

Секция «Педиатрия»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демпинг-синдром: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / О. Ю. Гасиева, Ю. В Эмбутниекс, О. И. Березина, Д. С. Бордин // Эффективная фармакотерапия. – 2022. – № 14. – С. 42–47.

УДК 616.2-022

А. И. Зарянкина¹, И. Ф. Зимелихина²

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

²*Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница»,*

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ

Введение

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – самая частая патология, особенно у детей раннего/дошкольного/младшего школьного возраста. Ежедневно каждый врач педиатр участковый сталкивается с ОРВИ у своих пациентов.

ОРВИ – это разнородная по этиологии и клиническим проявлениям группа заболеваний. На сегодняшний день насчитывается более 200 респираторных вирусов, поражающих верхние и нижние дыхательные пути [1]. Респираторные вирусы циркулируют в окружающей человека среде круглый год, вызывая острую инфекцию респираторного тракта. Летом наиболее активны энтеровирусы, вызывающие поражение верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, риновирусы, обладающие тропизмом к слизистой оболочке носа. Наибольший подъем отмечается в холодное время года, в межсезонье, чему способствуют охлаждение, снижение резистентности организма. Растет число детей и взрослых, инфицированных вирусом гриппа, коронавирусом. На смену метапневмовирусу приходит респираторно-синцитиальный вирус, что значительно повышает удельный вес детей первого полугодия жизни с острым бронхиолитом.

Клиническая картина ОРВИ разнообразна. Многие респираторные вирусы обладают тропизмом к различным отделам дыхательных путей. Риновирус, сезонный коронавирус поражают преимущественно слизистую полости носа с развитием ринита. Аденовирус вызывает фарингоконъюнктивальную лихорадку, поражая не только слизистую глотки, но и конъюнктиву. Парагрипп у детей раннего возраста часто вызывает поражение гортани с развитием ларинготрахеита, зачастую стенозирующего, требующего экстренной медицинской помощи. Грипп – тяжелая инфекция, протекающая с выраженным симптомами интоксикации и клиникой поражения трахеи с развитием навязчивого, болезненного, сухого кашля. Вирусы гриппа занимают первое место по масштабу вызываемых вспышек/эпидемий и ущербу, который они наносят здоровью человека. Для детей первого полугодия жизни опасен респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус). Поражая бронхиолы, РС-вирус вызывает развитие бронхиолита – тяжелого заболевания, протекающего с клиникой обструкции, дыхательной недостаточности, требующей интенсивной терапии.

Тяжесть течения ОРВИ во многом зависит от вируса, его вирулентности, от возраста ребенка и его фона. В большинстве случаев респираторные вирусные инфекции

Секция «Педиатрия»

протекают в виде легкого заболевания и проходят сами собой, поскольку иммунная система может самостоятельно справиться с вирусом. Дети раннего, дошкольного возраста, особенно начинающие посещать детские дошкольные учреждения, начальную школу входят в группу риска по заболеваемости ОРВИ. Частота встречаемости ОРВИ у детей этого возраста может доходить до 6–8 раз в год. В школьном возрасте частота ОРВИ уменьшается, и дети болеют 2–4 раза в году. Длительность неосложненной ОРВИ у детей, не имеющих отягощенного преморбидного фона, составляет, в среднем, 7–10 дней и заканчивается выздоровлением. Это классическое течение ОРВИ. Не всегда ОРВИ протекает по классическому сценарию. Сегодня врач педиатр часто сталкивается с проблемой длительного рецидивирующего, клинически инфекционного ринита. И причиной развития такого ринита часто выступает неблагоприятный аллергологический фон. Аллергическое воспаление слизистой полости носа является благоприятным фоном для фиксации и жизнедеятельности вирусов и бактерий, в свою очередь, вирусы и бактерии поддерживают аллергическое воспаление. Как правило, вирусологическое и микробиологическое обследование пациента с аллергическим ринитом, показывает большое разнообразие вирусов и бактерий в носовой слизи и, тем самым, затрудняет своевременную диагностику и терапию. Раннее назначение топической и системной базисной терапии, позволяет взять под контроль аллергическое воспаление, нормализовать микробиом слизистой полости носа и обеспечить нормальное качество жизни ребенка и семьи.

Цель

Приведен клинический случай диагностики аллергического ринита у ребенка дошкольного возраста с длительным, рецидивирующим ринитом.

Материалы и методы исследования

Девочка 4 года. Поступила в аллергологическое отделение областной детской клинической больницы с жалобами мамы на постоянную заложенность носа, желто-зеленое отделяемое при высмаркивании, зеленые корки в носу после сна. Данные симптомы беспокоят девочку около года. Мама связывает появившуюся симптоматику с началом посещения детского сада (девочка в 3 года пошла в детский сад и стала часто болеть ОРВИ с длительно сохраняющимся ринитом). За прошедший год дважды перенесла обструктивный бронхит, развившийся на фоне ОРВИ.

Семейный анамнез: у отца – поллиноз, бронхиальная астма.

Обследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии.

ИФА на атипичную флору (микоплазмы, хламидии): результат отрицательный.

Микробиологическое исследование биологического материала на флору и чувствительность к антибиотикам из носа, зева: отрицательный.

Мазки на эозинофилы из носа: эозинофилы 12 %, лейкоциты – в большом количестве.

Определение уровня иммуноглобулинов IgA, M, G – в пределах нормы.

Кал на яйца гельминтов, цисты лямблий (дважды) – не обнаружены. Анализ на энтеробиоз (дважды) – не обнаружены.

Аллергопанель педиатрическая: выявлен повышенный IgE к лесному ореху. Низкий IgE к клещу домашней пыли, эпителию и шерсти кошки, цитрусовым, яду пчелы.

Аллергопанель респираторная: выявлен высокий IgE к эпителию и шерсти кошки, смеси пыльцы зерновых, к белой кандиде.

По результатам обследования выставлен клинический диагноз: Аллергический ринит, среднетяжелое персистирующее течение, период обострения.

Секция «Педиатрия»

Проведенное лечение: монтелукаст, цетиризин, мометазон в нос, протаргол в нос. Выписана с улучшением.

Рекомендовано: продолжить прием монтелукаста до 3 месяцев, цетиризина до 1 месяца, мометазон в нос в течение месяца, промывание носа гипертоническим солевым раствором. Повторная консультация аллерголога через 3 месяца.

Результаты исследования и их обсуждение

Данный случай подтверждает высокую частоту респираторной инфекции у пациентов с аллергическими заболеваниями по сравнению с пациентами без проявлений аллергии что согласуется с опубликованными данными: в группе детей с аллергическими заболеваниями выявлено в 13 раз больше острых респираторных инфекций по сравнению с группой детей без аллергических заболеваний, в 6 раз больше случаев среднего отита, в 5 раз больше фарингитов, в 4 раза чаще развивалась пневмония [2]. Похожие результаты были получены и в исследовании K. J. Kvaerner et al., проведенном среди детей дошкольного возраста (4–5 лет). В ходе анализа было показано, что наличие атопии существенно увеличивало риск развития инфекций верхних дыхательных путей [3].

Выходы

Описанный клинический случай показывает необходимость учета семейного алергоанамнеза, аллергического фона у детей с частыми респираторными инфекциями, особенно протекающими с поражением верхних дыхательных путей. Ранняя диагностика аллергического ринита у часто болеющего ребенка, назначение рациональной терапии позволяет предупредить прогрессирование процесса и сохранить здоровье ребенку и качество жизни ребенка и семьи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозова, М. И. Возбудители острых респираторных вирусных инфекций : учеб. пособие / М. И. Морозова, В. Л. Мельников, Н. Н. Митрофанова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2015. – 80 с.
2. Себекина, О. В. Острые респираторные вирусные инфекции у пациента с аллергическим ринитом / А. В. Себекина // Астма и аллергия. – 2017. – № 1. – С. 14–18.
3. Kvaerner, K. J. Upper respiratory morbidity in preschool children: a cross-sectional study / K. J. Kvaerner, P. Nafstad, J. Jaakkola // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – V. 126. – № 10. – P. 1201.

УДК 616.5-002.525.2

С. С. Ивкина, А. И. Зарянкина

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) – это аутоиммунное заболевание неустановленной этиологии, характеризующееся генетически обусловленным нарушением иммунной регуляции, образованием широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеток, развитием иммунного воспаления, генерализованным поражением микроциркуляторного русла и системной дезорганизацией соединительной ткани с кожными, суставными и висцеральными изменениями [1–3].