АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КРАПИВНИЦЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА

Минавара Улугбековна Турсунова
Мирзохид Сабитжанович Мусаков
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация: *Хроническая крапивница (ХК) является одной из актуальных медико-социальных проблем в связи с широкой распространённостью, интенсивным ростом заболеваемости, часто встречающейся резистентностью к традиционным методам терапии, отрицательным влиянием на качество жизни, финансовой нагрузкой на систему здравоохранения и пациентов. Распространённость ХК в популяции колеблется от 0,1 до 1,5%, причём страдают преимущественно лица трудоспособного возраста [1]. Примерно в 40% случаев крапивница сопровождается ангиоотеком. Распространенность острой крапивницы составляет от 1 до 5% в популяции, а среди детского населения частота возникновения острой крапивницы достигает 6,7%. Согласно последним оценкам, от 10 до 20% населения перенесли эпизод острой крапивницы в течение жизни. Около 50% детей с острой крапивницей имеют сопутствующие аллергические заболевания [2]. Согласно данным S. Comert et al., наиболее распространенными триггерами острой крапивницы являются лекарственные препараты (38,1%), инфекции (35,2%), стресс (24,7%) и продукты питания (17,8%) [7]. В другом исследовании лекарственные препараты также являлись наиболее частой причиной развития острой крапивницы – 20,7%; следующими по частоте являлись укусы насекомых (10,2%) и пищевые продукты (7,4%) [3].*

Ключевые слова: *крапивница, диагностика, лечение, эффективность, безопасность, острые аллергические-псевдоаллергические реакции, провоцирующие факторы, пищевая аллергия, медикаментозная аллергия, крапивница, ангиоотек.*

Актуальность: Крапивница - группа заболеваний, характеризующихся развитием зудящих волдырей и-или ангиоотека [4]. Длительное и упорное течение болезни, выраженный зуд, косметические проблемы приводят к утрате трудоспособности и снижению качества жизни больных ХК. В последнее десятилетие предприняты попытки унифицированного подхода к диагностике и ведению ХК на основе принципов доказательной медицины. Инструментами повседневной клинической практики являются международные и отечественные согласительные документы, кратко отражающие современные представления о разных аспектах ХК [5]. Хроническая крапивница (ХК) – это полиэтиологическое заболевание с разными вариантами патогенеза и типичными клиническими проявлениями – высыпаниями на коже в виде пузырей (уртикарий), которые быстро сливаются и распространяются по всему телу. ХК является весьма непростой проблемой как в плане диагностического поиска, так и при выборе эффективной и адекватной терапии. Ситуация, как правило, усугубляется и тем, что дети с хронической крапивницей поступают в специализированный стационар достаточно поздно (на 4–12-й неделе от момента появления высыпаний), что серьезно затрудняет ведение таких пациентов и утяжеляет прогноз заболевания. Нередко, несмотря на все усилия, врачам не удается найти причины этой патологии у конкретного пациента. В таких случаях мы имеем дело с так называемым идиопатическим вариантом ХК. [6]. Уже на протяжении не одного десятка лет ряд международных организаций работают над решением проблем, с которыми сталкивается врач при ведении пациентов с хронической крапивницей. Об этом свидетельствуют европейские руководства по диагностике и лечению крапивницы [7]. Крапивницы – это этиологически гетероген-

ная группа заболеваний и состояний, объединенных основным симптомом и первичным кожным элементом – волдырем, возникающим в результате отека сосочкового слоя дермы. Причиной волдырной реакции и зуда является высвобождение биогенных аминов в очагах. Ключевой медиатор – гистамин. Также высвобождаются готовые цитокины, в том числе TNF - α, IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-13, и колониестимулирующий фактор гранулоцитов-макрофагов (GM-CSF). Недавно синтезированные посредники от арахидоновой кислоты включают PGD2 и лейкотриены C4, D4 и E4. Лейкотриен C4 в 1000 раз более мощный, чем гистамин и таким образом, может рассматриваться как дополнительный медиатор крапивницы [7,8]. Лейкотриены – важнейшие провоспалительные цитокины, синтезируемые тучными клетками, эозинофилами, нейтрофилами при их активации, являются мощными воспалительными медиаторами, связываются с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами, в результате взаимодействия возникает нарушение проницаемости сосудистой стенки [8]. Существует множество классификаций крапивницы, в которых учитываются как клинические проявления болезни, так и ее этиология, однако в последние годы согласованным мнением ведущих европейских специалистов предложено классифицировать крапивницу в зависимости от ее продолжительности и провоцирующих появление сыпи факторов. При этом следует учитывать наличие широкого спектра клинических проявлений различных видов крапивницы, а также возможность наличия у одного пациента двух и более подтипов крапивницы. По течению выделяют острую (до 6 недель) или хроническую (более 6 недель) крапивницу [9]. Крапивница является распространённой патологией. Крапивницу ряд исследований относят к группе и наследственных заболеваний и это не беспочвенно. Большинство исследователей сходятся на дефектах в системе комплемента. Однако для каждой формы крапивницы имеются свои характерные особенности течения. [10,11]. Несмотря на то что крапивница – этиологически неоднородное заболевание или синдром – первичным элементом всех вариантов болезни является волдырь. Волдырь имеет всегда типичную характеристику: местный отек сосочкового слоя дермы, сопутствующие отеку кожный зуд или жжение, короткая продолжительность (обычно до 24 часов). Главный патофизиологический механизм образования волдыря – активация тучной клетки с высвобождением медиаторов аллергического воспаления (гистамина, простагландинов, кининов), приводящих к повышению проницаемости сосудов, вазодилатации и ускорению тока крови [7,10]. Единой классификации крапивницы, признанной вовсем мире, до настоящего времени не существует. Крапивница может быть, как самостоятельным заболеванием (первичная), так и симптомом какого-то заболевания (вторичная). Крапивницу классифицируют по продолжительности течения, по типам и подтипам. У одного больного могут быть две и более разных форм крапивницы [11].

Цель исследования: Определение групп риска крапивницы, ранняя диагностика, провести анализ этиологических факторов формирования аллергической крапивницы, выяснить влияние провоцирующих факторов на клиническую картину.

Материалы и методы исследования: Пациенты для исследования были привлечены из амбулаторной поликлиник. Изучение выполнялось путем параллельного, независимого набора основной группы и группы сравнения Основная группа составляло 92 больных входящих в группу риска аллергической крапивницы: страдающие от аллергии, страдающие от хронических заболеваний, страдающие от острых и хронических инфекций у которых наиболее важные факторы риска для развития крапивницы. Группа сравнения: 68 пациента - приоритетные группы для профилактики крапивницы. Участникам исследования обоих групп был проведен ряд лабораторных тестов для формирова-

ния референсных показателей здорового населения. В выборку не включались лица старше 35 лет. Первоначально все пациенты прошли процесс постановки диагноза: определялось постановка диагноза со сбора жалоб, анамнеза, осмотра больного, были тщательно изучены и проанализированы факторы, непосредственно спровоцируюшие факторы. Собиралась полная информации о пищевом рационе, было проведено общеклиническое обследование и назначались лабораторное исследования - анализ крови с оценкой лейкоцитарной формулы и эозинофилии, печеночных показателей. Также были выполнены другие исследования (по показаниям). Лабораторные исследования необходимы в некоторых случаях для выявления причины крапивницы. В большинстве случаев диагноз основывается на анамнезе (истории заболевания) и осмотре пациента.

Результаты: Выявлено, что у обследованных наибольшая частота проявлений аллергической крапивницы отмечалась в возрастной группе от 7 до 10 лет, что составило 22%. В возрастной группе от 4 до 6 лет частота встречаемости проявления крапивницы составила 18%. Наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей от 10 до 14 лет (60%). У 76% исследуемых определилось пищевая аллергия. Лабораторные исследования показали у 37% исследуемых уровень СОЭ выше 20 мм/час, эозинофилы больше 20%, лейкоциты в норме или выше 10х109/литр, у 29 % исследуемых обнаружился белок, у 19 % обнаружились бактерии. Отмечается высокий процент (в 4 раза больше) детей грудного возраста в группе с пищевыми ОАР/ПАР, напротив, пациентов старше 12 лет в 2,2 раза больше в группе с РЛГ. Таким образом, дети младшего возраста чаще подвержены пищевым ОАР/ПАР, а подростки — РЛГ. В группе сравнения средний возраст больных составлял 24,2 [3-35,4] лет. возраст, пол, наследственность генетические факторы раннее развитие крапивницы у родственников, пищевые привычки, Наличие даже одного из факторов риска увеличивает риск заболевания крапивницей 3,5 раза, а сочетанное действие нескольких факторов в 5-7 раз. Проводился полный анализ информации с учётом возрастных особенностей, пола. Таким образом, группы были сопоставимы между собой по половому и возрастному признаку. Результаты исследований показали, что наиболее значимыми или большими факторами риска являются различными заболеваниями: вирусными и бактериальными инфекциями, паразитарными поражениями, наличием хронических воспалений. Сочетание вместе вышеописанных факторов повышает вероятность развития крапивницы в 3-10 раз. Гендерные различия среди пациентов с ОАР/ПАР проявились лидерством мальчиков (на 14 и 20% больше в группах 1 и 2 соответственно). Крапивница может сопровождаться отеком Квинке (ангиоотек, старое название - ангионевротический отек). Ангиоотек - отек, вовлекающий в патологический процесс глубокие слои кожи. По статистике в 50% случаев крапивница протекает изолированно, у 40% больных крапивницей развивается отек Квинке и у 10% пациентов возникает ангиоотек без крапивницы. Некоторые пациенты искренне заблуждаются, считая, что отек Квинке - это только отек лица или горла. Ангиоотек действительно часто возникает в области лица, но это не значит, что он не может появиться на кистях, стопах и других участках тела.

Выводы: Крапивница — одно из часто встречающихся заболеваний кожи, характеризующееся возникновением кожной сыпи, первичным элементом которой является волдырь. По данным эпидемиологических исследований, хотя бы один раз на протяжении жизни крапивница наблюдается у 15—25% населения, а хронический характер принимает в 25% случаев. Крапивница может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом целого ряда заболеваний [14,15]. У пациентов с крапивницей необходимо попытаться установить этиологический фактор заболевания. Для этого рекомендуется

проверить: вещества, поступающие в систему пищеварения (пищевые продукты, лекарства и т.д.), ингалянты (пыль, перо и т.д.), инъектанты, инфекции (бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные), внутренние заболевания: хронические инфекции, заболевания щитовидной железы [2,7,10,16]. Основными направлениями профилактики крапивницы являются: устранение причины. Исключение факторов, провоцирующих сыпь. Использование медикаментов, которые или предотвращают высвобождение медиаторов воспаления из тучных клеток, или блокируют воздействие этих медиаторов. Основой лечения крапивницы являются общие меры по редотвращению или устранению триггеров и фармакотерапия. Терапия может быть разделена на терапию первой, второй и третьей линии [8,9,14,17].

Заключение. Проведеннное исследование акцентировал наше внимание на некоторых особенностях клиники и течения ОАР/ПАР, что, возможно, даст практические ориентиры в дифференциальной диагностике и тактике дальнейшего ведения пациентов. Так, пищевая реакция чаще возникает в младшем детском возрасте, реже наблюдается у подростков — на продукты животного происхождения и овощи. К фруктам, вызывающим ОАР/ПАР, относятся в основном экзотические сорта. У каждого 10-го пациента провоцируют реакцию орехи или семечки. В клинической картине ангио отеки встречаются часто, особенно отеки губ и языка (из-за различной «техники» приема пищи и приема лекарств). Распространенность хронической крапивницы составляет от 0,1 до 0,5% в популяции. В среднем продолжительность заболевания составляет 3–5 лет. У 50% из тех, кто перенёс заболевание, может вновь возникнуть обострение даже после длительной ремиссии. Женщины болеют крапивницей чаще мужчин, дети – чаще взрослых. У взрослых преобладает хроническая форма заболевания. Единой общепринятой классификации крапивницы не существует. Предлагают выделять основные группы состояний, сопровождающихся появлением волдырей, объединенные сходными патогенетическими механизмами: обычная крапивница, физическая крапивница, контактная крапивница, наследственная крапивница или наследственный ангиоотек, психогенная крапивница [13,17 Распространенность острой крапивницы составляет 20% [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**], среди детского населения - 2,1–6,7% [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**], при этом острая крапивница у детей встречается чаще, чем у взрослых. Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) поражает до 0,5-5% населения, женщины болеют чаще мужчин [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Профилактика направлена на сохранение длительной ремиссии и предупреждение обострений, и включает элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия физических или иных триггеров крапивницы (холод, тепло, физическая нагрузка, ингибиторы АПФ, НПВС и т. п.), контроль активности заболевания. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению крапивницы и ассоциированных с ней заболеваний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).