

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).

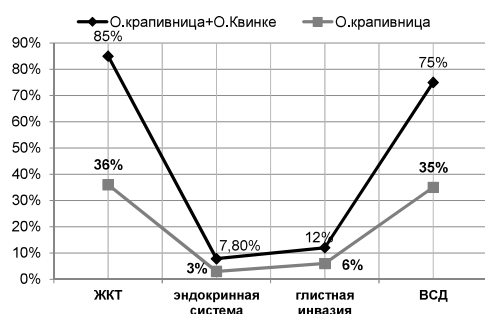


Рисунок 1 – Сопутствующие заболевания

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).

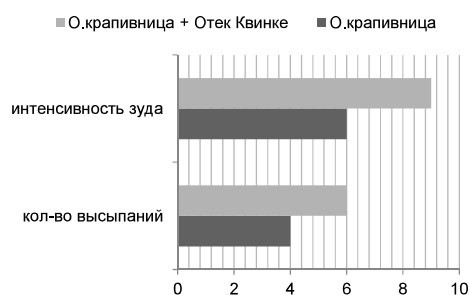


Рисунок 2 – Анализ клинических проявлений у детей

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

крапивницы и отека 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 отеком 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 отеком 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.