

Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П.

БелМАПО

Особенности течения и терапии острых аллергических реакций у детей первого года жизни

Распространенность аллергических заболеваний не имеет тенденции к снижению. В последние годы увеличилась частота острых аллергических реакций как у взрослых, так и у детей. Так, в Российской Федерации число вызовов скорой помощи по поводу острых аллергических заболеваний возросло на 18% [2]. Ранее нами представлены особенности течения крапивницы и многоформной экссудативной эритемы у детей [4, 5]. Однако следует отметить, что острым аллергическим реакциям у грудных детей посвящены лишь единичные публикации [1].

Цель настоящей работы – анализ особенностей острых аллергических реакций у детей первого года жизни и обобщение опыта их лечения.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе аллергологического отделения 4-й детской клинической больницы г. Минска. Всего в 2004 г. в аллергологическом отделении лечились 16 детей грудного возраста с острыми аллергическими реакциями (возраст от 1,5 до 11 мес.). Детей первого полугодия жизни было 7, второго – 9. Превалировали мальчики (68,8%), девочек было в 2 раза меньше ($p < 0,05$).

Всем детям выполняли клинические исследования крови, мочи, по показаниям – биохимический анализ крови и коагулографию. Причины острых аллергических реакций уточняли по данным анамнеза и лабораторных исследований (реакция агломерации лейкоцитов с лекарственными аллергенами, показатель повреждения нейтрофилов с пищевыми аллергенами, иммуноферментный анализ общего IgE и специфических IgE к пищевым аллергенам).

Результаты исследований обработаны общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Отягощенность атопией в личном и семейном анамнезе отмечалась у большинства (68,8%) грудных детей с острыми аллергическими реакциями. Почти каждый второй пациент имел ранние (с первых месяцев жизни) проявления атопического дерматита на фоне наследственной отягощенности. Характерно, что родители и ближайшие родственники 43,8% детей имели указания на пищевую и лекарственную аллергию в анамнезе. Отягощенное (токсикозами, гестозами) течение беременности и родов наблюдалось почти у половины матерей. Подавляющее большинство (81,3%) детей были первенцами в семье.

На грудном вскармливании находилось 56,3% детей с острыми аллергическими реакциями. С первых месяцев и даже недель жизни 37,5% пациентов получали адаптированные искусственные смеси на основе коровьего молока.

Острые аллергические реакции развивались у грудных детей преимущественно летом (43,8% случаев), из них подавляющее большинство – в июле. В остальные сезоны года число госпитализаций было одинаковым (по 18,8%).

Основная причина острых аллергических реакций у грудных детей – пищевая аллергия. По данным анамнеза она прослежи-

валась у 62,5% пациентов. Ее вызывали пищевые продукты с высоким аллергизирующим потенциалом: коровье молоко, персик, клубника, банан, малина и др. Острые аллергические реакции чаще развивались на фоне впервые употребляемых соков (клубничного, свекольного, яблочного-шиповникового), прикормов в виде молочных каш и каш с бананом, свежих ягод. У двух детей с атопическим дерматитом острая крапивница и отек Квинке развились после перевода на смеси на основе изолята белка сои. Почти у 20% детей, находившихся на грудном вскармливании, причиной острых аллергических реакций послужило употребление высокоаллергенных продуктов и антибиотиков матерью. Аллергологическое обследование пациентов с пищевой аллергией подтвердило наличие у большинства из них специфических IgE к коровьему молоку, сое, пшенице, рыбе. Эти данные согласуются с результатами других авторов [3].

В два раза реже встречалась лекарственная аллергия. Связь острых аллергических реакций с приемом медикаментов – парацетамола, амброксола, «Бебинос», ампициллина (матерью) зарегистрирована у 31,7% пациентов. Данные анамнеза подтверждены реакцией агломерации лейкоцитов.

Сочетание пищевой сенсибилизации с лекарственной аллергией и острой респираторной вирусной инфекцией имело место у троих детей (18,8%). У них диагностирована многоформная экссудативная эритема.

Реже отмечались другие причины реакций. Так, у одного ребенка отек Квинке (губ, языка) возник после жевания листьев комнатной пальмы.

Наиболее частая клиническая форма острых аллергических реакций у грудных детей – крапивница и отек Квинке (50%). Несколько реже встречалась многоформная экссудативная эритема (37,5%). У двух больных диагностирована токсикодермия.

Преимущественная локализация отека Квинке – область лица (веки, губы, ушные раковины, подбородок). У одного ребенка наблюдали отек языка. Элементы крапивницы чаще выявлялись на туловище, нередко имели склонность к слиянию.

Многоформная экссудативная эритема во всех случаях была небуллезной. Проявлялась эритематозными пятнами различного размера округлой формы или с полициклическими очертаниями. Пятна характеризовались центробежным ростом и западением центральной части, были окружены по периферии отечным валиком, иногда имели цианотичную окраску. Элементы сыпи располагались преимущественно на туловище, часто – на руках и ногах. Реже в процесс вовлекалась область лица. Реактивный артрит диагностирован у одного ребенка с многоформной экссудативной эритемой.

Токсикодермия характеризовалась распространенной гиперемией кожных покровов. У одного ребенка отмечался буллезный элемент диаметром 8 мм на щеке.

Выраженных гематологических сдвигов у обследованных не наблюдалось. Повышение уровня лейкоцитов в периферической крови более $10 \cdot 10^9/\text{л}$ отмечалось у 25% пациентов. Среднее количество лейкоцитов составило $8,3 \pm 1,8 \cdot 10^9/\text{л}$. Эозинофилия периферической крови имела место у 25% детей.

Пациентам с аллергическими реакциями назначали гипоаллергенное питание. Детей, находившихся на естественном вскармливании, продолжали кормить грудью. Но из рациона кормящих матерей были исключены облигатные аллергены. При искусственном вскармливании детей переводили на смеси с высокой степенью гидролиза белка коровьего молока, при отсутствии сенсибилизации к сое – на основе изолята белка сои. В качестве корректирующих добавок и блюд прикорма использовали пищевые продукты с низким или средним аллергизирующим потенциалом. Продукты с высокой аллергизирующей активностью полностью исключали [3].

С момента поступления в стационар всем детям с острыми аллергическими реакциями назначали антигистаминные препараты первого поколения (чаще супрастин). В подавляющем боль-

шинстве случаев (81,2%) применяли глюкокортикоидные гормоны. Суточная доза стероидов по преднизолону, как правило, не превышала 1–2 мг/кг массы тела. Препараты вводили внутривенно или внутримышечно. Длительность терапии определялась тяжестью аллергической реакции и динамикой процесса. Она колебалась от 1-х до 5–6 суток. Пациентам с распространенными обильными высыпаниями (генерализованной крапивницей, многоформной экссудативной эритемой, токсикодермией) в первые сутки госпитализации потребовалась инфузионная терапия с введением глюкокортикостероидов.

Выводы

1. У подавляющего большинства детей грудного возраста с острыми аллергическими реакциями имеет место отягощенный аллергологический анамнез.
2. Наиболее частая причина острых аллергических реакций у детей первого года жизни – пищевая аллергия; в два раза реже регистрируется лекарственная аллергия.
3. Среди пищевых аллергенов преобладают продукты с высоким алергизирующим потенциалом.
4. Половину всех острых аллергических реакций в грудном возрасте составляют крапивница и отек Квинке.
5. Почти в 40% случаев наблюдается многоформная экссудативная эритема.
6. При лечении острых аллергических реакций у подавляющего большинства детей первого года жизни требуется применение глюкокортикостероидов.

Литература

1. Ахмина Н.И., Ефименко Р.Н., Охлопкова К.А., Чаусова Н.Г. Синдром Стивенса-Джонсона – тяжелая форма пищевой аллергии у новорожденного // Педиатрия. 2004. № 1. С. 60–61.
2. Балаболкин И.И., Намазова Л.С., Сидоренко И.В. и др. Терапия острых аллергических состояний на догоспитальном этапе // Лечащий врач. 2002. № 4. С. 66–69.
3. Баровик Т.Э., Ревякина В.А., Макарова С.М. Современные представления о лечебном питании при пищевой аллергии у детей раннего возраста // Доктор.Ру. 2004. № 2. С. 2–8.
4. Жерносек В.Ф. Крапивница и отек Квинке у детей // Медицинская панорама. 2003. № 1. С. 35–38.
5. Жерносек В.Ф., Дюбова Т. П. Небуллезная многоформная экссудативная эритема у детей // Медицинская панорама. 2004. № 4. С. 37–39.

Аверин В.И.
БГМУ

Социальная адаптация и наблюдение за пациентами после оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря

Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – один из наиболее сложных врожденных пороков развития, требующих многоэтапных реконструктивных операций. Методы хирургического лечения классической ЭМП остаются спорными и дискутируются до настоящего времени. Однако результаты изучения физиологии мочевого пузыря (МП), механизмов нейрогуморальной регуляции его накопительной и эвакуаторной функции в норме и при патологии позволили выбрать наиболее эффективные хирургические методики, обеспечивающие рациональное взаимодействие детрузора и сфинктера в процессе удержания мочи и мочеиспускания. Получили патогенетическое обоснование первичная пластика МП собственными тканями, цистопластика кишечным сегментом, периодическая катетеризация МП в после-

операционном периоде, формирование катетеризуемой цистостомы (операция Митрофанова), применение «самокатетеризации» больными старшей возрастной группы [1, 3, 4, 6, 8, 12].

Теперь все больные, которым на современном уровне проводится лечение ЭМП, наблюдаются до взрослого возраста и ведут полноценную жизнь. В настоящее время летальность детей с ЭМП крайне редкое явление, что еще раз доказывает необходимость срочного, полноценного многоэтапного лечения данной патологии [2, 9].

Несмотря на тяжелую эписпадию, сочетающуюся с экстрофией, большинство пациентов, которым была произведена реконструкция половых органов, может свободно вести половую жизнь. Способности к оплодотворению у девочек не представляет собой сложности. В литературе есть сообщение о 131 женщине, родившей 164 ребенка. Однако главная проблема во время беременности – выпадение шейки матки или самой матки. Это может произойти, если в прошлом была произведена уретеросигмостомия без остеотомии костей таза, а не этапная реконструкция. Женщинам, перенесшим как пластику МП, так и уретеросигмостомию, рекомендуется производить родоразрешение путем кесарева сечения [13].

R.I. Mathews et al. сообщают, что из 34 обследованных женщин 24 имели сексуальное желание, 16 из них были сексуально активны, 10 испытывали оргазм. Восемь пациенток имели 13 беременностей, 8 из которых закончились родами совершенно здоровых детей. Половую жизнь женщины в среднем начинали в 19,9 года. Однако 5 женщин ограничивали контакты с мужчинами, так как были неудовлетворены косметическим видом своих наружных половых органов [10].

При изучении данных литературы было установлено, что из 2500 мужчин, лечившихся по поводу ЭМП или эписпадии, только 35 смогли стать отцами 46 детей [13]. Причем у мужчин без реконструкции наружных половых органов наблюдалась нормальная эякуляция, и шанс стать отцами у них был выше [5, 7, 14, 15].

Поэтому в настоящее время у взрослых больных на первое место выходят косметические и сексуальные проблемы. Понимание этого факта поможет создавать более адекватные рекомендации в отношении будущей жизни пациентов.

Основным моментом, определяющим успех лечения и последующей реабилитации, является единый тактический подход к ведению пациента на различных этапах оказания медицинской помощи, начиная с роддома и заканчивая профильным хирургическим стационаром. Преемственность и согласованность в работе акушеров-гинекологов, педиатрических бригад скорой помощи, анестезиологов-реаниматологов и детских хирургов значительно повышает процент благоприятных исходов и снижает частоту возникновения послеоперационных осложнений. Ниже представлена разработанная нами схема ведения пациентов с ЭМП.

Рекомендации для врачей родильных домов

О рождении ребенка с ЭМП врач родильного дома в первые 2–3 ч после родов должен сообщить в Детский хирургический центр (ДХЦ) 1-й клинической больницы г. Минска. Новорожденный, родившийся в любом родильном отделении РБ, должен быть доставлен в ДХЦ к концу первых суток. Хирургическое лечение столь сложного врожденного порока развития требует большого опыта и специального технического обеспечения и должно проводиться в хорошо оснащенных детских хирургических отделениях.

После рождения экстрофированный МП накрывается стерильной (прокипяченной) целлофановой пленкой без марлевых салфеток (рис.), а ребенок помещается в кувез с температурой 34–35°C, влажностью 80–100% и оптимальным содержанием кислорода. Слизистую оболочку МП необходимо обрабатывать теплым (37°C) физиологическим раствором из шприца каждые 3–4 ч. При отсутствии пороков желудочно-кишечного тракта