

*Гришина М.А.,*

*студент*

*5 курс, лечебный факультет*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Габдрахманова А.Е.,*

*студент*

*5 курс, лечебный факультет*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Романенкова Я.С.,*

*студент*

*5 курс, лечебный факультет*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Научный руководитель: Алеманова Г.Д.,*

*доктор медицинских наук, доцент кафедры детских болезней*

## **СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

***Аннотация:** В статье рассматривается клинический случай хронической крапивницы у ребенка 12 лет. Представлен анамнез и жалобы, состояние пациента в динамике, возможности применения препарата «Ксолар» в терапии хронической идиопатической крапивницы (ХИК). В статье используются данные Федеральных клинических рекомендаций.*

***Ключевые слова:** крапивница, высыпания, лечение, Ксолар, клинический случай.*

**Annotation:** *The article discusses the clinical case of chronic urticaria in a 12-year-old child. The anamnesis and complaints, the patient's condition in dynamics, the possibility of using the drug «Xolar» in the treatment of chronic idiopathic urticaria are presented. The article used data from the Federal Clinical Recommendations.*

**Key words:** *hives, rashes, treatment, Xolar, clinical case.*

К крапивнице относится группа заболеваний, при которых возникают зудящие волдыри и/или ангиоотеки. Причиной развития крапивницы у детей могут быть различные факторы, но чаще всего она возникает при употреблении пищевых продуктов (орехи, яйцо, рыба, томаты, моллюски, клубника), продуктов содержащих некоторые пищевые добавки (сульфиты, салицилаты, красители). Также крапивница может возникнуть при приеме лекарственных средств (препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины, вакцины), при укусах насекомых, воздействиях физических факторов (холод, тепло, физические нагрузки), психических воздействиях [1, с. 6]. Все вышеуказанные причины приводят к активации и дегрануляции тучных клеток [4, с. 500]. Провоспалительные медиаторы активированных тучных клеток, такие как гистамин, серотонин, фактор, активирующий тромбоциты, цитокины, приводят к вазодилатации, повышению проницаемости капилляров, активации чувствительных нервных волокон, выходу плазмы за пределы сосудов, привлечению клеток в место образования волдыря [2, с. 48]. Гистологически волдырь характеризуется отеком верхних и средних слоев кожи, расширением посткапиллярных венул и лимфатических сосудов. При ангиоотеке подобные изменения затрагивают глубокие слои кожи и подкожную клетчатку. Для пораженной кожи характерен смешанный периваскулярный инфильтрат, представленный нейтрофилами или эозинофилами, макрофагами, Т-клетками, при этом клеточная стенка не поражена (некроз клеточной стенки характерен для уртикарного васкулита) [5, с. 102].

Цель данной работы: Оценить новые возможности терапии препаратом «Ксолар» при ХИК у детей.

Исходя из данных Европейского согласительного документа по определению, классификации, диагностике и лечению крапивницы (2013 г.) [6, с. 870] выделяют следующие формы крапивницы:

1. Острая крапивница – спонтанное возникновение волдырей и/или ангиоотечков на протяжении временного периода менее 6 недель;
2. Хроническая крапивница – симптомы на протяжении временного периода более 6 недель [2, с. 50].

В данной работе мы рассмотрим клинический случай хронической крапивницы у детей.

В областной детский аллергоцентр (ОДАЦ) поступил мальчик Н. 12 лет с жалобами на высыпания и зуд кожи.

Из анамнеза: уртикарные высыпания появились в августе 2019 года, лечился в областном детском аллергоцентре (ОДАЦ) с диагнозом «Острая аллергическая крапивница, распространенная, тяжелой степени». На фоне терапии антигистаминными препаратами (АГП) имел место умеренный эффект. После выписки периодически отмечались обострения, уртикарные высыпания купировались в/м инъекцией хлоропирамина, приемом цетиризина. Последнее обострение в октябре 2019 г. высыпания беспокоили ежедневно в количестве 30–50 элементов на туловище, руках. Зуд кожи умеренный. Отеков нет. Мальчик госпитализирован в ОДАЦ. Были назначены системные ГКС. Однако даже на фоне приема ГКС в течение недели сохранялись высыпания в умеренном количестве (20–30 элементов на теле за сутки).

Перенесенные ранее заболевания – ветряная оспа, ОРИ, бронхит, первый эпизод острой крапивницы в октябре 2018 г. Постельные принадлежности из верблюжьей шерсти. При приеме лекарственных препаратов в виде сиропа (Доктор Мом), возникает сыпь. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена по линии мамы. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, щитовидной железы – без патологии. ФЭГДС: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит, степень А, хронический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, проксимальный дуоденит.

Антител к *Helicobacter pylori*, аскаридам и лямблиям не выявлено. Не обнаружено антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе. Уровень гормонов щитовидной железы в рамках допустимых значений.

В аллергологическом отделении пациенту установлен диагноз «Хроническая идиопатическая крапивница средней степени тяжести». После подписания информированного согласия по решению врачебной комиссии пациенту была начата терапия высокими дозами АГП (Фексофенадин 180 мг по четыре таблетки в сутки). Однако на фоне данной терапии сохранялся зуд кожи – 4–5 баллов, высыпания носили ежедневный характер. Предпринята попытка замены АГП, однако эффекта от терапии не последовало. Коллегиально принято решение о применении препарата «Омализумаб» («Ксолар»).

По данным Федеральных клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи детям с крапивницей, а именно пациентам 12 лет и старше с хронической идиопатической крапивницей (ХИК), резистентной к терапии антигистаминными препаратами, назначается «Омализумаб» («Ксолар») в дозировке 300 мг/4 недели подкожно [2, с. 55]. Максимальный эффект достигается через 12 недель лечения, длительность курса зависит от достигнутого эффекта [3, с. 835]

Действие Омализумаба у пациентов с ХИК заключается в снижении концентрации свободного IgE в крови, а затем и в коже. В результате подавляется активация клеток, участвующих в воспалительной реакции. Таким образом, частота возникновения и выраженность симптомов ХИК снижается.

Кроме того, считается, что снижение концентрации циркулирующего IgE приводит к быстрой неспецифической десенсибилизации тучных клеток в коже.

Сегодня терапия ХИК определена и регламентирована федеральными клиническими рекомендациями. Целесообразно придерживаться схемы использования лекарственных средств, прописанной в данном согласительном документе. Это поможет оптимизировать сроки лечения пациентов с ХИК. По данным разных авторов лечение Ксоларом приводило к развитию ремиссии крапивницы у 70-83% пациентов, в первый день после инъекции препарата у

всех пациентов отмечалось улучшение, симптомы заболевания купировались полностью у 57% пациентов в течение первой недели лечения. Рецидивы заболевания возникали в период от 2 до 8 недель после инъекции. Эффективность лечения не связана с исходным уровнем IgE. Для начала терапии рекомендуемая доза 300 мг каждые 4 недели, в ходе проведения терапии подбирается минимальная эффективная доза препарата.

Исходя из представленных данных, «Омализумаб» («Ксолар») является высокоэффективным и безопасным препаратом с быстрым началом действия, который может привести к ремиссии и значительно улучшить качество жизни у пациентов с ХИК.

### **Использованные источники**

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с крапивницей. - Союз Педиатров России. Российская Ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Министерство Здравоохранения Российской Федерации.- 2015. - 31 с.
2. Данилычева И.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В., Феденко Е.С., Шульженко А.Е Федеральные клинические рекомендации. Крапивница // Российский Аллергологический Журнал. - 2018. - №5. - С. 47-58.
3. Справочник Видаль. Vidal 2013. Лекарственные препараты в России. - Москва: Машиностроение, 2016. – 835 с.
4. Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 2013 Sep 4;93(5):500-8.
5. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. Pediatr Dermatol., 2004, v.21(2), p.102–8

6. T. Zuberbier EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update/  
T. Zuberbier, W. Aberer, R. Asero et al. // Allergy 2014; 69: 868–887.