

УДК: 616.211-002.193

ЧТО МОЖЕТ МАСКИРОВАТЬСЯ ПОД СИМПТОМАМИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА?

Хакимова Диана Наильевна¹, Седунова Юлия Васильевна¹, Андропова Елена Владимировна^{1,2}

¹Кафедра поликлинической педиатрии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

²ООО «Семейный доктор»

Магнитогорск, Россия

Аннотация

Введение. Дети, начинающие посещать детский сад, часто болеют респираторными инфекциями. Родители этих пациентов обращаются к врачу аллергологу - иммунологу для исключения/подтверждения аллергического ринита (АР) у их детей. **Цель исследования** – проанализировать причины персистирующего ринита. **Материал и методы.** В исследование были включены 45 детей двух – четырех лет (средний возраст 2,96±0,12), 24 мальчика (53,33%) и 21 девочка (46,67%), обратившихся на прием к врачу аллергологу-иммунологу по поводу рецидивирующего ринита и частой заболеваемости респираторными инфекциями. Всем пациентам были проведены общеклинические и аллергологические обследования. **Результаты.** В результате диагностики аллергическая природа ринита не была установлена ни у одного из детей. Рекуррентные вирусные инфекции составили 95,56%. У обследуемых детей наиболее часто выявлялась гипертрофия аденоидов (77,78%), острые назофарингиты (48,89%), острые средние серозные отиты (33,33%), острые этмоидальные синуситы (17,78%). **Выводы.** Исключение АР дает возможность врачу педиатру исключить аллергическую патологию и предотвратить атопический марш.

Ключевые слова: часто болеющие дети, аллергический ринит, рецидивирующий ринит, респираторные инфекции.

WHAT CAN BE HIDDEN UNDER THE SYMPTOMS OF ALLERGIC RHINITIS?

Khakimova Diana Nailievna¹, Sedunova Yulia Vasilievna¹, Andronova Elena Vladimirovna^{1,2}

¹Department of Polyclinic Pediatrics

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

²LCC «Semeynyi Doctor»

Magnitogorsk, Russia

Abstract

Introduction. Children starting kindergarten often suffer from respiratory infections. The parents of these patients consult an allergist-immunologist to confirm their allergic rhinitis (AR). **The aim of the study** is to analyze the causes of persistent rhinitis masquerading as AR in frequently ill children. **Material and methods.** The study included 45 children two to four years old (average age 2.96±0.12), 24 boys (53.33%) and 21 girls (46.67%), who visited an allergist-immunologist for recurrent rhinitis and frequent incidence of respiratory infections. All patients underwent general clinical and allergological examinations. **Results.** As a result of the diagnosis, the allergic nature of rhinitis in children was not 100% established. Viral infections in total accounted for 95.56% of the total incidence. In the children examined, adenoid hypertrophy (77.78%), acute nasopharyngitis (48.89%), acute serous otitis media (33.33%), and acute ethmoidal sinusitis (17.78%) were most often detected. **Conclusion.** Excluding AR allows the pediatrician to be confident that the child will not form an atopic march and will not develop more severe allergic pathology, for example, bronchial asthma. **Keywords:** frequently ill children, allergic rhinitis, recurrent rhinitis, respiratory infections.

ВВЕДЕНИЕ

Пациентами с рекуррентными респираторными заболеваниями, которые чаще других обращаются в медицинские организации с признаками ОРЗ в течение года, нередко являются дети первых трёх-четырёх лет жизни, начинающие посещать детские дошкольные учреждения [1]. Такие дети требуют особого внимания и осторожности в плане формирования хронической респираторной патологии, как со стороны родителей, так и со стороны врачей.

Замечено, что самый высокий уровень заболеваемости отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста [2]. Известно, что пациенты раннего возраста болеют острыми респираторными инфекциями в 2,0 - 2,5 раза чаще по сравнению с детьми старшего возраста [3].

Именно в этом возрасте дети начинают посещать развивающие учреждения и детские сады, где контактируют с большим количеством сверстников. Массивное число

инфекционных агентов, вызывающих респираторные заболевания и активирующих защитные механизмы, влияют на созревание врожденного и адаптивного иммунитета ребенка и формируют нормальный онтогенез (постепенное переключение иммунного ответа с преобладанием Т-хелперов 2-го типа, свойственного плоду и новорожденному, на иммунный ответ с преобладанием Т-хелперов 1-го типа, характерный для старших детей и взрослых). В педиатрической практике наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика между повторными эпизодами инфекций верхних и нижних дыхательных путей и респираторными проявлениями аллергических заболеваний. Установлено, что у детей с atopическими заболеваниями часто наблюдается гиперреактивность дыхательной системы, что делает их более восприимчивыми как к инфекциям, так и к респираторным аллергенам. Таким образом, инфекционные агенты могут выступать не только как причина болезни, а также могут облегчать формирование аллергического заболевания у предрасположенных к данной патологии людей [4].

При рецидивирующих инфекциях важной является своевременная диагностика и грамотно подобранная терапевтическая тактика. В этой связи у врача любой специальности должен быть обоснованный подход к каждому пациенту и четко выстроенный алгоритм действий.

Цель исследования – выявить причины и клинические особенности формирования респираторных симптомов инфекционной природы, маскирующихся под АР у часто болеющих детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 45 историй жизни и болезни часто болеющих детей с исключенным у них АР в возрасте от двух до четырех лет (средний возраст $2,96 \pm 0,12$): 24 мальчика (53,33%) и 21 девочка (46,67%), обратившихся на прием к врачу аллергологу-иммунологу по поводу рецидивирующих ринитов для исключения у них atopической природы заболевания. Всем пациентам были проведены клиничко-лабораторные исследования, включая риноцитограмму, и аллергологические обследования (определение специфических IgE к респираторным аллергенам). Все пациенты были осмотрены врачом оториноларингологом. Для анализа полученных данных были использованы методы описательной и аналитической статистики. Анализ данных выполнен с помощью программного обеспечения IBM SPSS (США) и программ Microsoft Excel (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обследуемых пациентов 91,11% оказались организованными. Вирусные инфекции, как причина заболеваний, составили 95,56%. Пик заболеваемости приходился на первые месяцы социализации (начало посещения ДДУ и контакт с респираторными инфекциями).

В результате оценки состояния миндалин, аденоидов, придаточных полостей носа и барабанной перепонки, различные заболевания лор-органов были установлены: гипертрофия аденоидов или гипертрофия миндалин выявлены у 77,78% детей.

Респираторные инфекции у детей исследуемой группы представлены на рис.1.



Рис.1. Заболевания, протекающие с симптомами ринита в изучаемой группе детей (n=45)

При изучении анамнестических данных было установлено, что 77,78% обследуемых детей имели отягощенную по атопии наследственность. Аллергическая природа ринитов ни у кого из пациентов не была подтверждена. Средние показатели уровня общего IgE определялись на уровне $68,98 \pm 18,92$ МЕ/мл (референсные значения <60 МЕ/мл). Повышенные уровни специфических IgE методом ImmunoCap к респираторным аллергенам (аллергены животных, клещей домашней пыли, пылевые аллергены деревьев, луговых и сорных трав) были ниже референсных значений ($<0,35$ kU/l).

У пациентов был изучен клеточный состав назальной слизи. В риноцитогамме выявлялись кокковые виды бактерий, нейтрофилы и лимфоциты (рис.2). Эозинофилы ни у кого из обследуемых пациентов не были обнаружены.

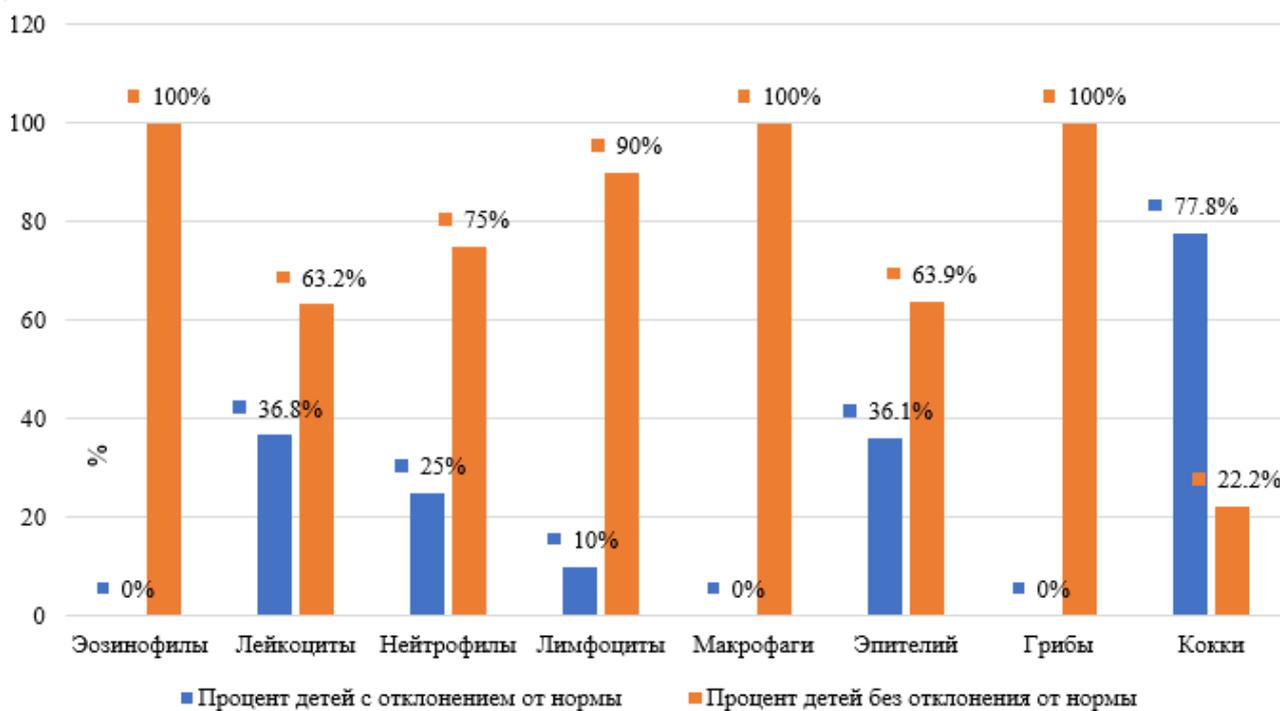


Рис.2. Показатели риноцитогаммы в изучаемой группе детей (n=36)

При анализе бактериальных посевов из носа чаще был установлен рост *St. aureus* (27,27%), *Moraxella* и *Branhamella catarrhalis* (по 21,21%), *Haemophilus influenza* (9,09%), *St. epidermidis* (9,09%), *Corynebacterium sp.* (6,06%).

Обследование слизистой оболочки полости рта (ротовая жидкость) на присутствие в ней вирусов рода герпеса методом ПЦР выявило наличие герпеса 6 типа у 69,57% детей, цитомегаловируса – у 13,04%, вируса Эпштейна-Барр – у 8,70% детей.

В структуре гуморального звена иммунитета дисиммуноглобулинемий выявлено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты нашего исследования подтвердили значимость вирусных инфекций у часто болеющих детей. Была установлена высокая частота респираторных вирусных инфекций (95,56%), что ещё раз подчеркивает распространение вирусной патологии в педиатрической практике. Это также указывает на необходимость эффективных противовирусных профилактических мер, направленных на снижение риска заражения вирусами среди детей. Заметим, что частые и длительные респираторные заболевания у детей в раннем детском возрасте до периода социализации требуют исключения хронической патологии.

Выявленные нами гипертрофия аденоидов и гипертрофия миндалин в 77,78% случаев у часто болеющих детей сопоставимы с мнением других исследователей о частой патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей раннего возраста [2]. У таких пациентов важна правильная тактика лечения (консервативная или хирургическая терапия), для чего необходима своевременная консультация оториноларинголога.

Обнаруженный рост *St. aureus*, *Moraxella/Branhamella catarrhalis*, *Haemophilus influenza* и других бактерий подчеркивает значимость и бактериальных инфекций в развитии респираторной патологии у детей с рекуррентными заболеваниями, хотя и в меньшем числе случаев по сравнению с вирусной этиологией. Полученные данные подтверждают необходимость лечения и профилактики вирусных инфекций в большинстве эпизодов болезни в группе детей с рецидивирующими ринитами.

Актуальна этиологическая значимость семейства *Herpes* вирусов, которые часто становятся персистирующими. Данные возбудители способны вызывать хронический воспалительный процесс на слизистых оболочках и в тканях организма, первоначально инфицируя ребенка именно в дошкольном возрасте [6]. Проведенное нами исследование детей с персистирующим ринитом методом ПЦР (ротовая жидкость) выявило доминирование вируса герпеса 6 типа (69,57%).

Заметим, что хотя атопическая наследственность была отмечена у 77,78% детей, аллергическая природа ринита не была подтверждена у ни одного из пациентов. Это доказывает правильность исключения у описываемых детей атопической природы ринита. Сниженные уровни специфических IgE к респираторным аллергенам (ниже референсных значений) свидетельствуют об отсутствии респираторной сенсibilизации у обследуемых детей на момент исследования.

Наконец, не редко часто болеющие дети развивают респираторные заболевания из-за отклонений в системах врожденного и адаптивного иммунитета [2]. Хотя у большинства детей с рекуррентными заболеваниями нет стойких нарушений иммунитета, генетические факторы все же могут играть роль в их повышенной чувствительности к инфекциям. У обследуемых нами пациентов нарушений в гуморальном звене иммунитета выявлено не было, что может косвенно свидетельствовать о нормальном иммунном ответе на инфекцию у данных детей.

Полученные результаты нашего исследования подчеркивают многофакторную природу заболеваний у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями и необходимость комплексного подхода к их диагностике, лечению и профилактике. Поскольку нередко такие пациенты могут формировать атопические болезни верхних и нижних дыхательных путей, им показаны консультации врачей аллерголога-иммунолога и оториноларинголога для исключения и установления иных причин повторяющихся эпизодов ринита и аллергической природы заболевания.

ВЫВОДЫ

1. При наличии у ребенка персистирующего ринита его необходимо направить на прием к врачам оториноларингологу для исключения и установления иных причин повторяющихся эпизодов ринита и аллергологу – иммунологу с целью тщательного сбора аллергологического анамнеза и проведения аллергологического обследования.

2. Исключение АР может предупредить развитие атопического марша и бронхиальной астмы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Recurrent respiratory infections / Bush A. // *Pediatr Clin North Am.* - 2009.
2. Часто болеющие дети: что еще кроме инфекций? / Овсянников Д.Ю., Илларионова Т.Ю., Пушко Л.В., Кузьменко Л.Г. // *Вопросы современной педиатрии.* - 2013. - Т.12. № 1. - С.74-86.
3. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций / Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшхоева Р.М. [и др.] // *Педиатрическая фармакология.* - 2005. № 1. - С.3-7.
4. Царев С.В. Инфекция и аллергия: взаимосвязь и взаимовлияние / Царев С.В. // *РМЖ.* - 2016. № 12. С. 800-803.
5. Часто болеющие дети / Сачкова Л.А., Балашов А.Л, Трухманов М.С. // *University Therapeutic Journal.* - 2020. - Т.2. № 4. - С.75-85.
6. Этиологическая структура заболеваний у часто болеющих детей в зависимости от возраста / Левина А.С., Бабаченко И.В., Скрипченко Н.В., Имянитов Е.Н. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* - 2017- Т.62. № 2. - С.72-77.

Сведения об авторах

Д.Н. Хакимова* – ординатор

Ю.В. Седунова – студент педиатрического факультета

Е.В. Андропова – соискатель, врач аллерголог-иммунолог

Information about authors

D.N.Khakimova* – Postgraduate

Y.V. Sedunova – Student

E.V. Andronova – candidate of the department, allergist – immunologist

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

diana.hakimova98@gmail.com

УДК 616.12.-008.331.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОТ ЛЕГОЧНОЙ У РЕБЕНКА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗ

Хахалова Анастасия Анатольевна¹, Варанкин Евгений Игоревич², Трунова Юлия Александровна¹

¹Кафедра поликлинической педиатрии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии (АОЛКА, или синдром Bland–White–Garland) — редкая врожденная аномалия сердца, вызывающая значительную заболеваемость и смертность в младенчестве при несвоевременной диагностике и хирургической коррекции. Первые симптомы инфантильной формы АОЛКА появляются в возрасте 2–3 месяцев. **Цель исследования** – демонстрация клинического случая ребенка с оперированным пороком сердца - АОЛКА, протекающим с митральной недостаточностью 3 ст. **Материал и методы.** Ретроспективно - проспективное амбулаторное наблюдение пациентки 1 года жизни с оперированным пороком – аномальным отхождением левой коронарной артерии от легочной, протекающим с митральной недостаточностью 3 степени на базе Свердловской областной клинической больницы №1 (СОКБ №1) г. Екатеринбурга. **Результаты.** В возрасте 7 месяцев у ребенка с врожденным пороком развития дыхательных путей диагностирована АОЛКА с митральной недостаточностью 3 ст. В послеоперационном периоде митральная недостаточность 2-3 ст. сохраняется. По результатам наблюдения в динамике планируется решение вопроса о хирургической коррекции митральной недостаточности. **Выводы.** Несвоевременность диагностики вероятнее всего обусловлена комбинацией АОЛКА с врожденным пороком развития дыхательных путей, обусловившим тяжесть состояния ребенка с рождения. Длительное аномальное коронарное кровообращение в описываемом случае осложнилось митральной недостаточностью, обычно возникающей вследствие расширения фиброзного кольца митрального клапана и/или разрыва папиллярной мышцы. Пациенты, которым выполнена хирургическая операция по поводу АОЛКА имеют хорошую выживаемость, однако выраженная митральная недостаточность в сочетании с ВПР дыхательных путей осложняют прогноз у наблюдаемого ребенка.

Ключевые слова: АОЛКА, митральная недостаточность, тактика, методы лечения, дети.

CLINICAL CASE OF LATE DETECTION OF ANOMALOUS ORIGIN OF THE LEFT CORONARY ARTERY FROM THE PULMONARY ARTERY IN A CHILD: COURSE FEATURES, TACTICS, TREATMENT METHODS, PROGNOSIS.

Khakhalova Anastasia Anatolyevna¹, Varankin Evgeniy Igorevich², Trunova Yulia Aleksandrovna¹

¹Department of Outpatient Pediatrics

Ural State Medical University

²Regional Clinical Hospital № 1

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery (AOLCA, or Bland–White–Garland syndrome) is a rare congenital cardiac anomaly that causes significant morbidity and mortality in infancy if not diagnosed and surgically corrected in a timely manner. The first symptoms of the infantile form of AOLCA appear at the age of 2–3 months. **The aim of the study** is to demonstrate a clinical case of a child with an operated heart defect - AOLCA, occurring with stage 3 mitral insufficiency. **Material and methods.** Retrospective - prospective outpatient observation of a 1-year-old patient with an operated defect - an anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery, occurring with mitral regurgitation of the 3rd degree on the basis of the Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1 in Yekaterinburg. **Results.** At the age of 7 months, a child with a congenital malformation of the respiratory tract was diagnosed with AOLCA with grade 3 mitral regurgitation. In the postoperative period, mitral insufficiency is grade 2-3. is saved. Based on the results of observation over time, it is planned to resolve the issue of surgical correction of mitral regurgitation. **Conclusion.** Late diagnosis is most likely due to the combination of AOLCA with a congenital malformation of the respiratory tract, which caused the severity of the child’s condition from birth. Long-term abnormal