

УДК 616-056.3-053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Б.Т. Турдалиева, М.Е. Ашералиев

Проведено исследование предрасполагающих и этиологических факторов острых аллергических заболеваний у детей. Отмечена необходимость проведения комплекса терапевтических мероприятий для лечения крапивницы и отёка Квинке.

Ключевые слова: дети; острая крапивница; отёк Квинке.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF ACUTE ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN

B.T. Turdalieva, M.E. Asheraliev

It is conducted the research contributing and etiological factors of acute allergic diseases in children. It is noted the necessity of carrying out a complex of therapeutic actions for treatment of urticarial and Milton's disease.

Keywords: children; acute urticarial; angioedema.

Актуальность. Острые аллергические заболевания (острая крапивница, отёк Квинке) являются не только важной медицинской проблемой в современном обществе, но и социальной проблемой, так как не только ухудшают качество жизни больного, но и требуют значительных экономических затрат для их лечения и обследования. Считается, что аллергическими заболеваниями страдает в среднем около 10 % населения земного шара. Острые аллергические заболевания (ОАЗ) могут развиваться в любом возрасте, начиная с периода новорожденности, а также могут быть у подростков и взрослых. Однако в разных возрастных группах эта патология имеет свои особенности как в этиологии, так и в клинической картине заболевания, что требует дифференцированного подхода в ее диагностике, лечении и профилактике [1, 2]. По прогнозу ВОЗ, в XXI веке аллергические заболевания выйдут на первое место среди всех заболеваний [3].

Цель работы – изучить предрасполагающие и этиологические факторы острых аллергических заболеваний у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 27 больных детей с острой крапивницей в сочетании с отёком Квинке (1-я группа) и 20 больных с острой крапивницей (2-я группа) на базе отделения аллергологии и клинической иммунологии Национального центра о-

раны материнства и детства (НЦОМиД) г. Бишкек. При поступлении в отделение аллергологии и клинической иммунологии детям для выявления причины и патогенетического механизма заболевания проводили анализ жалоб больного, аллергологического анамнеза, оценку клинических симптомов, определение степени тяжести крапивницы. С целью дифференциальной диагностики с другими формами крапивницы всем больным проведено полное клинико-лабораторное обследование, включая аллергологическое исследование пациентов и консультации узких специалистов.

Таблица 1 – Распределение пациентов по степени тяжести заболевания

Диагноз	Средняя		Тяжёлая		Всего чел., n
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Острая крапивница + отёк Квинке	20	74,1	7	25,9	27
Острая крапивница	3	15	17	85	20
Всего	23		24		47

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлены определённые особенности клинического течения ОАЗ у детей. В обеих группах больных преобладало среднетяжелое течение заболевания, хотя среди пациентов с острой крапивницей в сочетании с отёком

Квинке значительная доля пациентов переносила заболевание в тяжёлой форме (таблица 1).

Анализ сопутствующих заболеваний выявил среди детей с диагнозом Острая крапивница в сочетании с отёком Квинке патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в 85 % случаев и со стороны эндокринной системы – в 7,8 %, глистные инвазии – в 12 %, кроме того, в 75 % случаев была отмечена вегетососудистая дистония. В группе больных с изолированной острой крапивницей патология со стороны ЖКТ наблюдались в 36 % случаев, со стороны эндокринной системы – в 3 %, вегетососудистая дистония – в 35 %, глистная инвазия – в 6 % (рисунок 1).

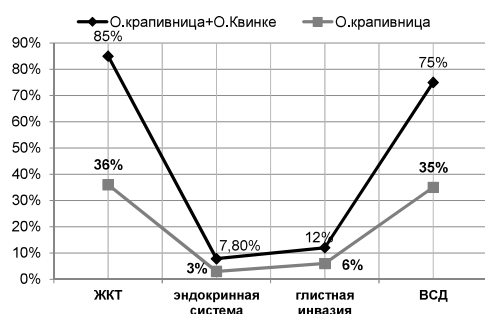


Рисунок 1 – Сопутствующие заболевания

Практически у всех пациентов обеих групп высыпания сопровождались зудом выраженной интенсивности, и во многих случаях он был определяющим симптомом. Зуд сопровождался нарушением сна и существенно ухудшал качество жизни у детей. Также по результатам анализа обеих групп по количеству высыпаний было выявлено, что у пациентов с диагнозом Острая крапивница + отёк Квинке количество высыпаний больше, чем у больных детей с острой крапивницей (рисунок 2).

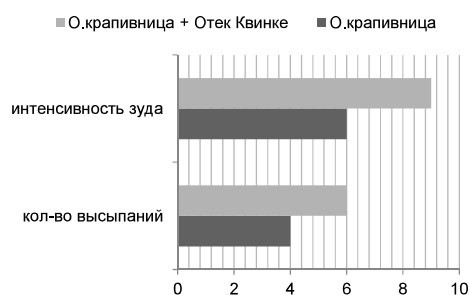


Рисунок 2 – Анализ клинических проявлений у детей

Лечение данных больных направлено на устранение возможных причин крапивницы и отёка Квинке, также необходимо одновременно назначение медикаментозной терапии. В качестве первой линии в лечении средней и тяжелой степеней

крапивницы и отёка Квинке современные отечественные и зарубежные руководства рекомендуют антигистаминные препараты I поколения (клемастин 0,1%-ный или хлоропирамин 2,5%-ный), которые обладают высоким уровнем доказательности (уровень А) и являются единственной патогенетически обоснованной группой препаратов, так как только они имеют инъекционную форму. Кроме того, у больных с тяжелыми формами крапивницы, особенно при склонности к генерализации процесса и в сочетании с отёком Квинке дополнительно к антигистаминным препаратам I поколения необходимо ввести глюкокортикостероиды (уровень А) системного действия (преднизолон в/м или в/в в дозе 1–2 мг/кг массы тела или дексаметазон в дозе 0,65 мг/кг массы тела). При положительной клинической динамике заболевания глюкокортикостероиды (ГКС) и инфузионную терапию необходимо отменить, а антигистаминные препараты I поколения поменять на препараты II поколения, которые рекомендуют принимать в последующем в течение месяца. В случае неэффективности последующего лечения данных заболеваний антигистаминными препаратами II поколения (цетиризин, лоратадин, дезлоратадин и т. д.) больному назначаются дополнительно антилейкотриеновые препараты (уровень В). Современные согласительные документы указывают, что использование подобной комбинации возможно только в случае, если другие вышеперечисленные схемы лечения не привели к положительному результату. Эффективность антилейкотриеновых препаратов у больных крапивницей и отёком Квинке связана с селективной блокадой ими лейкотриеновых рецепторов ЛТС₄, ЛТД₄ и ЛТЕ₄, которые участвуют в патогенезе формирования крапивницы, высвобождаясь из активированной тучной клетки. В отличие от гистамина, являющегося преформированным медиатором, лейкотриены образуются в ходе метаболизма арахидоновой кислоты под действием фермента 5-липоксигеназы и являются вторичными медиаторами, синтезируемыми de novo.

Таким образом, в обеих группах детей зуд выражен и количество высыпаний в группе с изолированной острой крапивницей меньше, чем в группе с острой крапивницей в сочетании отёком Квинке. У всех пациентов с острой крапивницей в сочетании отёком Квинке возникновение или обострение последней было субъективно связано с наличием психотравмирующей ситуации. Современный подход к лечению крапивницы и отёка Квинке предусматривает целый комплекс терапевтических мероприятий, включающий элиминацию этиологических и триггерных факторов, провоцирующих заболевание, лечение сопутствующей патологии,

а также проведение фармакотерапии с применением высокоэффективных и безопасных антигистаминных препаратов, а при необходимости антилейкотриеновых препаратов.

Литература

1. *Беляева Л.М.* Острые аллергические реакции у детей / Л.М. Беляева, Н.В. Микульчик, Е.В. Войтова. Минск: БелМАПО, 2011. 54 с.
2. *Судновская К.А.* Особенности острых аллергических заболеваний у детей раннего возраста: факторы риска и клинические проявления / К.А. Судновская, Баранаева Е.А. // Медицинская панорама. Минск, 2013. № 3. С. 37–38.
3. *Оганова Е.В.* Экологические факторы распространенности аллергических заболеваний: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.00.16, 14.00.36 / Е.В. Оганова. Краснодар, 2006. 25 с.