



УДК 616.3-056.3-053.2

ОХОТНИКОВА Е.Н., ЧЕРНЫШ Ю.Р.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ АЛЛЕРГИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА И ДЕТСКОГО АЛЛЕРГОЛОГА

Резюме. В статье описывается случай гастроинтестинальной формы пищевой аллергии (аллергического гастродуоденита), которая подтверждена биопсией слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, у ребенка с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: гастроинтестинальная аллергия, атопический дерматит, биопсия.

В настоящее время остаются актуальными вопросы диагностики клинических проявлений, возникающих у детей в ответ на пищевые продукты [1, 2]. Клинические проявления пищевой аллергии (ПА) характеризуются полиморфизмом: кожный, респираторный и гастроинтестинальный синдромы. Поскольку желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) постоянно непосредственно контактирует с аллергенами, а аллергическое воспаление может развиваться на различных участках на всем его протяжении (непосредственно в слизистой оболочке), гастроинтестинальная форма занимает второе место в общей структуре клинических проявлений ПА (48–67 %) [1, 3, 4]. К наиболее значимым пищевым аллергенам у детей относят: белки коровьего молока, рыбы и морепродуктов, куриного яйца, злаков, мяса, сои [1, 4, 5]. ПА и атопический дерматит (АД) — это первые проявления аллергического «марша» у детей раннего возраста [2, 3]. В свою очередь, ПА является одним из факторов риска развития АД, преимущественно у детей первых лет жизни (до 3 лет — у 75,7 %) [3]. Поэтому вопрос взаимосвязи ПА и АД является актуальным, а проблема диагностики аллергических поражений ЖКТ (особенно инвазивными методами), в частности у детей с АД, остается открытой [3].

Клинический случай. Мальчик Н.А., родившийся 23.08.2010 (2 года 9 месяцев), поступил в инфекционно-боксерное отделение для детей младшего возраста НДСБ «ОХМАТДЕТ» с жалобами на высыпания на коже стоп, коленей, в области ушных раковин, сухость и выраженный зуд кожных покровов, вздутие живота, частые эпизоды диареи, плохую прибавку в весе.

Анамнез заболевания. С момента рождения отмечался неоформленный стул. С 2 месяцев — экзе-

матозная сыпь, колики, вздутие живота и диарея, отмечались признаки дисбиоза и задержка физического развития. В возрасте 2,5 месяца выставлен диагноз АД. Постоянно амбулаторно получал терапию: H₁-антигистаминные препараты, периодически — сорбенты и мазь элоком на пораженные участки кожи. Явления дерматита полностью не угасали. Продолжительность ремиссии кожного процесса составляла не более 2 месяцев, в летний период. В 2011 году консультирован аллергологом и гастроэнтерологом в КДП НДСБ «ОХМАТДЕТ», диагноз: атопический дерматит, распространенная форма, непрерывно рецидивирующее течение, период обострения; синдром мальабсорбции. На фоне терапии (внутрь — кетотифен, фенкарол, галстена; местно — синофлан) отмечалось некоторое улучшение состояния с локализацией сыпи только на верхних и нижних конечностях. Обострение кожного синдрома возникало в связи с приемом следующих пищевых продуктов: коровье молоко, куриное яйцо, пшеница, рожь, рис, картофель, овощи и фрукты красной окраски, цитрусовые. В возрасте 1 года 8 месяцев (апрель 2012 г.) ребенок обследован для исключения целиакии — антитела к тканевой трансглутаминазе отрицательные. В возрасте 2 лет 8 месяцев развился ангиоотек (отек Квинке) после первого употребления в пищу рыбы. 21.05.13 консультирован в поликлинике «ОХМАТДЕТ», где выставлен диагноз: атопический

Адрес для переписки с авторами:
Черныш Ю.Р.
E-mail: yulya-borovik@rambler.ru

© Охотникова Е.Н., Черныш Ю.Р., 2015

© «Здоровье ребенка», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

дерматит, ограниченная детская среднетяжелая форма. Задержка роста. Вторичная ферментопатия, дисбиоз кишечника. Целиакия? Первичная ферментопатия? Направлен для дообследования и определения тактики лечения в НДСБ «ОХМАТДЕТ».

Анамнез жизни. Ребенок от III беременности (I — роды; II — замерший плод), протекавшей на фоне угрозы прерывания в 4-недельном сроке, по поводу чего мать получала дуфастон. Роды на 39-й неделе, физиологические. Масса при рождении — 3410 г, длина — 56 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Период адаптации новорожденного протекал без особенностей. Выписан домой на 3-и сутки. На грудном вскармливании находился до 1 года 7 месяцев. Привит по возрасту без осложнений. Перенесенные заболевания: ОРИ до 5–6 раз в году, на первом году жизни перенес obstructивный бронхит; в 2 года 4 месяца — ветрянку оспу. Травм и операций не было. Аллергических реакций на лекарственные средства не отмечалось.

Семейный анамнез: матери 28 лет, страдает хроническим гастритом; отцу 28 лет, весной отмечаются высыпания на коже; брату 5 лет — практически здоров.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, плаксив, раздражителен, отстаёт в массе (12,3 кг) и росте (89,5 см). Температура тела 36,7 °С. Выраженная сухость кожи, в области стоп, коленей, в заушной зоне — экзематозные и пятнисто-папулезные высыпания, эксфолиации. Костно-суставная система без особенностей. Слизистая задней стенки глотки, миндалин чистая, не гиперемирована. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено за счет заложенности носовых ходов. Частота дыхания — 26 в 1 минуту, над легкими перкуторно — ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений — 120 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Ритм сердца правильный, тоны ясные, достаточной звучности. Живот увеличен в размерах за счет вздутия, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, эластичный, безболезненный. Почки, селезенка не пальпируются. Стул — 2 раза в сутки, неоформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, достаточное. Периферических отеков нет.

В динамике наблюдения отмечались кратковременные абдоминальные спастические боли, неустойчивость стула без нарушения общего состояния.

Проведено обследование:

Общий и биохимический анализ крови без патологических отклонений.

Общий IgE — 579,5 IU/ml (норма — 0,100–200,0 IU/ml).

Иммунограмма: IgG — 15,73 г/л (норма — 4,53–9,16 г/л); IgA — 0,35 г/л (норма — 0,20–1,00 г/л); IgM — 0,58 г/л (норма — 0,19–1,46 г/л); ЦИК — 19 ЕД (норма — до 50 ЕД).

Иммунологическое исследование клеточного иммунитета: общее количество лейкоцитов — $6,4 \cdot 10^9$ /л (норма — $6,6 - 11,2 \cdot 10^9$ /л), базофилы — 2 %; эозинофилы — 4 %; палочкоядерные — 1 %; сегментоядерные — 20 %; лимфоциты — 64 %; моноциты — 9 %. Абсолютное число лимфоцитов — 4000 (норма 2400–6800), CD3 — 36 % (норма — 47–76 %), абсолютное число CD3 — 1400 (норма — 1100–5200), CD22 — 31 % (норма — 33–46 %), абсолютное число CD22 — 1200 (норма — 400–2100), CD4 — 31 % (норма — 33–46 %), CD8 — 43 % (норма — 17–30 %), CD4/CD8 — 0,72 (норма 1,5–2,2).

Гормональная панель: тироксин свободный — 1,29 ng/dl (норма — 0,96–1,77 ng/dl); тиреотропный гормон — 4,87 uIU/ml (норма — 0,70–5,97 uIU/ml).

Исследование уровней специфических IgE: уровни антител: очень высокий — куриное яйцо; высокий — коровье молоко; умеренный — картофель, банан, желток куриного яйца, малина, кукуруза, крупа рисовая, мука пшеничная; низкий — гречневая крупа, кукуруза, яблоки.

Общий анализ мочи: отмечено наличие солей оксалатов в большом количестве.

Копрограмма: наличие дрожжевых грибов, внеклеточный крахмал — в большом количестве; йодофильная флора — скудно; нейтральный жир, растительная клетчатка непереваренная, мышечные волокна — немного.

Бактериологический посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Анализ кала на дисбактериоз: выявлено наличие гемолитической кишечной палочки — $1,2 \cdot 10^8$ (70 %); повышение количества грибов рода *Candida* — $1 \cdot 10^4$, снижение лактобактерий — $< 10^6$ и бифидобактерий — $< 10^7$.

ЭКГ и ЭхоКГ: без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: умеренное увеличение печени (размер правой доли — 83 мм), увеличение поджелудочной железы ($13 \times 7 \times 10$ мм), без эхоструктурных изменений.

Рентгенография кистей: кости без деструктивных изменений; остеогенез соответствует 2,5 года.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода без изменений. Кардия смыкается полностью. Слизистая желудка в антруме умеренно гиперемирована, отечна, с мелкозернистой гиперплазией с точечными эрозиями без фибрина на ее верхушке. Пилорус без патологии. Слизистая двенадцатиперстной кишки умеренно гиперемирована, отечна, в луковице — мелкозернистая гиперплазия. Заключение: эрозивно-зернистый антральный гастрит. Зернистый бульбит. Катаральный дуоденит.

С диагностической целью взята биопсия слизистой пищевода, желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки.

Результаты биопсии слизистой ЖКТ: 1) пищевод (без воспалительных изменений): полнокровные сосуды и мелкие папилломатозные структуры; 2) антрум — гиперплазия с мелкими эрозиями, фрагменты железистого полипа желудка; 3) луковица двенадца-

типерстной кишки — умеренная атрофия ворсинок, укорочение и расширение крипт, незначительное количество бокаловидных клеток, умеренная инфильтрация плазмочитами и лимфоцитами. Очаги псевдомногослойности покровного энтероэпителия, на поверхности которого оксифильный секрет. В отдельных железах в просвете плотный оксифильный секрет. Очаговая гиперплазия бруннеровских желез, расположенных в собственной пластинке слизистой оболочки. Представленные изменения со стороны слизистой оболочки характерны для хронического иммуноаллергического воспаления с синдромом мальабсорбции.

Проводилась дифференциальная диагностика между гастроинтестинальной формой ПА, первичным иммунодефицитом, целиакией, метаболическими и эндокринными болезнями.

Мальчик консультирован офтальмологом (без патологических отклонений), эндокринологом (задержка роста соматогенного генеза: —1,4 сигмы), неврологом (в неврологическом статусе без очаговой и менингеальной симптоматики, развит по возрасту), в центре метаболических заболеваний (исключено нарушение обмена аминокислот и ацилкарнитинов), генетиком (данных в пользу синдромального диагноза не выявлено).

С учетом данных отягощенного по аллергии семейного и индивидуального анамнезов, результатов всестороннего обследования выставлен диагноз: пищевая поливалентная аллергия: смешанная форма (атопический дерматит, хроническая эрозивно-гиперпластическая гастроэнтеропатия) со вторичными мальабсорбцией и дисбиозом кишечника, задержкой физического развития.

Проведенное лечение. Индивидуальная диета. Внутрь: альмагель (04.06 — 13.06), аллерзин (28.05 — 13.06), сингуляр 4 мг в сутки (с 07.06), эспумизан (28.05 — 13.06), атоксил (28.05 — 06.05), аевит. Местно: тридерм, элидел, топикрем. Эндонозально: виброцил, промывание носовых ходов солевыми растворами.

В результате проведенной терапии состояние ребенка улучшилось: повысился аппетит, очень редко наблюдались боли в животе спастического характера, уменьшилась выраженность зуда кожных покровов и явлений атопического дерматита, нормализовался стул.

Охотнікова О.М., Черниш Ю.Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА АЛЕРГІЯ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА ТА АЛЕРГОЛОГА

Резюме. У статті описується випадок гастроінтестинальної форми харчової алергії (алергічного гастроуденіту), що підтверджена біопсією слизової стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, у дитини з атопічним дерматитом.

Ключові слова: гастроінтестинальна алергія, атопічний дерматит, біопсія.

Ребенок выписан для амбулаторного наблюдения с рекомендациями: ведение пищевого дневника, исключение продуктов, к которым отмечается непереносимость и высокая сенсibilизация; сингуляр 4 мг 1 раз в сутки длительно; фенкарол на 3 недели, после чего — эдем (эриус) — длительно; креон 10000 — 0,5 капсулы 3 раза в день 2–3 недели; лактобактерин — 2 недели, минеральная вода «Лужанская» четверть стакана без газа за 40 минут до еды 2 месяца; овсяный отвар по 1 чайной ложке 3 раза в день; Skin-cap как средство по уходу за кожей; закаливание; на фоне приема фенкарола привить III инфанрикс гекса; следующая вакцинация — КПК через 2 месяца после контрольного осмотра.

Через 6 месяцев при контрольном обследовании в НДСБ «ОХМАТДЕТ» в динамике наблюдения отмечено улучшение со стороны кожи (высыпания и зуд значительно уменьшились) и кишечника (стул нормализовался), прибавил в массе, посвежел, повысилась активность, при погрешностях в диете отмечалось усиление кожного синдрома и появление жидкого стула. Положительная динамика на фоне лечения афлодермом.

Выводы

Гистологическое исследование слизистой ЖКТ значительно облегчает своевременную диагностику гастроинтестинальной формы ПА. При наличии выраженных проявлений АД и жалоб со стороны ЖКТ при ПА необходимо определение специфических IgE к конкретным пищевым продуктам для определения объема элиминационной диеты, правильное выполнение которой значительно снижает тяжесть заболевания и улучшает качество жизни таких пациентов.

Список литературы

1. Казначеева Л.Ф. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии у детей [Текст] / Л.Ф. Казначеева // Практическая медицина. — 2010. — № 45. — С. 88-92.
2. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? [Текст] / Д.Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. — 2013. — № 5. — С. 24-30.
3. Охотникова Е.Н. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей [Текст] / Е.Н. Охотникова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2013. — № 2. — С. 5-13.
4. Пищевая аллергия у детей // Под ред. И.И. Балаболкина, В.А. Ревякиной. — М., 2010. — 190 с.
5. Robison R.G. Food Allergy [Text] / R.G. Robison, J.A. Pon-gracic // Allergy Asthma Proc. — 2012. — Vol. 33, № 3. — P. 77-79.

Получено 26.12.14 ■

Okhotnikova Ye.N., Chernysh Yu.R.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, Ukraine

GASTROINTESTINAL ALLERGY IN THE PRACTICE OF PEDIATRICIAN AND PEDIATRIC ALLERGIST

Summary. This article describes a case of the gastrointestinal food allergy (allergic gastroduodenitis), which was confirmed by biopsy of the mucosa of esophagus, stomach and duodenum, in a child with atopic dermatitis.

Key words: gastrointestinal allergy, atopic dermatitis, biopsy.