

Особенности лечения крапивницы у детей раннего возраста

Ассистент кафедры дерматовенерологии и
косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО
Горбенко А.С.

г. Донецк 10.03. 2021

Крапивница (от лат. urtica – крапива) – этиологически гетерогенная группа заболеваний и состояний, характеризующееся развитием волдырей и/или ангиоотеков

В зависимости от длительности персистирования симптомов выделяют острую (до 6 недель) и хроническую (более 6 недель) формы крапивницы

Отмечено, что острая крапивница чаще выявляется у детей с атопическими заболеваниями

В исследовании ЕТАС (European Academy of Allergology and Clinical Immunology - Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии) распространенность крапивницы, среди детей раннего возраста с атопическим дерматитом составила 16,2%. Более чем у 50% больных с острой крапивницей выявляются и другие аллергические заболевания.

Федеральные клинические рекомендации «Крапивница у детей», утвержденные Союзом педиатров России, Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов. Год утверждения — 2018.

Этиологические факторы (аллергены)

Аллергены общепринято делить на две группы: - эндоаллергены, образующиеся в самом организме; - экзоаллергены, попадающие в организм извне

Экзогенные аллергены делятся на аллергены неинфекционного и инфекционного происхождения

Неинфекционные экзогенные аллергены:

- ингаляционные (бытовые – пыль, микрочлещи; волос человека, шерсть и слюна животных; пыльцевые – пыльца деревьев, злаков, луговых и сорных трав; продукты химического производства – краски, ядохимикаты; лекарства)
- энтеральные (пищевые продукты; пищевые добавки; лекарства)
- парентеральные (лекарства, сыворотки, яды насекомых при ужалении, слюна кровососущих насекомых)

Инфекционные экзо-аллергены:

- бактериальные (непатогенные и патогенные бактерии и продукты их жизнедеятельности)
- грибковые (непатогенные и патогенные грибы и продукты их жизнедеятельности)
- вирусные (различные виды риновирусов и продукты их взаимодействия с тканями организма)
- паразитарные (экзогенные и эндогенные антигены гельминтов, лямблий и др.)

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2015. – 34с.

Этиология и патогенез

Причины развития крапивницы у детей:

- пищевые продукты (орехи, яйцо, рыба, томаты, моллюски, клубника и др.) и пищевые добавки (сульфиты, салицилаты, красители)
- лекарственные средства (ЛС) - препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины, салицилаты, опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), барбитураты, амфетамины, атропин, инсулин, иммуномодуляторы и рентгеноконтрастные средства
- укусы и ужаления (пчел, ос, пауков, блох и др.)
- физические факторы (тепло, холод, солнце, физические нагрузки)
- психогенные факторы

Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy. 2018;73(7):1393–1414. doi: 10.1111/all.13397.

Вид крапивницы	Причинный фактор
Аллергическая	Пищевые продукты, ЛС, аэроаллергены, яд насекомых, контактные аллергены и др.
Токсическая	Насекомые, растения (например, крапива), обитатели моря (например, медузы)
Псевдоаллергическая	Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (например, аспирин), антибиотики, опиоиды, рентгеноконтрастные вещества, пищевые добавки
Идиопатическая	Без выявленной причины
Аутоиммунная	Аутоантитела к рецептору IgE (на тучных клетках (ТК) и базофилах) или IgE
Связанная с сопутствующими заболеваниями	Паразитарная, бактериальная, грибковая, вирусная инфекции, онкологические заболевания и др.
Связанная с аутоиммунными заболеваниями	Системные заболевания соединительной ткани, воспалительные заболевания кишечника, CAPS, TRAPS синдромы
Связанная с дефицитом или ингибированием фермента	Дефицит C1-ингибитора эстеразы (наследственный, приобретенный ангионевротический отек), прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

Эпидемиология

Распространенность крапивницы среди детского населения составляет 2,1-6,7% , при этом острая крапивница (ОК) у детей встречается чаще, в отличие от взрослых

Так, у детей младшего возраста в подавляющем большинстве отмечается ОК, в возрасте от 2 до 12 лет – острые и хронические формы крапивницы с преобладанием острых форм

По данным ряда исследований выявлено, что порядка 15-25% населения перенесли хотя бы один эпизод крапивницы

В пубертатном периоде превалируют хронические формы крапивниц. Хроническая крапивница (ХК) у детей в общей популяции в среднем составляет лишь 0,1-3%

У половины детей с острой крапивницей, выявляются и другие аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит, лекарственная аллергия)

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. – М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2015. – 34с.

Классификация

1) по продолжительности проявлений:

- острая крапивница — спонтанное возникновение волдырей и/или ангиоотечков на протяжении временного периода менее 6 недель
- хроническая крапивница — спонтанное возникновение волдырей и/или ангиоотечков на протяжении временного периода более 6 недель

2) по подтипам:

- хроническая идиопатическая (спонтанная) крапивница - Появление волдырей и/ или ангиоотечков в период от 6 нед и более вследствие известных и неизвестных причин
- индуцируемая крапивница (симптоматический дермографизм, холодовая крапивница, замедленная крапивница от давления, солнечная крапивница, тепловая крапивница, вибрационный ангиоотек, холинергическая крапивница, контактная крапивница, аквагенная крапивница)

Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Вишнёва Е.А., Алексеева А.А., Калугина В.Г., Селимзянова Л.Р. Современные подходы к ведению детей с крапивницей. Педиатрическая фармакология. 2019; 16 (2): 67–84. doi: 10.15690/pf.v16i2.2003)

Диагностика

- Жалобы и анамнез

Рекомендовано тщательно собрать полный анамнез

При наличии сопутствующих аллергических заболеваний рекомендуется тщательно собрать аллергологический анамнез для выявления возможной связи крапивницы с аллергией

- Физикальное обследование

(волдыри/ уртикарии) розового или красного цвета, часто сопровождаемые зудом)

- Лабораторная диагностика

(рутинное обследование для выявления причин заболевания всех пациентов с однократным эпизодом острой спонтанной крапивницы не рекомендуется)

Определение уровня общего IgE при крапивнице в большинстве случаев малоинформативно и не должно использоваться как скрининговый метод диагностики крапивницы

Zuberbier T., Aberer W., Asero R, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 revision and update. Allergy.–2018;73:1393 1414

Лечение

- 1) идентификацию и элиминацию (исключение воздействия) возможных причинно-значимых факторов
- 2) фармакотерапию, направленную на предотвращение дегрануляции и/или воздействия медиаторов тучных клеток

Препараты первой линии - неседативные антигистаминные средства II поколения - H1-АГ

дезлоратадин: с 6 мес до 1 года - по 1 мг (2 мл сиропа), с 1 года до 5 лет - по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет - по 2,5 мг (5 мл) 1 раз/сут в форме сиропа, старше 12 лет- по 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз/сут

левоцетиризин: детям в возрасте от 2 до 6 лет - 2,5 мг/сут в форме капель, детям старше 6 лет - в суточной дозе 5 мг

Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy. 2018;73(7):1393–1414. doi: 10.1111/all.13397.

Лечение

лоратадин применяют у детей старше 2 лет: детям с массой тела менее 30 кг - по 5 мг 1 раз/сут, детям с массой тела более 30 кг - по 10 мг 1 раз/сут

рупатадина фумарат применяют у детей старше 12 лет - 10 мг 1 раз/сут

фексофенадин: у детей 6-12 лет по 30 мг 1 раз/сут, старше 12 лет по 120–180 мг 1 раз/сут

цетиризин: детям в возрасте от 6 до 12 мес по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг 1 раз в день в виде капель, детям старше 6 лет по 10 мг (1 таблетка) однократно или по 5 мг 2 раза в день

При отсутствии особых показаний у детей с крапивницей не рекомендовано применение седативных антигистаминных препаратов I поколения

Детям в возрасте до 6 мес, кратким курсом может быть назначен диметинден (от 1 мес до 1 года по 3–10 капель на прием 3 раза/сут)

Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy. 2018;73(7):1393–1414. doi: 10.1111/all.13397.

Лечение

Вторая линия терапии - при сохранении симптомов более 2 недель - доза антигистаминного препарата 2-го поколения увеличивают в 2 раза

Третья линия терапии - при наличии симптомов более 2-4 недель - омализумаб с 12 лет: по 300 мг/4 недели, п/к

Если симптомы сохраняются в течение 6 месяцев или, если симптомы нестерпимы, либо в отсутствие омализумаба) возможно назначение циклоспорина А в дополнение к H1-АГ II

Циклоспорин А с 1 года: 2,5мг/кг/сутки в 2 приема. При неэффективности через 2 недели повышение дозы до максимальной - 5 мг/кг/сутки; курс от 8 недель и более

Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy. 2018;73(7):1393–1414. doi: 10.1111/all.13397.

Лечение

Четвертая линия терапии - короткий курс системных глюкокортикостероидов (С2)

- Преднизолон В случае тяжелого течения крапивницы, при развитии острого ангионевротического отека показано назначение системных глюкокортикостероидов (СГКС) — преднизолон 1–2 мг/ кг/сут (не более 50 мг/сут), обычно длительностью 3–7 сут.

Постепенной отмены СГКС не требуется. Не рекомендовано рутинное назначение топических глюкокортикоидов

При развитии симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности рекомендовано незамедлительное введение эпинефрина (п/к или в/м — по 10 мкг/кг, максимально до 0,3 мг), при необходимости введение этих доз повторяют через каждые 15 мин (до 3 раз)

В качестве альтернативной терапии в индивидуальных случаях рекомендуется рассмотреть назначение препаратов, использующихся в клинической практике, но не имеющих достаточной доказательной базы - монтелукаст

Монтелукаст назначают детям с 2 лет до 5 лет в дозе 4 мг/сутки, от 6 до 14 лет — 5 мг/сутки, старше 15 лет — 10 мг/сутки. В случае выраженного, интенсивного зуда, влияющего на активность и сон, рекомендовано назначение анксиолитической терапии

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы, утвержденные Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов. Год утверждения — 2013.

Благодарю за внимание