

предлагает дополнительные преимущества, а именно — хорошее проникновение в труднодоступные места, возможность более фокусного применения. Удобство использования, широкие терапевтические возможности и хорошая переносимость позволяют рекомендовать дозированный спрей Граммидин® для широкого применения у больных с острыми инфекционными процессами в глотке, в т. ч. в детском возрасте (Граммидин® спрей детский).

Литература

1. Pelucchi C., Grigoryan L., Galeone C. et al. (ESCMID Sore Throat Guideline Group) Guideline for the management of acute sore throat // *Clinical Microbiology and Infection*. 2012. Vol. 18(1). P.1–28.
2. Овчинников А.Ю. Острый и хронический фарингит // *Вестник оториноларингологии*. 1991. Т4. С.8–10 [Ovchinnikov A.Ju. Ostryj i hronicheskij faringit // *Vestnik otorinolaringologii*. 1991. Т4. С.8–10 (in Russain)].
3. Bisno A.L. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis // *Infectious Diseases in Clinica Practice*. 2002. Vol. 35(2). P.113–125.
4. Острый тонзиллофарингит. Клинические рекомендации // Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. 2016 [Ostryj tonzillofaringit. Klinicheskie rekomendacii // Nacional'naya medicinskaya asociacija otorinolaringologov. 2016 (in Russain)]. [Электронный ресурс] URL: <http://www.nmaoru.org/files/KR306%20Tonzillofaringit.pdf> (дата обращения: 20.09.2018).
5. Кренделев М.С. Проблема биопленкообразования при тонзиллите // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. №5. [Krendelev M.S. Problema biopljonkoobrazovanija pri tonzillite // *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2016. №5 (in Russain)]. [Электронный ресурс] URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=25186> (дата обращения: 20.09.2018).

6. Рыбак Н.А., Соколова Т.Н. Микрофлора небных миндалин при хроническом тонзиллите // *Актуальные вопросы микробиологии, иммунологии и инфектологии: сб. матер. науч.-практ. конф.* 2017 [Rybak N.A., Sokolova T.N. Mikroflora njobnyh mindalin pri hronicheskom tonzillite // *Aktual'nye voprosy mikrobiologii, immunologii i infektologii: sb. mater. Nauch.-prakt. konf.* 2017 (in Russain)]. [Электронный ресурс] URL: <http://elib.grsmu.by/handle/files/5242> (дата обращения: 20.09.2018).
7. Геппе Н.А., Дронов И.А. Применение местных антисептических средств при остром и хроническом тонзиллофарингите у детей // *Оториноларингология. Пульмонология*. №10(98). 2014. С.71–75 [Geppe N.A., Dronov I.A. Primenenije mestnyh antisepticheskikh sredstv pri ostrom i hronicheskom tonzillofaringite u detej // *Otorinolaringologija. Pul'monologija*. №10(98). 2014. S.71–75 (in Russain)].
8. Rice S.A., McDougald D., Kumar N., Kjelleberg S. The use of quorum-sensing blockers as therapeutic agents for the control of biofilm-associated infections // *Curr. Opin. Investig. Drugs*. 2005. Vol. 6(2). P.178–184.
9. Туровский А.Б., Колбанова И.Г. Хронический тонзиллит — современные представления // *Доктор.Ру*. №5(49). 2009. С.16–21 [Turovskij A.B., Kolbanova I.G. Hronicheskij tonzillit — sovremennye predstavlenija // *Doktor.Ru*. №5(49). 2009. S.16–21 (in Russain)].
10. Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р., Котова Е.Н., Пивнева Н.Д. Боль в горле: симптом и способы лечения // *РМЖ*. 2012. Т.16. С.832. [Radcig E.Ju., Bogomil'skij M.R., Kotova E.N., Pivneva N.D. Bol' v gorle: simptom i sposoby lechenija // *RMZh*. 2012. T.16. S.832 (in Russain)].
11. Деньгин В.В. Предотвращение хронизации инфекционно-воспалительных заболеваний глотки: место Граммидина® // *Фарматека*. 2005. Т.19. С.62–65 [Den'gin V.V. Predotvrashhenie hronizacii infekcionno-vozpjalitel'nyh zabolevanij glotki: mesto Grammidina® // *Farmateka*. 2005. T.19. S.62–65 (in Russain)].
12. Sandt C., Barbeau J., Gagnon M.A., Lafleur M. Role of the ammonium group in the diffusion of quaternary ammonium compounds in *Streptococcus mutans* biofilms // *J. Antimicrob. Chemother.* 2007. Vol. 60(6). P.1281–1287.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Клиническое наблюдение гистиоцитоза у ребенка 1 месяца 3 недель, протекавшего под маской наружного диффузного отита

К.м.н. М.В. Молчанова^{1,2}, к.м.н. С.И. Алексеенко^{1,2}, профессор С.А. Артюшкин¹

¹ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса», Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Гистиоцитозы представляют собой группу заболеваний, которые объединяет пролиферативный процесс в моноцитарно-макрофагальной системе с накоплением в очагах поражения патологических гистиоцитов и формированием специфических гранулем.

Возможна иммунопатологическая и опухолевая природа заболевания. В пользу иммунопатологической природы гистиоцитоза свидетельствуют высокая частота спонтанных ремиссий, низкая летальность и отсутствие хромосомных аномалий в клетках из очагов поражения, в пользу опухолевой природы — клональный характер пролиферации клеток Лангерганса в очагах поражения.

Клинические проявления гистиоцитоза весьма разнообразны, что определяет трудность диагностики. В патологический процесс могут вовлекаться различные органы и ткани: кожа, лимфатические узлы, наружное и среднее ухо, плоские кости, костный мозг, печень, селезенка, легкие, эндокринные железы, желудочно-кишечный тракт, головной мозг.

В статье представлен клинический случай гистиоцитоза, диагностированный у ребенка 1 мес. 3 нед., клинические проявления которого маскировались под симптомы наружного диффузного отита.

Описание данного клинического случая преследует цель обратить внимание на особенности течения рецидивирующих наружных и средних отитов у грудных детей, т. к. за маской данных заболеваний может скрываться гистиоцитоз.

Ключевые слова: *наружный и средний диффузный отит, дети грудного возраста, гистиоцитоз, компьютерная томография.*

Для цитирования: *Молчанова М.В., Алексеенко С.И., Артюшкин С.А. Клиническое наблюдение гистиоцитоза у ребенка 1 месяца 3 недель, протекавшего под маской наружного диффузного отита // РМЖ. 2018. № 10(II). С. 102–104.*

ABSTRACT

Clinical observation of histiocytosis, proceeding under the mask of an acute otitis externa, in a child of 1 month 3 weeks
M.V. Molchanova^{1,2}, S.I. Alexeenko^{1,2}, S.A. Artyushkin¹

¹ Mechnikov Northwestern State Medical University, Saint Petersburg

² Raukhfus Children City Multi-Profile Clinical Center of High Medical Technologies, Saint Petersburg

A histiocytosis is a group of diseases that combine the proliferative process in the monocyte-macrophage system with the accumulation of pathological histiocytes in the lesions and a formation of specific granulomas.

There is a possibility of an immunopathological and tumor nature of the disease. A high incidence of spontaneous remission, low mortality and an absence of chromosomal abnormalities in cells from lesions are in favor of the immunopathological nature of histiocytosis. In favor of the tumor nature — the clonal nature of the Langerhans cells proliferation in the lesions.

Clinical manifestations of histiocytosis are very diverse, which determines the difficulty of diagnosis. Various organs and tissues can be involved in the pathological process: skin, lymph nodes, external and middle ear, flat bones, bone marrow, liver, spleen, lungs, endocrine glands, gastrointestinal tract, brain.

The article presents a clinical case of histiocytosis diagnosed in a child of 1 month 3 weeks, the clinical manifestations of which were masked under the symptoms of an acute otitis externa.

The description of this clinical case is intended to draw attention to the peculiarities of the course of recurrent otitis externa and otitis media in infants, as the “mask” of these diseases may be histiocytosis.

Key words: acute otitis externa and otitis media, infants, histiocytosis, computerized tomography.

For citation: Molchanova M.V., Alexeenko S.I., Artyushkin S.A. Clinical observation of histiocytosis, proceeding under the mask of an acute otitis externa, in a child of 1 month 3 weeks //RMJ. 2018. № 10(II). P. 102–104.

ВВЕДЕНИЕ

Гистиоцитозы представляют собой группу заболеваний, разнообразных по клиническим проявлениям и прогнозу, которые объединяет пролиферативный процесс в моноцитарно-макрофагальной системе с накоплением в очагах поражения патологических гистиоцитов и формированием специфических гранулем [1–4]. Современная классификация гистиоцитозов включает 3 нозологические формы: гистиоцитоз из клеток Лангерганса, злокачественный гистиоцитоз и вирус-ассоциированный гемофагоцитарный синдром [2, 5].

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса — крайне редкое заболевание: в детском возрасте встречаются 3–4 случая на 1 млн населения, у взрослых — 1 случай на 560 000 населения [6–8].

Этиология и патогенез гистиоцитоза до конца не изучены [2, 6, 9]. Возможна иммунопатологическая и опухолевая природа заболевания. В пользу иммунопатологической природы гистиоцитоза свидетельствуют высокая частота спонтанных ремиссий, низкая летальность (у детей — 15%, у взрослых — 3%) и отсутствие хромосомных аномалий в клетках из очагов поражения. В пользу опухолевой природы говорит клональный характер пролиферации клеток Лангерганса в очагах поражения [10].

Клинические проявления гистиоцитоза весьма разнообразны, что определяет трудность диагностики. В патологический процесс могут вовлекаться различные органы и ткани: кожа, лимфатические узлы, наружное и среднее ухо, плоские кости, костный мозг, печень, селезенка, легкие, эндокринные железы, желудочно-кишечный тракт, головной мозг [2, 6, 11].

Среди ЛОР-органов наиболее часто поражаются наружное и среднее ухо с кровянисто-гнойными выделениями из наружного слухового прохода, имитируя таким образом наружный и средний гнойный отит.

Верификация диагноза проводится на основании биопсии пораженных очагов с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями материала [2].

Клинический случай гистиоцитоза

Вашему вниманию предлагается случай своевременно диагностированного гистиоцитоза у ребенка грудного возраста.

Девочка Г., 1 мес. 3 нед., поступила в ЛОР-отделение СПб ГБУЗ «ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса» в экстренном порядке с жалобами на геморрагические выделения из правого уха.

Из анамнеза заболевания известно, что за 2 нед. до поступления на фоне полного здоровья родители заметили геморрагические выделения из правого уха у девочки в небольшом количестве. Факт травмы родители отрицали. К ЛОР-врачу амбулаторно не обращались. Появившиеся выделения из правого уха повторно побудили родителей обратиться в дежурный ЛОР-стационар.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала без особенностей. При рождении: масса тела — 3650 г, рост — 53 см, закричала сразу, оценка по шкале Апгар — 8/8 баллов. Девочка находилась на грудном вскармливании, отмечались достаточные весовые прибавки. Проходила регулярные плановые осмотры в декретированные сроки у педиатра и специалистов в поликлинике по месту жительства. Девочка наблюдается у хирурга, онколога по месту жительства по поводу образования боковой поверхности грудной клетки слева (лимфангиома?).

При поступлении: ребенок в сознании, активен, сон не нарушен, аппетит не снижен. Температура тела 36,5 °С. Общий соматический статус без отклонений от возрастной нормы.

Проведена оценка ЛОР-статуса. Риноскопия: носовое дыхание удовлетворительное. Слизистая носа розовая, носовые раковины обычные, отделяемого нет. Фарингоскопия: слизистая глотки розовая, налетов не обнаружено.

Выполнена отоскопия. АД: заушная область не изменена. Кожа наружного слухового прохода незначительно гиперемирована, инфильтрирована. В наружном слуховом проходе отмечается гнойно-геморрагическое отделяемое. На задневерхней стенке наружного слухового прохода на границе с барабанной перепонкой визуализируется образование розового цвета, однородное, с четкими контурами, размер 7×5,5 мм,

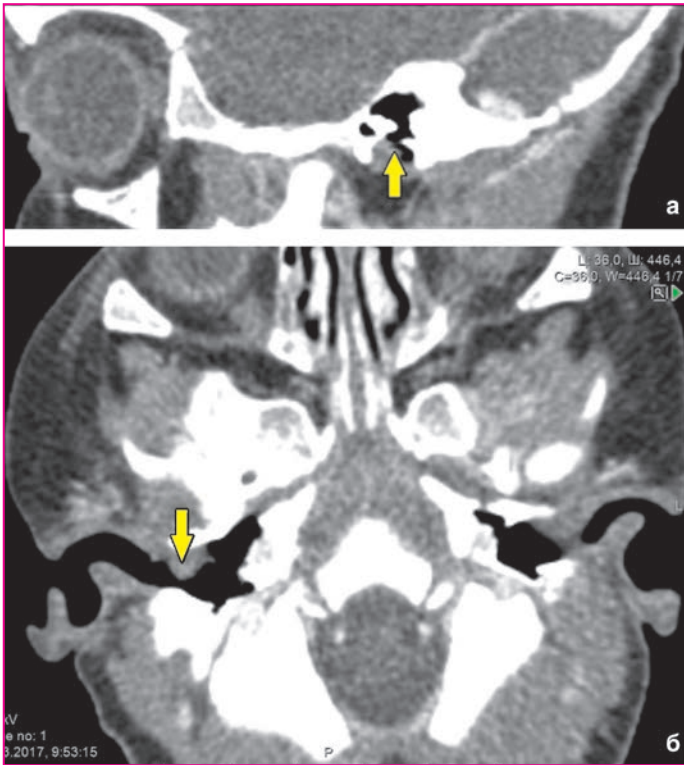


Рис. 1. Компьютерная томография височных костей в коронарной (а) и аксиальной (б) проекциях после введения контрастного вещества. Стрелками показано мягкотканное образование наружного слухового прохода справа

при дотрагивании кровотоцит. Барабанная перепонка обозрима не полностью, серая. AS: заушная область не изменена. Наружный слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка серая, контуры четкие.

Ребенок госпитализирован в ЛОР-отделение, проведено дообследование: клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, бактериологическое исследование патологического отделяемого из правого уха, УЗИ органов брюшной полости, желудка, биохимический анализ крови, ЭКГ, консультация педиатра.

После угасания острого воспалительного процесса наружного слухового прохода справа выполнена компьютерная томография височных костей с внутривенным введением контрастного вещества.

В клиническом анализе крови отмечались признаки анемии легкой степени тяжести (эритроциты $3,09 \times 10^{12}$, гемоглобин 100 г/л).

В общем анализе мочи, копрограмме, УЗИ органов брюшной полости, желудка патологии не выявлено.

В результате бактериологического исследования отделяемого из наружного слухового прохода справа выделен *Staphylococcus aureus*, чувствительный к амоксициллину в комбинации с клавулановой кислотой, цефотаксиму, цефтриаксону.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 138 уд./мин, нормальное положение электрической оси сердца. Поворот против часовой стрелки (R1, V1–V6); неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Девочка консультирована педиатром. Диагноз: Образование боковой поверхности грудной клетки слева (лимфангиома?). Анемия легкой степени тяжести.

Проведена консервативная терапия: системная антибактериальная терапия (цефтриаксон по 400 мг 1 р./сут

в/м 10 дней); антигистаминная терапия (диметинден (капли) по 3 капли 3 р./сут внутрь); интраназально вводился вазоконстриктор (оксиметазолин 0,01% по 1 капле 2 р./сут); местный антибактериальный препарат (в правое ухо: рифамицин по 3 капли 3 р./сут 10 дней).

На фоне проводимой терапии воспалительные явления стихли, однако при отоскопии сохранялось образование на задневерхней стенке наружного слухового прохода справа.

С целью уточнения распространенности процесса назначена компьютерная томография височных костей с внутривенным введением контрастного вещества.

По данным компьютерной томографии височных костей, выполненной по стандартной программе до и после внутривенного введения контрастного вещества, на задней стенке наружного слухового прохода справа определяется мягкотканное образование однородной структуры, овальной формы с четкими контурами, размером $7 \times 5,5$ мм. Образование прилежит к барабанной перепонке, несколько смещает ее внутрь, умеренно накапливает контрастный препарат. Просвет наружного слухового прохода в данной области сужен до 1 мм. Костных деструктивных изменений не выявлено. Антрум и барабанные полости с обеих сторон пневматизированы. Слуховые косточки прослеживаются четко. Улитки без особенностей (рис. 1).

В условиях операционной под внутривенным наркозом при отомикроскопическом контроле удалено образование наружного слухового прохода справа. Материал направлен на гистологическое исследование.

По результатам патоморфологического исследования: гистологическая картина лангергансоподобного гистиоцитоза.

Девочка консультирована детским онкологом. Рекомендован пересмотр блоков и стекол с выполнением иммуногистохимического исследования материала в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева.

Катамнез: по результатам гистологического и иммуногистохимического исследования в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева диагноз подтвержден. После выписки из ЛОР-отделения ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса девочка прошла обследование у онколога, другие очаги не выявлены. Системная терапия онкологом не назначалась. В течение года 1 раз в 3 мес. консультируется онкологом, оториноларингологом, ребенку проводится отомикроскопия — отмечается стойкая ремиссия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описание данного клинического случая преследует цель обратить внимание на особенности течения рецидивирующих наружных и средних отитов у грудных детей, т. к. за маской данных заболеваний может скрываться гистиоцитоз.

Литература

1. Солопова Г.Г., Байдильдина Д.Д., Жарикова Л.И. и др. Применение 2-хлордезоксиденозина в терапии гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей // Онкогематология. 2010. №3. С.8–16 [Solopova G.G., Bajdil'dina D.D., Zharikova L.I. i dr. Primenenie 2-hlordezoksadenozina v terapii gistiocitoza iz kletok Langergansa u detej // Onkogematologija. 2010. №3. S.8–16 (in Russian)].
2. Каладзе Н.Н., Юр'ева А.В., Гафарова Л.Д. и др. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса: случай у ребенка раннего возраста // Здоровье ребенка. 2014. №8(59). С.59–63 [Kaladze N.N., Jur'eva A.V., Gafarova L.D. i dr. Gistiocitoz iz kletok Langergansa: sluchaj u rebenka ranнего возраста // Zdorov'e rebenka. 2014. №8(59). S.59–63 (in Russian)].
3. Egeler R.M., D'Angio G.J. Langerhans cell histiocytosis // J. Pediatr. 1995. Vol. 127(1). P.1–11.
4. Schmitz L., Favara B.E. Nosology and pathology of Langerhans cell histiocytosis // Hematol. Oncol. Clin. North Am. 1998. Vol. 12(2). P.21–46.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>