Научная статья
Original article
УДК 616

КРАПИВНИЦА. ПОРАЖЕНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ (ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ)

URTICARIA. DEFEAT OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM (BILIARY DYSKINESIA)

Абдурахманова О. В., Студент, 5 курс, факультет “Лечебное дело“ Волгоградский медицинский университет Россия, г. Волгоград
Научный руководитель: Леденев Б.Б., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры “детских болезней “ Волгоградский государственный медицинский университет Россия ,г. Волгоград

Abdurakhmanova O. V., deniaminovaolga@gmail.com
Scientific supervisor: Ledenev B.B., deniaminovaolga@gmail.com

Аннотация. Статья посвящена проблеме крапивницы у детей с поражением гепатобилиарной системы , в частности дискинезии желчевыводящих путей. Особое внимание уделено выявлению и диагностической значимости нарушений желчеотделения в виде гипотонически-гипокинетической формы у детей с острой крапивницей. В статье представлен обзор влияния биологически активных веществ ,таких и гистамин и др., а также влияние повышенного уровня Ig E на пищеварительную и гепатобилиарную систему.

Дискинезия желчевыводящих путей — это нарушение оттока желчи от печени по желчевыводящим путям (желчному пузырю и пузырному протоку).

Наблюдается либо слишком сильное, либо недостаточное сокращение желчного пузыря.

Abstract. The article is devoted to the problem of urticaria in children with damage to the hepatobiliary system, in particular biliary dyskinesia. Special attention is paid to the identification and diagnostic significance of bile secretion disorders in the form of hypotonic-hypokinetic form in children with acute urticaria. The article presents an overview of the effect of biologically active substances, such as histamine, etc., as well as the effect of elevated IgE levels on the digestive and hepatobiliary systems.

Biliary dyskinesia is a violation of the outflow of bile from the liver through the biliary tract (gallbladder and cystic duct). There is either too strong or insufficient contraction of the gallbladder.

Ключевые слова: крапивница, дети, аллергены, иммунитет, атопия.

Keywords: Urticaria, Children, Allergens, Immunity, Atopy.

Распространенность крапивницы среди детского населения составляет 2,1-6,7%, при этом острая крапивница у детей встречается чаще, чем у взрослых. Острая крапивница в подавляющем большинстве отмечается у детей младшего возраста, в возрасте от 2 до 12 лет – острые и хронические формы крапивницы с преобладанием острых форм . Около 15-25% населения перенесли хотя бы один эпизод крапивницы. В пубертатном периоде превалируют хронические формы крапивниц. Хроническая крапивница у детей в общей популяции в среднем составляет лишь 0,1-3% (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2015. – 34с.г)

Имеется доказательная связь крапивницы не только с повышением уровня биологически активных веществ в крови в результате избыточного неспецифического высвобождения из тучных клеток, базофилов, эозиновфилов и др., но и с нарушением процессов его инактивации в печени и

других органах пищеварения (Т.П. Сизих,1981 г ; В.И. Пыцкий С.В. Смирнова Т.П. Сизих ,1993)

В формировании крапивницы могут принимать участие как истинные аллергические реакции(ИАР),так и псевдоаллергические реакции(ПАР). Крапивницы ,которые протекают по механизму ИАР, обусловлены участием в их развитии специфических аллергических антител или сенсибилизированных лимфоцитов (Н.М. Беренская, Л.П. Бобкова ,И.А Петровская, С.И.Ялкут,1986).

Псевдоаллергические реакции или же ложная аллергия похожа на истинную аллергию, но отличается от последней механизмами развития (В.И. Пыцкий соавт.,2000) Особенностью механизма является отсутствие иммунологической стадии ,то есть протекают без участия аллергических антител. Одинаковая симптоматика обусловлена тем, при ИАР и ПАР участвуют одни и те же медиаторы.

По данным статьи (Т.П.Сизых, С.С. Николаева 2002)на фоне проведенного обследования больных было выявлено, что при заболевании печени и других органов пищеварения, вероятно снижается активность метаболизма в печени, что способствует накоплению биологически активных веществ, таких как гистамин и др. ,что способствует их накоплению и длительной циркуляции в кровяном русле, происходит дегрануляция тучных клеток, эозинофилов. Гепатоциты оказываются в агрессивной метаболической среде, это усугубляет ее биотрансформационную функцию, снижает ее клиренс , формируется метаболический синдром, со значительным нарушением гомеостаза, который может проявляться в виде следующих синдромов: желудочно-кишечной диспепсии, астено-вегетативного, клеточно-печеночной недостаточности, холестатического и псевдоаллергической крапивницы. В результате чего происходит поражение гепатобилиарной системы, с формированием дискинезии желчевыводящих путей.

Согласно опубликованному в World Allergy Organization Journal резюме (январь 2012 г.) , хронические воспалительные процессы, такие как гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная и язвенная болезни, воспаление желчного пузыря и желчных протоков, должны расцениваться как возможные причинные

факторы крапивницы, по поводу чего необходимо назначение соответствующего лечения.

По данным статьи (И.И. Балаболкина 2009 г) у 77,4% больных пищевой аллергической крапивницей детей выявляется семейное предрасположение к аллергическим заболеваниям. У большинства детей с крапивницей, вызванными пищевой сенсибилизацией при проведении аллергического обследования обнаруживается повышение уровня общего IgE в сыворотке крови, что с учетом данных клинико-генеалогического анализа дает основание считать весьма вероятным участие атопии в развитии данного заболевания.

У детей с хронической крапивницей чаще (в 90% случаев), чем с ОК (20% случаев), выявляется патология со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта ,при этом большинство детей с хронической крапивницей страдает сочетанной патологией это может быть эрозивный гастродуоденит хронический гастродуоденит, терминальнный эзофагит). Дуоденогастральный рефлюкс, гастроэзофагеальный рефлюкс и гастроэзофагеальный пролапс при проведении гастроэнтерологического обследования выявляются соответственно в 40%, 35% и 4% случаев. Повышенный титр антител класса IgG к Helicobacter pylori обнаруживается у 45% детей с ХК, что свидетельствует о частом инфицировании этим микробным агентом указанной группы больных. Чаще Helicobacter pylori выявляется у детей с сочетанными проявлениями ХК по сравнению с изолированными проявлениями ХК. Персистирующая хеликобактерная инфекция является фактором, ухудшающим течение ХК. Нарушение микрофлоры кишечника выявляется у 88 % детей с ХК, при этом у 55% детей с ХК и дисбактериозом кишечника отмечается избыточный рост грибов рода Candida) (Образцов А.С. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2006)

По данным УЗИ органов брюшной полости поражение гепатобилиарной системы в виде деформации желчного пузыря и синдрома холестаза выявляется у 60% детей с ХК. При проведении УЗИ у 65% детей с ХК выявляется реактивное поражение поджелудочной железы в виде увеличения ее размеров и незначительного повышения ее эхогенности при отсутствии повышения уровня амилазы в крови. Нередкое выявление признаков реактивного

поражения поджелудочной железы при ХК связывают с высокой частотой поражения верхних отделов ЖКТ и гепатобилиарной системы. В то же время в случаях крапивницы, обусловленных пищевой сенсибилизацией, нельзя исключить вовлечения в аллергический процесс и самой поджелудочной железы.

Актуальность проблемы определяется не только широким распространением дерматоза у детей, но и влияния острой аллергической реакции по типу крапивницы на функцию желчевыводящих путей. Иммунологические механизмы в формировании дискинезии желчевыводящих путей при крапивнице малоизучены. Все эти предпосылки явились основанием для выполнения данной работы.

1.Цель: Выявление и диагностическая значимость нарушений желчеотделения у детей с острой крапивницей

Задачи:

- Проанализировать истории болезни детей, находящихся на лечении с диагнозом, острая крапивница
- Оценить функцию желчеотделения у детей с острой крапивницей

2.Материалы и методы: Проанализированы 10 историй болезни детей, находящихся на госпитализации в педиатрическом отделении №1 ГУЗ ДКБ №8 с диагнозом «Острая крапивница» Обследование у детей проводили в соответствии с имеющимися стандартами ведения данного заболевания (*литература*). У всех детей проводилась оценка желчеотделения с помощью жалоб, данных объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования (биохимия крови, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ с проведением холецистометрии.

3.Результаты:

1.Все дети поступали с жалобами на сыпь, зуд кожи.

2. Жалобы на тупые боли в животе имели 4 детей.

3. Жалобы на диспепсические симптомы: запор, тошноту, тяжесть в животе имели 5 детей.

4. При проведении УЗИ органов брюшной полости у 7 детей отмечались изменения в виде гипотонии желчных путей.

5. При проведении УЗИ с холецистометрий у 7 детей выявлялись изменения в виде снижения моторной функции желчного пузыря

6.При лабораторном исследовании биохимического анализа крови у 4 детей наблюдалось повышение уровня ЩФ, показатели билирубина были в норме. У 3 –х детей наблюдалось повышение ЩФ, незначительное повышение связанного билирубина.

5.Выводы.

1.Удетей с аллергической крапивницей обнаружены синдромы поражения гепатобилиарной системы: холестатический, желудочной и кишечной диспепсии.

2.По биохимическим показателям крови у детей с аллергической крапивницей выявлялись изменения в виде повышения Щелочной фосфатазы, незначительного повышения связанного билирубина.

3.В результате проведенного обследовании детей с острой крапивницей у 7 из 10 детей выявляется изменения желчеотделительной функции в виде гипотонически-гипокинетической формы, что диктует необходимость назначения в комплексном лечении препаратов с холеретическим и холекинетическим действием**.**

Использованная литература

1. (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2015. – 34с.г)
2. Образцов А.С. Крапивница у детей: вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения. Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. М., 2006.
3. И.И. Балаболкин. Крапивница и ангионевротические отеки у детей. НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, Москва // Педиатрия 2009 том 87/№ 2 с 2-6

4. Пыцкий В.П., Смирнова С.В., Сизых Т.П. Типы крапивниц, их клинико-патогенетические варианты, дифференциальная диагностика и лечение. - М., 1993. - 18 с. 15
5. Аллергология: словарь справочник /Н.М .Беренская , Л.П.Бобкова ,И.А Петровская, С.И.Ялкут,1986
6. Zuberbier T. A Summary of the New InternationalEAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria // W. AllergyOrg . J. 2012; 5: S1-S5.

References

1. (Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of urticaria. - M.: Russian Association of Allergologists and Clinical Immunologists, 2015. - 34c.g)
2. Obraztsov A.S. Urticaria in children: issues of pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment. Abstract ... diss. Candidate of Medical Sciences. M., 2006.
3. I.I. Balabolkin. Urticaria and angioedema in children. Research Institute of Pediatrics of the Scientific Center for Children's Health of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow // Pediatrics 2009 volume 87/No. 2 from 2-6
4. Pytsky V.P., Smirnova S.V., Sizykh T.P. Types of urticaria, their clinical and pathogenetic variants, differential diagnosis and treatment. -M., 1993. - 18 p. 15
5. Allergology: dictionary reference / N.M.Burinskaya , L.P.Bobkova , I.A. Petrovskaya, S.I.Yalkut, 1986
6. Zuberbier T. Summary of the New International Recommendations of EAACI/GA2LEN/EDF/WAO on urticaria// W. Allergy. J. 2012; 5: S1-S5.

© Абдурахманова О. В. Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №12/2021.

Для цитирования: Абдурахманова О. В. КРАПИВНИЦА. ПОРАЖЕНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ (ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ)//Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №12/2021.