

Т.С. Лепешкова – кандидат медицинских наук, доцент, врач аллерголог-иммунолог

Information about the authors

S.A. Syropyatova – 6th year student of the pediatric faculty

Ya.A. Parygina – postgraduate student of the 1st year of study of the Department of outpatient pediatrics and pediatrics FPC and PP

T.S. Lepeshkova – PhD (Medicine), Associate Professor, allergist – immunologist

УДК: 616.233-002

ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОВТОРЯЮЩИМСЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Мария Денисовна Храмова¹, Татьяна Андреевна Вьюхина²,

Ксения Владимировна Каткова³, Татьяна Сергеевна Лепешкова⁴

¹⁻⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹hramova_mariya@bk.ru

Аннотация

Введение. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста встречается достаточно часто и является гетерогенным по генезу состоянием. В основе его развития могут иметь место врождённые аномалии развития бронхолегочной системы и сердца, рецидивирующие респираторные вирусные инфекции, атопия, наследственные заболевания и другие. В этой связи дифференциальный диагноз острого бронхита с повторяющимся бронхообструктивным синдромом (БОС) у детей раннего возраста с другими заболеваниями - актуальная задача. **Цель исследования** – продемонстрировать трудности в диагностике заболеваний при ведении пациента раннего детского возраста при наличии у него повторяющихся бронхообструкций. **Материалы и методы.** В данной статье рассмотрен клинический случай ребенка с повторяющимися бронхообструкциями. Проанализированы жалобы пациента, данные анамнеза и объективных осмотров, результаты дополнительных обследований. **Результаты.** В ходе исследования сделаны выводы, что основным фактором развития БОС у представленного ребенка являются острые респираторные инфекции различной этиологии. Однако нельзя исключить в дальнейшем формирование бронхиальной астмы у пациента. **Обсуждение.** Назначение пробной терапии низкими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) на 2-3 месяца позволит более точно провести дифференциальную диагностику и сделать прогноз течения заболевания у ребенка. **Выводы.** Повторяющиеся бронхообструкции у детей раннего возраста требуют персонифицированного подхода к каждому пациенту и назначения грамотной терапии, которая позволит быстрее установить причину и механизмы БОС.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, бронхиальная астма.

DIFFICULTIES IN MANAGING A YOUNG CHILD WITH RECURRENT BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME

Mariya D. Khramova¹, Tatyana A. Vyukhina², Kseniya V. Katkova³, Tatyana S. Lepeshkova⁴

¹⁻⁴Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

¹hramova_mariya@bk.ru

Abstract

Introduction. Bronchial obstruction syndrome in young children is quite common and is a heterogeneous condition in genesis. Its development may be based on congenital anomalies of the bronchopulmonary system and heart, recurrent respiratory viral infections, atopy, hereditary diseases and others. In this regard, the differential diagnosis of acute bronchitis with recurrent bronchoobstructive syndrome (BOS) in young children with other diseases is an urgent task. **The aim of the study** – demonstration of the difficulties in the diagnosis of diseases in the management of a patient of early childhood in the presence of recurrent bronchial obstruction. **Materials and methods.** This article discusses a clinical case of a child with recurrent bronchial obstruction. The patient's complaints, anamnesis and objective examinations, and the results of additional examinations were analyzed. **Results.** The study concluded that acute respiratory infections of various etiologies are the main factor in the development of BOS in the presented child. However, it is impossible to exclude the further formation of bronchial asthma in the patient. **Discussion.** The appointment of trial therapy with low doses of inhaled glucocorticosteroids (IGCS) for 2-3 months will allow for more accurate differential diagnosis and prognosis of the course of the disease in a child. **Conclusions.** Recurrent bronchial obstruction in young children requires a personalized approach to each patient and the appointment of competent therapy, which will allow to quickly establish the cause and mechanisms of BOS.

Keywords: bronchial obstructive syndrome, bronchial asthma.

ВВЕДЕНИЕ

Ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста занимают заболевания органов дыхательной системы [1]. Респираторные инфекции являются самой частой причиной развития БОС у детей первых трёх лет жизни. Известно, что БОС на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) может маскировать обострение бронхиальной астмы во время ОРИ. Так, по данным некоторых авторов, у детей раннего возраста бронхообструкция возникает при обострении бронхиальной астмы и достигает 40% случаев [1]. Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [3]. Наиболее часто у детей формируется аллергическая бронхиальная астма, которая протекает по атопическому типу аллергических реакций [3]. Для астмы характерна приступообразность – внезапность появления обструкции и развитие приступов

в ответ на различные триггеры. Также для аллергической БА характерна наследственная отягощенность по атопическим заболеваниям (особенно по материнской линии), высокая частота атопических заболеваний (аллергический ринит, атопический дерматит и др.), наличие IgE-зависимых реакций на пищевые продукты или сенсибилизации [3].

Диагностика БОС у детей строится преимущественно на клинических признаках и только после 5-летнего возраста может основываться на объективных данных функциональных исследований.

Цель исследования – продемонстрировать трудности в диагностике заболеваний при ведении пациента раннего детского возраста при наличии у него повторяющихся бронхообструкций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен клинический случай ребенка раннего возраста с повторяющимися бронхообструкциями. Проведено изучение семейного анамнеза, течения беременности, преморбидного фона, анамнеза жизни и заболевания, особенностей течения БОС, иммунологических показателей (обследование на общий IgE и специфические IgE с помощью теста Phadiator Infant, ImmunoCAP), данных рентгенологического обследования. Теоретической основой работы послужил анализ научных публикаций и изучение клинических рекомендаций по теме.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ребёнок (16.09.2019г.р., 2 года 5 месяцев) от 4-й беременности (1-я беременность – девочка, 8 лет, здорова; последующие две беременности – медицинские аборты), протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета и гестационного пиелонефрита. Родилась от 2-х срочных самостоятельных родов с весом 3640 г и ростом 52 см по шкале Апгар 6/7 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергических реакций на введение прикормов не отмечалось. Прививки были проведены согласно Национальному календарю профилактических прививок, реакции не зарегистрированы. Наследственность ребенка отягощена: бабушка по линии матери и дядя по линии отца страдают от БА. Родители пациентки курят. У девочки однократно отмечались проявления контактного дерматита на коже ягодичных областей в 1 год 4 месяца. Перенесенные заболевания: дакриоцистит левого глаза, герпетическая ангина.

Посещает ДДУ с 1,5 лет. Как правило, на 5-7 день после выхода в группу детского сада девочка заболевает. Первый эпизод БОС был зарегистрирован в 5 месяцев на фоне ОРИ, далее заболевания, сопровождавшиеся БОС, были в возрасте 1 года, 1 год 4 месяцев, 1 год 5 месяцев, 1 год 7 месяцев, 1 год 11 месяцев. Приступы БОС появляются в первые дни заболевания. Иногда отмечаются ночные приступы и приступы после плача. Заболевание длится 8-13 дней и сопровождается длительно сохраняющимися хрипами на выдохе.

В период с 09.09.2021г. по 15.09.2021г. (1 год 11 мес) пациентка находилась на стационарном лечении в городском стационаре по месту жительства с диагнозом: Острый бронхит с БОС (5 баллов), средней степени тяжести, ДН 1-0. Было проведено лечение: ингаляции с фенотеролом +

ипратропия бромидом. Лечение с положительной динамикой. БОС купирован. Ребенок в удовлетворительном состоянии был переведен на амбулаторный этап лечения, где по назначению врача - педиатра к лечению был добавлен монтелукаст по 4 мг/сутки до 1 месяца с дальнейшей положительной динамикой. Пациентке было проведено аллергологическое обследование: IgE общий - 3,2 МЕ/мл (норма до 60,0 МЕ/мл), определены специфические IgE к основным респираторным и пищевым аллергенам (Phadiatop Infant) – 0,01 KUa/L (норма до 0,35 KUa/L). И ребенок в удовлетворительном состоянии вышел в детский сад.

Через неделю (с 22.09.2021г.) вновь заболела. Была осмотрена педиатром по месту жительства. Аускультативно - в легких дыхание жесткое, мелкопузырчатые свистящие хрипы на выдохе с двух сторон. От госпитализации мать отказалась. Через сутки (23.09.2021г.) ребенок был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (вирус идентифицирован методом ПЦР), среднетяжелая форма. В ОАК от 23.09.2021г.: тромбоцитоз, гранулоцитоз. Рентгенография органов грудной клетки – изменения при ОРВИ. В динамике состояние ухудшилось, и 01.10.2021г. поднялась температура тела до 39,2°C, в ОАК: тромбоцитоз, гранулоцитоз, лимфоцитопения. Рентгенография органов грудной клетки – инфильтративные изменения в S5 справа. ИФА крови на атипичную флору: IgM к Legionella pneumoniae положительны в высоком титре. Диагноз заболевания: Правосторонняя (S5) пневмония с БОС, вирусно-бактериальной этиологии (COVID-19 + Legionella pneumoniae), ДН 2-0 степени. За время госпитализации (с 23.09 по 11.10.2021г) пневмония разрешилась, БОС был купирован, ребенок выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

В 2 года 4 месяца (07.02.2022г.) вновь жалобы на БОС, подъем температуры тела до 38.0°C, малопродуктивный приступообразный кашель. Аускультативно - жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые и сухие хрипы. Диагноз: Острый бронхит с БОС, ДН 0. Назначено лечение: антибактериальная терапия, ингаляции с фенотеролом+ипратропия бромидом. Терапия дала положительный эффект. Ребенок выписан с выздоровлением, назначены консультации врача аллерголога-иммунолога и пульмонолога, контроль общего анализа крови через месяц. Проведена консультация иммунолога - аллерголога с Диагнозом: Нарушение, вовлекающее иммунный механизм, неуточненное. БА? Учитывая отягощенную наследственность ребенка по БА, наличие триггерных факторов окружающей среды, способствующих гиперреактивности бронхов (курение родителей) был назначен будесонид до 0,5мг дважды в день на 3 месяца. Далее рекомендована повторная консультация иммунолога - аллерголога (через 3 месяца) для оценки результата лечения. Назначена консультация пульмонолога.

ОБСУЖДЕНИЕ

В основе развития повторяющихся БОС могут иметь место врождённые аномалии развития бронхолегочной системы и сердца, рецидивирующие респираторные вирусные инфекции, атопия, наследственные заболевания и

другие. Дифференциальная диагностика повторяющегося БОС при количестве эпизодов бронхообструкции более 3-4 в год должна в первую очередь проводиться с БА [3]. Есть факторы, которые выступают в пользу формирования БА у ребенка (отягощенный анамнез по БА, наличие курения в семье, появление БОС в первые дни болезни, наличие ночных приступов и отчетливый эффект от бронхолитической терапии). Однако другие данные (появление БОС с 5 месяцев, отсутствие диагностированных аллергических заболеваний и специфических IgE в сыворотке ребенка к основным пищевым и респираторным аллергенам) требуют исключения и других возможных заболеваний. Согласно клиническим рекомендациям по «Бронхиальной астме» (2021) наличие отягощенного анамнеза по атопии (особенно по материнской линии), отчетливый эффект от бронхолитической терапии не могут служить достоверными дифференциально-диагностическими критериями острого бронхита с БОС и БА, так же, как и другие перечисленные выше признаки [3]. Согласно клиническим рекомендациям [3] ребенку с рецидивирующими БОС с целью исключения/подтверждения с БА показаны короткодействующие β_2 -агонисты по потребности и назначение пробной терапии низкими дозами ИГКС на 2-3 месяца с оценкой контроля заболевания на терапии. Достижение контроля заболевания и ухудшение состояния ребенка после отмены ИГКС будет свидетельствовать в пользу БА у него, напротив - отсутствие положительного результата на ИГКС, так же, как и отсутствие ухудшения состояния после отмены терапии будет говорить об исключении диагноза БА [3].

ВЫВОДЫ

Основным фактором развития рецидивирующих бронхитов с БОС у данного пациента являются ОРИ различной этиологии. Имеется много фактов, свидетельствующих в пользу формирования БА у данного ребенка. Однако ранний детский возраст, отсутствие однозначных клинических симптомов и невозможность проведения объективных функциональных исследований затрудняют диагностику. Проведение пробной терапии низкими дозами ИГКС на 2-3 месяца позволит диагностировать заболевание.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Факторы риска развития и течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста/ Нигметзянова Г. И., Абдуллина А. С., Галиева Е. Р., Кашуба В. А.// Academy. – 2020. - №1(52) – С. 50-52.
2. Баранов А.А., Козлов Р.С., Намазова-Баранова Л.С. и др. Лечение бронхита у детей. Федеральные клинические рекомендации. – М., 2021. – 56 с.
3. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма» - М., 2021. – 114с.

Сведения об авторах

М. Д. Храмова – студент

Т.А. Вьюхина - студент

К. В. Каткова – ординатор первого года обучения, врач-педиатр

Т. С. Лепешкова – кандидат медицинских наук, доцент, врач аллерголог-иммунолог

Information about the authors

М. Д. Khramova – student

Т. А. Vyukhina – student

К. В. Katkova - resident of the first year, pediatrician

Т. С. Lepeshkova – PhD (Medicine), Associate Professor, allergist – immunologist

УДК: 616.438 – 007.21

СИНДРОМ САТЧН 22: СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ – СИНДРОМ ДЕЛЕЦИИ 22 ХРОМОСОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ксения Николаевна Чемякина¹, Татьяна Сергеевна Лепешкова²

¹⁻²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹c.tchemyakina2012@yandex.ru

Аннотация

Введение. Синдром Ди Джорджи – заболевание, относящееся к врождённым ошибкам иммунитета. Цитогенетические и молекулярные исследования показали, что ведущей причиной синдрома является делеция длинного плеча 22 хромосомы — del 22q11.2. Фатальные исходы при синдроме связаны с врожденными пороками сердца, инфекционным синдромом и гипокальциемическим кризом. **Цель исследования** - представить клинический случай неполного синдрома Ди Джорджи у ребенка 13 лет, проанализировать проведенную диагностику, обсудить дальнейшую тактику ведения пациента. **Результаты.** Девочка (Н., 13 лет, 2008 г.р.) от 1 беременности, 1 срочных родов родилась на 40 неделе гестации с Дз: сочетанная гипоксия, ПП ЦНС, НСК в ШОП, с массой 2760 г, длиной 48 см, окружностью головы 32 см, окружностью грудной клетки 31 см. В 1 год 8 месяцев диагностирован врожденный порок сердца: умеренный аортальный порок (двустворчатый аортальный клапан), аортальная недостаточность 1 степени. В связи с рецидивирующими ОРИ, кандидозом слизистых оболочек в 2 года пациентка была направлена на консультацию к иммунологу. Проведённое УЗИ тимуса показало гипоплазию органа. В расширенной иммунограмме наблюдались сниженные показатели субпопуляций лимфоцитов. С помощью молекулярно-генетического исследования была установлена микроделеция 22 хромосомы (22q11), новая мутация. **Обсуждение.** Синдром Ди Джорджи был диагностирован в 3,5 года. Пациентка наблюдается в ГАУЗ СО «ОДКБ№1» у иммунолога, детского кардиолога, эндокринолога, невролога. Вакцинация девочки проводится по индивидуальному плану. **Выводы.** Для успешного роста и развития пациентки необходимо продолжить дальнейшее диспансерное наблюдение ребенка профильными специалистами, вакцинацию, врачу педиатру и родителям следить за частотой и тяжестью респираторных заболеваний, правильным питанием девочки, режимом сна и отдыха.