

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Сегодня аллергия у детей – достаточно распространенная патология, которая требует профессионального подхода в диагностировании и лечении, учитывая возрастные особенности. Одним из распространенных аллергических проявлений является крапивница, приводящая к снижению качества жизни, а иногда и к жизнеугрожающему состоянию – отеку Квинке. Разобраться в трудностях диагностики и лечения крапивницы нам помогла доктор медицинских наук, профессор, врач аллерголог-иммунолог Людмила Васильевна Лусс.

– Уважаемая Людмила Васильевна, по данным Всемирной организации здравоохранения, последние десятилетия отмечены стремительным ростом аллергических реакций, какова распространенность аллергии в детском возрасте?

– Действительно, пока все еще сохраняется повсеместный рост аллергических заболеваний (АЗ), более выраженный в развивающихся странах, к которым, к сожалению, относится и Россия.

Сегодня каждый третий россиянин страдает какой-либо формой аллергии, и дети не являются исключением. Следует заметить, что судить о распространенности АЗ как у детей, так и у взрослых на основании официальных статистических данных невозможно в связи с выраженным (в десятки раз) занижением действительных значений распространенности аллергопатологии.

Справедливости ради необходимо отметить, что эти же проблемы существуют и зарубежом (Европа, страны Азии, Великобритания и др.).

Если говорить о детях, то, даже по приблизительным данным, АЗ страдают от 5 до 30% детского населения в зависимости от климатогеографических и экологических характеристик регионов их проживания.

Хотелось бы подчеркнуть, что аллергия представляет не только большую медицинскую проблему, но и выраженную медико-социальную значимость в связи с высокой распространенностью, тяжестью течения, серьезностью прогноза и огромных финансовых затрат на лечение и реабилитацию больных АЗ. Более того, АЗ оказывают существенное негативное влияние на формирование, течение и прогноз любых заболеваний человека.

У больных АЗ может развиваться непрогнозируемая аллергическая реакция на введение медикаментов, пищевых продуктов, укусы и ужаления насекомых и т. п. Больные АЗ требуют индивидуального подхода к выбору фармакотерапии при любых болезнях.

– Опираясь на результаты некоторых исследований, крапивница – одно из самых распространенных аллергических заболеваний, как часто крапивница встречается у детей и с какого возраста?

– Среди взрослых, как правило, преобладают респираторные проявления аллергии (аллергический ринит, поллиноз, бронхиальная астма), у детей же чаще отмеча-

ются кожные проявления аллергии, особенно атопический дерматит (более 70%).

Крапивница у детей встречается реже, чем атопический дерматит, но последние годы фиксируется рост аллергических реакций в виде уртикарных высыпаний и ангиоотечков среди детей различных возрастных групп. По приблизительным данным, крапивница среди детей составляет от 0,5 до 7%. Крапивница у детей может развиваться в любом возрасте. В среднем, очень приблизительно, среди дошкольников крапивница встречается примерно в 3% случаев, а среди школьников – около 2%.

– В чем особенности диагностирования данной патологии?

– Трудности заключаются в том, что крапивница не является самостоятельным заболеванием, а представляет гетерогенную группу болезней, различных по этиологии, патогенезу, методическим подходам к диагностике и терапии, по прогнозу заболевания и др.

В связи с этим в алгоритм диагностики крапивницы входят методы, направленные на выявление и дифференциальную диагностику заболеваний, при которых крапивница является одним из клинических симптомов (заболевания ЖКТ и гепатобилиарной системы, нейроэндокринной системы, вирусных, бактериальных, паразитарных инфекций, глистных инвазий, аутоиммунных, онкологических заболеваний и мн. др.) и включают:

■ тщательный сбор и анализ анамнеза жизни, болезни, аллергологического, пищевого, фармакологического анамнеза;

■ анализ результатов физикального осмотра (характер сыпи, ее интенсивность, локализация, форма и размеры), наличие и выраженность зуда, жжения, боли в местах высыпаний, наличие ангиоотечков;

■ оценку адекватности ответа на проводимую фармакотерапию и другие методы лечения;

■ выявление предполагаемых этиологических и провоцирующих факторов: аллергены, лекарственные препараты, пищевые продукты, изделия из латекса (соски, игрушки и др.), инфекции, паразиты, нейроэндокринные дисфункции и др.;

■ клинико-лабораторные методы. Их выбор определяется особенностями клинического течения заболевания

и результатами заключений специалистов (гемограмма, биохимическое исследование крови, копрограмма, анализы на гельминты и лямблии, аллергологическое, бактериологические, вирусологические, иммунологические методы обследования, ревмопробы, выявление аутоантител и др.);

■ осмотр специалистов (терапевт, педиатр, дерматолог, гастроэнтеролог, гепатолог, невролог, инфекционист и другие по показаниям).

– Каковы основные причины, вызывающие крапивницу?

– Причины развития крапивницы чрезвычайно разнообразны, чем и можно объяснить проблемы и сложности диагностики, терапии и профилактики этой патологии у взрослых и детей. Нередко (до 10%) выявить причину крапивницы не удастся даже после углубленного клинико-лабораторного, аллергологического и иммунологического обследования, в частности при идиопатической крапивнице. Причиной крапивницы могут являться совершенно различные по происхождению, строению, свойствам вещества и воздействия экзогенной и эндогенной природы.

К **экзогенным факторам** относятся: **физические факторы** (температура – низкая и высокая, например, холодовая или тепловая крапивница; излучения и др.; инсоляции – например, солнечная крапивница); **механические факторы** – давление, вибрация и др. Также оказывают влияние **химические факторы** (химические вещества различной природы, в т. ч. лекарственные препараты, пищевые добавки, биологически активные добавки и мн. др.) и **аллергены** неинфекционной (пищевые, бытовые, пыльцевые, инсектные, латексные, эпидермальные и др.) и инфекционной природы (бактерии, грибы, вирусы), в частности атопическая, и другие виды иммунологически опосредованных крапивниц. Необходимо сказать о **психических факторах** (стрессы), например холинергическая, адренергическая и др., и **биологических** (укусы животных, земноводных, птиц и т. п.) и мн. др.

А **эндогенные факторы**, вызывающие крапивницу, это **медиаторный дисбаланс** (увеличение образования холинергических медиаторов, адренергических и других биологически активных веществ); **повышение чувствительности рецепторов** к медиаторам (холинорецепторов к холинергическим веществам, адренорецепторов к адренергическим веществам, гормонам и др.); **дисгормональные нарушения**, обусловленные нарушением функционирования щитовидной железы, надпочечников, тимуса и других желез эндокринной системы, и **обменные нарушения**, обусловленные заболеваниями печени, почек и др., приводящие к нарушениям биотрансформации, выведения и обезвреживания продуктов обмена из организма.

Можно отметить, что у детей раннего возраста к самым частым причинам, вызывающим острую крапивницу, относятся пищевые продукты (более 70%).

У детей старше 3 лет существенную этиологическую значимость в развитии крапивниц, наряду с пищевыми,

приобретают бактериальные и вирусные инфекции, медикаменты, пищевые добавки (особенно тартразин и другие красители, глутамат натрия, сульфиты, бензоаты, консерванты и др.).

У детей, как и у взрослых, причиной крапивницы могут стать нарушения диеты, например при злоупотреблении продуктами с высоким содержанием гистамина, тирамина и обладающими свойствами неспецифической гистаминолиберации (консервированные продукты, рыба и морепродукты, экзотические фрукты, томаты и мн. др.), особенно у лиц с перенесенными или сопутствующими заболеваниями ЖКТ и гепатобилиарной системы. Вообще, тема по причинам развития крапивницы очень многогранна, и ее невозможно осветить и обсудить в рамках интервью.

– Может ли повлиять на развитие крапивницы у ребенка раннего возраста наличие данного заболевания у матери во время беременности?

– По моему мнению, скорее нет, чем да. Наличие в анамнезе у матери появления крапивницы во время беременности не означает, что у ребенка обязательно будет появляться крапивница.

Но тем не менее, по литературным данным, рецидивирование крапивницы во время беременности относится к одному из провоцирующих факторов развития крапивницы у детей. Однако в моей многолетней практике убедительных и достоверных данных о взаимосвязи наличия крапивницы во время беременности и развития крапивницы у детей не установлено.

– Чем отличается острая форма крапивницы от хронической? Каковы клинические проявления?

– Крапивница может быть острой и хронической рецидивирующей.

Острая крапивница чаще выявляется у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом и сопутствующими аллергическими заболеваниями (у половины больных).

При острой крапивнице длительность высыпаний составляет менее 6 нед., при хронической – уртикарные высыпания рецидивируют более 6 нед.

Для раннего детского возраста (до 2 лет) характерны острые формы крапивницы.

У детей от 2 до 12 лет также чаще встречаются острые формы крапивницы, но возможны и хронические формы течения заболевания. Для детей старше 12 лет более характерны хронические формы крапивницы. Распространенность хронической крапивницы среди детей приблизительно составляет 0,1–3%. Специальные исследования по этому вопросу не проводились.

Уртикарные высыпания при острой крапивнице могут иметь любую локализацию, форму и величину, вплоть до гигантской крапивницы; как правило, сопровождаются зудом различной интенсивности. Острая крапивница может сопровождаться развитием ангиоотеков различной локализации. У детей раннего возраста острая кра-

пивница может стать причиной urgentных состояний, требующих экстренной госпитализации и неотложной стационарной помощи.

Сама крапивница не относится к жизнеугрожающим реакциям (за исключением ангиоотечек опасной локализации, например, отек гортани), но она оказывает существенное негативное влияние на качество жизни, социальную активность, нарушения сна, психоэмоциональное состояние и другие функциональные и физиологические показатели.

Среди хронических крапивниц наибольшие трудности в диагностике и терапии представляет идиопатическая крапивница, при которой на современном этапе не удается выявить причину развития болезни. При идиопатической крапивнице, наряду с наличием часто (постоянно) рецидивирующих уртикарных высыпаний, характерно изменение общего состояния пациента: слабость, повышенная утомляемость, артралгии, миалгии, нередко – субфебрилитет, снижение социальной активности и др.

– Какие основные лечебные мероприятия включает в себя терапия крапивницы?

– Мишенями воздействия мероприятий для контроля за симптомами крапивницы являются: аллергическое воспаление, контроль иммунного ответа и коррекция терапии сопутствующих заболеваний.

В первую очередь следует устранить контакт с причинно-значимыми аллергенами (элиминационные диеты при ПА и элиминационные режимы), провоцирующими факторами и факторами риска развития крапивницы.

Важным звеном в лечении крапивницы является назначение адекватной фармакотерапии.

Большое внимание должно уделяться внедрению образовательных программ среди пациентов и их родственников и, конечно же, профилактике развития и обострений крапивницы.

Выбор фармакотерапии определяется особенностями механизма развития крапивницы, ее формами (острая, хроническая), особенностями клинического течения, возраста и степени тяжести заболевания.

Фармакотерапия крапивницы включает использование различных групп препаратов: антигистаминные препараты (АГП) – являются препаратами первой линии в лечении крапивниц, глюкокортикостероиды (ГКС) – применение системных кортикостероидов при хронической крапивнице показано при тяжелом течении заболевания, при тяжелых неконтролируемых обострениях, а также при полной неэффективности антигистаминных препаратов. Применяют короткие курсы преднизолона (Дексазон) в возрастных дозах в течение 3–7 дней до достижения ремиссии. Кроме этого, применяются антибактериальные, седативные, психотропные и другие препараты разных групп для коррекции сопутствующих заболеваний.

При хронической рецидивирующей крапивнице рекомендован поэтапный подход к терапии. На первом

этапе назначаются неседативные АГП, которые относятся к первой линии лечения крапивниц. Если неседативные АГП не оказывают достаточного клинического эффекта и проявления крапивницы сохраняются через две недели после начала их приема, согласно международным стандартам по лечению крапивницы, рекомендуется перейти ко 2-му этапу – увеличение дозы АГП в 4 раза (до 4-кратной дозы). При этом следует заметить, что возможность увеличения дозы АГП должна быть прописана в инструкции по применению, например дезлоратадин, эбастин. Если проявления крапивницы сохраняются на фоне проводимой терапии повышенными дозами АГП 1–4 нед., рекомендуется перейти к 3-му этапу и добавить антагонисты лейкотриеновых рецепторов или сменить АГП на другие группы препаратов, в частности, при обострении провести короткий (3–7 дней) курс ГКС.

Выбор антигистаминного препарата определяется особенностями его механизма действия, свойств, возможностями развития и выраженности побочных фармакологических эффектов, сочетания с другими лекарственными препаратами, которые получает пациент по поводу сопутствующих заболеваний, в зависимости от приема пищи и др.

Если проявления крапивницы на фоне проводимой терапии сохраняются 1–4 нед., следует перейти к 4-му этапу и использовать препараты другого механизма действия и свойств (циклоспорин А, H₂-антигистаминные препараты, омализумаб и др.) в зависимости от наличия показаний. В случаях торпидности к проводимой терапии рекомендовано проведение консилиумов с участием врачей различных специальностей с целью уточнения генеза уртикарных высыпаний и подбора адекватной терапии.

Следует еще раз подчеркнуть, что крапивницы редко связаны с аллергией, чаще они обусловлены наличием сопутствующих заболеваний различного генеза и требуют подбора адекватной, комплексной терапии.

– Какие антигистаминные препараты используют в современной аллергологии при назначении медикаментозной терапии? В чем их преимущество?

– Обоснованием применения АГП при крапивнице является важная роль гистамина в механизме зуда и высыпаний, наряду с другими медиаторами.

В настоящее время в лечении крапивниц предпочтение отдается неседативным АГП, особенно при необходимости длительного введения АГП или необходимости введения АГП пациентам, деятельность которых требует повышенной концентрации внимания и памяти: учащиеся школ, вузов и других учебных заведений, водители транспорта, работники производств, научные работники.

Антигистаминные препараты назначаются у больных крапивницей с целью купирования обострения, в качестве базисной терапии и в качестве премедикации перед проведением рентгеноконтрастных исследований и оперативных вмешательств (у определенных групп больных). Выбор антигистаминного препарата определяется особенностями его механизма действия, свойств, возможностями развития и выраженности побочных фармакологических эффектов, сочетания с другими лекарственными препаратами, которые получает пациент по поводу сопутствующих заболеваний, в зависимости от приема пищи и др.

При острых и тяжелых проявлениях крапивницы, особенно сочетающейся с ангиоотеками опасной локализации (гортань, язык и др.), назначаются классические АГП первого поколения для парентерального введения: клемастин, хлоропирамин, хифенадин и ГКС.

О недостатках АГП первого поколения известно всем врачам, но нельзя забывать и об их преимуществах. К преимуществам АГП 1-го поколения относятся:

- хорошая изученность (70-летний опыт практического применения позволяет назначать эти препараты с грудного возраста в соответствующих дозах),
- имеют быстродействующие инъекционные формы клемастин, хлоропирамин, хифенадин, все они имеют не только инъекционные, но и формы для приема внутрь,
- седативный эффект нередко используется в лечении зудящих дерматозов (дерматит, экзема), когда мучительный кожный зуд вызывает бессонницу и снижает качество жизни.

Показаниями к назначению антигистаминных препаратов 1-го поколения являются: необходимость парентерального введения: (анафилактический шок (только после нормализации АД), анафилактоидный шок, генерализованная крапивница и ангиотеки, ангиотеки «опасной» локализации, ранний детский возраст (АГП 1-го поколения, только разрешенные к применению у детей раннего возраста, указанные в инструкции по применению), повышенная возбудимость у детей и лиц пожилого и старческого возраста и др. (необходимость седативного эффекта), развитие аллергических реакций, обусловленных участием других, кроме гистамина, медиаторов (серотонина, холинергических медиаторов и др.).

Среди АГП 1-го поколения наименьшим седативным эффектом обладает хифенадин, который имеет, наряду с инъекционными, таблетированные формы и используется у детей от 3 до 7 лет по 10 мг 2 раза в день; от 7 до 12 лет – по 10–15 мг 2–3 раза в день; старше 12 лет – по одной таблетке 25 мг 2–3 раза в день. Длительность курса 10–15 дней.

Однако среди АГП при лечении крапивницы в настоящее время предпочтение отдается современным неседативным препаратам нового (второго) поколения.

К преимуществам АГП 2-го поколения относятся: высокая специфичность и более высокое сродство к H1-рецепторам; более продолжительное терапевтическое действие (до 24 ч); не проникают через гемато-

энцефалический барьер в терапевтических дозах (отсутствие седативного эффекта); отсутствие взаимодействия с системой цитохромов P4503A (CYP3A); быстрое начало действия; отсутствие влияния на другие рецепторы; отсутствие связи абсорбции с приемом пищи; отсутствие тахифилаксии.

К настоящему времени накоплен большой опыт применения АГП при крапивнице у взрослых и детей. Эффективность применения АГП 2-го поколения установлена на основании проведенных многочисленных клинических исследований, в т. ч. в двойных слепых плацебо-контролируемых.

АГП 2-го поколения, такие как лоратадин, цетиризин (10–20 мг/сут), дезлоратадин (5 мг/сут), фексофенадин (120–180 мг/сут), эбастин (10 мг/сут), левоцетиризин (2,5–5 мг/сут, учитывая возраст ребенка), рупатадин, показали достаточную клиническую эффективность при разных формах крапивницы (Международное руководство по диагностике и лечению крапивницы, 2006, Европейский дерматологический форум, Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии, Европейский союз медицинских специалистов 400 специалистов из 20 стран, на основании анализа эффективности АГП при крапивницах).

С 2009 г. при всех видах крапивницы рекомендован к применению дезлоратадин. Была показана высокая эффективность и хорошая переносимость дезлоратадина и при лечении хронической идиопатической крапивницы: значительно уменьшается количество и интенсивность высыпаний, способствует быстрому и эффективно-му улучшению сна, дневной активности и качества жизни, хорошо переносится, может применяться длительное время.

– В каких случаях родители должны обратиться к врачу-аллергологу за консультацией, чтобы не допустить развития хронической формы крапивницы?

– Консультация аллерголога-иммунолога необходима всем детям с отягощенным аллергологическим анамнезом, т. е. когда родители или ближайшие родственники страдают различными аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит, аллергическая крапивница, пищевая аллергия и др.), и детям, имеющим в анамнезе эпизоды крапивницы.

У таких детей необходимо соблюдать ряд профилактических мероприятий (питание, контроль за состоянием и функционированием различных органов и систем, особенно ЖКТ, гепатобилиарной системой, органами дыхания и т. п.), направленных на профилактику аллергических заболеваний, псевдоаллергических реакций и крапивницы.

– Спасибо.

Беседовала Юлия Чередниченко