

Заключение

Критериями благоприятного краткосрочного (5 лет) прогноза при раке молочной железы у женщин в период менопаузы являются размер опухоли менее 5 см, отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы, а также отсутствие высокой активности супрессорных клеток.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скотаренко Л.В., Воротников И.К., Кадагидзе З.Г., Шамилов Ф.А. Особенности Т-клеточного иммунитета при раке молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2011;(4):24-27.
2. Bradley K.T. Prognostic and Predictive Factors in Breast Cancer // News Path. Available from: http://www.cap.org/apps/docs/newspath/0709/prognostic_and_predictive_factors_in_breast_cancer.pdf

3. Gingras I., Azim H. A., Ignatiadis M., Sotiriou C. Immunology and breast cancer: toward a new way of understanding breast cancer and developing novel therapeutic strategies. Clin Adv Hematol Oncol. 2015;13:372-385.

4. Hayes D.F., Isaacs C., Stearns V. Prognostic Factors in Breast Cancer. Current and New Predictors of Metastasis. J Mamm Gland Biol Neopl. 2002; 6:375-392.

5. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics. CA: Cancer J Clin. 2011;61:69-90.

6. Michaelson J.S., Satija S., Kopans D.B., et al. The Impact of Breast Cancer Screening, in Terms of Tumor Size and Death Rate. Cancer. 2003;98:2114-2124.

7. Tanriverdi O., Meydan N., Barutca S. Reconsideration of Clinical and Histopathological Prognostic Factors in Breast Cancer Patients: A Single Center Experience. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15:807-812.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ:**ВЗГЛЯД ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА**

Барычева¹ А.Ю., Глушко² Е.В., Минасян¹ М.М., Хачирова² Л.С., Щербакова³ Б.В.

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь.

² ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь.

³ АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», г. Ставрополь.

COMMON COLD IN CHILD: A LOOK DOCTOR ALLERGISTS IMMUNOLOGISTS

Barycheva¹ L.Yu., Glushko² E.V., Minasyan¹ M.M., Khachirova² L.S., Shcherbakova³ B.V.

¹ FGBO VO «Stavropol state medical university» MH RF, Stavropol.

² GBUZ SC «Regional Children's Clinical Hospital», Stavropol.

³ ANMO «Stavropol Regional Clinical Consultative-diagnostic Center», Stavropol.

Острые респираторные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний у детей, с ними связаны 30-50% потерь рабочего времени у родителей и 60-80% пропусков занятий в школе [1,6]. Частые респираторные инфекции нередко являются фактором риска развития хронической соматической патологии, причиной обострения аллергических и аутоиммунных заболеваний, дисгармоничного физического развития ребенка [1,3,6].

К вероятным экзогенным причинам частой респираторной заболеваемости относят многообразие и специфичность респираторных па-

тогенов, их высокую контагиозность, низкий материальный и культурный уровень в семье, раннее начало посещения детских учреждений, пассивное курение, дефицитное по макро- и микронутриентам питание, ятрогенное воздействие на иммунную систему антибиотиков и других фармакологических препаратов, нарушение экологии; к эндогенным – транзиторные иммунные нарушения, такие как: дисбаланс Th1/Th2, гипопродукция IF γ , недостаточность sIgA и другие, редко достигающие степени иммунодефицита [1,5]. При этом у часто болеющих детей нередко диагностируются самостоятельные атопические

и инфекционные заболевания, скрывающиеся под маской «ЧБД» [5].

Цель исследования: провести анализ структуры заболеваний, диагностируемых у часто болеющих детей, на приеме врача аллерголога-иммунолога.

Материалы и методы. В работе осуществлён анализ результатов обследования 295 детей из группы часто болеющих, проведенного в условиях пульмонологического отделения и амбулаторного консультативного приёма врача аллерголога-иммунолога ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» в 2014-2015 гг. Верификация нозологических форм осуществлялась с помощью стандартных клинико-инструментальных и лабораторных методов. Всем больным выполнены исследование иммунного статуса и аллергологическое обследование. В качестве статистических критериев использованы методы непараметрической статистики – критерий χ^2 квадрат.

Результаты исследования. Большая часть детей – 64,1% (189) – была направлена врачом-педиатром, 3,4% (10) – врачом-оториноларингологом, 32,5% (96) детей обследованы в результате самообращения родителей. При детализации анамнеза выявлено, что 23,1% (68) из них имели рецидивирующее течение обструктивного бронхита, 6,8% (20) – эпизоды простого бронхита, 4,4% (13) страдали хроническим тонзиллитом, 59% (174) – ринофарингитом. У 6,8% (20) детей в анамнезе регистрировались рецидивирующие отиты, у 2% (6) – рецидивирующий фурункулез. Респираторно-вирусные инфекции с частотой 4-10 раз в год отмечались у 51,5% (152) детей. Несмотря на наличие рецидивирующих респираторных инфекций, 53,9% (159) пациентов ранее не были обследованы; 69,5% детей – не консультированы оториноларингологом. Следует отметить, что у 83% больных с симптомами дыхательного дискомфорта в течение 1-2 лет, не выполнено стандартное инструментальное обследование (рентгенография органов грудной клетки и спирография).

В результате проведенного анализа бронхиальная астма (БА) диагностирована у 18,3% (54) детей, что превышает данные, представленные в отечественной литературе – 8,1% ($p < 0,05$) [6]. Ал-

лергический ринит (АР) верифицирован в 35,8% (92) случаев, бронхиальная астма в сочетании с аллергическим ринитом – в 12,5%.

Склонность к рецидивирующим респираторным инфекциям затяжного характера, устойчивым к стандартным методам терапии, часто позволяет заподозрить наличие атопии. Огромное значение в диагностике аллергических заболеваний имеет сбор аллергологического анамнеза [6]. Бронхиальная астма и аллергический ринит вероятны у детей с кожными аллергическими проявлениями на первом году жизни, развитием первого эпизода бронхиальной обструкции в возрасте старше 1 года, эозинофилией периферической крови, имеющих родителей (чаще мать) с атопическими заболеваниями. Важна оценка факта элиминации аллергена, эффективность антигистаминных средств [6].

Дифференциальная диагностика между повторными эпизодами обструктивного бронхита и БА представляет большие трудности в педиатрической практике, поскольку у 30-85% детей приступы БА провоцируют респираторные инфекции [4].

Согласно критериям Американской академии педиатрии (2011 г.), к группе высокого риска по БА следует относить детей с повторными эпизодами свистящего дыхания и наличием 1 большого (наличие БА или атопического дерматита/экземы у родителей) или 2 малых критериев (эозинофилия $\geq 4\%$, наличие хрипов вне связи с ОРВИ, аллергический ринит) [6]. Своевременное установление диагноза БА – всегда в интересах ребёнка, поскольку позволяет назначить базисную терапию и достигнуть контроля заболевания.

Затяжное течение инфекционного мононуклеоза Эпштейн-Барр вирусной этиологии диагностировано у 7,8% (23) детей. Известно, что ВЭБ-инфекция играет существенную роль в формировании контингента часто болеющих детей [2]. На фоне первичного инфицирования или длительной персистенции вируса поражаются лимфоидный аппарат и эпителий верхних дыхательных путей, что создаёт предпосылки для развития оториноларингологической патологии – экссудативного среднего отита, аденоидита, тонзиллофарингита, синусита [2].

У 1,4% (4) детей с длительным кашлем вери-

фицированы аномалия трахеобронхиального дерева, у 0,7% (2) – инородное тело дыхательных путей, у 5,8% (17) – респираторный хламидиоз. Полученные данные согласуются с результатами, представленными в исследовании G.H. Ahmet et al. [7]. Известно, что хламидийная и микоплазменная инфекции распространены во всем мире и являются актуальными возбудителями ОРИ у детей школьного возраста. Респираторный хламидиоз диагностируется у 7% детей, кашляющих до 54 дней и более [8].

При исследовании иммунного статуса в 23,1% (68) случаев зарегистрирована транзиторная дисфункция иммунной системы, у 1,4% (4) – выявлен врождённый дефицит иммунной системы – селективный дефицит IgA. Снижение иммунного реагирования у ЧБД чаще связана с физиологической незрелостью иммунной системы ребёнка, но может быть также обусловлена неблагоприятными анте- и перинатальными факторами, курением родителей, предрасположенностью к Th2- типу иммунного ответа у детей с атопией, назначением антибиотиков и антипиретиков без соответствующих показаний [1,5,6]. Селективный дефицит IgA относят к «малым» формам гуморальных иммунодефицитов, которое характеризуется вариабельной клинической манифестацией, однако не приводит к жизнеугрожающим инфекциям. Его распространённость в группе ЧБД обычно превышает популяционные показатели.

Заключение. Таким образом, группа диспансерного наблюдения ЧБД на приёме аллерголога-иммунолога неоднородна. У 49% детей под маской «ЧБД» диагностируются аллергические заболевания, у 7,8% – затяжное течение ВЭБ-инфекции, у 1,4% – аномалия трахеобронхиального дерева, у 5,8% – респираторный хламидиоз. В 23,1% случаев выявляются транзиторные отклонения в иммунном статусе, в 1,4% – «малые» формы первичных иммунодефицитов в виде селективного дефицита IgA. Ранняя диагностика нозологических форм в диспансерной группе наблюдения ЧБД, требующих специализированного подхода в лечении и профилактике, позволит обеспечить своевременность оказания медицинской помощи ребёнку, её соответствие стандартам, повышение качества жизни детей и их родителей [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барычева Л.Ю., Голубева М.В., Погорелова Л.В. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение: учеб. пособие. Ростов н/Д.: Феникс, 2012, 219 с.
2. Барычева Л.Ю., Голубева М.В., Волкова А.В. Факторы и механизмы иммуносупрессии при Эпштейна-Барр вирусной инфекции. Детские инфекции, 2014, Т.13, №2, С. 28-33.
3. Водовозова Э.В., Голубева М.В., Доронин В.Ф. и др. Руководство по практическим умениям педиатра: учебное пособие для системы последиplomного профессионального образования врачей-педиатров. Ростов-на-Дону, 2010, Сер. Высшее медицинское образование (3-е издание, стереотипное), 574 с.
4. Германова О.Н., Голубева М.В., Барычева Л.Ю. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2010, №4 (20), С. 42-48.
5. Консенсус (ПРИМА). Педиатрические рекомендации по применению иммуномодулирующих препаратов в педиатрической практике / В.А. Ревякина, Н.И. Ильина, Н.А. Геппе и др. // Лечащий врач. – 2015. – №4. – С. 24-26.
6. Овсяников Д.Ю., Илларионова Т.Ю., Пушко Л.В., Кузьменко Л.Г. Часто болеющие дети: что еще кроме инфекций. *Вопр. современ. Педиатрии*, 2013, №1, С. 74-84.
7. Ahmet H. G., Erkan C., Emel T. et al. Evaluation of 563 children with chronic cough accompanied by a new clinical algorithm. *Italian Journal of Pediatrics*, 2015, № 41, P.73.
8. Zhengrong C., Wei J., Yuqing W., Yongdong Y., Hong Z., Xuejun S., Jun X. Epidemiology and associations with climatic conditions of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* infections among Chinese children hospitalized with acute respiratory infections. *Italian Journal of Pediatrics*, 2013, P. 39-34.