

Значение атопии неоспоримо при таких заболеваниях, как бронхиальная астма, аллергическая риносинусопатия, атопический дерматит. В то же время о ее роли при рецидивирующей крапивнице единого мнения не существует. Уртикарные высыпания могут наблюдаться при различных соматических и инфекционных процессах (коллагенозы и иерсиниоз), глистных инвазиях.

Крапивница является неотъемлемым компонентом острых аллергических состояний (анафилактоидная реакция, анафилактический шок), наблюдаемых главным образом при лекарственной, инсектной и холодовой аллергии. Однако наибольшие трудности представляет рецидивирующая крапивница как самостоятельная нозологическая форма при трактовке ее патогенеза. Согласно нашим наблюдениям, несмотря на однотипность клинической картины, последняя характеризуется патогенетической неоднородностью. Если не представляется возможным выявить причинно-значимые аллергены, то в таких ситуациях обычно применяется термин “псевдоаллергическая” крапивница. Последняя является предметом специального исследования и преобладает в структуре всех рецидивирующих уртикарных высыпаний.

Вместе с тем при детальном анализе результатов анамнеза, клинического наблюдения, иммунологических и аллергологических исследований, проведенных у 105 детей в возрасте от 4 до 15 лет с рецидивирующей крапивницей, оказалось, что у 35 из них уртикарные высыпания были обусловлены иммуноглобулин-Е-зависимой гиперчувствительностью.

Таким образом, согласно нашим наблюдениям, атопическая крапивница отмечается у 33% больных детей, страдающих рецидивирующими уртикарными высыпаниями. У 29 больных с атопической рецидивирующей крапивницей имела место наследственная отягощенность. А именно - ближайшие родственники страдали такими заболеваниями, как бронхиальная астма, поллиноз. У 27 матерей отмечались токсикозы беременности и патологические роды (у 11 — стремительные, у 16 — со стимуляцией), что послужило причиной наличия у детей перинатальной энцефалопатии в виде в гипертензионно-гидроцефального синдрома (по заключению невропатолога). В дальнейшем в дошкольном возрасте у этих больных сформировалась вегетососудистая дистония, преимущественно с парасимпатическим преобладанием. Последняя послужила фоном, на котором стала проявляться рецидивирующая крапивница.

Подобное явление выглядит закономерным в свете современных представлений о связи нервной системы с иммунологической реактивностью, опосредованной, по-видимому, эндогенной опиоидной системой.

У всех больных в раннем детстве отмечались проявления экземы, возникавшие в основном при переводе на искусственное вскармливание (у 19 детей) или при введении прикорма (у 16 детей). Однако точно выявить наличие пищевой аллергии в указанный период не представляется возможным, так как специальное аллергологическое обследование не проводилось. В дальнейшем в возрасте 1,5-2 лет проявления экземы исчезли. Повторные уртикарные высыпания стали появляться в преддошкольном и школьном возрасте.

Можно полагать, что сосочковый слой кожи, являющийся при крапивнице шоковым органом, претерпевает возрастную эволюцию в отношении содержания в нем клеток-"мишеней", способных фиксировать реагены.

Многие аллергологи-клиницисты утверждают, что уртикарные высыпания часто сочетаются с ангионевротическими отеками Квинке. Однако нам не удалось выявить подобной закономерности. Только у 7 детей, находившихся под нашим наблюдением, рецидивам крапивницы сопутствовали ограниченные отеки, носившие односторонний характер с локализацией в области верхней губы, верхнего века и ушной раковины.

Поскольку возрастной состав детей был различным, давность заболевания рецидивирующей крапивницей также колебалась в довольно широком диапазоне (от 6 месяцев до 8 лет). Однако это не отражалось на особенностях клинических проявлений уртикарных высыпаний. Частота рецидивов также была разной, но у всех детей они наблюдались не менее пяти раз в году.

Клиническая картина рецидивов была однотипна. Наряду с зудом на коже возникали уртикарные элементы округлой формы или в виде полос различного размера с неровными контурами белого или бело-розового цвета, окруженные участками гиперемии. Высыпания носили распространенный характер с преимущественной локализацией на шее, туловище, внутренней поверхности конечностей. Сопутствующий отек Квинке возникал быстро, но быстро и проходил — обычно через два часа после приема супрастина. Уртикарные высыпания исчезали медленнее. Полная их ликвидация наступала на вторые-третьи сутки от начала приема антигистаминных препаратов.

В настоящее время атопия рассматривается как патологическое состояние, обусловленное аллергическими реакциями немедленного типа, опосредованными антителами, относящимися к иммуноглобулинам E. Эти антитела называются реагинами. Те ткани, на клетках которых происходит реакция “аллерген — антитело”, получили название шоковых

Висцеральных поражений среди наблюдавшихся нами детей не наблюдалось. Лишь у трех из них анализы мочи выявляли проходящую гематурию. Очевидно, это было связано с повышением проницаемости капилляров клубочковой системы вследствие влияния гистамина и других биологически активных веществ, высвобождающихся из клеток при реактин-зависимых реакциях гиперчувствительности. Обычно считают, что эозинофилия является характерным признаком атопии. Однако среди наблюдавшихся нами больных число эозинофилов превышало нормальные показатели только у 16 детей.

Помимо анализов крови и мочи, у всех детей было проведено всестороннее обследование (анализ кала по выявлению яиц глистов, копрологическое исследование, рентгенограмма органов грудной клетки и придаточных пазух носа, УЗИ-исследование органов брюшной полости, ЭЭГ, кардиоинтервалография) с целью выявления возможных патологических состояний, на фоне которых может возникнуть псевдоаллергическая крапивница.

Следует подчеркнуть, что проведенное обследование не выявило наличия каких-либо “фоновых” заболеваний, за исключением вегетососудистой дистонии, отмечавшейся практически у всех детей. Последняя была определена по клиническим признакам, указанным в таблице А. М. Вейна, модифицированной применительно к детскому возрасту Н. А. Белоконь. О парасимпатическом преобладании объективно свидетельствовали сниженные показатели индекса напряжения, установленные на основании анализа кардиоинтервалограмм. Эти показатели находились в пределах 10-30 условных единиц (при норме 40-80 условных единиц).

Наиболее демонстративными оказались результаты иммунологических и аллергологических исследований. Уровень общего иммуноглобулина E в крови у всех больных превышал 300 нг/л (при норме не более 200 нг/л). Отмечалось также снижение числа клеток, относящихся к T-супрессорной субпопуляции лимфоцитов (от 5 до 11% при норме 20%). Как известно, повышенный уровень иммуноглобулина E и снижение количества T-лимфоцитов супрессоров рассматриваются как один из важнейших

признаков атопии. Наиболее существенным объективным доказательством наличия последней явились результаты аллергологического обследования по выявлению специфической гиперчувствительности.

С помощью скарификационных проб у всех больных определялись по немедленному типу реакции повышенной чувствительности к тем или иным аллергенам разных групп в различных сочетаниях. Чаще всего положительные тесты выпадали с пищевыми аллергенами. Следует отметить, что сенсibilизация к I аллергену была выявлена лишь у 13 детей (у 7 — к куриному яйцу, у 6 — к домашней пыли). У подавляющего большинства детей была констатирована так называемая поливалентная сенсibilизация. Так, у 8 детей наблюдалось сочетание пищевой, бытовой и пыльцевой сенсibilизации; у 7 — пищевой и бытовой, у 4 — бытовой и пыльцевой; у 2 — пищевой и эпидермальной; у 1 — бытовой и эпидермальной. При пищевой сенсibilизации в спектре аллергенов преобладало куриное яйцо. Значительно реже — молоко, геркулес, гречка. Бытовые аллергены были представлены только домашней пылью, эпидермальные — шерстью кошки и собаки, пыльцевые — пылью деревьев семейства березовых, одуванчика, злаковых трав и полыни. Можно полагать, что поливалентная сенсibilизация определялась перекрестной аллергией, обусловленной общностью антигенной структуры аллергенов, в том числе относящихся к разным группам. Например, у 3 детей одновременно отмечалась повышенная чувствительность к аллергенам из злаковых трав и геркулесу.

У 15 выборочно обследованных детей положительные скарификационные пробы соответствовали позитивным результатам определения специфических иммунноглобулинов E in vitro с помощью иммуноферментного анализа, что убедительно свидетельствует о высокой информативности кожного тестирования. У всех детей указания в анамнезе и данные клинического наблюдения также свидетельствовали о достоверности результатов кожных проб. Так, при сенсibilизации к аллергену из домашней пыли четко выявлялся эффект элиминации, заключавшейся в том, что рецидивы крапивницы никогда не возникали вне дома. Достоверность кожных проб с эпидермальными аллергенами подтверждалась появлением уртикарных высыпаний при контакте с соответствующими животными (кошка, собака). У детей с положительными кожными пробами к пыльцевым аллергенам рецидивы крапивницы возникали в периоды пыления соответствующих растений. Например, при повышенной чувствительности к пыльце деревьев семейства березовых и одуванчика — в апреле — начале мая; злаковых трав — с конца мая до начала августа; полыни — в августе — начале сентября.

Несомненный интерес представляет тот факт, что у этих детей рецидивы крапивницы возникали также поздней осенью и зимой. При детальном анализе анамнестических сведений оказалось, что эти рецидивы появлялись при употреблении яблок, моркови,

петрушки, имеющих общие антигенные структуры с пылью березы, геркулеса — “родственного” по составу с пылью злаковых трав, то есть имела место перекрестная аллергия.

Характерной особенностью течения рецидивирующей атопической крапивницы при наличии пыльцевой сенсibilизации было отсутствие риноконъюнктивального синдрома, бронхиальной астмы. Очевидно, у детей избирательность “шокового” органа не всегда зависит от путей поступления в организм аллергена. Можно полагать, что такие аллергены, как домашняя пыль, пыльца растений, шерсть животных, внедряясь в организм ингаляционным путем, системой кровотока достигает тех клеток, на поверхности которых имеются рецепторы к реакинам. Наличие подобных клеток в тех или иных органах, очевидно, генетически детерминировано. Повидимому, этим можно объяснить значимость ингаляционных аллергенов при уртикарных высыпаниях.

Выявление причинно-значимых аллергенов при рецидивирующей атопической крапивнице имеет существенное практическое значение для построения адекватных терапевтических мероприятий. Всем детям с пищевой сенсibilизацией мы назначали строгую элиминационную диету, то есть полностью исключали продукты питания, “виновные” в возникновении уртикарных высыпаний. При этом учитывалось значение перекрестной аллергии. В частности, при повышенной чувствительности к аллергену из яиц куриное мясо из пищевого рациона исключалось. Элиминационную диету назначали на срок не менее полутора лет. При сенсibilизации к эпидермальным аллергенам рекомендовали исключить контакт с домашними животными, а при бытовой и пыльцевой аллергии проводили специфическую иммунотерапию. Детям, у которых отмечалась сочетанная сенсibilизация к домашней пыли и пыльце растений, эти аллергены вводили параллельно путем подкожных инъекций в возрастающих дозах по традиционной схеме. В стационаре инъекции аллергенов осуществляли ежедневно. В дальнейшем поддерживающие дозы, устанавливаемые индивидуально, вводили в условиях аллергологических кабинетов детских поликлиник. Инъекции поддерживающих доз проводили 1 раз в две недели. Домашнюю пыль вводили круглогодично, а применение пыльцевых аллергенов заканчивали за две недели до начала пыления соответствующих растений. Каких-либо осложнений и побочных реакций при проведении специфической иммунотерапии мы не наблюдали.

Результаты катамнестических наблюдений (через два года от начала терапевтических воздействий) показали, что у подавляющего большинства детей (у 29 больных) рецидивов крапивницы не отмечалось. Только у 6 больных с пищевой аллергией возникали уртикарные высыпания, что было связано с нарушением диеты. Кроме специфических воздействий мы не назначали никакой терапии. По поводу вегетососудистой дистонии были даны рекомендации по соблюдению режима,

предусматривающего устранение физических и эмоциональных перегрузок.

Таким образом, на основании проведенных наблюдений, иммунологических и аллергологических исследований можно сделать следующие выводы:

1. Среди детей с рецидивирующей крапивницей атопия выявляется у 33 % больных.
2. Характерным признаком рецидивирующей атопической крапивницы является наследственная отягощенность по атопическим заболеваниям, повышенный уровень общего иммуноглобулина Е в крови, снижение числа клеток, относящихся к Т-супрессорной субпопуляции лимфоцитов, положительные кожные пробы с различными аллергенами разных групп — пищевых, бытовых, пыльцевых, эпидермальных.
3. Основу терапии атопической рецидивирующей крапивницы составляют воздействия специфического характера (элиминация аллергенов или специфическая иммунотерапия), весьма эффективные у подавляющего числа больных.

Т. Н. Соловей, Г. М. Чистяков, А. А. Чебуркин
НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, Москва