

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ И КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАПИВНИЦЫ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Рыбакова О.Г.

Зайцева М.Л., Петрунина С.Ю., Шурховецкая А.А., Мартюшов А.Э., Болдина А.Д., Теплова А.В.  
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,

г. Челябинск

E-mail: gallo53@mail.ru

## THE PREVALENCE OF SYMPTOMS AND CLINICAL – ETIOLOGICAL FEATURES OF THE URTICARIA AMONG STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY

O.G. Rybakova, M.L. Zaitseva, S.Yu. Petrunina, A.A. Shurkhovetskaya, A.E. Martyushov, A.D. Boldin, A.V. Teplova

Yuzhno-Uralsky State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
Chelyabinsk

**Введение.** Еще в 20 веке начался рост распространенности аллергических заболеваний, как среди детей, так и среди взрослых и в 21 веке эта тенденция сохраняется. Помимо увеличения частоты хронических аллергических заболеваний, таких как атопический дерматит, бронхиальная астма, так же выросла распространенность острых аллергических реакций. Одной из самых частых форм острой аллергической патологии является крапивница [1, 2, 3, 4].

Крапивница – группа заболеваний, характеризующаяся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотеков. В основе патогенеза крапивницы лежит активация тучных клеток. Активация тучных клеток происходит при связывании иммуноглобулинов E (IgE) с высокоаффинными рецепторами (FcεRI) на поверхности тучных клеток, при связывании рецепторов тучных клеток с IgG аутоантителами против IgE и FcεRI. Дегрануляция тучных клеток может быть вызвана компонентами комплекса, аутоаллергенами, нейропептидами. Так же активации мастоцитов могут способствовать некоторые неиммунологические факторы, такие как тепло или холод, ряд препаратов (нестероидные противовоспалительные, противовирусные, опиаты и др.). Некоторые механизмы дегрануляции тучных клеток остаются неопределенными и неизученными [2, 3, 4]. По данным ряда исследований выявлено, что 15-25% взрослого населения перенесли хотя бы один эпизод крапивницы, чаще всего продолжительность заболевания составляла 6-12 недель [4]. Взрослые болеют чаще детей, женщины чаще мужчин [5].

**Цель исследования.** Изучить распространенность симптомов крапивницы и ее клинико-этиологические особенности у обучающихся старших курсов медицинского университета.

**Материалы и методы.** Тип исследования – одномоментное (поперечное). Было проведено анкетирование 516 обучающихся старших курсов медицинского университета.

**Результаты исследования.** Было опрошено 516 обучающихся (123 юноши (23,8%), 393 девушка (76,2%)), средний возраст 21,3±1,3 г. Из 516 человек 259 (50,2%) ответили положительно на вопрос о наличии симптомов крапивницы в анамнезе. Распределение по полу 199 (77,0%) – девушки, 60 (23,0%) – юноши. При анализе частоты встречаемости симптомов крапивницы среди опрошенных, оказалось, что 48,8% опрошенных юношей и 51,0% опрошенных девушек имели симптомы крапивницы в анамнезе. Анализ продолжительности симптомов крапивницы выявил, что у 216 человек (83,4%) симптомы крапивницы сохранялись на протяжении менее 6 недель, что соответствует острому течению крапивницы, соответственно у 43 опрошенных (16,6%) симптомы крапивницы сохранялись более 6 недель, что соответствует хроническому течению крапивницы [4, 5].

При анализе этиологического фактора, оказалось, что у 127 человек (49,0%) причиной высыпаний было употребление в пищу определенных продуктов. Чаще всего в качестве причины указывали употребление в пищу фруктов из семейства цитрусовых – 63 человека (50,0%), вторым продуктом по частоте оказался шоколад – 39 опрошенных (30,7%). Появление симптомов крапивницы при приеме лекарственных препаратов отметили 43 человека (16,6%), из которых у 19 человек (44,2%) отмечалась реакция на прием антибактериальных препаратов, у 3-х человек (7,0%) – на прием поливитаминов. Появление симптомов при укусах насекомых отмечали 82 опрошенных (32,0%).

Известно, что крапивница часто провоцируется воздействием физических факторов. В нашем исследовании 72 человека (28,0%) отмечали появление симптомов крапивницы при действии физических факторов, причем 24 человека (33,3%) реагировали на воздействие холода и у стольких же причиной была инсоляция, 16 опрошенных (22,0%) реагировали на воздействие тепла, перегревание, аквагенный фактор был причиной у 14 обучающихся (19,4%), физическое напряжение – у 5 человек (7,0%). Стресс как фактор провоцирующий появление симптомов крапивницы отметили 44 опрошенных (17,0%). При контакте с животными симптомами крапивницы появлялись у 42 человек (16,2%).

Лекарственные препараты для купирования симптомов крапивницы использует половина респондентов (125 человек (48,3%)), из них антигистаминные препараты 1-го поколения использует 41 человек (32,8%), антигистаминные препараты 2-го поколения – 67 человек (53,6%), системные глюкокортикостероиды используют 24 респондента (19,2%). Соблюдают гипоаллергенную или элиминационную диету 43 человека (16,6%). Таким образом, примерно треть опрошенных использует антигистаминные препараты 1 поколения, которых нет в протоколах лечения крапивницы, такую же тенденцию отмечают и другие исследователи [4, 6, 7]. Так как не всегда удается купировать симптомы крапивницы с помощью стандартных схем, прописанных в клинических рекомендациях [2, 6], разрабатываются новые способы терапии [8].

При анализе распространенности сопутствующей аллергической патологии оказалось, что у 72 опрошенных (27,8%) есть сопутствующие аллергические заболевания: аллергический ринит – 51 человек (20%), бронхиальная астма – 20 человек (7,7%), сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы – 12 человек (4,6%), атопический дерматит – 18 человек (7%), сочетание атопического дерматита и бронхиальной астмы – 5 человек (1,9%). Среди опрошенных без симптомов крапивницы в анамнезе (n=255) частота встречаемости аллергических заболеваний была статистически значимо ниже. Аллергический ринит был у 17 человек (6,7%), бронхиальная астма у 4 человек (1,6%), атопический дерматит у 7 человек (2,7%). Выявленные закономерности логичны и находят подтверждения в работах других исследователей [4, 7, 9].

При анализе отягощенности семейного анамнеза было выявлено, что у 83 обучающихся (32,0%) есть родственники, имевшие симптомы крапивницы в анамнезе: в 38 случаях (45,8%) симптомы крапивницы отмечались у мам опрошенных, в 28 случаях (33,7%) – у отцов, в 31 случае (37,3%) – у сибсов, в 12 случаях (14,5%) – у дедушек или бабушек, в 25 случаях (30,1%) симптомы крапивницы выявлялись у нескольких родственников

первой линии родства. У опрошенных обучающихся без симптомов крапивницы в анамнезе, частота встречаемости симптомов крапивницы у родственников первой линии родства так же была статистически значимо ниже – 45 человек (17,5%).

**Заключение.** Распространенность симптомов крапивницы среди опрошенных обучающихся (n=516 человек) составила 50,2% (259 человек), что превышает распространенность крапивницы среди взрослого населения, это объясняется тем, что в нашем исследовании изучалась распространенность симптомов, а не нозологии [4]. У 83,4% опрошенных с симптомами крапивницы в анамнезе в течение жизни случался по крайней мере один эпизод крапивницы или симптомы сохранялись менее 6 недель, что укладывается в картину «острой крапивницы». У 16,6% человек симптомы крапивницы сохранялись более 6 недель, что по классификации оценивается как «хроническая крапивница». Такое соотношение острой и хронической форм крапивницы сопоставимо с данными других исследователей [4, 10]. Самым частым причинным фактором, провоцировавшим развитие симптомов крапивницы, был пищевой – 49% случаев, причем среди анализируемых продуктов, на фрукты семейства цитрусовых приходилось 50% случаев, по-видимому это связано с их гистаминолибераторным эффектом [2, 5]. Следующим по частоте встречаемости оказалось воздействие физических факторов – 28,0% случаев, среди них лидировали воздействие холода (33,3% случаев) и инсоляция (33,3% случаев). Лекарственные препараты для купирования симптомов крапивницы использует 125 человек (48,3%), причем треть опрошенных использует антигистаминные препараты 1 поколения, которых нет в современных протоколах лечения крапивницы. Особенностью опрошенных с симптомами крапивницы в анамнезе явилась отягощенность аллергологического анамнеза по другим аллергическим заболеваниям 27,8% случаев против 6,7% случаев (p<0,05) у респондентов без симптомов крапивницы и отягощенность семейного анамнеза в отношении крапивницы 32,0% случаев против 17,5% случаев (p<0,05) у респондентов без симптомов крапивницы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы: акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. М.: «Фармарус ПринтМедиа». 2014, 126 с.
2. Крапивница. Федеральные клинические рекомендации. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Главные редакторы: Данилычева И.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В., Феденко Е.С., Шульженко А.Е., 2018, 32 с.

3. Крапивница у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России, 2016, 51 с.
4. Zuberbier T. et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2016 revision and update. *Allergy*. 2018;73(7):1393-1414.
5. Колхир П.В. Крапивница и ангиоотек / П.В. Колхир. – М.: Практическая медицина, 2012. – 364 с.
6. Ненашева Н.М. Антигистаминные препараты в терапии хронической крапивницы // РМЖ. 2018. № 8(1). С. 33–38.
7. Balp MM, Weller K, Carboni V, Chirilov A, Papavassilis C, Severin T, Tian H, Zuberbier T, Maurer M. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018 Sep;29(6):630-636. doi: 10.1111/pai.12910.
8. Мухаметзянова В.Г., Рыбакова О.Г. Опыт применения сублингвальной вакцины «Сталораль» у детей. *Российский иммунологический журнал*. 2017. Т. 11(20). №4. С. 731-733.
9. Kacalak-Rzepka A., Kiedrowicz M., Bielecka-Grzela St., Maleszka R., Orzechowska B., Popko M. Chronic urticaria as a potential marker of systemic disease. *Przegl Dermatol* 2010, 97, 319–328 10. Maurer M., Abuzakouk M., Berard F. et al. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy*. 2017. Vol. 72 (12). P. 2005–2016

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рыбакова О.Г., Федоров И.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Челябинск

Адрес для корреспонденции: gallo53@mail.ru

## FEATURES OF THE DIAGNOSIS OF BRONCHIAL ASTHMA IN YOUNG CHILDREN. O.G. RYBAKOVA, I.A. FEDOROV

Yuzhno-Uralsky State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
Chelyabinsk

**Введение.** Бронхиальная астма (БА) является наиболее распространенной хронической патологией нижних дыхательных путей у детей. Однако, диагностика БА, порой, запаздывает на несколько лет. Основное заболевание, с которым педиатры дифференцируют БА, это острый обструктивный бронхит (ООБ). Дифференциальный диагноз ООБ и БА, особенно если это первый эпизод бронхиальной обструкции, представляет достаточные трудности, что связано с одинаковыми клиническими проявлениями, сходными рентгенологическими, функциональными и лабораторными (в том числе иммунологическими) изменениями [1, 2, 3, 4]. На основании проведенных популяционных исследований многими учеными было доказано, что эпизоды свистящих хрипов широко распространены среди детей раннего возраста, однако бронхиальная астма формируется далеко не во всех случаях [5, 6, 7]. Таким образом, дети, перенесшие один и более эпизодов ООБ, являются группой риска формирования БА, но в этой группе нужно выявить детей с манифестацией БА. Castro-Rodriguez, J.A. (2011) предложил внедрить индекс риска астмы [8], этот по-

казатель позволил сузить диагностическую группу, но оказалось, что у больных БА он положителен в 48% случаев, т.е. чувствительность этого диагностического критерия невысока. Учитывая невысокую положительную прогностическую ценность данного индекса, тот факт, что примерно у 30 % детей с БА не отягощен семейный анамнез по аллергическим заболеваниям, нет коморбидных аллергических заболеваний у самого ребенка [1, 3, 4, 9], для более точной диагностики БА у детей дошкольного возраста необходимо усовершенствовать существующий алгоритм добавлением в него маркеров, обладающих высокой чувствительностью и специфичностью.

**Цель исследования.** На основании клинических, лабораторных данных и показателей цитологии индуцированной мокроты, полученных при динамическом наблюдении за детьми группы риска по формированию бронхиальной астмы разработать алгоритм ранней диагностики этого заболевания, дополняющий существующий и увеличивающий вероятность правильной постановки диагноза.