

УДК 616.514-053.2-074:077.17

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА ПРИ ОСТРОМ АЛЛЕРГОЗЕ, КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

Шмулич О.В., Мясоедов В.В.
Харьковский национальный медицинский
университет

Острый аллергоз, крапивница у детей является одним из наиболее частых неотложных состояний в аллергологии в связи с остротой возникновения аллергической реакции и вероятностью осложнения в виде вентиляционной дыхательной недостаточности вследствие стеноза гортани [1, 2].

Есть сообщения о дифференцированных гормональных реакциях (уровень кортизола, T_3 , T_4) при крапивнице, отеке Квинке вследствие воздействия на организм ребенка пищевых или медикаментозных аллергенов. Так по данным авторов [3] рецидивирующая крапивница пищевого происхождения сопровождается снижением содержания в крови кортизола, T_3 , T_4 .

У больных отеком Квинке медикаментозного происхождения отмечалось повышение продукции кортизола, T_3 , T_4 , что свидетельствовало об активации функции надпочечников и щитовидной железы.

Учитывая необходимость применения системных кортикостероидов в комплексе неотложных мероприятий при остром аллергозе, крапивнице, мы поставили перед собой задачу изучить гормональный фон в организме ребенка в острый период заболевания и в период реконвалесценции.

Материалы и методы

В комплекс обследования было включено определение содержания в крови тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина и кортизола иммуноферментным методом тест-системой «Хема-Медика» (Москва).

Под нашим наблюдением находились 22 ребенка: 14 мальчиков, 8 девочек. По возрасту преобладали дети младшего и старшего школьного возраста (11 детей). У 16 детей диагностирован, острый аллергоз, крапивница, у 6 детей- рецидивирующий отек Квинке. Из сопутствующих заболеваний преобладали болезни лор-органов: хронический декомпенсированный тонзиллит у 5-ти детей, аллергический ринит у 9-ти детей, острый гнойный риносинусит у 2-х детей, аденоидные вегетации у 2-х детей.

Длительность заболевания от 1-2 дней до 3 недель, при рецидивирующем отеке Квинке длительность заболевания регистрировалась от 2 до 7 лет. Профилактические прививки проводились соответственно возрасту у 16-ти детей и у 6-ти – по индивидуальному календарю.

Как правило дети рождались с массой тела более 3500 г, находились на раннем искусственном

или смешанном вскармливании. Из перенесенных заболеваний преобладали болезни органов дыхания: ОРЗ, бронхит- у 16 детей, пневмония- у 5-ти, ветряная оспа- у 14-ти. Кроме того, в данной группе отмечали другие инфекционные заболевания: инфекционный мононуклеоз, краснуха, скарлатина, вирусный гепатит, что свидетельствовало о высоком инфекционном индексе.

Состояние при поступлении в стационар расценивали как тяжелое у 4-х детей, средней тяжести- у 11-ти, удовлетворительное- у 7-ми детей. Заболевание характеризовалось появлением уртикарной экзантемы, сопровождающейся зудом, эфемерностью высыпаний, иногда этим явлениям сопутствовала лихорадочная реакция, нередко острый аллергоз осложнялся отеком Квинке, что проявлялось отечностью губ, век, ушей, мошонки, в тяжелых случаях- аллергическим ларингитом или стенозом гортани.

Неотложная помощь заключалась в элиминации вероятного аллергена, применении парентерально антигистаминных препаратов, кортикостероидов, назначении местного лечения в виде гормональных мазей. Проведенное комплексное лечение, как правило, в течение нескольких часов оказывало положительный эффект, что заключалось в угасании сыпи, исчезновении зуда, отечности мягких тканей. Однако в ряде случаев отек Квинке имел рецидивирующий характер, что требовало более углубленного обследования для уточнения этиологического фактора. Обычно длительность острого аллергоза на фоне проводимого лечения не превышало 10-15 дней. Соответственно этому дети провели в стационаре койко-дней: от 5 до 10 к/д - 10, от 11-15 к/д - 9, от 16 до 21 к/д - 3 детей.

Состояние при обследовании средней тяжести у 12-ти детей, удовлетворительное - у 10-ти. Исследования проводились в период выраженности клинических проявлений острого аллергоза, отека Квинке и в период клинического улучшения, при рецидивирующем отеке Квинке- в период ремиссии.

Таким образом, в группе преобладали дети, страдающие острым аллергозом, крапивницей. В возрастном аспекте доминировали больные препубертатного и пубертатного возраста, чаще острым аллергозом заболевали мальчики. Возможно этот возраст поражен вследствие недостаточности кортикостероидной функции надпочечников в период гормональной перестройки у детей. Как правило болезнь заканчивалась выздоровлением в течение 10-15 дней, у части детей заболевание приобретало стойкий рецидивирующий характер, что требовало дополнительных диагностических исследований.

Результаты и их обсуждение

В период разгара заболевания в организме ребенка повышается уровень тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), что составляет $6,03 \pm 0,67$ мМЕ(мл.), (референтное значение 0,4-4,3 мМЕ(мл), а к периоду

реконвалесценции приближается к верхней границе нормы, что отражает высокую степень патологической стимуляции метаболических процессов при данном заболевании.

Вместе с тем, содержание тиреоидных гормонов (трийодтиронина и тироксина) несмотря на мобилизацию ТТГ составляет T_3 - $2,16 \pm 0,67$ нмоль/л в острый период и $2,12 \pm 0,18$ в период клинического улучшения (референтное значение $1,0$ - $3,0$ нмоль/л), и то есть не отмечается адекватный гормональный ответ щитовидной железы на стимуляцию ТТГ. Аналогично содержание T_4 составляет $128,23 \pm 0,53$ и $118,2 \pm 0,50$ нмоль/л соответственно (референтное значение $50,0$ - $160,0$ нмоль/л).

То есть на стрессовую аллергическую ситуацию в организме ребенка в первую очередь реагирует гипофиз выбросом ТТГ. Однако, по нашим данным щитовидная железа, надпочечники при остром аллергозе, крапивнице функционально остаются торпидными. Подтверждением этому являются показатели содержания кортизола в крови в острый период и в период реконвалесценции ($413,0 \pm 0,34$ и $290,2 \pm 0,24$ нмоль/л соответственно, (референтное значение $138,0 \pm 635,0$ нмоль/л.).

Наши данные совпадают с публикацией [3], где изучался гормональный статус (уровень кортизола, T_3 , T_4) при пищевой и лекарственной аллергии. Автор выявил наиболее выраженные изменения в уровнях кортизола и гормонов щитовидной железы. При этом пищевая аллергия, которая проявлялась хронической рецидивирующей крапивницей сопровождалась уменьшением содержания всех гормонов, что свидетельствовало об угнетении функций надпочечников и щитовидной желез вследствие развития хронического стресса.

Отсутствие реактивного выброса глюкокортикоидов в ответ на аллергическую реакцию немедленного типа является обоснованием к применению системных кортикостероидов в комплексе лечения острого аллергоза, крапивницы, отека Квинке, который, вероятно и возникает вследствие недостаточности гормона, который устраняет патологическую капиллярную проницаемость, тканевой отек.

Выводы

1. При острых аллергодерматозах у детей активируется тиреотропная функция гипофиза в виде нарастания уровня ТТГ в крови больного.
2. Как в острый период заболевания, так и в период реконвалесценции не отмечалось должного гормонального ответа щитовидной железы и надпочечников на стимуляцию, что подтверждается отсутствием отклонений от нормы содержания кортизола, T_3 , T_4 .
3. По-видимому отсутствие активного выброса глюкокортикоидов в период выраженной аллергической реакции у части детей способствует прогрессированию патологического процесса в виде отека

мягких тканей вследствие избыточной капиллярной проницаемости.

4. Соотношение кортизола и гормонов щитовидной железы можно считать прогностическим признаком патологического процесса: высокие значения этого соотношения являлись неблагоприятными, так как чаще наблюдались у больных с нарушением общих неспецифических адаптационных процессов.

5. Выявленные функциональные особенности щитовидной железы и надпочечников в период острого аллергоза, крапивницы являются основанием для использования системных кортикостероидов в комплексном лечении аллергических заболеваний у детей, особенно при осложненном их течении (отек Квинке).

References

1. Emergencies in pediatrics: Ouch. Allowance. / A.P. Volosovets, Y. Marushko, O. Tyachka and others / Ed. A.V. Volosovtsa and Y. Marushko - X: ensign. - 2008. - 200 p.
2. Zaikov S.V. Urticaria - burning issue of Allergy and Dermatology / / News of medicine and pharmacy. - 2009. - № 280. - S. 75-78.
3. Radchenko O.M. Hormonal status in food and drug allergies. / O. Radchenko - Proceedings of the 2nd congress of allergists Ukraine. Asthma and allergy. - № 1-2. 2006. - S. 123.

УДК 616.514-053.2-074:077.17

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА ПРИ ОСТРОМ АЛЛЕРГОЗЕ, КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

Шмулич О.В., Мясоедов В.В.

В работе представлены результаты исследования содержания ТТГ, T_3 , T_4 , кортизола в крови детей больных острым аллергозом, крапивницей. Значительно повышается содержание ТТГ при отсутствии изменений в концентрации T_3 , T_4 , кортизола, что является обоснованием для использования системных кортикостероидов в лечении острого аллергоза, крапивницы.

Ключевые слова: острый аллергоз, крапивница, дети, кортизол, T_3 , T_4 , ТТГ.

УДК 616.514-053.2-074:077.17

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНУ ПРИ ГОСТРОМУ АЛЕРГОЗІ, КРОПИВ'ЯНЦІ У ДІТЕЙ.

Шмулич О.В., Мясоедов В.В.

У роботі представлені результати дослідження вмісту ТТГ, T_3 , T_4 , кортизолу в крові дітей, хворих на гострий алергозі, кропив'янку. Значно підвищується вміст ТТГ при відсутності змін в концентрації T_3 , T_4 , кортизолу, що є обґрунтуванням для використання системних кортикостероїдів в лікуванні гострого алергозу, кропив'янки.

Ключові слова: гострий алергоз, кропив'янка, діти, кортизол, T_3 , T_4 , ТТГ.

UDC 616.514-053.2-074:077.17
ESPECIALLY HORMONAL ACUTE ALLER-
GIES, URTICARIA IN CHILDREN.

Shmulic O.V. h, Myasoedov V.V.

In the work the results of research TSH, T3, T4, cortisol levels in children with acute allergies, urticaria. Signifi-

cantly increased TSH in the absence of changes in the concentrations of T3, T4, cortisol, which is the rationale for the use of synthetic corticosteroids in the treatment of acute allergosis, urticaria.

Key words: acute allergosis, urticaria, children, kartizol, T3, T4, TSH.