

Буйнова С.Н.<sup>1</sup>, Шинкарева В.М.<sup>2</sup>**ЭТИОЛОГИЯ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ**<sup>1</sup> *Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664049, г. Иркутск, Юбилейный, 100, Россия)*<sup>2</sup> *ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (664022, г. Иркутск, б. Гагарина, 4, Россия)*

Крапивница – частое заболевание в детском возрасте, которое переносит практически каждый ребёнок. Обычно наличие характерных уртикарий не представляет трудностей в нозологической диагностике, но множество факторов, обуславливающих его развитие, вызывает сложности у врачей в подборе тактики терапии. Традиционно в педиатрии причинами крапивницы считают пищевые аллергены и лекарственные препараты, необоснованно на длительное время исключая из питания ребёнка многие продукты. Нами проведён анализ причин острой и хронической крапивницы у детей, госпитализированных в отделение педиатрии, за десятилетний период. При острой крапивнице в большинстве случаев триггерами были продукты (46,7 %) и лекарства (22,5 %), при хронической крапивнице пища была причиной высыпаний только в 20 % случаев, а у 8 детей подтверждена инфекционная этиология уртикарий. На основании исследования предложены рекомендации по обследованию пациентов с данной патологией, а именно: включение в диагностический протокол пациента с хронической крапивницей лабораторных тестов на инфекционные агенты, а также проведение по показаниям фиброгастроудоденоскопии с биопсией слизистой желудка.

**Ключевые слова:** дети, крапивница, этиология

**AETIOLOGY OF URTICARIA IN CHILDREN**Buinova S.N.<sup>1</sup>, Shinkareva V.M.<sup>2</sup><sup>1</sup> *Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Yubileyniy 100, Irkutsk 664049, Russian Federation)*<sup>2</sup> *Irkutsk State Regional Children's Clinical Hospital (b. Gagarina 4, Irkutsk 664022, Russian Federation)*

Urticaria is a frequent disease in childhood, which almost every child had. Usually, the presence of distinct urticaria does not present difficulties in nosological diagnosis, but many factors in account for its development cause challenge for doctors in choosing tactics for therapy. Traditionally the triggers of urticaria in children are food allergens and drugs, and that is why pediatricians unreasonably eliminate many foods from the baby's nutrition for a long time. We analyzed the causes of acute and chronic urticaria in children hospitalized in the department of pediatrics over the ten-year period. In acute urticaria, in most cases, triggers were food (46.7 % children) and drugs (22.5 % children), in children with chronic urticaria, food was the cause of rashes only in 20 % of cases, and the infectious etiology of the disease was confirmed in 8 children. In almost a half of children with chronic urticaria the cause of the rash was not established. Based on the research, recommendations for the examination of patients with this pathology are suggested. Except for testing for food allergens and drugs, the diagnostic protocol of a patient with chronic urticaria should include the laboratory tests for infectious agents, as well as conducting fibrogastroduodenoscopy with biopsy of the gastric mucosa according to indications.

**Key words:** children, urticaria, etiology

Крапивница (от лат. *urtica* – крапива) – этиологически гетерогенная группа заболеваний и состояний, которые сопровождаются основным первичным кожным элементом – волдырём, а также характеризуются возможным развитием ангиоотёков [1, 3].

В практике педиатра крапивница встречается от 2 % до 30 % случаев, по данным разных авторов [1, 3, 5, 9], но особенности течения и этиологии заболевания у детей изучены недостаточно. В зависимости от длительности персистирования симптомов выделяют острую (до 6 недель) и хроническую (более 6 недель) формы крапивницы. В детском возрасте чаще встречается острая крапивница, этиологическими факторами которой служат лекарственные препараты, пищевые продукты, укусы насекомых. Хроническая крапивница у детей встречается реже, чем у взрослых, и её причиной нередко является дру-

гое заболевание (аутоиммунная патология, инфекция и т. д.) [2, 4, 7, 8]. У некоторых пациентов не удаётся выявить причину заболевания, и в этом случае говорят о хронической идиопатической крапивнице. У дошкольников хроническая крапивница встречается реже, пик заболеваемости приходится на подростков, особенно это касается идиопатической формы [5, 6, 8]. Выявление причин крапивницы необходимо для её успешного лечения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Изучение этиологии крапивницы в детском возрасте.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Были проанализированы медицинские данные детей, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ

«Иркутская государственная областная детская клиническая больница» с диагнозом крапивница, за десятилетний период (с 2007 по 2016 гг. включительно). Критерием для постановки диагноза служило наличие уртикарных элементов, которые разрешались без вторичных изменений на коже. Если высыпания продолжались менее 6 недель, течение крапивницы считалось острым, при частом или ежедневном персистировании уртикарных элементов более 6 недель – хроническим [7]. В исследование не включались случаи заболевания, исторически относящиеся к крапивнице, но не являющиеся таковой, а именно: мастоцитоз (пигментная крапивница), уртикарный васкулит, генетически опосредованные синдромы, протекающие с крапивницей (Muckle – Wells, Schnitzler’s, Gleich’s и т. п.).

Всем детям проводилось общеклиническое обследование (общий анализ крови, мочи, электрокардиография), а также определялись С-реактивный белок, белковые фракции, антитела к гельминтам, лямблиям и *Helicobacter pylori* с помощью иммуноферментного анализа, специфические IgE к пищевым, ингаляционным аллергенам. По показаниям выполнялась фиброгастроуденоскопия с проведением экспресс-теста HelikoBest и биопсии слизистой желудка.

При статистической обработке материалов исследования использовали компьютерные программы, входящие в пакет Microsoft Excel 2000.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего в исследование были включены 93 ребёнка с диагнозом крапивница; 47 из них – дошкольного возраста, 46 – от 7 лет и старше. Самому младшему ребёнку было 6 месяцев, старшему – 17 лет. Распределение детей по течению заболевания было примерно равным: 45 человек с острой крапивницей, 48 – с хронической.

Среди причин острой крапивницы в половине случаев (21 человек) выступали пищевые продукты, но только у 5 детей выявлен иммунологический механизм крапивницы, при котором высокие уровни IgE к пищевым аллергенам коррелировали с данными анамнеза: у 3 детей причиной высыпаний явился белок коровьего молока, у 1 ребёнка – белок куриного яйца, у 1 ребёнка – белок коровьего молока и пшеничной муки. У 16 (35,6 %) детей пусковым фактором крапивницы явились продукты-«гистаминолибераторы» (сладости, продукты с красными красителями, чипсы и т. д.). Острая крапивница пищевого генеза с одинаковой частотой встречалась как в младшей (11 (23,4 %) человек), так и в старшей (10 (21,7 %) человек) возрастных группах, при этом степень тяжести варьировала от лёгкой до тяжёлой, но случаев анафилаксии зарегистрировано не было.

Лекарственные препараты послужили причиной острой крапивницы у 10 (22,2 %) человек, из них 7 детей были в возрасте до 7 лет, 3 ребёнка – старше 7 лет. В 5 случаях триггерами явились β-лактамовые антибактериальные препараты (амоксциллин, цефалексин, цефепим, цефиксим), в остальных – препараты различных групп (бромгексин, анальгин,

поливитамин и т. д.). По степени тяжести острая крапивница лекарственного генеза в основном имела среднетяжёлое и тяжёлое течение и, помимо антигистаминных препаратов, требовала назначения глюкокортикостероидов.

В 4 случаях появление острой крапивницы было связано с обострением хронического гастрита, при этом тест на *Helicobacter pylori* был положительным. У 4 детей выявлено одновременное воздействие нескольких триггеров: пищевых продуктов и инфекции (*Tosocara*, *Giardia*, *Helicobacter pylori*). При выявлении инфекционного фактора, наряду с элиминацией подозреваемых продуктов, проводилась соответствующая эрадикационная терапия.

Один случай крапивницы у мальчика 9 лет был вызван укусом насекомого (предположительно пчелы).

У 5 детей (11 % случаев острой крапивницы) выявить причины крапивницы не удалось.

Среди детей с диагнозом хроническая крапивница 23 (47,9 %) ребёнка были в возрасте до 7 лет, 25 (52,1 %) детей – 7 лет и старше.

У 12 из 23 детей младшей возрастной группы (52,2 %), по данным анамнеза, имелась чёткая связь появления высыпаний с приёмом пищевых аллергенов – молока, яиц, злаков, а также продуктов, обладающих гистаминолибераторным действием. У 4 детей крапивница проявилась на фоне уже имеющегося аллергического заболевания – аллергического ринита, атопического дерматита или бронхиальной астмы. Хроническая крапивница лекарственного генеза выявлена только в 1 случае: у ребёнка 4 лет причиной персистирования уртикарий послужил приём лекарственных препаратов по поводу острого лейкоза. Инфекционные агенты послужили триггером у 3 детей в возрасте до 7 лет: у 2 детей выявлен диагностически значимый положительный титр антител к лямблиям, проведена терапия *ex juvantibus*. У 1 ребёнка 6 лет на фоне сопутствующего хронического гастрита выявлена *Helicobacter pylori* (как с помощью ИФА, так и по данным биопсии). Ребёнку назначена стандартная эрадикационная терапия в сочетании с антигистаминными неседативными препаратами. У 7 (30,4 %) детей причину высыпаний установить не удалось, крапивница определена как идиопатическая.

В старшей возрастной группе только у 5 из 25 детей (20 %) выявлен пищевой генез крапивницы, в том числе у 1 ребёнка диагностирована пищевая непереносимость, ассоциированная с физической нагрузкой. Физическая (дермографическая) крапивница диагностирована у 1 пациента. В 3 случаях выявлен диагностически значимый положительный титр антител к аскаридам и/или лямблиям, на фоне проводимой терапии *ex juvantibus* отмечалось клиническое улучшение. У 5 детей старше 7 лет на фоне сопутствующего хронического гастрита выявлена *Helicobacter pylori* (как с помощью ИФА, так и по данным биопсии). При проведении стандартной эрадикационной терапии в сочетании с антигистаминными неседативными препаратами в течение 3 месяцев симптомы крапивницы купировались. У 11 (44 %) детей этиологический фактор крапивницы

не установлен, но у 7 из них по данным фиброгастро-дуоденоскопии определялся гастрит и/или дуоденит различной степени выраженности, хотя *Helicobacter pylori* по данным ИФА, теста HelikoBest и биопсии слизистой желудка не была обнаружена.

Таким образом, крапивница у детей является многофакторным заболеванием и встречается у детей любого возраста. Чем младше ребёнок, тем больше вклад пищевой непереносимости в генез заболевания как при остром, так и при хроническом течении крапивницы. При острой крапивнице также следует учитывать лекарственную гиперчувствительность. У детей школьного возраста крапивница, особенно хроническая, часто ассоциирована с персистенцией *Helicobacter pylori*, а также с другими инвазиями (акаридоз, лямблиоз). На основании полученных данных представляется необходимым включение в диагностический протокол пациента с хронической крапивницей лабораторных тестов на инфекционные агенты (лямблии, аскариды, *Helicobacter pylori* и т. п.), а также проведение по показаниям фиброгастродуоденоскопии с биопсией слизистой желудка.

#### Конфликт интересов

Авторы данной статьи сообщают об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с.

Khaitov RM, Ilyina NI. (eds.). (2009). Allergology and immunology: national guidelines [*Allergologiya i immunologiya: natsional'noe rukovodstvo*]. Moskva, 656 p.

2. Ибрагимова Н.И., Гаджиев К.М. Этиопатогенетические варианты хронической крапивницы у детей // Педиатрия. – 2009. – № 2. – С. 48–50.

Ibragimova NI, Gadzhiev KM. (2009). Etiopathogenic variants of chronic urticaria in children [Etiopatoge-

neticheskie varianty khronicheskoy krapivnitsy u detey]. *Pediatriya*, (2), 48-50.

3. Колхир П.В. Крапивница и ангиоотек. – М.: Практическая медицина, 2012. – 364 с.

Kolkhir PV. (2012). Urticaria and angioedema [*Krapivnitsa i angiootek*]. Moskva, 364 p.

4. Колхир П.В. Причины хронической крапивницы // Лечащий врач. – 2012. – № 10. – С. 80–83.

Kolkhir PV. (2012). Causes of chronic urticaria [Prichiny khronicheskoy krapivnitsy]. *Lechashchiy vrach*, (10), 80-83.

5. Ревякина В.А. Крапивница в практике педиатра // Лечащий врач. – 2007. – № 4. – С. 10–12.

Revyakina VA. (2007). Urticaria in pediatric practice [Krapivnitsa v praktike pediatra]. *Lechashchiy vrach*, (4), 10-12.

6. Синельникова Н.А., Калинина Н.М., Савенкова Н.Д. Хроническая крапивница в детском возрасте. Иммунопатология хронической крапивницы у детей (часть I) // Медицинская иммунология. – 2013. – № 3. – С. 203–214.

Sinelnikova NA, Kalinina NM, Savenkova ND. (2013). Chronic urticaria in childhood. Immunopathology of chronic urticaria in children (part I) [Khronicheskaya krapivnitsa v detskom vozraste. Immunopatologiya khronicheskoy krapivnitsy u detey (chast' I)]. *Meditinskaya immunologiya*, (3), 203-214.

7. Choi SH, Baek HS. (2015). Approaches to the diagnosis and management of chronic urticaria in children. *Korean J Pediatr.*, 58 (5), 159-164.

8. Imbernón-Moya A, Vargas-Laguna E, Burgos F, Fernández-Cogolludo E, Aguilar-Martínez A, Gallego-Valdés MÁ. (2017). Urticaria vasculitis in a child: a case report and literature review. *Clin Case Rep.*, 5 (8), 1255-1257.

9. Lee SJ, Ha EK, Jee HM, Lee KS, Lee SW, Kim MA, Kim DH, Jung YH, Sheen YH, Sung MS, Han MY. (2017). Prevalence and risk factors of urticaria with a focus on chronic urticaria in children. *Allergy Asthma Immunol Res*, 9 (3), 212-219.

#### Сведения об авторах Information about authors

**Буйнова Светлана Николаевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической аллергологии и пульмонологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664049, г. Иркутск, Юбилейный, 100; тел. (3952) 46-53-26; e-mail: 33s1@rambler.ru)

**Buinova Svetlana Nikolaevna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Clinical Allergology and Pulmonology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (664049, Irkutsk, Yubileyniy, 100; tel. (3952) 46-53-26; e-mail: 33s1@rambler.ru)

**Шинкарева Вера Михайловна** – врач-педиатр отделения эндокринологии, ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (664022, г. Иркутск, б. Гагарина, 4)

**Shinkareva Vera Mikhailovna** – Pediatrician at the Department of Endocrinology, Irkutsk State Regional Children's Clinical Hospital (664022, Irkutsk, b. Gagarina, 4)