

В настоящий момент есть трудности в лечении, поскольку нет единых клинических рекомендаций, и зачастую подход в лечении является персонализированным, что затрудняет объективное понимание на первоначальных этапах лечения, последнее может приводить к развитию ряда осложнений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Современная стратегия и тактика ведения детей с младенческими гемангиомами / Н.П. Котлукова, Н.К. Константинова, И.И. Трунина [и др.] // Практика педиатра. – 2020. – № 4. – С. 4-12.
2. Lewis, D. Kasabach-Merritt Syndrome / D. Lewis, R. Vaidya – Text : electronic // PubMed : [website]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085595/> (дата обращения 18.03.2025).
3. Клинический случай синдрома Казабаха-Мерритт в практике неонатолога / Л.А. Левченко, П.В. Шумилов, Е.А. Саркисян [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2023. – Т. 11. № 4. – С. 26-35.
4. Капошиформная гемангиоэндотелиома / синдром Казабаха-Мерритт: клиничко-лабораторная характеристика. Анализ клинических случаев / Л.А. Хачатрян, И.С. Клецкая, А.Н. Ремизов [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2021. – Т. 20. №3. – С. 74-91
5. Standards of care for Kasabach-Merritt phenomenon in China / W. Yao, K.L. Li, Z.P. Qin [et al.] // World J Pediatr. – 2021. - Vol. 17, № 2. – P. 123–130.

Сведения об авторах

С.А. Лебедева* – ординатор

Е.В. Сафина – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

В.Л. Зеленцова – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

S.A. Lebedeva* - Postgraduate student

E.V. Safina – Candidate of Sciences (Medicine), Department Assistant

V.L. Zelentsova - Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

fina-97@mail.ru

УДК 616.211-002.193

ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ РИНИТ, КАК МИМИКРИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Лешко Диана Наильевна¹, 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 с симптомами персистирующего ринита в первую очередь обращаются к врачам педиатрам. Нередко им выставляется диагноз аллергический ринит без предварительной консультации врача отоларинголога и проведения аллергологического обследования. **Цель исследования.** Проанализировать причины персистирующего ринита у детей, который ошибочно интерпретировался как аллергический. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 45 историй жизни детей 2-4 лет (средний возраст 2,96±0,12) с жалобами на персистирующий ринит с исключённым диагнозом аллергический ринит. У всех пациентов был тщательно проанализирован анамнез, изучены общеклинические обследования, риноцитогамма, исследование микрофлоры со слизистой зева и носа, данные осмотров аллерголога и оториноларинголога. **Результаты.** Проведенный клиничко-лабораторный анализ выявил у 22% пациентов отягощенный по атопии наследственный фон. Уровень общего IgE был повышен у 29% детей. Сенсибилизации к аллергенам ни у кого из пациентов установлено не было. Гипертрофия аденоидов 2-3 степени выявлена в 71,10 % случаев, гипертрофии небных миндалин 2-3 степени – в 51%, острый серозный отит – в 55,56%, острый риносинусит – у 15% обследуемых. При посеве из носа в 27,27% случаев отмечался рост *St. aureus*. Рекуррентные вирусные инфекции составили 95,56%. **Выводы.** Раннее выявление причинных факторов персистирующей патологии способствует уменьшению неверно поставленных диагнозов, назначению неэффективного лечения и переходу заболевания в хроническую форму.

Ключевые слова: персистирующий ринит, аллергический ринит, рекуррентные заболевания, дети

PERSISTENT RHINITIS AS A MIMICRY OF ALLERGIC RHINITIS

Leshko Diana Nailievna¹, Andronova Elena Vladimirovna^{1,2}

¹Department of Polyclinic Pediatrics

Abstract

Introduction. Children with symptoms of persistent rhinitis primarily consult pediatricians. They are often diagnosed with allergic rhinitis without first consulting an otolaryngologist and conducting an allergological examination. **The aim of the study.** To analyze the causes of persistent rhinitis in children, which was mistakenly interpreted as allergic. **Material and methods.** A retrospective analysis of 45 life histories of children aged 2-4 years (average age 2.96 ± 0.12) with complaints of persistent rhinitis with an excluded diagnosis of allergic rhinitis was performed. The medical history of all patients was thoroughly analyzed, general clinical examinations, rhinocytogram, examination of microflora from the pharyngeal and nasal mucosa, and examination data from an allergist and an otorhinolaryngologist were studied. **Results.** The conducted clinical and laboratory analysis revealed a hereditary background burdened by atopy in 22% of patients. The level of total IgE was increased in 29% of children. Sensitization to allergens was not found in any of the patients. Grade 2-3 adenoid hypertrophy was detected in 71.10% of cases, grade 2-3 palatine tonsillar hypertrophy in 51%, acute otitis media in 55.56%, and acute rhinosinusitis in 15% of the subjects. When seeding from the nose, *St. aureus* growth was observed in 27.27% of cases. Recurrent viral infections accounted for 95.56%. **Conclusions.** Early detection of the causative factors of persistent pathology helps to reduce misdiagnoses, prescribe ineffective treatment and transition the disease into a chronic form.

Keywords: persistent rhinitis, allergic rhinitis, recurrent diseases, children

ВВЕДЕНИЕ

Рекуррентные заболевания часто встречаются у детей в возрасте 2-4 лет, особенно при начале посещения детских общеобразовательных учреждений [1]. Эти заболевания связаны с повышенной восприимчивостью к инфекциям и аллергенам, а также с особенностями иммунной системы в этот период жизни.

Персистирующий ринит характеризуется повторяющимися симптомами, такими как ринорея, чихание, а иногда назальная обструкция и нарушение обоняния [2]. Однако, несмотря на распространенность аллергического ринита (АР), который может проявляться аналогичными симптомами, не всегда причиной персистирующего ринита является аллергия.

Нередко врачами педиатрами выставляется диагноз аллергический ринит (код по МКБ-10 J30.4) без проведения необходимых консультаций врача отоларинголога и аллерголога-иммунолога, что может привести к неправильно поставленному диагнозу, назначенному лечению, а в дальнейшем - к ухудшению состояния ребенка. Важно учитывать, что персистирующий ринит может быть вызван различными факторами, включая инфекции, хронические воспалительные процессы, аномалии строения носовых ходов и другие причины [4]. Для точной диагностики и назначения эффективного лечения необходимо проводить комплексное обследование, включая эндоскопическое исследование и аллергологическое обследование [3].

Цель исследования - проанализировать причины персистирующего ринита, который ошибочно расценивается как аллергический.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 45 историй жизни детей от двух до четырех лет (средний возраст 2.96 ± 0.12), 24 мальчика (53,33%) и 21 девочка (46,67%), страдающих персистирующим ринитом с исключённым диагнозом АР. Всем пациентам было проведено: общеклинические обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), риноцитогрaмма, обследование микрофлоры со слизистой зева и носа, консультация аллерголога-иммунолога, оториноларинголога, проведение эндоскопического исследования, аллергологическое обследование (определение специфических IgE к аллергенам животных, клещей домашней пыли, пыльцы деревьев, луговых и сорных трав, пищевым аллергенам). 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

Отягощенный наследственный фон по атопии был выявлен у 22% пациентов.

Анализ анамнестических данных показал, что у 44,44% матерей во время беременности была установлена анемия. Подавляющее число детей (88,89%) были приложены к груди в первые сутки жизни, грудное вскармливание до 12 месяцев сохранялось только у 24,44% детей. В периоде новорожденности 64,44% пациентов не имели отклонений в состоянии здоровья.

На первом году жизни 35,6% обследованных перенесли инфекции верхних дыхательных путей и 20% - инфекции нижних дыхательных путей.

Все дети были консультированы отоларингологом. У пациентов имелись различные соматические заболевания: в 71,10 % случаев была диагностирована гипертрофия аденоидов 2-3 степени (J35.2), в 51% случаев – гипертрофия небных миндалин 2-3 степени (J35.1), у 55,56 больных – острый серозный отит (H65.0) и у 15% – острый риносинусит (J01.9) (рис.1).

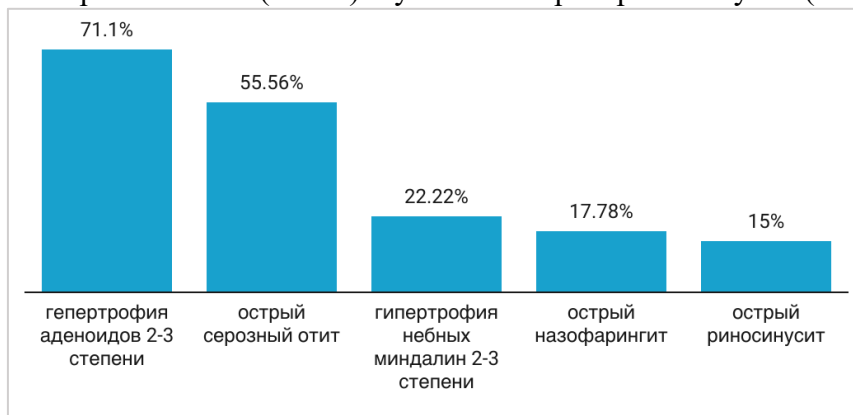


Рис.1. Консультация отоларинголога и проведение эндоскопического обследования (n=45)

В общеклинических анализах (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) выраженных отклонений от референсных значений установлено не было.

Реккурентные заболевания у детей исследуемой группы представлена на рисунке 2.

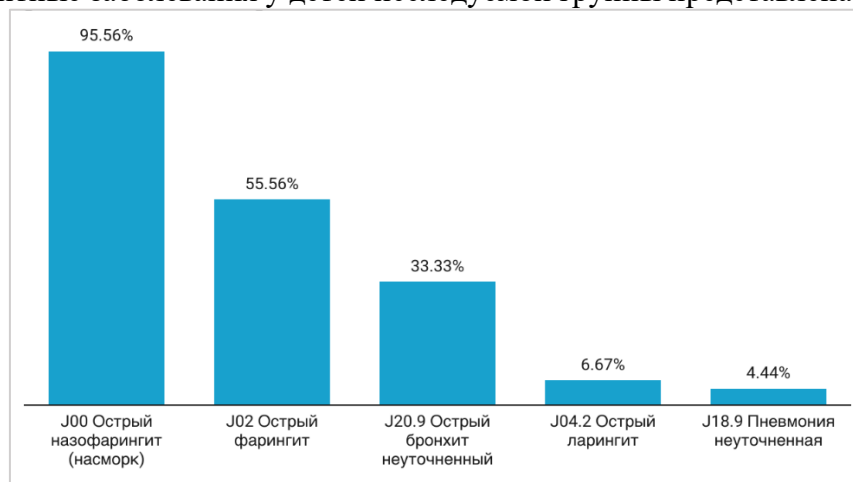


Рис.2. Заболевания, протекающие с симптомами ринита в изучаемой группе детей (n=45)

При анализе посевов из носа чаще всего отмечался рост *St. aureus* (27,27%), кроме того *Moraxella/Branhamella catarrhalis* (21,21%), *Haemophilus influenza* (9,09%), *St. epidermidis* (9,09%) и *Corynebacterium spp.* (6,06%).

Обследование слизистой оболочки полости рта (слюна) методом ПЦР на вирусы герпеса (вирус Эпштейн-Барра, цитомегаловирус, вирус герпеса 6 типа) показало наличие герпеса 6 типа у 44,44% детей.

При анализе клеточного состава риноцитограмм в 77,8% случаев были выявлены кокки, в 36,8% лейкоциты, кроме того, лимфоциты и нейтрофилы. Эозинофилы ни у кого из обследуемых пациентов обнаружены не были.

При исследовании основных показателей иммунограммы (Ig A, M, G) значимых отклонений от референсных значений не выявлено. Уровень общего IgE у 29% детей был повышен.

Повышенные уровни специфических IgE методом ImmunoCap к респираторным аллергенам (пыльцевым, бытовым, эпидермальным) не установлены.

ОБСУЖДЕНИЕ

Персистирующий ринит у детей, маскирующийся под аллергический, представляет собой сложную клиническую задачу для практикующего врача, требующую комплексного подхода к диагностике и лечению [1]. В данном исследовании были выявлены ключевые аспекты, способствующие развитию данного состояния, а также его возможные причины.

Отягощенный наследственный фон по атопии, обнаруженный у 22% пациентов, указывает на генетическую предрасположенность к развитию аллергических заболеваний. Это может служить значимым фактором риска в развитии АР, что подтверждает необходимость внимательного наблюдения за детьми из таких семей.

Анализ перинатальных факторов выявил у 44,44% матерей во время беременности анемию. Исследования показывают, что недостаток железа и других микроэлементов может негативно влиять на развитие плода и его иммунный ответ, в частности оказывать влияние на развитие аллергии у ребенка после рождения.

Подавляющее большинство детей (88,89%) были приложены к груди в первые сутки жизни, что является положительным фактором, способствующим формированию иммунной системы. Тем не менее, только 24,44% детей продолжали получать грудное молоко до 12 месяцев. Грудное вскармливание связано с снижением риска инфекционных заболеваний и аллергий, поэтому его раннее прекращение может быть связано с повышенным риском развития респираторных заболеваний [2].

В исследуемой группе почти все дети (95,56%) перенесли респираторные вирусные инфекции, что подтверждает широкое распространение этих заболеваний среди детей. Это подчеркивает важность эффективной профилактики для снижения риска заражения и осложнений. При этом, если у детей часто возникают длительные респираторные заболевания, необходимо исключить наличие хронических болезней [1].

Все дети с персистирующим ринитом должны быть консультированы отоларингологом, так как лор-патология занимает важное место в клинической картине данного состояния и может значительно влиять на качество жизни ребенка. В нашей научной работе дети были осмотрены отоларингологом с проведением эндоскопического исследования [3]. Среди обследованных пациентов определена высокая распространенность гипертрофии аденоидов (71,10%), гипертрофии небных миндалин (51%) и острого серозного отита (55,56%). Эти состояния могут усугублять проявления персистирующего ринита и требуют комплексного подхода к лечению. Хронические воспалительные процессы в носоглотке могут приводить к изменению микробиоты и снижению местного иммунитета.

Анализ посевов из носа показал рост *Staphylococcus aureus* (27,27%) и других патогенных микроорганизмов. Это может свидетельствовать о наличии бактериальной инфекции как триггера для обострения ринита. Важно учитывать, что наличие этих микроорганизмов может быть, как причиной заболевания, так и его следствием.

Обнаружение вируса герпеса 6 типа у 44,44% детей также может говорить о его роли в патогенезе респираторных заболеваний. Вирусная инфекция может вызывать воспаление слизистой оболочки носа и ухудшать течение персистирующего ринита [5].

Отсутствие эозинофилов в риноцитограмме, повышенное количество кокков (77,8%) и лейкоцитов (36,8%) указывают на воспалительный процесс инфекционного характера.

Несмотря на отсутствие значительных отклонений в показателях иммунограммы (Ig A, M, G), уровень общего IgE был повышен у 29% детей. Это может указывать на наличие сенсибилизации к аллергенам или на активный воспалительный процесс. Однако отсутствие повышенных уровней специфических IgE к респираторным аллергенам ставит под сомнение аллергенную природу ринита у большинства обследованных [4].

Таким образом, персистирующий ринит у детей требует комплексного подхода к диагностике и лечению, обязательных осмотров врачей смежных специальностей (оториноларинголога и аллерголога) при подозрении на аллергическую природу заболевания. Важно учитывать, как генетические факторы, так и влияние перинатальных условий, грудного вскармливания, частоты инфекционных заболеваний и состояния иммунной системы.

ВЫВОДЫ

1. Заболевания лор-органов могут усугублять симптомы ринита.
2. Все дети с персистирующим ринитом должны быть направлены к отоларингологу для оценки состояния и выявления возможных сопутствующих заболеваний, таких как аденоидит или синусит.
3. Для исключения диагноза аллергический ринит пациенты должны быть направлены к врачу аллергологу-иммунологу для проведения специфического обследования на аллергены. Повышенный уровень общего иммуноглобулина Е не является диагностическим критерием постановки диагноза аллергический ринит.
4. Многофакторность причин и разнообразие течения персистирующего ринита обуславливают необходимость комплексного подхода к диагностике, лечению и динамическому наблюдению за детьми с персистирующим ринитом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Сачкова, Л.А. Часто болеющие дети / Л.А. Сачкова, А.Л. Балашов, М.С. Трухманов // University Therapeutic Journal. - 2020. - Т. 2. № 4. - С. 75-85.
2. Prevalence, comorbidities, diagnosis, and treatment of nonallergic rhinitis: real-world comparison with allergic rhinitis / H. Yum, E. Na, Y. Shin, M. Han // Clin Exp Pediatr. - 2021. - Vol. 64, № 8. - P. 373–383.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Аллергический ринит». – 2024. – 88 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/261_2 (дата обращения: 14.03.2025). - Текст: электронный.
4. Differentiating Rhinitis in the Paediatric Population by Giving Focus on Medical History and Clinical Examination / M. Doulaptsi, N. Aoi, H. Kawauchi [et al.] // Med Sci (Basel). - 2019. - Vol.7, №3 - P.38.
5. Этиологическая структура заболеваний у часто болеющих детей в зависимости от возраста / А.С. Левина, И.В. Бабаченко, Н.В. Скрипченко, Е.Н. Имянитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. - Т. 62. № 2. – С. 72-77.

Сведения об авторах

Д.Н. Лешко* – ординатор

Е.В. Андропова – врач аллерголог-иммунолог

Information about authors

D.N. Leshko* – Postgraduate

E.V. Andronova - Allergist – immunologist

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

diana.hakimova98@gmail.com

УДК:616.447- 089.87

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРБУНКУЛА ПОЧКИ

Лосенкова София Сергеевна, Пестова Екатерина Николаевна, Тиунова Елена Юрьевна, Панкратова Ирина Борисовна, Мухаметшина Гульнара Игоревна

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Карбункул почки – это острый воспалительный гнойно-некротический процесс, возникающий в результате миграции микробного эмбола в конечный артериальный сосуд или сдавления его просвета