

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Представлены результаты клинико-диагностического обследования и лечения 51 пациентов с крапивницей, казахской популяции проживающих в г. Алматы. Установлен высокий уровень сывороточных IgE у больных аллергией с тягостным анамнезом. Подтверждена эффективность комплексной терапии крапивницы (90%), включающей антигистаминные препараты второго поколения и системных кортикостероидов, физиотерапии на фоне диетотерапии. Доказана необходимость противорецидивного лечения: выявление и санация хронических очагов инфекции и длительного индивидуального диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: больные с крапивницей, крапивница в казахской популяции, индуцированная крапивница, спонтанная крапивница, шкала оценки активности крапивницы, классификация UAS 7

Актуальность. Распространенность крапивницы достигает 25% в общей популяции, хроническую рецидивирующую крапивницу отмечают почти в 30% случаев. Дебют хронической крапивницы возможен у пациентов любого возраста, но чаще заболевание поражает наиболее социально активную и трудоспособную часть населения в возрасте 20–40 лет. Продолжительность заболевания в среднем составляет от года до пяти лет. У 14% больных наблюдаются периодические обострения свыше пяти лет. Снижение качества жизни, обусловленное ХК, значительно больше или аналогично таковому при других дерматологических заболеваниях, включая псориаз, акне, атопический дерматит.[1]

Крапивница – более частое заболевание, чем думали ранее. ХСК поражает более 1% популяции в любом возрасте, при этом составляя примерно 2/3 от общего числа случаев ХК женщины : мужчины - 2:1. Не выявлено взаимосвязи между развитием крапивницы и образованием, доходами, занятостью, местом проживания или этнической принадлежностью. Согласно статистическим данным, у 15-20% населения земного шара в течение жизни наблюдается, по крайней мере, один эпизод крапивницы.[2,7]

Наиболее частая причина аллергических поражений кожи: пищевая аллергия, инсектная аллергия, латексная аллергия, лекарственная аллергия, профессиональная аллергия, другие (бытовая, эпидермальная, пыльцевая и т.д.), а также неспецифические факторы.[3,4]

Международный консенсус по лечению крапивницы и ангиоотека впервые был принят в 2004 г. в ходе группового обсуждения на 2-м Международном совещании по определению тактики ведения пациентов с крапивницей и ангиоотеком. Это совместная инициатива секции дерматологии Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI), Европейской глобальной сети аллергии и астмы (Global Allergy and Asthma European Network, GA²LEN), Европейского дерматологического форума (European Dermatology Forum, EDF) и Всемирной аллергологической организации (World Allergy Organization, WAO). С 2008 по 2012 г. согласительный документ регулярно пересматривался и дополнялся.[5]

Общие признаки поражения крапивницей заключаются в зудящих эритематозных папулах, бляшках и волдырях, окруженных покрасневшим участком (гиперемия), размер которых варьируются от миллиметра до нескольких сантиметров или еще больше по размеру. Они могут иметь чистый участок в центре, а форма может быть самой необычной. Отдельные нарушения кожного покрова, как правило, кратковременные, продолжительностью менее 4 часа. Если отдельные поражения кожи остаются на период дольше, чем от 12 до 24 часов, необходимо рассмотреть возможность подлежащего васкулита. Поражения отека Квинке отличаются тем, что зачастую они не зудят и состоят из более глубокой кожной и подкожной опухоли чаще всего на губах и веках. Серьезные последствия могут возникнуть, если отек переходит на такие структуры, как гортань. Острая крапивница возникает спонтанно или в ответ на воздействие триггера. Триггерами острой крапивницы обычно выступают острая вирусная инфекция или аллергические реакции на пищу, медикаменты, латекс или укусы насекомых. Хроническая крапивница также может быть спонтанной или индуцированной, хотя и триггеры хронической крапивницы отличаются от пусковых моментов при острой. Индуцированная крапивница включает в себя появление волдырей в ответ на физическое нанесение расчесов (дермографизм) и холодовую контактную крапивницу. Дополнительными триггерами для хронической крапивницы являются давление, температурные изменения, пребывание на солнце и физические упражнения. Общий диагностический алгоритм для хронической крапивницы (ХК) предполагает тщательный сбор анамнеза заболевания и проведение объективного осмотра, по возможности – выявление и устранение всех триггерных факторов, провоцирующих клинические проявления заболевания.

Роль рутинного лабораторного обследования ограничена. Обратите внимание: не всегда следует углубляться в диагностический поиск причины заболевания, поскольку в 80–95% случаев он нерезультативен. При указании в анамнезе на связь уртикарных высыпаний с различными триггерами рекомендуется выполнение провокационных тестов. Оценка тяжести заболевания и влияние на качество жизни. Первичным симптомом крапивницы является зуд. Обычно крапивница значительно вмешивается в самочувствие человека, его индивидуальную жизнь. Разработаны новые способы измерения влияния крапивницы на качество жизни. Одним из таких методов является индекс активности крапивницы (UAS7):

Шкала	Волдыри	Зуд
0	нет	Нет
1	легкая (<20 волдырей/24 ч)	легкая (есть, но не раздражает и не беспокоит)
2	умеренная (20–50 волдырей/24 ч)	умеренная (беспокоит, но не мешает обычной повседневной деятельности или сну)
3	сильная (>50 волдырей/24 ч и большая область распространения)	сильная (тяжелый зуд, со значительным беспокойством и влиянием на нормальную ежедневную активность или сон)

Оценка показателей:

0 – отсутствие зуда и высыпаний

0–6 баллов – хорошо контролируемая крапивница

7–15 баллов – легкая степень тяжести крапивницы

16–27 баллов – средней степени тяжести крапивницы

28–42 балла – тяжелое течение крапивницы

Эта методика применима для эффективной клинической практики, максимизируя информацию, полученную в ходе приема пациента, и минимизируя использование трудовых и временных ресурсов.[1,7]

Цель исследования Изучить структуру заболеваемости, этиологию, факторы риска развития и определить уровень активности крапивницы по шкале UAS 7 в казахской популяции.

Материал исследования. Пациенты с крапивницей казахской популяции в аллергологическом отделении ГКБ №1 г. Алматы в возрасте от 15 до 72 лет. С жалобами на зудящие эритематозные папулы, бляшки и волдыри, окруженные покрасневшим участком (гиперемия), размер которых варьируются от миллиметра до нескольких сантиметров или еще больше по размеру.

Методы исследования :

1.Было обследовано 51 человек, из них женщин-41(80,39%), мужчин-10 (19,61%). При сборе анамнеза выясняли возраст, пол, социально-экономическое положение, наличие эмоционального стресса, системных соматических и аутоиммунных заболеваний, вредных привычек. Полученные данные заносили в специальную таблицу по программе Excel. На диаграмме №1 предоставлена возрастная состав исследуемых. Показано, что в возрасте от 20 до 35 лет (45,09%) и в возрасте 50 лет и выше (27,45%) регистрируется максимальная частота крапивницы. В возрастных группах от 15 до 19 и в 36-46 лет имеется тенденция к снижению количества больных (7,80%, 19,60% соответственно).



Диаграмма 1

2.При постановке диагноза пользовались классификацией крапивницы предложенной в конференции по обсуждению и пересмотру международного руководства по крапивнице состоявшаяся в декабре 2016 г. в Берлине. Стала возможной дифференциация хронической аутоиммунной крапивницы или хронической идиопатической крапивницы (в старой терминологии) от физически индуцированной крапивницы. Сейчас физическая крапивница отделена от хронической индуцированной крапивницы (chronic inducible urticaria (CINDU)), отражая наличие внешнего триггера и индуцибельную природу. Термин CINDU также включает холинэргическую, аквагенную и контактную крапивницу. Оставшиеся формы крапивницы, которые встречаются вне связи с внешними триггерами и реализующиеся через эндогенные пути, классифицируются в качестве хронической спонтанной крапивницы (CSU). Это упрощенно и более специфично, чем термин хроническая идиопатическая крапивница, который сейчас выходит из употребления.

3.Для эффективности проведенного лечения была использована шкала оценки активности крапивницы UAS 7 (Urticaria Activity Score 7) или индекс активности крапивницы для оценки тяжести заболевания и результатов лечения спонтанной крапивницы.

Результаты исследования и обсуждения. По классификации крапивницы принятый международным руководством по крапивнице в декабре 2016 г по нашему исследованию хронической индуцированной крапивницей страдают 3 пациента, 5% из всех исследуемых, хронической спонтанной крапивницей зарегистрировали 48 (95%) пациентов. У пациентов страдающих ХК основные факторы возникновения крапивницы: лекарственная аллергия у 17 пациентов (33,3%), обусловленные приемом бесконтрольным применением лекарственных средств, чаще всего приемом антибиотиков, НПВС, противосудорожных препаратов. 17 пациентов с ХК заболевания ни с чем не связывают. У 11 пациентов (21,5%) причиной ХК является пищевая аллергия, 6 пациентов (11,7%) было выявлено аллергия на бытовую химию и БАДы.



Рисунок 1 - До лечения



Рисунок 2 - После лечения

На рис.1 и 2 пациент с эритематозными папулами, бляшками окруженные покрасневшим участком (гиперемия) крапивницы до лечения и после лечения.

В лечении ХК у исследуемой группы была использована комплексная терапия:

1. Выявление и санация очагов хронической инфекции (инфекция, паразиты, вирусы, лекарства)
- 2.гипоаллергенная диета
- 3.элиминация причинных аллергенов
- 4.антигистаминные препараты 2 поколения, в острый период заболевания были подключены системные глюкокортикостероиды. Больным с тяжелым течением крапивницы и высоким уровнем $IgE > 500$ МЕ/мл была рекомендована анти IgE терапия омализумабом.

Для эффективности проведенного лечения была использована шкала оценки активности крапивницы UAS 7 (Urticaria Activity Score 7) или индекс активности крапивницы для оценки тяжести. Нами было высчитано по шкале UAS 7: 3 человек (5,8%) набрали от 0-до 6 баллов - хорошо контролируемая крапивница, 7-15баллов набрали -легкая степень тяжести крапивницы 9 человек (17,64%), 16-27баллов набрали 38 человек (74,5%)средней степени тяжести крапивницы, 28-42баллов набрали 1 чел. (1,9%) что означает тяжелое течение крапивницы. Обследование проводили традиционными методами.

Значения уровня общего иммуноглобулина Е в данном исследовании таковы: от 100 до 400 МЕ/мл 70% больных, от 400 до 1000 МЕ/мл у 26% больных, от 1000МЕ/мл и выше у 4% больных с крапивницей.

Результаты предоставлены в диаграмме.

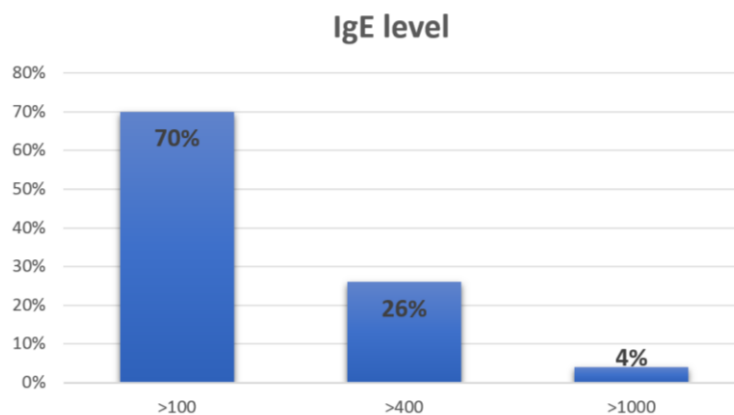


Диаграмма 2

Выводы: таким образом, предрасполагающими факторами для развития хронической крапивницы во всех возрастных группах обследованных можно считать лекарственную аллергию, пищевую аллергию, аллергию на бытовую химию и на БАДы. Распространенность которых увеличивается в возрасте от 20 до 35 лет.

Повышение общего количества иммуноглобулинов Е выше 1000МЕ/мл выявлено у 4% исследуемых. При получении своевременного стационарного лечения заболевания протекает степень тяжести средний, что показывает адекватность и эффективность проведенного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 M.Hiragun, T.Hiragun,S.Mihara et al. Prognosis of chronic spontaneous urticaria in 117 patients not controlled by a standard dose of antihistamine // Allergy. - 2013. - Vol.68. - P. 229–235.
- 2 Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticarial // Allergy. - 2009. - Vol.64. - №10. - P. 1427–1443.
- 3 J.A. Bernstein, D.M. Lang,D.A. Khan et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update // J. Allergy Clin.Immunol. - 2014. - Vol. 133. - P. 1270–1277.
- 4 Дробик О.С., Воронова М.Ю., Горячкина Л.А. Международные рекомендации по лечению хронической крапивницы – 2012. Что нового? // Фарматека. - 2013. - №15(268). - С. 49–53.
- 5 Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. : The EAACI/GA 2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update // Allergy. – 2014. - №69(7). – P. 868–887.
- 6 Maurer M, Bindslev-Jensen C, Gimenez-Arnau A, et al. : Chronic idiopathic urticaria (CIU) is no longer idiopathic: time for an update // Br J Dermatol. – 2013. - №168(2). – P. 455–456.
- 7 Beck L.A., Bernstein J.A., Maurer M. A review of international recommendations for the diagnosis and management of chronic urticaria // Acta Derm. Venereol. - 2017. - Vol. 97. - №2. - P. 149–158.

Ж.Б. Испаева, А.Б. Жакиева, М.Б. Заирова

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ҚАЗАҚ ПОПУЛЯЦИЯСЫНДАҒЫ ЕСЕКЖЕМ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Алматы қаласында тұратын қазақ популяциясына жататын 51 науқасты клиникалық диагностикалық тексерулері және емдеудің нәтижелері келтірілген. Анамнезінде аллергиялық аурулар бар науқастардың қан сарысуындағы жалпы IgE мөлшері анықталды. Екінші буын антигистаминдері мен жүйелік кортикостероидтардың диета мен физиотерапияны қоса алғанда, есекжемнің кешенді терапиясының тиімділігі расталды (90%). Рецидивке қарсы ем: созылмалы инфекция ошақтарын анықтау және санация жасау және ұзақ мерзімді жеке бақылаудың қажеттілігі дәлелденді.

Түйінді сөздер: есекжеммен науқастар, қазақ популяциясындағы есекжем, индуцирленген есекжем, спонтанды есекжем, есекжем белсенділігінің бағалау шкаласы, UAS7 жіктелуі.

Zh.B. Ispaeva, A.B. Zhakieva, M.B. Zairova

Asfendiyarov Kazakh National medical university

FEATURES OF THE CURRENT URTICARIA IN THE KAZAKH POPULATION

Resume: The results of clinical diagnostic examination and treatment of 51 patients with urticaria in the Kazakh population living in Almaty are presented. A high level of antibody IgE was established in patients with an allergy in history. The effectiveness of complex therapy of urticaria (90%), including second-generation antihistamines and systemic corticosteroids, physiotherapy with diet therapy, has been confirmed. The necessity of anti-relapse treatment has been proved: the identification and rehabilitation of chronic foci of infection and prolonged individual follow-ups.

Keywords: patients with urticaria, urticaria in the Kazakh population, induced urticaria, spontaneous urticaria, urticaria activity scale, classification UAS 7