

ОСТРАЯ БОЛЬ И ОТЕК МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА

Мамаризаев Дилшод Юнусович

Самаркандский государственный медицинский университет

***Аннотация:** Геморрагическая пурпура Хеноха-Шенлейна — это самоограничивающийся васкулит, который обычно проявляется типичными симптомами ошутимой пурпуры с вовлечением суставов и почек. Редко могут встречаться другие атипичные генитоуринарные проявления. Вовлечение полового члена является редким и не часто описывается по сравнению с вовлечением яичек или мошонки. Мы сообщаем о редком случае 4-летнего мальчика с геморрагической пурпурой Хеноха-Шенлейна, который представил отек полового члена, вызывающий острую задержку мочи. Он был успешно лечен с помощью установки мочевого катетера для снятия обструкции и в конечном итоге глюкокортикоидами для лечения васкулита с хорошим прогнозом и без долгосрочных последствий.*

***Ключевые слова:** геморрагическая пурпура Хеноха-Шенлейна, мочева обструкция, отек полового члена, ошутимая пурпура, педиатрия, глюкокортикоиды.*

Ключевое сообщение: Мы должны учитывать более редкие этиологии острого отека полового члена у ребенка, если имеются сопутствующие дерматологические проявления, указывающие на васкулит. Необходима быстрая терапия глюкокортикоидами с одновременными вмешательствами для снятия мочево обструкции, чтобы обеспечить оптимальное лечение пациента. Врачи должны быть осведомлены о генитоуринарных проявлениях геморрагической пурпуры Хеноха-Шенлейна, которые могут проявляться как отек полового члена с пурпурными поражениями.

Геморрагическая пурпура Хеноха-Шенлейна (ГПХШ), также известная как васкулит IgA; это острый васкулит малых сосудов, опосредованный иммунными комплексами, который чаще всего развивается у детей младше 10 лет. Обычно он клинически характеризуется триадой симптомов, включая ощутимую пурпуру без тромбоцитопении, abdominal pain и артрит или артралгию. Другие клинические проявления ГПХШ могут варьироваться от бессимптомной микроскопической гематурии или протеинурии до более серьезных симптомов острого повреждения почек. Атипичные проявления могут затрагивать урогенитальную систему; в основном яичковые и мошоночные проявления. Однако вовлечение полового члена остается редким осложнением и не часто описывается. ГПХШ обычно является самоограничивающимся заболеванием, но требует срочного лечения кортикостероидами, когда возникают такие осложнения. Мы сообщаем о случае 4-летнего мальчика с ГПХШ, который представил тревожные симптомы острой задержки мочи вторично к отеку полового члена.

Наш пациент — здоровый мальчик-педиатр, у которого нет значительной истории болезни. Он обратился в ЦЭ с острой задержкой мочи и дизурией. Не было истории гематурии или пиурии. У него не было...

Инфекционные симптомы лихорадки или озноба. У него также не было истории инфекций мочевыводящих путей (ИМП). Не было предшествующей истории инфекций верхних дыхательных путей. Не было истории травмы позвоночника или изменений в его кишечных привычках, которые могли бы указывать на синдром конского хвоста. При общем осмотре он был раздражительным из-за значительного дискомфорта и боли в области надлобковой области, его половые органы и болезненность в области живота.

Неврологическое обследование было нормальным, без признаков компрессии спинного мозга. Рассматривались типичные состояния, такие как травма и баланит. У всего пениса пациента была отмечена отечность с

болезненностью при пальпации; уретральное отверстие едва визуализировалось при почти полной обструкции. Имелся отек наружной крайней плоти и большая эритематозная пурпура и экхимоз на правой стороне пениса, а также старая эритематозная пурпура на дистальной левой стороне пениса.

Язвы не были отмечены. Также не было аномальных выделений из уретры. На мошонке не было видимых изменений кожи. Мошонка не была отечной и не была болезненной при пальпации. Пациент отказался передвигаться из-за боли в области паха. У него была легкая болезненность в области перитонеума, но не было защитного напряжения, указывающего на перитонит. Первоначальные исследования показали нормальные результаты анализов крови на полный анализ крови и тесты функции почек. Инфекционные маркеры не были повышены (С-реактивный белок = 16,2 мг/дл). Анализ мочи был нормальным, без крови, лейкоцитов, белка и эпителиальных клеток.

Дифференциальные диагнозы Рассматривая его проявления острого задержки мочи, первоначально рассматривалась возможность инфекции мочевыводящих путей. Однако у него не было симптомов мочевыводящих путей, таких как дизурия или гематурия. Неврологическое и спинальное обследование было нормальным, и, таким образом, вовлечение спинного мозга, вызывающее острое задержку мочи, было исключено. Из-за отека крайней плоти рассматривался баланит. Инфекционный баланит был основным дифференциальным диагнозом, так как это наиболее распространенное состояние. Другие опасения касались инфекций, передающихся половым путем (ИППП), таких как генитальный герпес, но это было менее вероятно из-за отсутствия выделений из пениса и отсутствия пузырьков. Более того, тщательная оценка психосоциальных аспектов этого пациента не указывала на опасения по поводу сексуального насилия. Рассматривалась атипичная аллергия на лекарства, но не было предшествующей истории новых медикаментов, введенных ребенку, и

отсутствие вовлечения других слизистых оболочек сделало это менее вероятной причиной. У него также не было истории контактного дерматита, что было еще одним дифференциальным диагнозом. Парафимоз и баланопостит также были исключены после детального генитального обследования, которое показало диффузный отек пениса, а не в первую очередь отек головки пениса, который обычно встречается в этих состояниях.

Более детальный сбор анамнеза и физическое обследование выявили интересные детали, которые в конечном итоге подтвердили диагноз. При правильном обнажении его нижних конечностей у пациента была множественная дискретная макулопапулезная сыпь с пальпируемой пурпурой и подкожным отеком лодыжек.

При дальнейшем расспросе выяснилось, что ему недавно поставили диагноз HSP 1 неделю назад. Из-за этой дополнительной информации была рассмотрена воспалительная причина баланита, и его быстро госпитализировали для консультации по ревматологии и для лечения и облегчения его генитоуринарного отека. Острый задержка мочи у пациента была следствием его сильно отечного пениса, вызывающего механическую обструкцию на уровне уретрального отверстия. Внутренний катетер (IDC) был установлен для обхода обструкции и облегчения задержки мочи. Дальнейшие анализы крови показали нормальные уровни сывороточного IgA и скорости оседания эритроцитов.

Прогресс и результат после установки IDC было аспирировано большое количество мочи, что спонтанно разрешило задержку мочи и abdominal pain. После своевременной консультации по ревматологии ему была введена внутривенная пульсирующая метилпреднизолон с уменьшающимися дозами пероральных стероидов для лечения HSP и его осложнений. В течение 24 часов после начала лечения отек пениса значительно уменьшился, с меньшим количеством сопутствующих пурпурных высыпаний на нижних конечностях.

Он был успешно переведен с мочевого катетера в течение 72 часов после поступления, так как его генитоуринарные отеки и боль разрешились.

Обсуждение

Случаи HSP с сообщаемым вовлечением полового члена или случаи HSP, впервые проявляющиеся с сыпью на половом члене, были крайне редкими. На сегодняшний день был только 1 ранее зарегистрированный случай отека полового члена с острым мочевым задержанием, связанным с HSP. У этого пациента острое лечение заключалось в облегчении задержки мочи с помощью уретрального катетера, чтобы предотвратить дальнейшие осложнения, такие как гидронефроз и острое повреждение почек.

Фаркас и др. предполагают, что супрапубическая катетеризация является эффективной альтернативой, когда уретральная катетеризация считается слишком рискованной. Хотя вовлечение полового члена было зарегистрировано в нескольких литературных источниках, это все еще крайне редкое осложнение, которое заслуживает большего внимания.

Находки полового члена, связанные с HSP, могут варьироваться от отека, эритемы, экхимозов до пурпурной сыпи на стволе полового члена или крайней плоти. Иногда эти симптомы предшествуют находкам характерной пурпурной сыпи, что делает диагноз еще более сложным. В этом случае пациент представил собой широко распространенные кожные признаки и артрит суставов, что сильно указывало на впечатление HSP за 1 неделю до появления признаков вовлечения полового члена.

Также были случаи, когда вовлечение кожи полового члена было первым проявлением HSP, что делает это еще большей диагностической проблемой.

В таких случаях следует сначала рассмотреть и исключить другие дифференциалы. Феррара и др. сообщают, что вовлечение полового члена не ухудшает прогноз и должно лечиться консервативно. Однако есть и другие, такие как Пеннаси и др., которые сообщают об улучшении при лечении глюкокортикоидами.

Что касается HSP в целом, систематический обзор Вайса и др. предоставляет убедительные доказательства того, что ранние кортикостероиды снижают необходимость в хирургическом вмешательстве и рецидиве заболевания. Этот пациент был лечен пульсирующими стероидами и переведен на короткий курс пероральных глюкокортикоидов, и он хорошо отреагировал на это лечение, демонстрируя преимущества своевременного лечения.

Таким образом, критически важно рассматривать HSP как один из дифференциалов, когда наблюдается отек полового члена или проявление, похожее на баланит, у ребенка, особенно в присутствии ощутимой пурпуры, так как своевременное лечение стероидами тогда снизит необходимость в дальнейшем инвазивном лечении и уменьшит вероятность дальнейшего повреждения половых органов.

Педиатры и врачи скорой помощи должны быть осведомлены об этом состоянии, когда сталкиваются с этой атипичной и редкой манифестацией HSP, так как потребуется своевременное лечение, чтобы предотвратить дальнейший вред нашим пациентам.

Ссылки

1. Reamy BV, Williams PM, Lindsay TJ. Henoch-Schönlein purpura. *Am Fam Physician*. 01 октября 2009;80(7):697-704.
2. David S, Schiff JD, Poppas DP. Henoch-Schonlein purpura involving the glans penis. *Urology*. Май 2003;61(5):1035. doi:10.1016/s0090-4295(03)00025-6
3. . *Arch Argent Pediatr*. 01 августа 2016;114(4):e249-51. doi:10.5546/aap.2016.e249
4. Kumar KJ, Ramaswamy S. Henoch Schonlein Purpura with Penile Involvement. *Indian Pediatr*. 08 августа 2016;53(8):757.
5. Farkas N, Black J, Gupta A. Urinary retention secondary to acute vasculitic penile swelling in a pediatric patient. *Clin Case Rep*. Март 2016;4(3):258-60. doi:10.1002/ccr3.496

6. Montorfani-Janett VML, Montorfani GE, Lavagno C и др. Внешние мужские половые органы при синдроме Хеноха-Шенлейна: систематический обзор. *Children (Basel)*. 30 июля 2022;9(8) doi:10.3390/children9081154
7. Kaaya Akca U, Batu ED, Serin O и др. Вовлечение полового члена при васкулите иммуноглобулина А/пурпуре Хеноха-Шенлейна. *J Pediatr Urol*. Июнь 2021;17(3):409.e1-409.e8. doi:10.1016/j.jpuro.2021.01.012
8. Brodie A, G N, Nitiahparand R, Chowoo L. Необычное проявление пурпуры Хеноха-Шенлейна. *BMJ Case Rep*. 30 мая 2018;2018 doi:10.1136/bcr-2017-220129.
9. Tewary KK, Khodaghalian B, Narchi H. Острые боли и отек полового члена у 4-летнего ребенка с пурпурой Геноха-Шенлейна. *BMJ Case Rep*. 09 апреля 2015;2015 doi:10.1136/bcr-2013-202341
10. Hewett KM, Titus MO. Острый генитоуринарный отек и эритема как проявляющиеся симптомы пурпуры Геноха-Шенлейна. *Pediatr Emerg Care*. Июнь 2016;32(6):384-5. doi:10.1097/PES.0000000000000822
11. Paydary K, Emamzadeh Fard S, Mahboubi AH, Ziaee V, Moradinejad MH, Kajbafzadeh AM. Участие кожи полового члена как первое проявление пурпуры Геноха-Шенлейна. Сообщение о девяти случаях и обзор литературы. *Iran J Pediatr*. Август 2015;25(4):e2177. doi:10.5812/ijp.2177
12. Ferrara P, Marrone G, Nicoletti A и др. Участие полового члена при пурпуре Геноха-Шенлейна с хорошим прогнозом. *Scand J Urol Nephrol*. 2007;41(6):567-9. doi:10.1080/00365590701365487
13. Pennesi M, Biasotto E, Saccari A. Пурпура Шенлейна-Геноха, затрагивающая половой член. *Arch Dis Child*. Июль 2006;91(7):603. doi:10.1136/adsc.2005.072652
14. Weiss PF, Feinstein JA, Luan X, Burnham JM, Feudtner C. Эффекты кортикостероидов на пурпуру Геноха-Шенлейна: систематический обзор. *Pediatrics*. Ноябрь 2007;120(5):1079-87. doi:10.1542/peds.2007-0667