

УДК- 616.514

Каспрук Н.М.*К.мед н., доцент ККИАЭ БГМУ
г. Черновцы, Украина***ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ**

Крапивница представляет собой гетерогенную и чрезвычайно распространенную группу аллергических заболеваний, инициирующихся воздействием различных этиологических факторов. Международные руководства систематизируют деление форм крапивницы основываясь на продолжительности, особенностях течения заболевания [1, с.42; 5, с.465]. По данным литературы, распространенность хронической крапивницы (ХК) в общей популяции варьирует от 0,5 до 5%, в определенных странах заболеваемость может достигать 15%. По нашим данным этот показатель составляет 8% [2, с.25]. Непосредственная связь аллергодерматозов, в частности ХК, с некоторыми хроническими заболеваниями еще раз подтверждает большое практическое значение дифференциации различных ее видов в клинической практике. Высокая распространенность крапивницы, разнообразие форм коморбидной патологии, наличие патологии преимущественно у больных трудоспособного возраста, частая неэффективность диагностических мероприятий обуславливают актуальность проблемы и требуют дальнейшего изучения данной патологии. ХК является гетерогенным заболеванием, поэтому справедливо считать ее междисциплинарной проблемой, с которой постоянно встречаются не только аллергологи, но и терапевты, педиатры, семейные врачи [3, с.42; 4, с. 7].

Цель работы - анализ этиологических факторов ХК у больных пульмонологического профиля, оптимизация диагностики и лечения хронической крапивницы для дальнейшего планирования профилактических мероприятий.

За период с 2015 по 2018 годы нами обследовано 220 больных, обратившихся за медицинской помощью в областную клиническую больницу г. Черновцы, у которых ХК была ассоциирована с хроническим бронхитом или бронхиальной астмой, но предварительно, исключена атопия, а бронхолегочная патология была в стадии ремиссии.

Проводили клинико-anamnestическое обследование: сбор анамнеза, оценку жалоб, определение тяжести крапивницы, оценку качества жизни, контроль над симптомами крапивницы; лаборатор-

ное исследование: клинический анализ крови, определение С-реактивного белка, концентрация гормонов щитовидной железы и антитела к структурам щитовидной железы, тесты для верификации физической крапивницы, тест с аутологичной сывороткой, определение ревматоидного фактора, эозинофильно-катионного белка, общего IgE, антинуклеарных антител, С3/С4-компонентов комплемента, белковых фракций, коагулограммы, анализ кала на яйца глистов и простейших.

Аллерготестирование проводилось тогда, когда анамнестические данные пациента указывали на его целесообразность. Обследование проводили на протяжении одного месяца и оно включало в себя диагностический период и 3 консультации каждые 7 дней.

На основании анализа полученных данных была сформирована группа из 120 пациентов с ниже указанными критериями включения/исключения в исследование.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст больных: 22-70 лет
2. Продолжительность крапивницы более 6 недель (до 6 лет)
3. Персистирующее течение ХК с клиническими проявлениями не менее 2-х раз в неделю.
4. Неудовлетворительная эффективность антигистаминных препаратов 2-го,3-го поколений и недостаточная - глюкокортикостероидов.

Критерии исключения из исследования:

1. ХК с ранее установленной причиной (преимущественно атопическая форма, физические факторы окружающей среды)
2. Ревматологические заболевания
3. Постоянный прием пероральных системных ГКС

4. Беременность
5. Сопутствующие декомпенсированные заболевания: сердечно-сосудистой системы, неврологические, гематологические, желудочно-кишечные.
6. Онкологични заболевания.

Обнаруженные нами причины распределились следующим образом (табл. 1):

Таблица 1

Группы больных	Факторы имеющие патогенетическое значение	Количество больных (%)
I	Реакции гиперчувствительности к лекарственным препаратам (МГ)	42,6%
II	Паразитарные инвазии (ПИ)	41,16%
III	Сочетание факторов (I + II)	25,5%
IV	Факторы химического происхождения (в том числе профессиональные факторы)	14%
V	Продукты питания (в том числе различные пищевые добавки)	12,3%
VI	Сочетание факторов (I,IV,V)	56%

Всем больным назначали препараты группы сехифенадина в дозе 50 мг 2 раза в сутки. Длительность терапии составила 14 дней. Вещество сехифенадин является антагонистом H₁-гистаминовых рецепторов, блокирует серотониновые 5-HT₁-рецепторы, ослабляет действие медиаторов аллергии — гистамина и серотонина. Сехифенадин предотвращает или ослабляет спазмогенное влияние гистамина и серотонина на гладкую мускулатуру бронхов, кишечника и сосудов, интоксикацию, вызванную гистамином и серотонином, нарушение проницаемости капилляров и развитие отеков. Оказывает выраженное противозудное и антиэкссудативное действие продолжительного характера. Влияет на иммунологическую реактивность организма, снижая количество антител- и розеткообразующих клеток в селезенке, костном мозге, лимфатических узлах, а также снижает повышенную концентрацию иммуноглобулинов классов А и G [2, с.25].

Лечение проводилось в период ремиссии хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы, в виде монотерапии, при условии элиминационного режима по отношению к выявленным провоцирующим этиологическим факторам. Клиническую эффективность оценивали с помощью дневников самонаблюдения, в которых обращалось внимание на интенсивность зуда, выраженность кожных высыпаний, нарушения сна вследствие зуда, общего снижения качества жизни. Эти симптомы предлагалось оценивать по 3-х бальной шкале. Кроме того, пациентов просили фиксировать возможные побочные эффекты: сонливость, нарушение внимания в профессиональной деятельности, сухость слизистых и другие.

По окончании исследования проводилась общая оценка эффективности терапии по следующей шкале (таб.2):

Таблица 2

Оцениваемый эффект	% больных соответственно клиническим группам
1. <i>Полный эффект.</i> Симптомы отсутствуют	20,8% I группа 37% VI группа
2. <i>Значительный эффект</i>	54,2% II та III, VI, VI группы
3. <i>Эффект удовлетворительный</i>	16,7% II-VI группы
4. <i>Полное отсутствие эффекта</i>	8,3% IV группа 5,7% VI группы

Результаты исследования:

Положительные результаты лечения антимадиаторными средствами группы сехифенадина в терапевтической дозе (полный и значительный эффект) получены у 91,7% пациентов. Худшие результаты (14%) продемонстрировали пациенты с этиологической значимостью факторов химического происхождения (в том числе профессиональных), что связано с более проблематичным соблюдением элиминационного режима у данной категории больных.

Большинство больных отметили хорошую переносимость препарата, побочные эффекты развились лишь у 17 (14,2%) пациентов (повышенная сонливость). Два пациента (1,7%) отметили ухудшение симптоматики, троих больных (2,5%) беспокоила тошнота после приема препарата. Эти симптомы не требовали назначения дополнительных медикаментов, разрешились самостоятельно (в течение 1-3 дней), в двух случаях (для 1,7% пациентов) была предложена отмена проводимой терапии изучаемой группой препаратов.

Выводы:

1. Среди причин ХК у больных пульмонологического профиля доминирует медикаментозная переносимость и паразитарная инфекция. В 56% случаев наблюдается полиэтиологичность.

2. В план дифференциальной диагностики рецидивирующей крапивницы обязательно следует включать паразитологическое исследования и тщательное изучение фармакологического анамнеза.

3. Отличиями ХК у больных пульмонологического профиля является длительная персистенция

уртикарый или других элементов сыпи, недостаточная эффективность терапии антигистаминными препаратами 2-го и 3-го поколений и глюкокортикоستيоидами.

4. Группа сехифенадинов характеризуется высокой эффективностью для лечения пациентов с рецидивирующей крапивницей у пульмонологических больных: клинически значимые положительные изменения наступают на 2-4 сутки от начала лечения.

Список использованной литературы:

1. Астафьева Е.Г., Горячкина Л.А., Борзова Е.Ю.. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей. РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОГЛАСИТЕЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ. ЧАСТЬ 3 // Российский аллергологический журнал: науч.-практ. журнал Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. -2008. -№ 5. -С 41-49.

2. Каспрук Н.М. Проблеми терапії хронічної кропив'янки // Людина та ліки. VI Національний конгрес. Тези доповідей. 21-22 березня, 2013, м. Київ. - С. 25.

3. Буянова О.В. Сучасні погляди на патогенез і лікування хронічної кропив'янки. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія, №5 (24)2009. - С.41-45.

4. Пухлик Б.М. Аллергологія України // Новості медицини і фармації. — 2009. — № 295. — С. 7-13.

5. Kaplan AP. Chronic urticaria pathogenesis and treatment. J Allergy Clin Immunol, 2004,114(3):465-474.