунил, бронхомунал), топического действия (ИРС-19, иммундон), а также неспецифических стимуляторов иммунитета (вобэнзим).

У 12 детей из группы исследования была проведена оценка степени выраженности симптомов спустя 1 месяц после коррекции лечения. Эта оценка выражалась в баллах (от 1 до 5) у каждого ребенка, после чего была подсчитана средняя выраженность симптомов в целом у всех детей. И если до назначенного лечения средняя выраженность каждого симптома была оценена в 5 баллов, то через месяц после начала лечения она значительно снизилась. Так боль в горле уменьшилась до 1 балла, заложенность носа – до 1 балла, выделения из носа – до 2 баллов, кашель – до 0,5 баллов, чихание – до 1 балла. Таким образом, можно констатировать, что назначенная терапия наглядно показала свою эффективность и позволила устранить или свести к минимуму выраженность респираторных симптомов у детей.

Подводя итоги нашей работы, можно сделать ряд выводов.

Во-первых, группа ЧДБ детей – группа с высокой степенью распространенности аллергических заболеваний или угрозой по их развитию, причем частота их выявления достаточно высокая для того, чтобы в развитии частых респираторных симптомов, похожих на ОРЗ, у таких детей заподозрить роль аллергического фактора.

Во-вторых, назначенное противоаллергическое лечение позволило в большинстве случаев устранить или свести к минимуму выраженность симптомов заболеваний у этих детей, а следовательно, своевременность и адекватность назначенной терапии позволили сократить число детей, находящихся на учете с диагнозом ЧДБ и своевременно выявить аллергические заболевания в этой группе.

В-третьих, распространенность аллергических заболеваний у детей, имеющая в последнее время тенденцию к росту и доказанная нами связь аллергического фактора с частыми респираторными симптомами, должны увеличить у врачей-педиатров аллергическую настороженность, особенно при работе с ЧДБ детьми.