

*Турдалиева Б. Т.*

**БАЛДАРДЫН КУРЧ АЛЛЕРГИЯЛЫК ООРУЛАРЫ  
(Бөрү жатыш, Квинке шишиги) (Баяндама адабият)**

*Турдалиева Б. Т.*

**ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ  
(Острая крапивница, Отёк Квинке) (Обзор литературы)**

*В. Т. Turdalieva*

**ACUTE ALLERGIC SKIN DISEASE IN CHILDREN  
(Acute urticaria, angioedema) (Literature review)**

УДК: 616.5-056.3-036.11-053.2

*Бул макалада балдардын курч тери аллергия ооруларына арналган көйгөйлөр көрсөтүлгөн. Бул көйгөй ар бир жыл сайын коркунучтуу болууда, бир гана медицина үчүн эмес, ошондой эле амлекеттин көйгөйлүү маселелеринин бири болуп саналат.*

**Негизги сөздөр:** балдар, Квинке шишиги, бөрү жатыш, диагностикалоо, дарылоо.

*Данная статья посвящена проблемам острых аллергических заболеваний кожи у детей. Данная проблема с каждым годом приобретает все возрастающее значение не только для медицины, но и для государства целом.*

**Ключевые слова:** дети, отёк Квинке, острая крапивница, диагностика, лечения.

*This article is devoted to problems of acute allergic skin diseases in children. This problem every year acquires all the increasing importance not only for medicine, but for the whole state.*

**Key words:** children, angioedema, acute urticaria, diagnosis, treatment.

**Актуальность проблемы.**

Актуальность проблемы аллергической патологии у детей с каждым годом становится все более актуальной. Острые аллергические заболевания являются важной медицинской проблемой в современном обществе. В настоящее время принято говорить об «эпидемии аллергии». Считается, что аллергическими заболеваниями страдает в среднем около 10% населения земного шара. Во всем мире отмечается неуклонный рост как хронических, так и острых аллергических заболеваний, таких как крапивница [1,2,3]. По данным эпидемиологических исследований, выполненных в Российской Федерации и других странах, аллергическими болезнями страдает от 25% до 30% детского населения. За последние 10 лет произошло удвоение показателей распространенности аллергических заболеваний у детей [4,5].

Крапивница является распространенным заболеванием: от 10 до 30% населения земного шара хотя бы раз в жизни переносят крапивницу. Острая крапивница составляет 70-75% из всех случаев, а хроническая – 25-30%. Распространенность хронической крапивницы составляет 0,5-5% популяции [6]. Острая крапивница встречается чаще всего у молодых лиц обоего пола, преимущественно с atopической конституцией. Хронической крапивницей женщины болеют

в 2 раза чаще, чем мужчины. Дебют заболевания приходится на 2-е – 4-е десятилетие жизни. Хроническая крапивница редко встречается у детей. У 49% больных наблюдается сочетание крапивницы и отека Квинке, у 40% больных – только крапивница, а у 11% – отек Квинке. Наследственный комплемент-зависимый отек встречается редко (2% от всех случаев отеков Квинке) [7,8].

Крапивница (от лат. *Urtica* – крапива) – группа заболеваний, характеризующаяся развитием волдырей и/или ангиоотёков. Состояния, при которых волдыри являются симптомом (кожные тесты, аутовоспалительные синдромы, заболевания, вызванные мутациями в протеин-кодирующих генах, играющих ведущую роль в регуляции воспалительного ответа), анафилаксия, наследственный ангиоотек и т.п. не относятся к крапивнице. Крапивница может быть синдромом самых разных по механизму и прогнозу болезней (аутоиммунных, онкологических, паразитарных и др.), что определяет сложность классификации, диагностики и лечения этой патологии. Основными этиологическими факторами острой спонтанной крапивницы являются пищевые продукты и лекарственные средства [9]. Существует мнение, что у детей первых 6 месяцев жизни острая крапивница практически не встречается. Однако имеется ряд наблюдений за пациентами первых месяцев жизни, страдавших острой крапивницей, обусловленной исключительно пищевой аллергией [10].

Острая крапивница также возможна у больных с аллергией к латексу при употреблении некоторых пищевых продуктов (бананы, киви, томаты, картофель, яблоки, яйца, крабы и др.) вследствие перекрестных аллергических реакций, известных как «фруктово-латексный синдром». Развитие крапивницы возможно при аллергии к эпидермальным аллергенам (кошка, собака), клещам домашней пыли и пыльцевым аллергенам, яду перепончатокрылых (пчелы, осы) [2].

**Отёк Квинке** – это заболевание, характеризующееся внезапным выраженным отеком нижних слоев дермы и подкожной клетчатки, а также слизистых оболочек различных органов и систем (дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной и др.) [11].

Ангioneвротический отек (АО) – локализованный транзиторный остро возникающий, склонный к

рецидивированию отека кожи или слизистых оболочек. Ключевую роль в развитии АО играют вазоактивные вещества: гистамин, триптаза, простагландин, брадикинин, которые приводят к обратимому увеличению проницаемости эндотелия.

**Отек гортани** является состоянием, угрожающим жизни. Отек гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой. Возможно поражение любого отдела желудочно-кишечного тракта. Описаны случаи отека мозга, миокарда [12,13].

Вероятно, наиболее приближенными к истинным является суммарная распространенность крапивниц (острые, хронические, рецидивирующие), оцененная немецкими специалистами в 2,1-6,7% [8]. Обобщенные данные свидетельствуют, что приблизительно 3% дошкольников и около 2% школьников страдают крапивницей [18]. В Великобритании хронической крапивницей страдают 0,1-3 % детей [9].

В последнее время повысился интерес к изучению взаимодействий нейроиммунных механизмов и стресса при крапивнице. Хорошо известны факты обострений крапивницы на фоне напряжения психоэмоциональной сферы, под влиянием отрицательных эмоций. Стрессовые воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению заболевания, находясь в тесной связи с основными факторами патогенеза. Взаимосвязь между нервной и иммунной системами осуществляется посредством нейромедиаторов. На основании этих наблюдений обсуждается концепция нейрогенного воспаления, которое обусловлено выбросом гипоталамических нейропептидов. В коже нейропептиды продуцируются кератиноцитами, эндотелиальными клетками и окончаниями С-волокон. Особый интерес среди нейропептидов вызывает вещество Р. Периферические окончания чувствительных С-волокон кожи высвобождают субстанцию Р под действием различных стимулов. Субстанция Р, высвобождаясь из окончаний сенсорных нервов, выполняет функцию первичного медиатора воспаления; в цепь запускаемых ею физиологических реакций включаются кинины, простагландины, серотонин, гистамин. Субстанция Р может оказывать прямые и непрямые эффекты, что в итоге приводит к таким патофизиологическим реакциям, как отек, вазодилатация и зуд. Основным ферментом метаболизма субстанции Р является ангиотензинпревращающий фермент. Обладая широким спектром биологической активности, субстанция Р потенцирует дальнейшее развитие воспаления в коже. Высвобождение нейропептидов и манифестация крапивницы может иметь и центральный генез, когда их высвобождение происходит под действием стрессорных факторов. Активация корковых областей вследствие стресса приводит к изменению производства SP надпочечниками и нисходящими вегетативными волокнами. При этом время между психогенным воздействием и

появлением первых признаков заболевания может занимать всего несколько минут [14,20].

#### **Диагностика крапивницы.**

Наиболее распространены вне организменные диагностические пробы, основанные на реакциях клеток крови пациента на сенсibilizировавшее организм вещество. К ним относятся: тест дегрануляции базофилов по Шелли, реакция агломерации лейкоцитов по Флеку, реакция бластной трансформации лимфоцитов, гемолитические тесты.

В случае острой аллергической крапивницы поставить правильный диагноз и выявить причинный фактор не представляет трудностей. Чтобы ответить на вопрос, что вызвало острую крапивницу, в большинстве случаев достаточно собрать аллергологический анамнез, назначить элиминационные мероприятия (устранение аллергена), а при необходимости провести провокационные тесты и определение специфических IgE-антител лабораторными методами. Эозинофилия в периферической крови также может косвенно указывать на аллергический генез крапивницы. Идентифицировать уртикарные элементы, как правило, не составляет труда, за редким исключением пигментной и холинергической крапивницы. Во всех случаях необходимо начинать диагностический поиск с физикального обследования и тщательного сбора анамнеза. Если на основании опроса не удастся выявить причинно значимый фактор, необходимо провести комплексное обследование, направленное на выявление очагов хронической инфекции, системного заболевания, неопластического процесса, эндокринной патологии или другого сопутствующего заболевания, которое могло вызвать появление крапивницы [1,2,3,5].

#### **Лечение**

1. Прекратить поступление и вывести остатки причинно-значимого аллергена из организма: очистительная клизма, энтеросорбенты, обильное щелочное питье из расчета 15-30 мл/кг;

2. Антигистаминные препараты (АГ) основные средства для лечения острой крапивницы: АГ 1 поколения; препараты выбора для лечения хронической крапивницы: АГ 2 поколения.

3. Глюкокортикоиды (ГКС). При отсутствии эффекта от АГ показан короткий курс системных ГКС (преднизолон 1-2 мг/кг)

Доказано, что «новые» антигистаминные препараты II и III поколения при пероральном приеме быстро начинают действовать, хорошо переносятся и более эффективны, чем традиционные лекарственные препараты (супрастин, диазолин, тавегил, димедрол, пипольфен, глюконат кальция, хлористый кальций). Использование «новых» антигистаминных препаратов при лечении легких острых аллергических заболеваний увеличивает частоту купирования аллергических проявлений на 49% и снижает частоту госпитализаций на 19%. Они обладают улучшенной фармакокинетикой, обеспечивающей быстрое начало действия и длительный терапевтический эффект при пероральном приеме [15,17]. При тяжелых ОАЗ

препаратами выбора [16] являются системные глюкокортикостероиды (ГКС), применение которых нередко осуществляется с большим запозданием, в неадекватно малых дозах [19].

#### Заключение

Соблюдение гипоаллергенной диеты и лечебно-охранительного режима, правильное применение антигистаминных препаратов второго и третьего поколения, позволит в конечном итоге прекращению клиники, улучшить качество жизни больного и заинтересованности в лечении самого больного и родителей. Преемственное ведение больных острыми аллергическими заболеваниями и применение новых рекомендаций уменьшают сроки лечения и улучшают отдаленные его результаты по сравнению с традиционным лечением.

#### Литература:

1. Беляева Л.М. Острые аллергические реакции у детей [Текст] / Л. М. Беляева, Н.В. Микульчик, Е.В. Войтова. – Минск: БелМАПО, 2011. – 54с.
2. Котегова О.М. Совершенствование методов первичной профилактики формирования аллергии у детей [Текст]: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.08 / О.М. Котегова. - Пермь, 2008. - 160с.
3. Лыкина Т.А. Комплексная оценка эффективности методов иммунотерапии у больных с различными формами крапивницы [Текст]: диссертация... кандидата медицинских наук: 14.00.36 / Т.А. Лыкина. – Курск, 2003. - 105с.
4. Асафьева Н.Г. Крапивница и ангиоотёк: Рекомендации для практических врачей [Текст]/Н.Г.Асафьева. - Российский аллергологический журнал. - 2008. - №3. - 36-42 с.
5. Феденко А.С. Кожные проявления аллергии: клинические аспекты и принципы лечения [Текст] / А.С. Феденко. - Цитокины и воспаление. - 2005. -Т.4, №3. - 100-106 с.
6. Шапошникова К.В. Возрастные особенности этиологии острой и рецидивирующей крапивницы у детей [Текст] / Шапошникова К.В., Башкина О.А. - Астраханский медицинский журнал Т.8, №9. – 2013. - 31-35 с.
7. Маслова Л.В. Крапивница, отеки Квинке [Текст] / учеб.-метод. пособие. / Л.В. Маслова. - Минск: Бел МАПО, 2006. - 39 с.
8. Сулайманов Ш.А. Хроническая крапивница на юге Кыргызстана: проблемы и пути решения [Текст] / Ш.А. Сулайманов, П.В. Колхир, Ж.К. Муратова. - Здоровье матери и ребенка. - Т.8. - №1. - 2016. - 35-41 с.
9. Балаболкин И.И. Аллергические заболевания у подростков. [Текст] / Пособие для врачей. ООО «Этон-01» Москва, 2002.
10. Горячкина, Л.А., Ненашева Н.М., Борзова Е.Ю. Острая и хроническая крапивница и отек Квинке. [Текст] / Учебное пособие. - Москва, 2004.
11. Горячкина Л.А., Ненашева Н.М., Борзова Е.Ю. Крапивница // Лечащий врач, №9, 2003. - 10-15с.
12. Тимофеева Н.В. Прогностические критерии развития отека Квинке при острой аллергической крапивнице у детей [Текст] / Н.В.Тимофеева, А.А. Шилова. - Новая наука: опыт, традиции, инновации. - Уфа, №7-2. - 2012. - 39-42с.
13. Горячкина Л.А. Клиническая эффективность Семпрекса у больных хронической крапивницей [Текст] / Л.А. Горячкина, Н.М. Ненашева, Е.Ю. Борзова // Русский медицинский журнал. 2003. - Т.11, №5 - 3-8с.
14. Феденко Е.С. Крапивница актуальная проблема клинической аллергологии / Е.С. Феденко // Аллергология. - 2002. - №4. - 31-35с.
15. Asero R. Circulating stem cell factor in patients with chronic idiopathic urticaria / R. Asero, A. Tedeschi, M. Lorini // Ann Allergy Asthma Immunol. - 2003. - Vol. 91, №1. - P. 79-81.
16. Czelej D. Drug-induced urticarial-activity of selected cytokines and acute phase proteins in plasma / D.Czelej, G.Chodorowska, I. Lechowska-Mazur // Ann. Univ. Mariae Curie-Sklodowska. 2003. - Vol. 58, №1. - P. 38-42.
17. Ferrer M. Secretion of cytokines, histamine and leukotrienes in chronic urticaria / M. Ferrer, E. Luquin, A. Sanchez-Ibarrola, C. Moreno, M.L. Sanz // Int. Arch. Allergy Immunol. 2002. - Vol. 129, № 3. - P. 254-260.
18. Kaplan A.P. Chronic urticaria: pathogenesis and treatment / A.P. Kaplan // J.Allergy Clin. Immunol. 2004. - Vol. 114, №3. - P. 465-474.
19. Piconi S. Immune profiles of patients with chronic idiopathic urticaria / S. Piconi, D. Trabattoni, E. Iemoli // Int. Arch. Allergy Immunol. 2002. - Vol. 128, №1. - P. 59-66.
20. Sugita Y. Correlation between deposition of immunocomponents and infiltration pattern of polymorphonuclear leukocytes in the lesions of chronic urticaria / Y. Sugita, E. Morita, H Kawamoto//J. Dermatol. 2000. -Vol. 27, №3. - P. 157-162.

Рецензент: к.м.н., доцент Болотбекова А.Ж.