

Н. С. Лев, М. В. Костюченко и др.].
- Пульмонология. - 2002. - №1. - 42-
46 с.

10. The Global Asthma Report
2011. International Union Against
tuber-culosis and Lung Disease.

ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Колхир В.П.

**Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова, Москва, Россия**

Резюме. Целью исследования явилось выявление информированности врачей аллергологов, педиатров, терапевтов и семейных врачей, работающих в Ошской межобластной объединенной клинической больнице и Центрах семейной медицины №1 и 2 города Ош, о современных подходах к диагностике хронической крапивницы (ХК). Всего в исследовании приняло участие 112 врачей. Из всех опрошенных врачей 23,7% оказались знакомы с российскими и лишь 1,9% - с зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. Информированность терапевтов оказалась ниже, чем аллергологов в 4,5 раза (9,5% против 42,8%), чем у педиатров – в 2,6 раза (16,6% против 42,8%) и чем у семейных врачей – в 1,6 раза (25,9% против 42,8%). Увеличить информированность врачей можно путем проведения алергошкол, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения (проведение веб-семинаров, открытый доступ к современным руководствам на специализированных сайтах, распространение образовательной информации в социальных сетях).

Ключевые слова: хроническая крапивница, диагностика, информированность, аллергологи, педиатры, терапевты, семейные врачи, клинические рекомендации.

ӨНӨКӨТ БӨРҮ ЖАТЫШ: ДАРТАНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО МАСЕЛЕЛЕРИ

Колхир В.П.

**И.М. Сеченов атындагы Москва мамлекеттик медициналык
университети, Москва, Россия**

Корутунду. Изилдөөнүн максаты болуп Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын жана Ош шаарындагы №1 жана №2 Үй бүлөөлүк дарыгерлер борборлорунда эмгектенишкен алерголог, педиатр, терапевт жана үй бүлөөлүк дарыгерлердин өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча заманбап жолдор тууралуу маалымдуулуктарын иликтөө саналды. Жалпысынан изилдөөгө 112 дарыгер катышышты. Сурамжылоонун жыйынтыгында өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча 23,7% дарыгерлер орусиялык, ал эми болгону 1,9% дарыгерлер гана чет өлкөлүк клиникалык сунуштамалар менен тааныштыгы аныкталды. Мында терапевттердин маалымат менен тааныштыгы алергологдордон 4,5 эсеге (42,8%дан 9,5% гана), педиатрлардан – 2,6 эсеге (42,8%дан - 16,6%) жана үй бүлөлүк дарыгерлерден – 1,6 эсеге (42,8%дан – 25,9%) аз экендиги белгилүү болду. Дарыгерлерге маалымат берүүнү алергомектеп, тегерек стол, мастер-класс, угуулар, ошондой эле интернет-окутуу ыкмаларын жайылтуу (веб-семинарлар, атайын сайттардагы заманбап сунуштамаларга ачык кирүү, социалдык түйүндөрдө билим берүүнү кеңейтүү) менен жогорулатуу зарыл.

Түйүндүү сөздөр: өнөкөт бөрү жатыш, дартаныктоо, маалымдуулук, алергологдор, педиатрлар, терапевттер, үй бүлөөлүк дарыгерлер, клиникалык сунуштамалар.

CHRONIC URTICARIA: PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND OF THERAPY

Kolkhir P.V.

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia, Iternational medical univercity, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. The aim of the study was to identify the knowledge of doctors allergists, pediatricians, therapists and family physicians working in Osh Interregional United Clinical Hospital and Family Medicine Centers №1 and 2 of Osh, about modern approaches to the diagnosis of chronic urticaria (CU). A total of 112 physicians participated in the study. 23.7% of surveyed doctors were familiar with Russian and only 1.9% with foreign clinical guidelines for the diagnosis of CU. Awareness of therapists was lower than allergists 4.5 times (9.5% vs. 42.8%) than pediatricians - 2.6 times (16.6% vs. 42.8%) and than the family doctors - 1.6 times (25.9% vs. 42.8%). Increase awareness of the doctors is possible through allergoschools, round tables, master classes, lectures, as well as through the popularization of online training (webinars, open access to current guidelines on specialized sites, distribution of educational information in social networks).

Keywords: chronic urticaria, diagnosis, awareness, allergists, pediatricians, therapists, family physicians, clinical guidelines.

Введение. Хроническая крапивница (ХК) – распространенное заболевание кожи, характеризующееся появлением волдырей, зуда, иногда сопровождающееся глубокими отеками кожи (ангиоотеки, АО) и сохраняющееся в течение более 6 недель. Согласно современным международным рекомендациям ХК принято делить на спонтанную и физическую формы. В свою очередь спонтанная крапивница может быть идиопатической (без выявленной причины) и с известной причиной [1].

Пациенты с ХК могут обращаться к врачам аллергологам и дерматологам, а также к врачам общей практики – семейным врачам, терапевтам и педиатрам. Это указывает на важность изучения осведомленности в отношении диагностики ХК среди врачей разных специальностей, что подтверждается данными как российских [2], так и зарубежных исследований [3-6].

Целью настоящего исследования явилось изучение информированности среди узких специалистов (аллергологов) и врачей общей практики (семейные врачи, педиатры, терапевты) о методах диагностики, применяемых при ХК, путем оценки знания современных международных и российских клинических рекомендаций. В связи с тем, что последняя редакция европейского согласительного документа была опубликована уже после завершения нашего исследования, то при опросе специалистов и оценке их информированности мы опирались на предыдущую версию от 2009 [7], а также на знание российского [8] и других международных документов [9-11]. Согласно документам важными задачами являются выявление и устранение/лечение причин и провоцирующих факторов ХК, когда это возможно, и подбор эффективной симптоматической терапии.

Материалы и методы.

Исследование проводилось в 2013 году. К участию в исследовании были приглашены 112 врачей (9 аллергологов-иммунологов, 33 семейных врачей, 14 педиатров и 48 терапевтов) из межобластной объединенной клинической больницы и Центров семейной медицины №1 и 2 г. Ош. Специалистам предлагалось заполнить опросник, содержащий 28 вопросов по крапивнице и АО с особым акцентом на ХК. Анкета включала общие вопросы о ХК (частота встречаемости, ключевые особенности, длительность, частота выявления различных причин), подход к диагностике и лечению заболевания, а также вопросы о тактике действия в случае недостаточного контроля симптомов и устойчивости болезни к терапии. Кроме того, оценивалось знание российского и международных клинических рекомендаций по ХК и его применение в повседневной практике.

Опросник был создан путем обсуждения его структуры с экспертами в области крапивницы и ранее применялся в сходном исследовании в России [2]. В анкету входили вопросы с ответами по типу «да/нет», вопросы со множественным выбором, вопросы с количественными и текстовыми ответами. Учитывались анкеты всех специалистов, содержащих ответ хотя бы на 1 ключевой вопрос из анкеты (кроме контактных данных).

После исключения анкет с негодными с медицинской или статистической точки зрения данными в исследование были включены анкеты 104 врачей, среди них 9 (8,6%) аллергологов-иммунологов, 33 (31,7%) семейных врачей, 14 (13,4%) педиатров и 48 (46,1%) терапевтов.

Для обработки данных применялась программа Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст участников составил $46,6 \pm 7,5$ лет (мини-

мальный – 25 лет, максимальный – 66), большая часть из них женщины (82,7%). У 11,4% специалистов стаж работы по специальности был равен от 1 до 5 лет, у 4,3% – от 5 до 10 лет и у 84,2% – более 10 лет; средний стаж составил $20,2 \pm 10,9$ лет. 7 респондентов указали наличие степени, из них 5 – кандидаты медицинских наук и двое – доктора медицинских наук. 57 врачей (54,8%) осуществляют амбулаторные консультации, а остальные 47 (45,2%) совмещают оба приема.

Более 7 пациентов с ХК в месяц чаще консультировали семейные врачи (8,6%), чем терапевты (7,4%), аллергологи (2,4%) или педиатры (1,2%). При этом 50% педиатров и 52,3% терапевтов указали, что пациентов с ХК у них практически не бывает.

Процентное соотношение количества врачей разных спе-

циальностей, принимающих более 12 пациентов с острой крапивницей (ОК), ХК или изолированным АО в течение месяца в зависимости от места работы (амбулаторный прием или стационар) приведено в таблице 1. Семейные врачи чаще, чем педиатры, наблюдают амбулаторно больных ОК, ХК и изолированным АО. При этом усредненный процент врачей аллергологов (28,5%), работающих в стационаре и имеющих дело с ОК, ХК и изолированным АО, был ниже, чем терапевтов (30,1%) и семейных врачей (39,4%). А процент врачей педиатров (16,6%), наблюдающих больных ОК на амбулаторном приеме, оказался значительно ниже, чем остальных специалистов. При оценке этих данных нужно учитывать, что в исследование было включено 57 (54,8%) врачей, работающих в стационаре.

Таблица 1

Количество врачей разных специальностей, принимающих более 12 пациентов с ОК, ХК или изолированным АО в течение месяца в зависимости от места работы (амбулаторный прием или стационар) в %

	Острая крапивница	Хроническая крапивница	Изолированный АО
Амбулаторный прием			
Педиатр	16,0	0,0	0,0
Семейные врачи	81,5	25,9	11,1
Стационар			
Аллерголог	14,3	28,5	42,8
Терапевт	47,6	19,0	23,8

Из всех врачей, участвующих в опросе, лишь 23,7% оказались знакомы с клиническими рекомендациями по диагностике ХК. При этом аллергологи (42,8%) лучше осведомлены о рекомендациях, чем семейные врачи (25,9%), педиатры (16,6%) и терапевты (9,5%). Практически не узнаваемыми были рекомендации Европейской Академии Аллергологии и Иммунологии (2009) по определению, классификации и диагностике крапивницы [7], которые признало всего 1,9% аллергологов.

Интересно, что не только знали, но и применяли полученные из документов знания на практике 71,4% аллергологов, 44,4% семейных врачей, 16,6% педиатров и 19,0% терапевтов.

Современная классификация крапивницы, определенная в согласительных документах, подразумевает разделение крапивницы по длительности течения на острую (менее 6 недель) и хроническую (более 6 недель). Это знали 57,1% аллергологов, 27,0% терапевтов и лишь 17,2% семейных врачей и

16,6% педиатров. Не знали этого или давали неполный/неточный ответ 41,0% аллергологов, 81,0% семейных врачей, 79,0% педиатров и 72,1% терапевтов.

По результатам нашего исследования врачи, знакомые с согласительными документами, чаще исследовали С-реактивный белок (СРБ), проводили тест с аутологической сывороткой крови, провокационные тесты и тесты на выявление *Helicobacter pylori*.

Врачи, незнакомые с согласительными документами, чаще назначали общий анализ крови, кал на «дисбактериоз» и в 2 раза чаще направляли пациентов на консультации к смежным специалистам. Частота рекомендаций аллергологических и микробиологических исследований, а также определения антител к антигенам паразитов и проведения биопсии кожи была примерно одинаковой в обеих группах врачей.

Аллергологи чаще врачей других специальностей оценивали общий анализ крови, СРБ, антитела

к антигенам паразитов, проводили тесты на выявление *Helicobacter pylori*, тесты на гепатит и ВИЧ, электрофорез белков сыворотки, УЗИ, кал на «дисбактериоз», биопсию кожи, рентгенографию или КТ. Семейные врачи чаще (11,2%) врачей других специальностей (3,3%) осуществляли или направляли на тест с аутологической сывороткой крови.

Аллергологи чаще других врачей проводили провокационные тесты (57,1%), а семейные врачи (80%), педиатры (66%) и терапевты чаще отправляли больных на консультации к другим специалистам. Подавляющее большинство аллергологов рекомендовали аллергологическое обследование (85,7%), особенно при ХК.

33,4% педиатров и 29,6% семейных врачей проводили тест с аутологической сывороткой крови для диагностики аутореактивной/аутоиммунной ХК хотя бы у 1 пациента. При этом врачи, не знакомые с клиническими рекомен-

дациями, вообще не проводили тест и не знали его методику.

Было выявлено, что чаще других врачей причину выявляли

аллергологи, реже – терапевты и педиатры (таблица 2).

Таблица 2

Частота выявления причин ХК среди специалистов в %

Показатель	Аллерголог	Семейный врач	Педиатр	Терапевт
Часто (у более 80% пациентов)	85,7	7,4	0	4,7
Иногда (у ~50% пациентов)	0	18,5	0	4,7
Редко (у менее 20% пациентов)	0	29,6	0	33,4
Не было таких пациентов	0	18,5	33,4	28,4
Нет ответа	14,3	26,0	66,6	28,8

32,1% врачей указали, что в большинстве случаев причина ХК не выявляется. При этом среди врачей, не знакомых с клиническими рекомендациями, такой процент больше (21,4 против 10,7%). Наиболее частые выявляемые врачами всех

специальностей причины/провоцирующие факторы ХК (в порядке уменьшения частоты): физические факторы, инфекции, аутоиммунные нарушения, другие аллергические реакции, реакции на пищу, реакции на лекарства (таблица 3).

Таблица 3

**Частота выявления разных причин/провоцирующих факторов ХК
врачами разных специальностей в %**

Показатель	Все врачи	Знакомые с рекомендациями	Не знакомые с рекомендациями
В большинстве случаев причина не выявляется	32,2	10,7	21,4
Аллергия на пищу или ее непереносимость	14,2	7,1	7,1
Аллергия на лекарства или их непереносимость	10,7	3,5	7,1
Другие аллергические реакции	21,4	3,5	17,8
Физические факторы (тепло, холод, давление и др.)	46,4	14,3	32,0
Инфекции	35,7	10,7	25
Аутоиммунные нарушения	25	7,1	17,8

Было изучено знание ключевых диагностических критериев и назначаемых исследований для дифференциальной диагностики ХК от заболеваний, сопровождающихся уртикарными высыпаниями. Наиболее инфор-

мированными оказались аллергологи. 66% аллергологов знали хотя бы 1 критерий для дифференциальной диагностики между ХК и уртикарным васкулитом, 32% – между ХК и мастоцитозом, 18% – между ХК и гиперэозинофильным

синдромом и 33% – между ХК и аутовоспалительными синдромами. При этом менее 15% семейных врачей, педиатров и терапевтов могли предоставить такую информацию.

Обсуждение. ХК является одной из самых актуальных и сложных проблем современной медицины и дерматологии в частности. Распространенность ХК среди населения в целом равна 0,5-1% [1]. Это обуславливает высокую обращаемость пациентов с крапивницей и ангиоотеком к специалистам различного профиля: дерматологам, аллергологам, педиатрам, терапевтам, семейным врачам др. Крапивница отрицательно влияет на качество жизни пациентов, затрагивая эмоциональные, физические и иные сферы деятельности человека [1]. На фоне выраженного кожного зуда, сопровождающего заболевание, у больных отмечается снижение внимания, ухудшается сон, существенно нарушается трудоспособность. Несмотря на наличие ряда

новых методов, рекомендуемых современными согласительными документами в диагностическом алгоритме крапивницы, причину заболевания удается выявить лишь в 10-20% случаев.

По результатам опроса аллергологов, семейных врачей, педиатров и терапевтов на юге Кыргызстана нам удалось выявить сходства и различия в клиническом подходе к диагностике ХК. Как оказалось, больные ХК чаще обращаются к аллергологам и семейным врачам, при этом врачи педиатры наблюдают таких пациентов крайне редко. Интересно также, что аллергологи и семейные врачи чаще консультируют больных с ХК, чем с ОК, а семейные врачи, терапевты и педиатры, наоборот. Семейные врачи, работающие в центрах семейной медицины, часто сталкиваются с ОК и намного реже аллергологов – с ХК. Низкий процент педиатров на амбулаторном приеме наблюдает больных как ОК, так и ХК. Эти может указывать на низкую осведом-

ленность педиатров в центрах семейной медицины о принципах ведения больных ХК, что приводит к направлению таких пациентов к врачам-специалистам.

Практически каждый четвертый из всех опрошенных врачей оказались знакомы с российскими и лишь 1,9% с зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. На наш взгляд, закономерным была низкая информированность терапевтов об основных положениях клинических рекомендаций, которая оказалась ниже информированности аллергологов в 4,5 раза, педиатров – в 2,5 раза и семейных врачей – в 1,6 раза. Традиционно наиболее узнаваемым был Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек», который был известен 71,4% аллергологов, 44,5% семейных врачей, 19,0% терапевтов и 16,6% педиатров.

В европейском согласительном документе [7] к рутинной диагностике при ХК относят проведение общего анализа крови,

определение СОЭ или СРБ, а также отмена подозреваемых лекарственных средств. При подозрении на сопутствующие провоцирующие факторы и болезни, которые могут быть причиной ХК, предполагается тестирование на инфекции (в т.ч. *Helicobacter pylori*), аллергию, функциональные аутоантитела (тест с аутологичной сывороткой крови), тиреоидные гормоны и аутоантитела, проведение провокационных физических тестов, биопсии кожи, назначение диеты без псевдоаллергенов на 3 недели.

Согласно результатам проведенного нами исследования врачи, не информированные с согласительными документами, были склонны к гипер- или гиподиагностике, чаще назначали кал на «дисбактериоз», бездоказательный метод в диагностике ХК, и чаще обращались за помощью к смежным специалистам. Аллергологи чаще других специалистов направляли на исследования, предлагаемые согласительными документами, что может быть напрямую связано с

лучшим знанием этих клинических рекомендаций, а также с недоступностью некоторых анализов в лечебных учреждениях среди других врачей.

По данным медицинской литературы у ~50% пациентов крапивница носит аутореактивный/аутоиммунный характер и связана с наличием циркулирующих гистамин-высвобождающих аутоантител к IgE или к альфа субъединице высокоаффинного IgE рецептора FcεRI на ТК и базофилах [12, 13]. Для диагностики этой формы крапивницы применяется тест с аутологичной сывороткой, который также предлагается в качестве метода оценки тяжести заболевания [14]. Согласно данным научных исследований тест был положительным у 4,1-76,5% пациентов [15]. Результаты наших исследований показали, что лишь 31,4% врачей использовали тест в повседневной практической деятельности и только у небольшого количества пациентов. Значи-

тельную часть составляли педиатры (33,4%). Таким образом, можно считать, что у многих пациентов аутоиммунный характер ХК остается неустановленным, что приводит к проведению ненужных исследований, снижению эффективности лечения и необоснованным финансовым затратам.

Треть врачей (31,5%) указали, что они выявляют причину ХК у менее 20% пациентов. При этом чаще других врачей причину определяют аллергологи, а также врачи, знакомые с клиническими рекомендациями, реже всех – терапевты. Более половины аллергологов и 15% педиатров и терапевтов знали хотя бы 1 критерий для дифференциальной диагностики сходных с ХК заболеваний: уртикарного васкулита, аутовоспалительных и гиперэозинофильных синдромов, а также мастоцитоза. Эти данные могут свидетельствовать о редкой выявляемости данной патологии у кыргызских пациентов с ХК.

Ограничением нашего исследования является малая выборка опрошенных врачей. Кроме того, не было проведено анкетирование врачей дерматологов, которые также наблюдают больных ХК.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные указывают на недостаточную информированность и применение клинических рекомендаций среди врачей первичного звена (семейных врачей, терапевтов, педиатров) и в меньшей степени среди узких специалистов (аллергологов). Возможными причинами этого могут быть незнание врачей о наличии таких рекомендаций, отсутствие времени для их изучения, а также низкий уровень владения иностранными языками. Например, известно, что лишь немногие кыргызские врачи выписывают журналы по специальности. Все это в свою очередь приводит к гипер- или гиподиагностике, назначению ненужных и неинформативных исследований, трудностям в

дифференциальной диагностике, низкой частоте выявления причин ХК, а также редких заболеваний, которые могут сопровождаться уртикарными высыпаниями.

Кроме того, значение может иметь недоступность электронных медицинских ресурсов и полнотекстовых электронных журналов медицинского профиля на английском, русском и кыргызском языках. Анализ медицинской научной периодики Кыргызстана показывает, что на фоне довольно большого числа научных журналов их структура не удовлетворяет возрастающие потребности отрасли. Потеря единого информационного пространства, вызванная распадом СССР, не в полной мере компенсировалась усилением взаимосвязей с развитыми странами Западной Европы и Америки. Каналы поступления информации (прежде ориентированные на ее получение через центральные органы информации России) стали менее доступными. Необходимо развивать

собственную систему научных периодических изданий, в первую очередь, повышая их качество, престижность в международном сообществе, цитируемость; и расширять читательскую аудиторию, в том числе международную. Таким образом, надо не наращивать число издаваемых в стране журналов, а обратить внимание на их качественное развитие.

Увеличить информированность врачей также можно путем проведения аллерго-школ, организации профессиональных обществ, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения (проведение веб-семинаров, открытый доступ к современным руководствам на специализированных сайтах, распространение образовательной информации в социальных сетях).

Литература

1. Zuberbier T., Aberer W., Asero R., Bindslev-Jensen C., Brzoza Z., Canonica G.W., et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014 Jul;69 (7): 868-87.2.
2. Колхир П.В., Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г., Сулайманов Ш.А. Хроническая крапивница: подход к диагностике среди узких специалистов и врачей общей практики в России. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015. Т. 18. № 1. С. 45-51.
3. Maurice-Tison S, Pouyane J, Doutre MS. [General practitioners, dermatologists, allergists, and the management of chronic urticaria. Results of a practice survey]. *Ann Dermatol Venereol*. 2003 May; 130 Spec No 1:1S160-73.
4. Henderson RL Jr, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Allergists and dermatologists have far more expertise in caring for patients with urticaria than other specialists. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Dec; 43(6): 1084-91.

5. Sharma JK, Miller R, Murray S. Chronic urticaria: a Canadian perspective on patterns and practical management strategies. *J Cutan Med Surg*. 2000 Apr; 4 (2): 89-93.
6. Weller K, Viehmann K, Bräutigam M, Krause K, Siebenhaar F, Zuberbier T, Maurer M. Management of chronic spontaneous urticaria in real life--in accordance with the guidelines? A cross-sectional physician-based survey study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Jan; 27 (1): 43-50. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04370.x. Epub 2011 Dec 8.
7. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*. 2009 Oct; 64 (10): 1417-26. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02179.x.
8. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ (Часть 5) [Текст] / Н. Г. Астафьева, Е. Ю. Борзова, Л. А. Горячкина // Российский аллергологический журнал : науч.-практ. Журнал Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. - 2009. - № 1. - С. 51-59
9. Grattan CE, Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol*. 2007 Dec;157(6):1116-23.
10. Powell RJ, Du Toit GL, Siddique N, Leech SC, Dixon TA, Clark AT et al. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. *Clin Exp Allergy*. 2007 May; 37 (5): 631-50.
11. Nicholson PJ, Llewellyn D, English JS. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact Dermatitis*. 2010 Oct; 63 (4): 177-86. doi: 10.1111/j.1600-0536. 2010. 01763. x.
12. Konstantinou GN, Asero R, Ferrer M, Knol EF, Maurer M, Raap U, et al. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic

criteria. Allergy 2013 Jan; 68 (1): 27-36. doi: 10.1111/all.12056.

13. De Swerd A, Van Den Keybus C, Kasran A, Cadot P, Neyens K, Coorevits L, et al. Detection of basophil-activating IgG autoantibodies in chronic idiopathic urticaria by induction of CD 63. J Allergy Clin Immunol 2005 Sep; 116 (3): 662-7

14. Kocatürk E, Kavala M, Kural E, Sarigul S, Zındancı I. Autologous serum skin test vs autologous plasma skin test in patients with chronic urticaria: evaluation of reproducibility,

sensitivity and specificity and relationship with disease activity, quality of life and anti-thyroid antibodies. Eur J Dermatol 2011 May-Jun; 21 (3): 339-43. doi: 10.1684/ejd.2011.1294.

15. Konstantinou GN, Asero R, Maurer M, Sabroe RA, Schmid-Grendelmeier P, Grattan CE. EAACI/GA(2)LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in urticaria. Allergy 2009 Sep;64(9):1256-68. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02132.x.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ, ЖИТЕЛЕЙ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Муратова Ж. К., Фуртикова А.Б.

Ошский государственный университет, г. Ош,
Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек,
Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты клинико-диагностического обследования и лечения 103 детей с атопическим дерматитом (АД), проживающих на юге Кыргызской Республики. Установлен высокий уровень наличия у обследованных детей отягощенного семейного анамнеза, повышенного содержания общего IgE в сыворотке крови, сопутствующей патологии. Подтверждена эффективность комплексной терапии АД (77,2%), включающей антигистаминные препараты первого и второго поколения, топические и системные кортикостероиды, антибиотикотерапию, диету- и физиотерапию. Доказана необходимость противорецидивного лечения и длительного индивидуального диспансерного наблюдения.