

Н.И. Ибрагимова, К.М. Гаджиев

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан

В статье приведены данные клинико-лабораторного обследования 116 детей, больных хронической крапивницей (ХК). В зависимости от разнообразия этиопатогенетических форм ХК все больные были разделены на 5 групп наблюдения. Анализ проведенных клинико-лабораторных исследований показал, что различные инфекционные и паразитарные агенты могут спровоцировать развитие ХК. Среди них наибольший процент занимают глистные инвазии, чаще аскаридоз — до 60,3% случаев. У 31,9% пациентов ХК протекала с наличием системных проявлений. Полученные результаты свидетельствуют о многофакторной и полиэтиологической природе ХК, которая развивается на фоне генетической детерминированности.

Authors present data of clinical and laboratory examination of 116 children with chronic urticaria (CU). All the patients were divided into 5 groups in dependence on peculiarities of etiologic and pathogenetic variants of CU. Analysis of clinical and laboratory data showed that CU could be provoked by different infections agents and parasites. Among them helminthosis (ascariasis in prevalence) was the most frequent origin (60,3% of cases). 31,9% of patients with CU developed systemic signs. The results of present study testify to polyetiologic CU nature and to CU development on the background of genetic predisposition.

В настоящее время крапивница рассматривается как гетерогенная группа заболеваний. По имеющимся данным, в общей популяции она составляет 0,05–0,5%, а среди детей и подростков — 2,1–6,7% [1]. Крапивница может наблюдаться в любом возрасте, однако сейчас участились случаи крапивницы у детей дошкольного и раннего возраста. Крапивница нередко приобретает хроническое течение и распространенность хронической крапивницы (ХК) составляет 0,1% в популяции [2]. На протяжении многих лет ХК является одной из актуальных и наименее изученных проблем педиатрии [3]. Основным клиническим симптомом ХК являются эритематозные зудящие волдырные элементы, четко отграниченные, возвышающиеся над поверхностью кожи, размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, которые присутствуют постоянно, меняя локализацию, или возникают в виде рецидивов продолжительностью более 6 месяцев [4].

Несмотря на то, что внешние проявления крапивницы имеют много общего, этиология и патогенез заболевания многообразны [5]. В настоящее время этиопатогенетические механизмы крапивницы недостаточно изучены и существует множество факторов, провоцирующих крапивницу. Актуальность и практическая значимость проблемы ХК определяются наличием у больного заболеваний других органов и систем с хроническими очагами инфекции [6].

Цель работы — на основании тщательного анализа анамнестических и клинико-лабораторных данных, выявленных в процессе обследования детей с ХК, выявить этиопатогенетические варианты заболевания.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 116 детей с ХК в возрасте при первичном обследовании от 2

до 16 лет (средний возраст $9,7 \pm 0,87$ лет). Среди обследованных число мальчиков и девочек было равным и составило 58 (50%) мальчиков и 58 (50%) девочек. Длительность заболевания составила от 7 недель до 5 лет и более. При характеристике длительности заболевания было установлено, что давность заболевания от 7 недель до 1 года отмечалась у 64 (55,1%) больных, от 1 года до 5 лет — у 35 (30,2%), более 5 лет — у 12 (10,3%) детей.

Всем детям проводили развернутый анализ крови, мочи, кала и биохимический анализ крови. Определяли содержание общего и специфических IgE в сыворотке крови и проводили скарификационное кожное тестирование с неинфекционными аллергенами.

При статистической обработке материалов исследования использовали компьютерные программы, входящие в пакет Microsoft Excel 2000. Для графического отображения результатов применяли программу «Microsoft Excel XP™».

Результаты и их обсуждение

В зависимости от разнообразия клинико-патогенетических форм ХК у детей, все больные были разделены на 5 групп наблюдения. 1-ю группу составили 19 (16,4%) больных с явными признаками атопии. 2-ю группу составил 21 (18,1%) больной, у которых появлению ХК сопутствовали хронические очаги инфекции частые острые респираторные инфекции (ОРИ). В 3-ю группу вошли 15 (13%) детей, у которых ХК протекала на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. 4-я группа состояла из 38 (32,8%) детей, у которых появлению ХК способствовали паразитарные заболевания. В 5-й группе не удалось выявить причину заболевания и 23 (19,9%) больным был выставлен диагноз хронической идиопатической крапивницы (рис. 1).

Наличие сопутствующих аллергических заболеваний было выявлено у 49 (42,2%) детей с ХК. Сопутствующие аллергические заболевания отмечались у 84,2% детей 1-й группы, у 47,6% — 2-й, у 6,6% — 3-й, у 23,6% — 4-й, у 21,7% — 5-й группы наблюдения. С учетом удельного веса и ранга сопутствующих аллергических заболеваний были выделены две группы сопутствующих аллергических заболеваний: группа А — бронхиальная астма

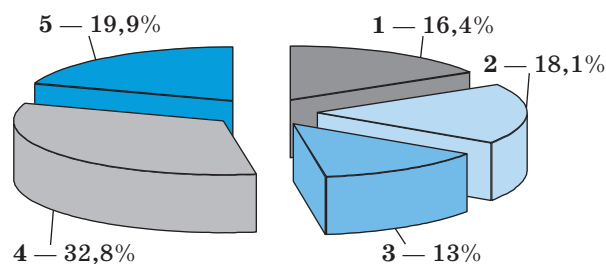


Рис. 1. Распределение детей с ХК по группам наблюдения. 1 — 1-я группа, 2 — 2-я группа, 3 — 3-я группа, 4 — 4-я группа, 5 — 5-я группа.

(79,5%), аллергический ринит (61,2%), пищевая аллергия (71,4%); группа Б — атопический дерматит (53,1%), лекарственная аллергия (46,9%), аллергический конъюнктивит (34,7%). Среди обследованных нами детей отек Квинке был зафиксирован у 41 (35,3%) пациента. При этом частота его встречаемости в зависимости от формы ХК составляла 10–37% (у детей 1-й группы — у 17% пациентов, 2-й группы — у 9,7%, 3-й — у 21,9%, 4-й — у 36,5%, 5-й — у 14,6% пациентов). Достоверно чаще ангионевротический отек встречался при сопутствующих паразитарных заболеваниях ($p < 0,05$).

Тщательный сбор личного и семейного аллергологического анамнеза у всех больных позволил установить наличие наследственной отягощенности у 31 (26,7%) детей из числа наблюдаемых пациентов. При этом у 11 (9,5%) больных имела место отягощенность по отцовской линии, у 11 (9,5%) — отягощенность по материнской линии, а у 9 (7,8%) детей — отягощенность по обеим родительским линиям. Изучение уровня IgE в сыворотке крови больных ХК показало, что частота гиперпродукции общего IgE составила только 16,4%, что было характерно для детей с атопической формой ХК, и не встречалась при других вариантах ХК.

Необходимо указать, что в развитии ХК имели значение факторы отягощенного преморбидного фона. Так, среди наблюдаемых больных часто встречались дети, находившиеся на раннем искусственном вскармливании (56%), имевшие дефекты вскармливания — ранний прикорм, введение в рацион продуктов, не соответствующих возрасту или обладающих высокоаллергенными свойствами (45,6%).

Таблица

Характеристика клинических проявлений ХК у наблюдаемых больных

Степень выраженности клинических проявлений	Количество волдырей за 24 ч	Абс. число	%
0	Кожные покровы свободны от высыпаний		
+	Малое (1–6)	34	29,3
++	Умеренное (7–12)	50	43,1
+++	Большое (более 12 или большая сливающаяся поверхность, состоящая из волдырей)	32	27,6

Анализ проведенных нами клинико-лабораторных исследований показал, что различные инфекционные и паразитарные агенты могут спровоцировать развитие ХК. Среди них наибольшую частоту имеют глистные инвазии, чаще аскаридоз — до 60,3% случаев. На 2-м месте по встречаемости располагались хронические очаги инфекции (кариес зубов — 25,8%, хронический тонзиллит — 23,2%). Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечались у 35,3% больных, дискинезии желчных путей — у 12,9%.

По результатам скарификационного кожного тестирования с неинфекционными аллергенами из 116 обследованных больных положительные результаты были выявлены у 40 (34,5%). Среди них основное значение имели пищевые аллергены (19 — 47,5%), меньшее — пыльцевые (13 — 32,5%) и аллергены домашней пыли (8 — 20%).

На момент обследования все больные предъявляли жалобы на кожные высыпания, сопровождавшиеся зудом и иногда жжением. Незначительные кожные проявления в виде уртикарий, с четкими границами, бледно-розового цвета, расположенные как изолированно друг от друга, так и склонные к слиянию, встречались в 29,3% случаев. Умеренное количество высыпаний, склонных к слиянию и образованию причудливых фигур, отмечалось у 43,1% пациентов. Значительные по площади поражения, с формированием крупных уртикарий, отека Квинке, иногда папулезных элементов, сопровождающихся интенсивным зудом и в результате этого — экскориациями, пигментацией, наблюдались в 27,6% случаев (см. таблицу).

Дермографизм в 63,7% случаев был ярко-розовый или красный, в 36,3% — смешанный, появлялся через 4–7 с, держался до 3–8 мин. Наиболее частой локализацией высыпаний у больных были туловище и конечности — у 45 (38,7%) пациентов, только область туловища — у 28 (24,1%), верхние и нижние конечности — у 30 (25,8%), несколько реже лицо — у 13 (11,4%) (рис. 2).

В клиническом симптомокомплексе у больных ХК также имели место системные (внекожные) симптомы, которые утяжеляли течение заболевания и в определенной степени определяли его

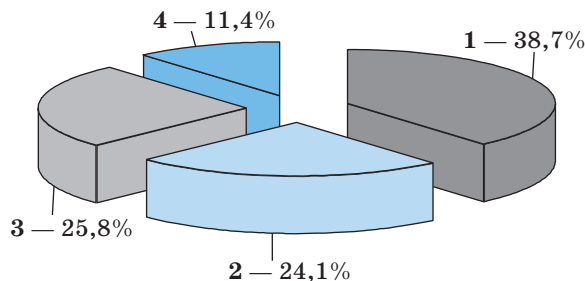


Рис. 2. Локализация клинических проявлений у больных ХК.

1 — туловище и конечности, 2 — только туловище, 3 — верхние и нижние конечности, 4 — лицо.

прогноз. При этом у 31,9% пациентов крапивница протекала с наличием системных проявлений, которые выражались симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы (слабость, головная боль, головокружение, тахикардия, артериальная гипотония), желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота, рвота, диарея). Частота встречаемости системных симптомов зависела от патогенетического варианта ХК. Так, при атопической ХК частота этих системных симптомов составляла 15,8%, при инфекционной — 19%, связанной с заболеваниями желудочно-кишечного тракта — 80%, паразитарными заболеваниями — 36,8% и идиопатической — 17,4%. При этом наибольшее число внекожных (системных) симптомов было характерно для ХК, связанной с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует о многофакторной и полиэтиологической природе ХК. Заболевание развивается на фоне генетической детерминированности и при постоянном воздействии большого количества внешних и внутренних факторов, которые могут определять течение заболевания. Многообразие причин и механизмов формирования ХК объясняет сложности диагностики и терапии этого заболевания. К основным принципам диагностики ХК относится выявление этиопатогенетических и провоцирующих факторов, способствующих формированию заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревякина В.А. Крапивница в практике педиатра. Леч. врач. 2007; 4: 10–12.
2. Паттерсон Р., Греммер Г., Лесли К. Аллергические болезни. Диагностика и лечение. Практическое руководство: Пер. с англ. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
3. Соболев А.В., Аак О.В. Роль грибов в патогенезе крапивницы. Пробл. мед. микологии. 2004; 6 (2): 117–118.

4. George du Toit. Chronic urticaria. Current Allergy & Clinical Immunology. 2003; 16 (3): 106–111.
5. Емельянов А.В. Крапивница. Отек Квинке. Пособие для врачей. СПб., 2002.
6. Kaplan A. Chronic urticaria and angioedema. N. Engl. J. Med. 2002; 346 (3): 175–179.