

УДК 616.514-036.1-053.2

Н.В. Банадыга¹, А.А. Наконечна²

Клінічні аспекти гострої кропив'янки в дітей у практиці лікаря первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України²Університет Ліверпуля, Університетський шпиталь Халла, Велика Британія

Modern Pediatrics. Ukraine. (2022). 1(121): 11-17. doi 10.15574/SP.2022.121.11

For citation: Banadyha NV, Nakonechna AA. (2022). Clinical aspects of acute urticaria in children in the practice of primary and secondary medical care. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(121): 11-17. doi 10.15574/SP.2022.121.11.**Мета** — вивчити існуючі підходи лікарів до діагностики та лікування гострої кропив'янки в дітей на різних етапах надання медичної допомоги.**Матеріали та методи.** Узагальнено досвід перебігу та лікування гострої кропив'янки у 89 дітей: проведено ретроспективний аналіз медичної документації 74 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні (I група), та 15 амбулаторних (II група) пацієнтів. Детально вивчено дані анамнезу, скарг, об'єктивного огляду хворих, результати лабораторних методів дослідження, склад невідкладної терапії, лікувальних заходів, відстеження динаміки клінічних симптомів.**Результати.** Вікова структура госпіталізованих хворих представлена здебільшого дітьми перших трьох років життя (43,24%), серед яких переважали малюки першого року життя (46,87%). Натомість, серед амбулаторних хворих переважно були дошкільнята і школярі. Серед причин появи кропив'янки домінували інфекційні чинники (I група — 45,95%, II група — 40,0%), ідіопатичні варіанти були у 21,62% та 26,67% випадків відповідно. 36 (48,64%) пацієнтів I групи доставлені в клініку бригадою екстреної медичної допомоги; батьки 13 (17,57%) дітей самостійно звернулися по медичну допомогу, решту направив дільничний лікар. При цьому у 44,22% хворих діагноз кропив'янки не був встановлений під час первинного огляду. Поєднання кропив'янки з ангіоедемою в обох групах були нечисельними (відповідно: 25,67% і 13,33%). Дітям I групи часто призначали парентерально кортикостероїди (80,55%) та антигістамінні препарати I покоління (37,93%) ще на догоспітальному етапі. Аналогічна ситуація була в пацієнтів із кропив'яркою, яка виникла вже під час лікування у стаціонарі з приводу гострих інфекцій дихальної системи. Хворим II групи частіше призначали антигістамінні препарати II покоління (80,0%). Повний регрес проявів кропив'янки у перші дві доби спостерігали у 56,8% дітей I групи та у 86,67% пацієнтів II групи.**Висновки.** Узагальнення досвіду ведення дітей із гострою кропив'яркою вказує на труднощі в диференційній діагностиці, визначенні показань до госпіталізації, виборі препарату для невідкладної допомоги лікарями первинної ланки та медицини невідкладних станів.

Викликає стурбованість висока прихильність лікарів первинної та вторинної ланки медичної допомоги до вибору парентерального шляху введення засобів невідкладної допомоги (кортикостероїдів, антигістамінних препаратів I покоління).

Слід активно впроваджувати в практику положення міжнародних гайдлайнів, що ґрунтуються на засадах доказової медицини щодо призначення для першої лінії невідкладної допомоги антигістамінних препаратів II покоління, які характеризуються добрим клінічним ефектом та не мають серйозних побічних ефектів.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: гостра кропив'янка, діти, невідкладна допомога, діагностика.

Clinical aspects of acute urticaria in children in the practice of primary and secondary medical care

N.V. Banadyha¹, A.A. Nakonechna²¹I.Ya. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine²University of Liverpool, Hull University Teaching Hospitals NHS Trust, United Kingdom**Purpose** — to study the existing approaches of doctors to the diagnosis and treatment of acute urticaria in children at different stages of medical care.**Materials and methods.** Generalized experience of acute urticaria was presented in 89 children: retrospective analysis of medical records of 74 inpatients (group I) and 15 outpatients (group II). The data of anamnesis, complaints, objective examination of patients, results of laboratory research methods, composition of emergency therapy, treatment measures, monitoring of the dynamics of clinical symptoms were studied in detail.**Results.** The age structure of hospitalized patients is represented mainly by children of the first three years of life (43.24%), among whom infants of the first year of life predominated — 46.87%. Instead, among outpatients were mostly preschoolers and schoolchildren. The causes of urticaria were dominated by infectious factors (group I — 45.95%, group II — 40.0%), idiopathic variants were in 21.62% and 26.67% of cases, respectively. 36 patients (48.64%) of group I were taken to the clinic by the emergency medical team; parents of 13 children (17.57%) sought help on their own, the other were referred by a district doctor. However, 44.22% of patients were not diagnosed with urticaria at the initial examination. Combinations of urticaria with angioedema in both groups were not numerous (25.67% and 13.33%, respectively). It was found that parenteral taking of corticosteroids (80.55%) and first-generation of antihistamines (37.93%) was often used in children of group I at the prehospital stage. A similar situation occurred in patients with urticaria, which arose during hospital treatment for acute respiratory infections. In patients of group II, the appointment of second-generation antihistamines dominated (80.0%). Complete regression of urticaria in the first two days was observed in 56.8% of children of group I and 86.67% — group II.**Conclusions.** The generalization of the experience of managing children with acute urticaria demonstrates difficulties in making a differential diagnosis, in determining the indications for hospitalization, the choice of emergency medication by primary care physicians and emergency medicine.

The high commitment of primary and secondary care physicians to the choice of parenteral route of appointment of emergency care (corticosteroids, first-generation antihistamines) is alarming.

Provisions of international guidelines based on evidence-based medicine regarding the appointment of second-generation antihistamines as a first-line emergency, which have a good clinical effect and have no serious side effects, should be actively implemented.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki declaration. The study protocol was approved by the Local ethics committee of all participating institutions. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests were declared by the authors.

Key words: acute urticaria, children, emergency care, diagnosis.

Вступ

У практичній діяльності педіатра існує чимало питань міждисциплінарного значення. Однак у разі гострих / невідкладних станів лікар будь-якої спеціалізації повинен надати адекватну допомогу. Саме тому обізнаність із питань невідкладної допомоги залишається першочерговою, а також має узгоджуватися із сучасними підходами до кожної патології. Окремо слід наголосити на питанні ведення гострої кропив'янки (ГК) у дітей, і це не безпідставно. Змушені констатувати, що на сьогодні не існує нормативної бази щодо ведення ГК [13]. Водночас досвід європейських, американських, канадських, австралійських колеґ [1,16,19,22], доступний для ознайомлення, ґрунтується на переконливих даних наукових досліджень належного рівня, може бути імплементованим у практичну діяльність України. Окремо слід зазначити, що не втрачає актуальності точність діагностики та виважений диференційний анамнез.

Гостра кропив'янка — стан, при якому з'являються міхури, ангіоедема (одночасно або одне чи інше), свербіж. Ізольована кропив'янка трапляється у 50% хворих, поєднання ангіоедеми та кропив'янки — у 40–80% випадків, ізольована ангіоедема — у 10% пацієнтів [15]. Здебільшого лікар первинної ланки охорони здоров'я має справу з проявами ГК (тривалість симптомів до 6 тижнів), а у разі хронічної (тривалість клінічних симптомів понад 6 тижнів) ГК дитину слід спрямувати до дитячого алерголога для проведення необхідних діагностичних та лікувальних заходів.

Підвищений інтерес клініцистів до ГК в дітей обумовлений тим, що це є досить поширеною патологією. Здебільшого вона не асоціюється зі станами, що загрожують життю пацієнта; однак потребує адекватної невідкладної терапії [10,18]. Власне, поширеність ГК у різних вікових групах є неоднорідною та має деякі особливості клінічного перебігу, на відміну від дорослих [4]. Колектив авторів [12] вказує, що ГК рідко зустрічається в малюків перших років, результати інших дослідників свідчать про те, що ГК часто виникає в дітей дошкільного віку [5]. При цьому в дітей віком 7–8 років та підлітків, за даними опитування [11], був принаймні один епізод ГК у житті (відповідно у 3,6% і 2,8% обстежених).

Зважаючи на те, що ГК може бути спонтанною чи індукованою, саме остання викликає певні труднощі діагностики. Серед встановлених

причин ГК — фізичні фактори (сонячна, холодова, контактна, вібраційна, теплова, індукована тиском); харчові (алергічний та неалергічний варіант); вплив води; холінергічні; медикаменти (нестероїдні протизапальні препарати, антибіотики, опіоїди); укуси комах; інгаляційні алергени; аутоімунні; інфекційні чинники. Серед досліджених етіологічних чинників ГК в дитячому віці насамперед слід звертати увагу на гострі вірусні інфекції (як за їх частотою, так і за домінуючим місцем у структурі причин). Опубліковані дослідження свідчать про зв'язок ГК в дітей із гострими інфекціями, зокрема, верхніх дихальних шляхів від 49,4% до 79,5% [9,13] випадків. Спектр етіологічних збудників є досить широким (цитомегаловірус, герпесвірус, ентеровірус, Епштейн–Барр, вірусні гепатити тощо), що вказує на важливість ГК у дитячому віці. Період дитинства визначається сукупністю морфофункціональних особливостей, у тому числі з боку дихальної та імунної системи. Зрозуміло, що чим молодша дитина, тим вищий інфекційний індекс (обумовлений функціональною імунопатією). Саме в цих дітей на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції може виникати ГК. За таких обставин лікар має визначитись у провідному етіологічному чиннику кропив'янки. Водночас публікації останніх років звертають увагу і на те, що серед інфекційних чинників суттєве значення мають також віруси гепатиту В чи С; хелікобактер; паразитарні та глистні інвазії [10,19,20]. Існує чимало підтипів ГК, що потребує встановлення провокативних факторів, розуміння патогенетичних механізмів виникнення, які визначають тактику ведення конкретного пацієнта; за таких умов консультація дитячого алерголога буде мотивованою.

З огляду на клінічний досвід вбачаємо за доцільне акцентувати увагу практичних лікарів на важливості виваженої диференційної діагностики. Діагноз ГК базується переважно на даних добре зібраного анамнезу, клінічного огляду дитини (типovими є поява міхурів (кропив'янки), ангіоедеми або їх поєднання, свербіж). Однак практичний лікар інколи зустрічається з труднощами діагностики, зумовленими анатомо-фізіологічними властивостями організму дитини, у тому числі імунної системи. Існують певні суперечності з приводу констатування та встановлення причини ГК. Серед імовірних причин, на які вказують часто саме педіатри, — харчові продукти, окремі медикаменти (антибіотики, нестероїдні протизапальні препарати), укуси комах [4,7,8,13,18].

Раптова поява симптомів ГК змушує батьків звернутися по медичну допомогу. За таких умов лікарі різних спеціальностей її надають, але чи завжди раціонально? Інша проблема в тому, що практичний лікар повинен розуміти не лише обсяг медикаментозної терапії, але й чітко знати показання до госпіталізації. Більшість випадків ГК у дітей не потребують стаціонарного лікування. Однак поширеність висипань у поєднанні з ангіоедемою (залежно від її локалізації, тяжкості) може супроводжуватися загрозливими симптомами. До останніх слід віднести: стридор, бронхообструктивний синдром, анафілаксію, втрату свідомості, колапс, шлунково-кишкові розлади (блювання, діарея), що мотивують потребу госпіталізації.

Питання невідкладної допомоги при ГК чітко окреслене у світових гайдлайнах, що цілком реально застосовувати в Україні. За умови відсутності вітчизняних протоколів / рекомендацій вони мають бути робочими інструментами в практичній роботі. Відповідно до вищезгаданих гайдлайнів, препаратом першої лінії застосування є антигістамінні препарати (АГП) II покоління. У разі відсутності ефекту від застосованої дози АГП її необхідно збільшити у дітей удвічі, а в підлітків — у 4 рази. Особливі застереження адресовані АГП I покоління — седативним препаратам, що водночас мають кардіо-, гепатотоксичний, антихолінергічні ефекти.

Аналіз існуючих гайдлайнів [1,16,19,22], відсутність вітчизняного консенсусу з ГК викликають інтерес щодо обізнаності педіатрів з питань діагностики та раціональної медикаментозної терапії. Оскільки клінічні дослідження останніх років акцентують увагу на тому, що ГК — доволі часте захворювання в дітей [10,17], то і тактика ведення патології має бути уніфікованою та обґрунтованою.

Мета дослідження — вивчити існуючі підходи лікарів до діагностики та лікування ГК у дітей на різних етапах надання медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Узагальнено досвід перебігу ГК у 89 дітей: проведено ретроспективний аналіз медичної документації 74 хворих, що перебували на лікуванні в педіатричних відділеннях КНП «Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні» (I група), і 15 амбулаторних (II група) пацієнтів. Детально вивчено дані анамнезу, скарг, об'єктивного огляду хворих, результати лабораторних методів дослідження, склад ліку-

Таблиця 1

Вікова структура обстежених дітей, абс. / %

Контингент	Вікова група		
	до 3 років	4–6 років	від 7 років
I група (n=74)	32,0 / 43,24	14,0 / 18,32	28,0 / 37,84
II група (n=15)	3,0 / 20,0	7,0 / 46,67	5,0 / 33,33

вальних заходів, відстеження динаміки клінічних симптомів. Усі статистичні розрахунки проведено на персональному комп'ютері «Acer Extensa 5630Z» за допомогою електронних таблиць «Microsoft Excel 2010» та програми «STATISTICA for Windows 10» (Stat Soft Inc).

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків, дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

Вікова структура обстежених представлена (табл. 1) здебільшого дітьми перших трьох років життя (43,24%) серед госпіталізованих, а дошкільнятами і школярами — серед амбулаторних хворих. Звертало на себе увагу те, що серед госпіталізованих раннього віку переважали малюки першого року життя — 46,87% (n=15). Серед усіх хворих переважали хлопчики (n=51; 57,30%).

Аналізуючи перебіг ГК у I групі, встановлено, що 36 (48,64%) пацієнтів доставлені в клініку бригадою екстреної медичної допомоги; батьки 13 (17,57%) дітей самостійно звернулися по медичну допомогу, решту направив дільничний лікар. Здебільшого до стаціонару діти надходили в перші години — добу з моменту появи ГК (рис. 1). Серед обстежених були два контингенти хворих: ті, що мали зміни на шкірі (кропив'янка, ангіоедема, свербіж) на момент госпіталізації (54,05%), і ті, що звернулися з проявами гострої респіраторної вірусної інфекції, на тлі якої надалі виникла кропив'янка (45,95% випадків). Звертало на себе увагу і те, що при наявних типових симптомах ГК діагнози при направленні були різними: кропив'янка (42,32%); алергічна реакція (34,62%); атопічний дерматит (1,92%); харчова алергія (1,92%); укуси бджоли / оси (3,84%); гостра респіраторна вірусна інфекція, кропив'янка (13,46%). Останнє засвідчує недостатню обізнаність лікарів первинної ланки із діагностичними критеріями ГК. *Вважаємо за доцільне нагадати, що діагноз слід встановлювати за типовими клінічними симптомами: поява*

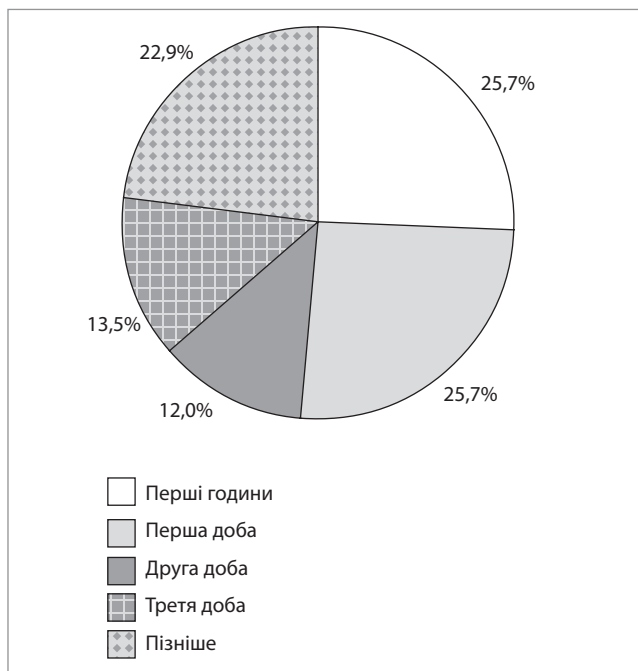


Рис. 1. Час госпіталізації хворих I групи до стаціонару з моменту появи перших симптомів

міхурів, набряку (ангіоедеми), свербіж; не потрібно додаткових лабораторних обстежень.

При первинному огляді (I група) типові зміни з боку шкіри, характерні для кропив'янки, у 35 (47,29%) дітей супроводжувалися свербіжем, у 19 (25,67%) – ангіоедемою, при цьому вона у третини хворих локалізувалася на повіках, губах, обличчі. У віковому аспекті ангіоедема частіше виявлялася в школярів (42,10%) та дітей перших двох років життя (36,84%). Окрім змін на шкірі, дітей турбували: блювання (9,80%), у поодиноких випадках – головний біль, запаморочення, ядуха. Локалізація висипань при кропив'янці здебільшого була поширеною по всьому тілу і лише в 13,51% випадків обмежувалася шкірою обличчя або голови. Клінічні симптоми катарального (кашель, нежить) та інтоксикаційного (гіпертермія, головний біль) синдромів були в дітей, госпіталізованих до клініки з основним діагнозом гострої респіраторної вірусної інфекції. У цієї групи хворих прояви ГК з'явилися на тлі симптоматичного лікування, нестероїдних протизапальних (29,41%) та антибактеріальних препаратів (23,53%). Під час аналізу клінічної симптоматики в дітей II групи виявлено, що

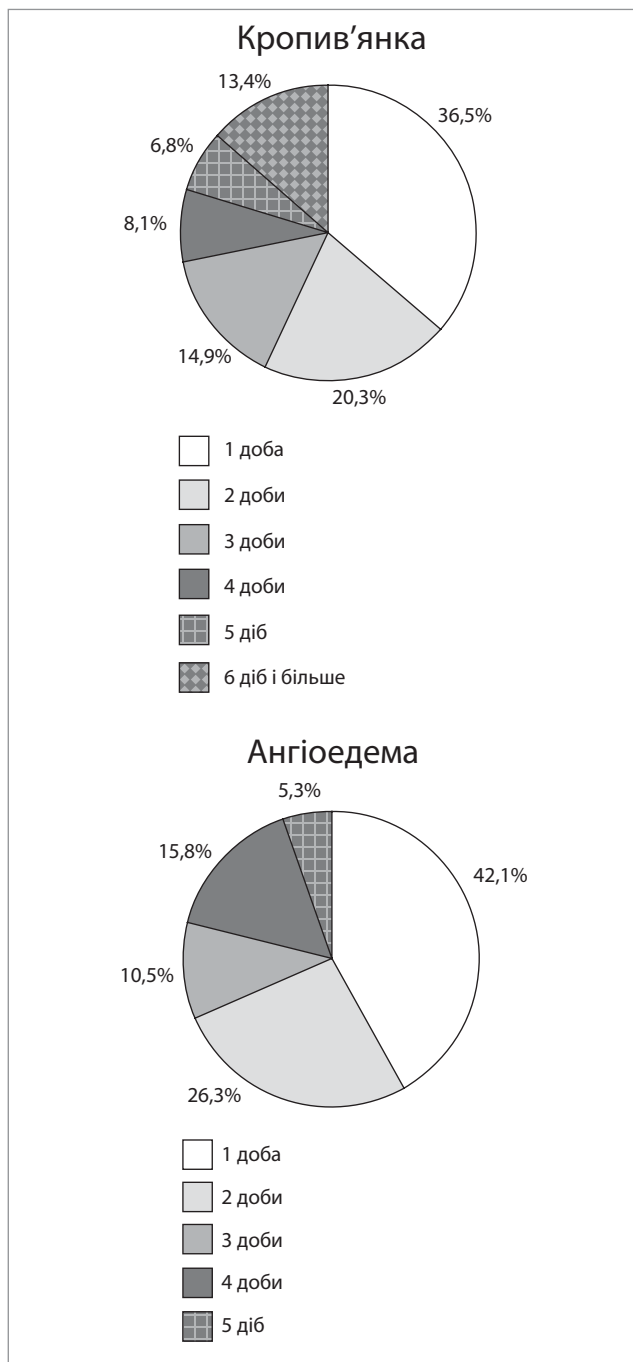


Рис. 2. Тривалість симптомів кропив'янки та ангіоедеми в дітей I групи

домінуючими були характерні зміни на шкірі – міхурі, які у 13,33% дітей поєднувалися з ангіоедемою. По медичну допомогу батьки звернулися на першу-другу добу з моменту появи змін. Серед провокативних факторів ГК домінували гострі респіраторні вірусні інфекції

Таблиця 2

Структура причинних факторів появи гострої кропив'янки в обстежених (%)

Контингент хворих	Харчові продукти	Медикаменти	Укуси комах	Гострі респіраторні вірусні інфекції	Неуточнені
I група (n=74)	12,16	12,16	8,11	45,95	21,62
II група (n=15)	26,67	33,33	13,33	40,00	26,67

(табл. 2), застосування жарознижувальних препаратів та антибіотиків.

Детально зібраний анамнез життя встановив, що у 31,08% хворих I групи та у 26,67% II групи був обтяжений алергологічний анамнез (здебільшого алергічні реакції спостерігалися на харчові продукти; укуси комах; антибіотики). Серед обстежених лише у 8,11% стаціонарних та у 20,0% амбулаторних хворих був обтяжений спадковий анамнез щодо алергії.

У більшості (66,22%) спостережень I групи та у всіх дітей II групи клініка ГК виникла вперше в житті. Серед імовірних причин появи кропив'янки батьки вказували на вживання окремих продуктів харчування, укуси комах або застосування медикаментів (табл. 2). Ідіопатичну ГК відмічали в кожного четвертого пацієнта II групи та в кожного п'ятого хворого I групи.

У перші години з моменту появи кропив'янки по медичну допомогу до служби медицини невідкладних станів звернулися 48,65% батьків; діти (n=36) надалі були госпіталізовані. Бригада медицини невідкладних станів після огляду дитини надавала таку невідкладну терапію: 29 (80,55%) пацієнтам на догоспітальному етапі застосовували кортикостероїди (дексаметазон — у 75,86%, преднізолон — у 20,69% осіб) парентерально; 1 (3,45%) дитині при наявному стенозі дихальних шляхів вводили преднізолон ректально. Окрім того, 11 (37,93%) пацієнтам парентерально вводили АГП I покоління.

З моменту госпіталізації або в час появи ГК у хворих із гострими інфекціями дихальних шляхів надавали невідкладну допомогу. Аналіз складу медикаментозної терапії (I група) з'ясував, що у 67,57% випадків діти отримували парентеральні форми АГП I покоління, у 56,76% — парентерально кортикостероїди, у 37,84% — АГП II покоління; у 54,05% — ще й ентеросорбенти.

У динаміці досліджено тривалість висипань на шкірі ($2,56 \pm 2,10$ днг), ангіоедеми ($2,18 \pm 1,33$ дня) (рис. 2), інших клінічних симптомів. У 5 (6,76%) пацієнтів вже після першого застосування медикаментів був повний регрес, а у 21 (28,38%) дитини з'явилися нові висипання та не було ефекту від терапії. Надалі цим дітям замінили терапію: 76,19% (n=16) хворих призначили кортикостероїди; 57,14% (n=12) — АГП I покоління, 19,05% — парентеральні АГП I покоління, 42,86% — препарати кальцію доведено.

Клінічні узагальнення. Попередня оцінка складу невідкладної терапії, яку надавали на

догоспітальному етапі та в стаціонарі, засвідчує високу прихильність лікарів до парентерального шляху введення ліків (насамперед АГП I покоління), застосування стероїдної терапії вже на першій лінії допомоги. Однак чи є це виправданим і чи відповідає міжнародним рекомендаціям? На жаль, такий підхід не є обґрунтованим та відрізняється від світової практики. Препаратом першого призначення рекомендують АГП II покоління у вікових дозах із наступною оцінкою їх ефективності. Якщо належної відповіді на терапію нема, дозу АГП II покоління збільшують у 2–4 рази [13,22]. Викликають підвищений інтерес результати досліджень про випробовування парентеральної форми АГП II покоління, що може бути доцільним у практиці реанімаційних відділень [2]. За наявної ангіоедеми в проекції гортані або за відсутності позитивної динаміки від застосування АГП призначають кортикостероїди до досягнення повного ефекту. Привернула увагу публікація про визначення D-димера при ГК [21], що може слугувати обґрунтуванням до застосування стероїдів у невідкладній терапії. Все це доводить, що питання медикаментозного впливу при ГК постійно вивчають, а також відстежують ефективність існуючих підходів. Оскільки в практичній діяльності лікаря трапляються рецидиви кропив'янки, то це потребує вдосконалення лікувальних засобів, а пацієнти — консультації дитячого алерголога. Щодо призначення ентеросорбентів, доведено препаратів кальцію слід зазначити, що немає доказової наукової бази щодо ефективності їх застосування.

Усім пацієнтам I групи проводили комплекс традиційних лабораторних досліджень, які виявили в гемограмі: у 20,27% випадків — еозинofilію ($7,87 \pm 2,47\%$), у 36,49% — лімфоцитоз ($58,15 \pm 9,92\%$), у 12,16% — прискорену швидкість осідання еритроцитів ($15,00 \pm 2,96$ мм/год), у 5,41% — лейкопенію та анемію легкого ступеня. Показники гемограми в дітей з ГК не містили специфічних змін, здебільшого акцентували потребу ретельного диференційного діагнозу. Зокрема, зіставлення провідних клінічних симптомів та окремих показників гемограми виявило лише корелятивні зв'язки слабкої сили між свербезом і лімфоцитозом ($r = -0,293$); свербезом та еозинofilією ($r = 0,234$). Вищезазначене показує, що діагноз ГК не потребує лабораторних досліджень. Виняток становлять діти з рецидивами кропив'янки, саме в них існує необхідність встановити етіологічні фактори, провести додаткові

дослідження, обсяг яких встановлює алерголог [14].

У I групі обстежених дітей із кропив'янкою не виявили хронічної соматичної патології; лише у 5,41% відмітили функціональні порушення травної системи, а в 4,05% обстежених — яйця гельмінтів у калі. Досягнення повного регресу клінічних симптомів кропив'янки у дітей дало змогу виписати їх зі стаціонару на $4,90 \pm 2,91$ добу. Надалі в амбулаторних умовах рекомендували: уникати облігатних алергенів в їжі; продовжити застосування АГП I покоління до 10 діб — 18,92%, АГП II покоління різною тривалістю (від 5 діб до 3 тижнів) — 24,32% випадків.

Під час аналізу клінічної симптоматики в дітей II групи виявлено, що домінуючими були характерні зміни на шкірі — міхурі, які у 13,33% дітей поєднувалися з ангіоедемою. По медичну допомогу батьки звернулися на першу-другу добу з моменту появи змін. Серед провокативних факторів ГК домінували гострі респіраторні вірусні інфекції (табл. 2), застосування жарознижувальних препаратів та антибіотиків. Адекватна верифікація діагнозу ГК обумовила призначення дітям АГП II покоління (80,00%), а у 20,00% випадків застосовували АГП I покоління і кортикостероїди парентерально. У динаміці відстежили тривалість клінічних симптомів на тлі лікування. Регрес клінічних проявів ГК відмітили в перші дві доби з моменту лікування в більшості (86,67%) пацієнтів.

Клінічні узагальнення. Ретроспективний аналіз медичної документації виявив, що кропив'янка зустрічається з різною частотою в дітей залежно від віку серед I та II групи. Неоднорідність частоти ГК, обумовлена багатьма факторами (кількістю вибірки, рівнем обстеження, обізнаністю з проблемою, у тому числі — батьків), потребує подальшого вивчення. Звертає на себе увагу висока роль гострої інфекції дихальних шляхів у виникненні ГК, що зазвичай акцентує увагу практичного лікаря на раціональному веденні інфекції, обґрунтованому застосуванні медикаментів. Результати інших наукових досліджень також звертають на особливу роль інфекційних чинників [9,10], зокрема, вірусів групи герпес, цитомегаловірус, Епштейн—Барр, ентеровірусів, гепатитів В, С тощо, у виникненні ГК саме в дитячому віці. У разі повторної ідіопатичної ГК дитину слід спрямувати на консультацію до алерголога для визначення потреби додаткових обстежень.

У дітей перших років життя важливо ретельно диференціювати кропив'янку, спричинену вживанням харчових продуктів з алергічними хворобами, ферментопатіями [7,13,18].

Слід обговорити показання до госпіталізації в дітей із ГК. Рекомендують госпіталізувати: дітей першого півріччя життя; за поєднання клінічних симптомів із боку шкіри та дихальної системи (стридор, хрипи), серцево-судинної (тахікардія, артеріальна гіпотензія, колапс), травної (діарея, блювання, біль у животі) чи центральної нервової системи; генералізована ГК в поєднанні з ангіоедемою, що локалізується в проекції гортані; з ознаками анафілаксії. Поява кропив'янки в поєднанні з ангіоедемою в дітей першого року життя теж є показанням до госпіталізації малюка.

Вивчення складу терапії, яку діти отримували, з'ясувало, що існує висока прихильність лікарів до призначення АГП I покоління в амбулаторних і стаціонарних умовах. Аналогічна ситуація спостерігається не лише у вітчизняній практиці, про що свідчать дослідження стану обізнаності лікарів із ГК [17]. Однак знання про гепатотоксичність, кардіотоксичність, антихолінергічні ефекти, здатність проникати через гематоенцефалічний бар'єр АГП I покоління визначають особливі застереження до їх застосування саме в дітей.

Ще одна позиція, яка потребує коментаря. Звернуло на себе увагу те, що під час виписки зі стаціонару в переважній більшості випадків дітям рекомендують дотримуватися дієти, позбавленої облігатних алергенів. Така рекомендація не узгоджується з даними анамнезу в обстежених та є не обґрунтованою. У разі ймовірного зв'язку ГК зі вживанням окремих харчових продуктів потребують уточнення IgE-залежні механізми, особливо при рецидивному перебігу кропив'янки, у такому разі необхідна консультація алерголога.

Слід звернути увагу на важливості адекватної терапії ГК. Відповідно до існуючого досвіду в світі [1,3,22] переваги в медикаментозному лікуванні надають АГП II покоління, у разі відсутності ефекту слід збільшити дозу удвічі. Водночас до їх застосування в педіатрії є застереження: більшість дозволених в дітей віком від двох років; однак окремі молекули (цетиризин, левоцетиризин) дозволені з шестимісячного віку [6,13].

Кортикостероїди інколи (відсутність ефекту від терапії, за прогресуючого наростання ангіоедеми, збільшення або поширення міхурів) застосовують при ГК із розрахунком 1 мг/кг

маси тіла *per os*, однак рідко. Проведений аналіз мотивує практичних лікарів змінити підходи до ведення ГК у дітей, користуватися рекомендаціями, що мають належну доказову базу.

Висновки

Узагальнення досвіду ведення дітей із ГК вказує на складнощі в диференційній діагностиці, визначенні показань до госпіталізації, виборі препарату для невідкладної допомоги лікарями первинної ланки та медицини невідкладних станів.

Викликає стурбованість висока прихильність лікарів первинної та вторинної ланки медичної допомоги до вибору парентерального шляху введення засобів невідкладної допомоги (кортикостероїдів, АГП I покоління).

Слід активно впроваджувати в практику положення міжнародних гайдлайнів, що ґрунтуються на засадах доказової медицини щодо призначення для першої лінії невідкладної допомоги АГП II покоління, які характеризуються добрим клінічним ефектом і не мають серйозних побічних ефектів.

Перспективи подальших досліджень щодо цієї проблеми в дітей передбачають потребу вивчити поширеність та етіологічні чинники ГК, напрацювання чіткого алгоритму ведення на різних етапах надання медичної допомоги, у тому числі показань до госпіталізації.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- AAAAI. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J ALLERGY CLIN IMMUNOL.* 133 (5): 1270–1277. doi: 10.1016/j.jaci.2014.02.036.
- Abella B, Berger W, Blaiss M et al. (2020). Intravenous Cetirizine Versus Intravenous Diphenhydramine for the Treatment of Acute Urticaria: A Phase III Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Ann Emerg Med.* 76: 489–500. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.05.025.
- ASCIA. (2020). Chronic Spontaneous Urticaria (CSU) Position Paper and Treatment Guidelines. URL: <https://www.allergy.org.au/hp/papers/chronic-spontaneous-urticaria-csu-guidelines>.
- Ben-Shoshan M, Grattan C. (2018). Management of Pediatric Urticaria with Review of the Literature on Chronic Spontaneous Urticaria in Children. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 6 (4): 1152–1161. doi: 10.1016/j.jaip.2018.05.003.
- Cetinkaya P, Esenboga O. (2019). Predictive factors for progression to chronicity or recurrence after the first attack of acute urticaria in pre-school-age children. *Allergol Immunopathol (Madr).* 47 (5): 484–490.
- FDA. (2021). Drugs. Food and Drug Administration. URL: <https://www.fda.gov/drugs>.
- Fiocchi A, Fierro V. (2017). Food Allergy. URL: <https://www.worldallergy.org/education-and-programs/education/allergic-disease-resource-center/professionals/food-allergy>.
- Haiduchik H.A. (2019). Characteristics of the spectrum of sensitization of young children with gastrointestinal food allergy and comorbid allergic diseases. *Perinatologiya i pediatriya.* 1(77):58–62. [Гайдучик ГА (2019). Характеристика спектра сенсibiлізації дітей раннього віку з гастроінтестинальною харчовою алергією та коморбідними алергічними захворюваннями. *Перинатологія і педіатрія.* 1(77): 58–62]. doi: 10.15574/PP.2019.77.58.
- Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S et al. (2016). Association between urticaria and virus infections: A systematic review. *Allergy Asthma Proc.* 37 (1): 18–22. doi: 10.2500/aap.2016.37.3915.
- Marques-Mejias M, Tomas-Perez M, Vila-Nadal G et al. (2020). Acute urticaria in the pediatric emergency department. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 124 (4): 396–397. doi: 10.1016/j.anai.2020.01.007.
- Mazur M, Czarnobilska M, Czarnobilska E. (2020). Prevalence and potential risk factors of urticaria in the Polish population of children and adolescents. *Adv Dermatol Allergol.* 37 (5): 785–789. doi: 10.5114/ada.2020.100489.
- Minasi D, Manti S, Chiera F et al. (2020). Acute urticaria in the infant. *Pediatric Allergy and Immunology.* 31 (26): 49–51. doi: 10.1111/pai.13350.
- Nakonechna AA, Banadyha NV. (2021). Acute Urticaria in Children: Key Issues in Clinical Practice. *Pediatrica. Vostochnaya Evropa.* 9: 432–442. [Наконечная АА, Банадыга НВ. (2021). Hostra кропув'янка u дітей: klyuchovi pytannya klinichnoyi praktyky. *Педіатрія. Восточная Европа.* 9: 432–442]. doi: 10.34883/Pl.2021.9.3.011.
- Okhotnikova OM, Romanchuk AA, Grishchenko OM. (2021). Chronic urticaria and inflammatory bowel disease — is it worth looking further? *Modern Pediatrics. Ukraine.* 6(118): 55–60. [Охотнікова ОМ, Романчук АА, Грищенко ОМ (2021). Хронічна кропив'янка і запальні захворювання кишечника — чи варто шукати далі? *Сучасна педіатрія. Україна.* 6(118): 55–60]. doi: 10.15574/SP.2021.118.55.
- Pier J, Bingemann Th. (2020). Urticaria, Angioedema, and Anaphylaxis. *Pediatrics in Review.* 41 (6): 283–292. doi: 10.1542/pir.2019-0056.
- Powell R, Leech S, Till S et al. (2015). BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy.* 45 (3): 547–565. doi: 10.1111/cea.12494.
- Pozo-Beltran CF, Larenas-Linnemann D, Artech JDC. (2021). CME suggestions for pediatricians, allergists, and dermatologists, directed by an online survey on urticaria knowledge. *Allergol Immunopathol (Madr).* 49 (1): 87–94. doi: 10.15586/aei.v49i1.26. eCollection 2021.
- Talarico V, Marseglia G, Lanari M et al. (2021). Pediatric urticaria in the Emergency Department: epidemiological characteristics and predictive factors for its persistence in children. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 53 (2): 80–85. doi: 10.23822/EurAnnACI.1764—1489.148.
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2018). Clinical Practice Guidelines. Urticaria. URL: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Urticaria.
- Westby E, Lynde Ch, Sussman G. (2018). Chronic Urticaria: Following Practice Guidelines. *STL.* 23: 3. URL: <https://www.skintherapyletter.com/urticaria/chronic-urticaria-following-practice-guidelines/>.
- Zaryczanski J, Ochab A, Ochab M et al. (2021). D-dimer concentrations in acute urticaria in children. *Allergol Immunopathol (Madr).* 49 (1): 107–112. doi: 10.15586/aei.v49i1.30.
- Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. (2018). The EAACI / GA2LEN / EDF / WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. *Allergy.* 73 (5): 1145–1146. doi: 10.1111/all.13397.

Відомості про авторів:

Банадыга Наталія Василівна — д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії факультету післядипломної освіти Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: Тернопіль, Майдан Волі, 1; тел. (0352) 52-44-92. <https://orcid.org/0000-0001-7930-184X>.

Наконечная Алла Анатолівна — д.мед.н., проф. Університет Ліверпуля, Ліверпуль, Велика Британія. Університетський шпиталь Халла, Халл, Велика Британія. <https://orcid.org/0000-0002-0141-6361>.

Стаття надійшла до редакції 11.09.2021 р., прийнята до друку 07.12.2021 р.