

АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ И ПРИЧИННОЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К.В.Клименко, У.А.Шлейко, В.В.Дмитрачков

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Основными причинами ангионевротического отека (АНО) (отека Квинке) являются аллергические реакции (АР) на пищу, медикаменты, укусы насекомых и другие аллергены.

Цель исследования: изучить аллергоanamнез (АлА), уточнить причиннозначимые факторы развития ангионевротического отека (АНО) у детей и подростков.

Материал и методы. Группа наблюдения (ГрН) была представлена 48 детьми и подростками находившихся на обследовании и лечении в аллергоотделении 4-й ГДКБ г. Минска в 2023–2024г с диагнозом АНО (в возрасте от 1 года до 4 лет). Остро развившийся АНО был диагностирован у 34 пациентов (70,8%) и у 14 АНО, имеющий рецидивирующее течение (в т. ч. по данным собранного анамнеза (Ан)) – (29,2%). Среди детей и подростков в ГрН: 27 девочек – 56,3% и 21 мальчик – 43,8%: 1 пациент грудного возраста (2,1%), дошкольного возраста – 3 ребенка (6,3%), дошкольного – 6 человек (12,5%), младшего – 11 детей (22,9%), старшего школьного возрастов – 27 пациентов (56,3%). Применялся анкетно-анамнестический метод и выкопировка данных из истории развития и медкарты пациента.

Обсуждение результатов. При поступлении в стационар указать причину развития АНО смогли не все пациенты (или их родители) – только 32 ребенка (66,7%). 16 пациентов назвать причину затруднились (33,3% всех случаев с АНО). Среди причиннозначимых факторов развития АНО чаще всего назывались: реакция на пищевые продукты – 13 пациентов (40,6%). Среди этих пациентов чаще упоминалось употребление различных сладостей накануне развития анафилаксии – 8 пациентов (61,5%): озвучивались такие варианты ответов как: реакция на сладости (3 ребенка – 37,5%); мед+травяной чай (1,3%); сладкое+фитопрепараты (1,3%); коктейли+сладкое (1,3%); конфета+творог (1,3%); маффин

с какао (1,3%). Из других продуктов назывались: каша с сосиской, паста с креветками, травяной чай, жевательная резинка со вкусом клубники по 1 ребенку соответственно, родители 1 пациента указали «нарушение ребенком диеты» без указания пищевого продукта (?). Как причину развития АНО 7 пациентов и их родители называли контакт с бытовыми аллергенами (21,9%). Из них: использование декоративной косметики и краски для волос и средств ухода за кожей («после душа») – 5 случаев (71,4%); контакт со средствами бытовой химии – 2 ребенка (28,6%). Развитие АНО с переносимой или перенесенной ребенком накануне неуточненной острой респираторной инфекцией связали родители 2 пациентов (6,3%). Развитие АНО после укуса насекомых (инсекталлергия) – 3 пациента (9,4%, укус комаров – у 2 пациентов, и у 1 ребенка – укус пчелы). АР на пыль и/или пыльцу (в т.ч. злаки) как вероятную причину развития АНО назвали 6 пациентов (18,9%). Реакцию на шерсть животных (кошка, эпидермальная аллергия (ЭА)) как причиннозначимый фактор указали родители 1 пациента (3,1%). При поступлении в стационар по экстеренным показаниям в связи с развитием у них АНО сведения об осложненном АЛА сообщили 29 человек (60,4%, сопутствующие аллергозаболевания у 21 ребенка). Из сопутствующих аллергозаболеваний у пациентов в Ан были диагностированы: крапивница (острая, рецидивирующая, хроническая) – 8 пациентов (38,1%), аллергический персистирующий ринит – 7 детей (33,3%), атопический дерматит – 6 человек (28,6%), контактный дерматит – у 1 ребенка (4,8%), конъюнктивит – 4 человека (19,0%), бронхиальная астма – 2 пациента (9,5%). Пищевая аллергия (ПА) в Ан отмечена у 4 пациентов (13,8%): цитрусовые, гранат, сок (?), сладкое. Медикаментозная аллергия (МА) встречалась в Ан у 4 пациентов с АНО (13,8% опрошенных с осложненным АЛА: на антибактериальные препараты у 2 пациентов (цефазолин, амоксициллин); супрастин (1 пациен), ибупрофен (в т.ч. в сиропе) – 2 человека), оксолин – 1 ребенок. Эпидермальная сенсibilизация – 5 детей, бытовая – 5 детей (по 17,2%), пыльцевая у 9 человек (31,0%), инсекталлергия, грибковая аллергия в анамнезе по 1 ребенку (3,4%). Поливалентная аллергия была зарегистрирована нами в Ан у 8 детей (27,6%) пациентов с АНО, в различных сочетаниях: ПА+МА, ПА+МА+пыльцевая (ПыА,); бытовая (БА)+Эпидермальная (ЭА), БА+ЭА+МА, БА+ЭА+ПыА, БА+ПыА, БА+ПыА+ЭА+грибковая; ЭА+ПыА. В подгруппе пациентов, которые не смогли по каким-то причинам указать развития АНО (16 человек (33,3%)) в АЛА у 11 детей (68,8%) отсутствовали сведения о каких-либо АР и аллергозаболеваниях; при дальнейшем лабораторном обследова-

нии в общем анализе крови (ОАК) у этих 16 пациентов было выявлено: нейтрофильный сдвиг влево у 6 пациентов (37,5%), эозинофилия у 2 детей (12,5%), лимфоцитоз у 2 пациентов (12,5%), а у 6 человек (37,5%) в ОАК на момент поступления в стационар – без отклонений от возрастной нормы. В тоже время: уровень общего IgE был повышен у 5 пациентов данной подгруппы (31,3%), у 6 – в пределах нормы (37,5%), у 5 детей (31,5%) обследование не проводилось.

Выводы. Выявлена высокая частота АР и заболеваний в анамнезе у детей и подростков страдающих АНО (осложненный АЛА). Среди причиннозначимых факторов развития АНО чаще указываются пищевые аллергены, декоративная косметика, средства ухода за кожей, контакт с бытовыми аллергенами.

**Материалы
XXXII Конгресса детских
гастроэнтерологов России
и стран СНГ
«Актуальные проблемы
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025