

- IgA bullous dermatosis: a case report and literature survey. *Br. J. Dermatol.* 2014; 171(6): 1578–81. doi: 10.1111/bjd.13154.
26. Baldari U., Raccagni A.A., Celli B., Righini M.G. Chronic bullous disease of childhood following Epstein-Barr virus seroconversion: a case report. *Clin. Exp. Dermatol.* 1996; 21(2): 123–6.
 27. Simon J.C., Dietrich A., Kapp A., Schöpf E. Chronic bullous dermatosis in childhood. Association with salmonella enteritis. *Hautarzt.* 1995; 46(7): 485–9.
 28. Alberta-Wszolek L., Moussette A.M., Mahalingam M., Levin N.A. Linear IgA bullous dermatosis following influenza vaccination. *Dermatol. Online J.* 2009; 15(11): 3.
 29. Girao L., Fiadeiro T., Rodrigues J.C. Burn-induced linear IgA dermatosis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000; 14(6): 507–10.
 30. Wozniak K., Kalinska-Bienias A., Hashimoto T., Kowalewski C. UV-induced linear IgA bullous dermatosis: a case report and literature survey. *Br. J. Dermatol.* 2014; 171(6): 1578–81. doi: 10.1111/bjd.13154.
 31. Salmhofer W., Soyer H.P., Wolf P., Födinger D., Hödl S., Kerl H. UV light-induced linear IgA dermatosis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2004; 50(1): 109–15.
 32. He C., Xu H., Xiao T., Geng L., Chen H.D. Localized linear IgA dermatosis induced by UV light-treatment for herpes zoster. *Int. J. Dermatol.* 2007; 46(5): 500–2.
 33. Tobon G.J., Toro C.E., Bravo J.C., Cañas C.A. Linear IgA bullous dermatosis associated with systemic lupus erythematosus: a case report. *Clin. Rheumatol.* 2008; 27(3): 391–3.
 34. Sachs J.A., Leonard J.N., Awad J., McCloskey D., Festenstein H., Hitman G.A., et al. A comparative serological and molecular study of linear IgA disease and dermatitis herpetiformis. *Br. J. Dermatol.* 1988; 118(6): 759–64.
 35. Leonard J.N., Griffiths C.E., Powles A.V., Haffenden G.P., Fry L. Experience with a gluten free diet in the treatment of linear IgA disease. *Acta Derm. Venereol.* 1987; 67(2): 145–8.
 36. Leonard J.N., Haffenden G.P., Unsworth D.J., Ring N.P., Holborow E.J., Fry L. Evidence that the IgA in patients with linear IgA disease is qualitatively different from that of patients with dermatitis herpetiformis. *Br. J. Dermatol.* 1984; 110(3): 315–21.
 37. Hopkinson S.B., Baker S.E., Jones J.C. Molecular genetic studies of a human epidermal autoantigen (the 180-kD bullous pemphigoid antigen/BP180): identification of functionally important sequences within the BP180 molecule and evidence for an interaction between BP180 and alpha 6 integrin. *J. Cell. Biol.* 1995; 130(1): 117–25.
 38. Zone J.J., Taylor T.B., Meyer L.J., Petersen M.J. The 97 kDa linear IgA bullous disease antigen is identical to a portion of the extracellular domain of the 180 kDa bullous pemphigoid antigen, BPA2. *J. Invest. Dermatol.* 1998; 110(3): 207–10.
 39. Zone J.J., Pazderka Smith E., Powell D., Taylor T.B., Smith J.B., Meyer L.J. Antigenic specificity of antibodies from patients with linear basement membrane deposition of IgA. *Dermatology.* 1994; 189 (Suppl. 1): 64–6.
 40. Sakaguchi M., Bito T., Oda Y., Kikusawa A., Nishigori C., Munetsugu T., et al. Three cases of linear IgA/IgG bullous dermatosis showing IgA and IgG reactivity with multiple antigens, particularly laminin-332. *J.A.M.A. Dermatol.* 2013; 149(11): 1308–13. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.5691.
 41. Zenke Y., Nakano T., Eto H., Koga H., Hashimoto T. A case of vancomycin-associated linear IgA bullous dermatosis and IgA antibodies to the a3 subunit of laminin-332. *Br. J. Dermatol.* 2014; 170(4): 965–9.
 42. Haerberle M.T. Linear IgA Dermatitis. <http://emedicine.medscape.com/article/1063590-overview>. 2014. (Accessed dec. 2014)
 43. Fortuna G., Marinokovich M.P. Linear immunoglobulin A bullous dermatosis. *Clin. Dermatol.* 2012; 30(1): 38–50. doi: 10.1016/j.clinidematol.2011.03.008.
 44. Махнева Н.В. Симптом Никольского в клинике аутоиммунных буллезных дерматозов. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2008; 5: 26–29. [Makhneva N.V. Nikolsky's sign in the clinical picture of autoimmune bullous dermatoses. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2008; 5: 26–29]. (in Russian)
 45. Schmid-Wendtner M.H., Burgdorf W. Ultrasound Scanning in Dermatology. *Arch. Dermatol.* 2005; 141(2): 217–24.
 46. Wortsman X.C., Holm E.A., Wulf H.C., Jemec G.B. Real-time spatial compound ultrasound imaging of skin. *Skin Res. Technol.* 2004; 10(1): 23–31.
 47. Потекаев Н.Н., Ткаченко С.Б., Овчинникова А.Ю., Лукашева Н.Н. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия на примере Vivascope 1500: принцип работы и возможности применения в дерматологии. *Российский медицинский форум: научный альманах.* 2008; 1: 38–43.
 - [Potekaev N.N., Tkachenko S.B., Ovchinnikova A.Ju., Lukasheva N.N. Confocal scan laser microscopy by the example of Vivascope 1500: principle of operating and the possibility of applying in dermatology. *Rossiyskiy meditsinskiy forum: nauchniy al'manakh.* 2008; 1: 36–4]. (in Russian) Available at: <http://www.mma.ru/upload/iblock/01e/01e62009f74113e1802ee98572c40609.pdf>
 48. Bhogal V., Wojnarowska F., Marsden R.A., Das A., Black M.M., McKee P.H. Linear IgA bullous dermatosis of adults and children: an immunoelectron microscopic study. *Br. J. Dermatol.* 1987; 117(3): 289–96.
 49. Prost C., De Leca A.C., Combemale P., Labeille B., Martin N., Cosnes A., et al. Diagnosis of adult linear IgA dermatosis by immunoelectronmicroscopy in 16 patients with linear IgA deposits. *J. Invest. Dermatol.* 1989; 92(1): 39–45.
 50. Allen J., Wojnarowska F. Linear IgA disease: the IgA and IgG response to the epidermal antigens demonstrates that intermolecular epitope spreading is associated with IgA rather than IgG antibodies, and is more common in adults. *Br. J. Dermatol.* 2003; 149(5): 977–85.
 51. Wojnarowska F. Linear IgA dapsone responsive bullous dermatosis. *J. R. Soc. Med.* 1980; 73(5): 371–3.
 52. Ng S.Y., Venning V.V. Management of linear IgA disease. *Dermatol. Clin.* 2011; 29(4): 629–30. doi: 10.1016/j.det.2011.06.014.
 53. Young H., Coulson I. Linear IgA disease: successful treatment with cyclosporine. *Br. J. Dermatol.* 2000; 143(1): 204–5.
 54. Потекаев Н.С., Кочергин Н.Г., Теплюк Н.П., Паничкина Г.С., Заборова В.А., Лысенко Л.В., Мищенко А.В. Терапевтическая тактика при стероидрезистентной пузырчатке. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2003; 2: 11–16.
 - [Potekaev N.S., Kochergin N.G., Teplyuk N.P., Panichkina G.S., Zaborova V.A., Lysenko L.V., Michenko A.V. Therapeutic tactics in the treatment of steroid-resistant pemphigus. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2003; 2: 11–16]. (in Russian)
 55. Klein P.A., Callen J.P. Drug-induced linear IgA bullous dermatosis after vancomycin discontinuance in a patient with renal insufficiency. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 42(2 Pt 2): 316–23.
 56. Потекаев Н.С., Махнева Н.В., Теплюк Н.П. Современная терапия аутоиммунной пузырчатки и превентивные меры осложнений; Методические рекомендации, М.: ММА; 2013.
 - [Potekaev N.S., Makhneva N.G., Teplyuk N.P. *Modern therapy of autoimmune pemphigus and preventive measures of complications.* Guidelines. Moscow: MMU; 2013]. (in Russian)

Поступила 22.12.14

Received 22.12.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.514-036.12-07

Хроническая крапивница: подход к диагностике среди узких специалистов и врачей общей практики в России

Колхир П.В.¹, Олисова О.Ю.^{1,2}, Кочергин Н.Г.^{1,2}, Сулайманов Ш.А.³

¹Научно-исследовательский отдел иммунозависимых дерматозов (зав. – проф. Н.Г. Кочергин) Научно-исследовательского центра; ²кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия; ³Ошская межобластная объединенная клиническая больница (директор – проф. Ш.А. Сулайманов), Республика Кыргызстан

Хроническая крапивница (ХК) – широко распространенное кожное заболевание, характеризующееся почти ежедневным появлением волдырей, зуда, иногда ангиоотечков, и сохраняющееся в течение более 6 нед. Цель работы – изучение информированности в большой когорте узких специалистов (аллергологов, дерматологов) и врачей общей практики (педиатры, терапевты) из разных городов России о методах диагностики, применяемых при ХК, путем оценки знания международных и национальных клинических рекомендаций и согласительных документов. В исследование пригласили 1500 врачей (350 аллергологов-иммунологов, 500 дерматологов, 300 педиатров, 350 терапевтов). После исключения анкет с дефектными для обработки данными в исследование включили 300 анкет врачей, из них 60 (20%) аллергологов-иммунологов, 108 (36%) дерматологов, 61 (20,3%) педиатр, 71 (23,7%) терапевт. Из всех опрошенных врачей 42,7% оказались знакомы с национальными и зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. Информированность аллергологов оказалась выше, чем у терапевтов, в 4,9 раз по сравнению с педиатрами в 2,9 раза, дерматологами в 2,3 раза ($\chi^2_1 = 76,110$; $p < 0,0001$; $V = 0,504$). Врачи, не знакомые с согласительными документами, в большей степени врачи первичного звена (терапевты, педиатры), были склонны к неоптималь-

ной диагностике и в 2 раза чаще обращались за помощью к смежным специалистам ($\chi^2_1 = 30,516$; $p < 0,0001$; $V = 0,403$). Это может быть обусловлено неосведомленностью о наличии таких рекомендаций, отсутствием времени для их изучения, низким уровнем владения иностранными языками, а также недоступностью некоторых анализов в лечебных учреждениях. Увеличить информированность врачей можно путем проведения алергошкол, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения (проведение веб-семинаров, открытый доступ к современным руководствам на специализированных сайтах, распространение образовательной информации в социальных сетях).

Ключевые слова: хроническая крапивница; диагностика; информированность; алергологи; дерматологи; педиатры; терапевты; клинические рекомендации.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18 (1): 45-51

CHRONIC URTICARIA: DIAGNOSTIC APPROACH PRACTICED BY MEDICAL SPECIALISTS AND GENERAL PRACTITIONERS OF RUSSIA

Kolkhir P.V.¹, Olisova O.Yu.², Kochergin N.G.^{1,2}, Sulaimanov Sh.A.³

¹Research Center, I.M.Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; ²I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation;

³Osh Interregional Clinical Hospital, Kyrgyzstan Republic

Chronic urticaria (CU) is a highly prevalent cutaneous disease, characterized by almost daily emergence of blisters, itching, sometimes angioedemas (AE), persisting during more than 6 weeks. The aim of this study was to evaluate the knowledge of the diagnostic methods used in CU by medical specialists (allergologists, dermatologists) and general practitioners (pediatricians, therapists) from various cities by evaluating their knowledge of the international and national clinical recommendations and consensus documents. The study was carried out in 1500 physicians (350 allergologists and immunologists, 500 dermatologists, 300 pediatricians, and 350 therapists). After rejecting the defective questionnaires (unfit for processing), 300 questionnaires were included in the study, responded by 60 (20%) allergologists-immunologists, 108 (36%) dermatologists, 61 (20.3%) pediatricians, and 71 (23.7%) therapists. Of all the respondents, 42.7% knew the national and foreign clinical recommendations on the diagnosis of CU. Allergologists were 4.9 times more informed than therapists, 2.9 times more than pediatricians, and 2.3 times more than dermatologists ($\chi^2_1 = 76.110$; $p < 0.0001$; $V = 0.504$). Physicians who did not know the consensus documents – mainly the primary health care physicians (therapists, pediatricians) – were liable to nonoptimal diagnosis and consulted their colleagues of allied specialization 2 times more often ($\chi^2_1 = 30.516$; $p < 0.0001$; $V = 0.403$). This could be attributed to the fact that they did not know about the existence of the recommendations, had no time to study these documents, their foreign languages level was low, and some analysis were unavailable for therapeutic institutions. Physicians can be better informed by organization of allergology schools, round tables, master classes, lectures, and via internet training (web workshops, presentation of modern manuals at specialized sites, education programs in social networks).

Key words: chronic urticaria; diagnosis; knowledge; allergologists; dermatologists; pediatricians; therapists; clinical recommendations.

Citation: *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 2015; 18 (1): 45-51

Хроническая крапивница (ХК) – широко распространенное кожное заболевание, характеризующееся почти ежедневным появлением волдырей, зуда, иногда сопровождающееся глубокими отеками кожи (ангиоотеки – АО) и сохраняющееся в течение более 6 нед. Согласно современным международным рекомендациям по диагностике и лечению ХК, различают спонтанную и физическую формы заболевания. В свою очередь спонтанная крапивница может быть идиопатической (без выявленной причины) и с известной причиной [1].

Больные ХК могут обращаться к врачам специалистам (аллергологи, дерматологи), а также к врачам общей практики (терапевты и педиатры). Это указывает на важность изучения осведомленности

среди врачей разных специальностей в отношении диагностики ХК, что подтверждается данными как российских [2], так и зарубежных исследований [3–6]. Однако оценка результатов предшествующего российского исследования [2] была ограничена малой выборкой (в опросе участвовало по 30 врачей-аллергологов, дерматологов и терапевтов), одним регионом (опрос проводили только среди врачей Волгограда) и преимущественным изучением особенностей лечения, а не диагностики.

Цель исследования – изучение информированности в большой когорте узких специалистов (аллергологи, дерматологи) и врачей общей практики (педиатры, терапевты) из разных городов России о методах диагностики, применяемых при ХК, путем оценки знания современных международных и национальных клинических рекомендаций.

В 2009 г. были опубликованы клинические рекомендации Европейской академии алергологии и клинической иммунологии (EAACI/GA2LEN/EDF/WAO) по диагностике крапивницы [7], которые были пересмотрены в декабре 2012 г. и опубликованы в 2014 г. [1]. Согласно документу, важными задачами являются выявление и удаление/лечение причин и провоцирующих

Сведения об авторах:

Колхир Павел Владимирович – кандидат мед. наук, старший научный сотрудник (arthate@yandex.ru); *Олисова Ольга Юрьевна* – доктор мед. наук, профессор; *Кочергин Николай Георгиевич* – доктор мед. наук, профессор; *Сулайманов Шийирбек Алибаевич* – доктор мед. наук, профессор.

Corresponding author:

Kolkhir Pavel, MD, PhD (arthate@yandex.ru).

факторов ХК, когда это возможно, и подбор эффективной симптоматической терапии. Основные положения этой публикации нашли отражение в Российском национальном согласительном документе [8].

Поскольку последняя редакция Европейского согласительного документа была опубликована уже после завершения нашего исследования, то при опросе специалистов и оценке их информированности мы опирались на предыдущую версию от 2009 г. [7], а также ряд национальных и международных документов [8–11].

Материалы и методы

К участию в исследовании были приглашены 1500 врачей (350 аллергологов-иммунологов, 500 дерматологов, 300 педиатров и 350 терапевтов) из различных городов России с марта 2012 г. по март 2013 г. Специалистам предлагалось заполнить опросник, содержащий 28 вопросов по крапивнице и АО с особым акцентом на ХК. Анкета включала общие вопросы о ХК (частота встречаемости, ключевые особенности, длительность, частота выявления различных причин), подход к диагностике и лечению заболевания, а также вопросы о тактике действия в случае недостаточного контроля симптомов и устойчивости болезни к терапии. Кроме того, оценивалось знание национальных и международных клинических рекомендаций по ХК и его применение в повседневной практике.

Опросник был создан путем обсуждения его структуры с экспертами в области крапивницы. Перед началом исследования опросник был успешно испытан на восприятие и приемлемость в небольшой группе из 10 специалистов, после чего для улучшения в оригинальную версию внесли незначительные изменения.

В анкету входили вопросы с ответами по типу да/нет, вопросы с множественным выбором, вопросы с количественными и текстовыми ответами.

Отбор и приглашение специалистов для участия в исследовании проводили случайной выборкой в интернете (e-mail, онлайн-анкета, социальные сети), по почте, а также путем личного интервьюирования врачей. Для поиска специалистов в социальной сети «ВКонтакте» применяли случайный метод с помощью параметров поиска, включающих специальность, место проживания Россия, возраст старше 22 лет. Онлайн версия анкеты была создана с помощью программы LimeSurvey и выложена на сайте www.allergya.ru. Учитывали анкеты всех специалистов, содержащих ответ хотя бы на 1 ключевой вопрос из анкеты (кроме контактных данных).

Всего 742 специалиста изъявили желание заполнить опросник, тем не менее после исключения анкет с дефектными с медицинской или статистической точек зрения данными в исследование были включены анкеты 300 врачей, из них 60 (20%) аллергологов-иммунологов, 108 (36%) дерматологов, 61 (20,3%) педиатр, 71 (23,7%) терапевт (в том числе семейные врачи). Полностью завершенных анкет было 213 (46 аллергологов, 73 дерматолога, 49 педиатров, 45 терапевтов), частично завершенных – 87 (14 аллергологов, 35 дерматологов, 12 педиатров, 26 терапевтов). Число охваченных врачей основывалось на приблизительной оценке обратного ответа в 20% (рис. 1).

Для обработки данных исследований использовали программу Microsoft Excel 2010, SPSS версии 22. При сравнении номинальных переменных применяли χ^2 -критерий Пирсона, для определения силы связи между переменными – V -коэффициент Крамера ($V \geq 0 \leq 0,3$ – сила связи слабая; $V > 0,3 \leq 0,69$ – сила связи умеренная; $V > 0,7$ – сильная связь). Связь считалась статистически значимой при $p \leq 0,05$.

Результаты

Средний возраст участников составил $30,9 \pm 7,1$ года (от 23 до 63 лет), 87,7% было женщин. У 66,3% специалистов стаж работы по специальности равен от 1 года до 5 лет, у 21,7% – 5–10 лет, у 12% – более 10 лет; средний стаж составил $5,8 \pm 6,3$ года. На наличие степени указали 24 респондента: 21 кандидат медицинских наук, 3 доктора медицинских наук. Амбулаторные консультации проводят 205 (68,3%) врачей, 54 (18%) работают в стационаре, 41 (13,7%) совмещает оба приема. Из Москвы было 56 врачей, из Санкт-Петербурга – 36; из других городов России – 121; в 87 анкетах город не указан.



Рис. 1. Схема набора врачей в исследование.

Проанализировано, как часто врачи разных специальностей наблюдают больных острой крапивницей (ОК) и ХК (частым считалось от 3–6 пациентов в неделю до 1–2 в день), изолированным АО (частым считалось от 1–2 пациентов в неделю до 1–2 ежедневно) в амбулатории или в стационаре. Врачи-специалисты (аллергологи, дерматологи) в 1,9 раз чаще наблюдают пациентов с ОК (23,2% против 12,1%; $\chi^2_1 = 6,075$; $p = 0,014$; $V = 0,142$) и в 3,1 раза чаще пациентов с ХК (16,7% против 5,3%; $\chi^2_1 = 9,262$; $p = 0,002$; $V = 0,176$), чем врачи общей практики (педиатры, терапевты). При этом аллергологи консультируют в 3,3 раза чаще пациентов с ОК (40% против 12%; $\chi^2_1 = 23,516$; $p < 0,0001$; $V = 0,28$) и в 6,8 раз чаще с ХК (36,7% против 5,4%; $\chi^2_1 = 45,485$; $p < 0,0001$; $V = 0,389$), чем все остальные вместе взятые врачи.

Врачи-аллергологи чаще, чем врачи других специальностей, наблюдали на амбулаторном приеме больных ОК (40,8% против 12,7%; $\chi^2_1 = 20,768$; $p < 0,0001$; $V = 0,291$), ХК (42,9% против 5,6%; $\chi^2_1 = 48,176$; $p < 0,0001$; $V = 0,443$), изолированным АО (40,8% против 4,1%; $\chi^2_1 = 52,556$; $p < 0,0001$; $V = 0,462$). Более того, врачи-аллергологи чаще всех остальных врачей наблюдают больных ХК (20,8% против 4,2%; $\chi^2_1 = 6,545$; $p = 0,011$; $V = 0,261$), но не ОК (29,2% против 12,5%; $\chi^2_1 = 3,6$; $p = 0,058$), изолированным АО (20,8% против 11,1%; $\chi^2_1 = 1,453$; $p = 0,228$) в условиях стационара.

Из всех участвовавших в опросе врачей лишь чуть меньше половины (42,7%) оказались знакомы с клиническими рекомендациями по диагностике ХК. Обнаружены статистически значимые различия между знанием рекомендаций и врачебной специальностью ($\chi^2_1 = 76,110$; $p < 0,0001$; $V = 0,504$). Уровень знания рекомендаций был выше у аллергологов (90%), значительно меньше у дерматологов (38,9%), педиатров (31,1%) и терапевтов (18,3%) (рис. 2). При этом наблюдалась статистически значимое различие в знании рекомендаций между врачами-специалистами (аллергологи, дерматологи) и врачами общей практики (педиатры, терапевты) ($\chi^2_1 = 32,709$;

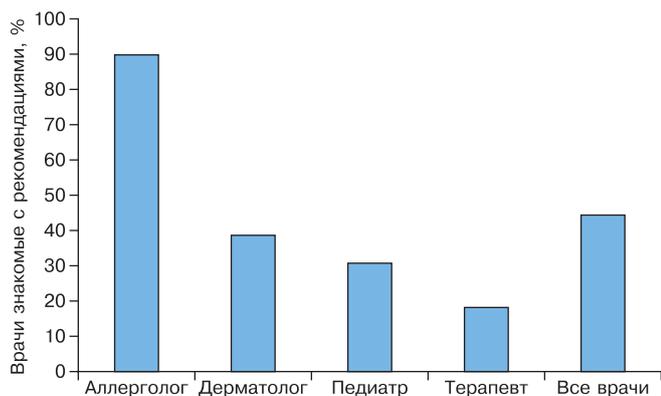


Рис. 2. Количество врачей разных специальностей, знакомых с клиническими рекомендациями.

$p < 0,0001$; $V = 0,33$; **рис. 3**), а также между аллергологами и дерматологами ($\chi^2_1 = 41,144$; $p < 0,0001$; $V = 0,495$; **рис.4**). Между педиатрами и терапевтами такой зависимости не выявлено ($\chi^2_1 = 2,944$; $p = 0,086$).

Среди 81,7% аллергологов, 30,6% дерматологов, 26,2% педиатров и 15,5% терапевтов наиболее известным оказался Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек» [8]. О рекомендациях ЕААСI/GA2LEN/EDF/WAO (2009) по определению, классификации и диагностике крапивницы [7] были осведомлены 30% аллергологов, 3,7% дерматологов, 3,3% педиатров, 1,4% терапевтов. Не только знали, но и применяли на практике полученные из документов знания 78,3% аллергологов, 27,8% дерматологов, 23% педиатров, 9,9% терапевтов.

Современная классификация крапивницы, определенная в согласительных документах, подразумевает разделение ее по длительности течения на ОК (менее 6 нед) и ХК (более 6 нед). Таким образом, длительность течения является основной отличительной особенностью ОК от ХК, что правильно определили 73,5% аллергологов и лишь 48,8% дерматологов, 41% педиатров, 28,2% терапевтов ($\chi^2_1 = 21,766$; $p < 0,0001$; $V = 0,315$). Не знали этого или давали неполный/неточный ответ 26,7% аллергологов, 51,2% дерматологов, 59% педиатров, 71,8% терапевтов.

Наблюдалась статистически значимая связь умеренной силы между группами врачей, знающих рекомендации, и частотой направления больных ХК на консультации сторонних специалистов при первом посещении ($\chi^2_1 = 14,583$; $p = 0,002$; $V = 0,338$).

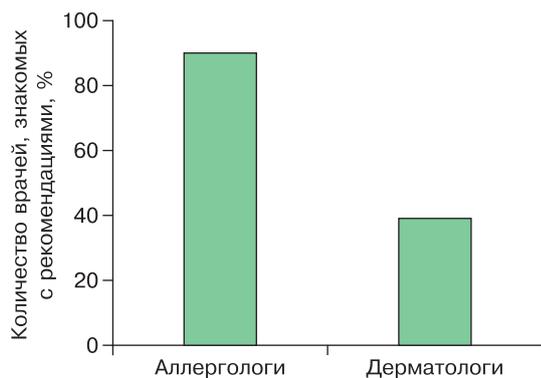


Рис. 4. Количество врачей аллергологов и дерматологов, знакомых с клиническими рекомендациями.

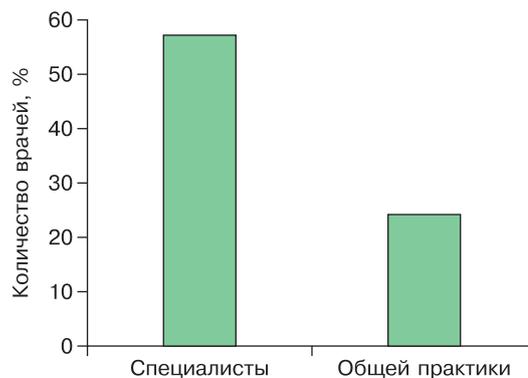


Рис. 3. Количество врачей специалистов (аллергологов и дерматологов) и врачей общей практики (терапевты и педиатры), знакомых с клиническими рекомендациями.

Аллергологи в 2 раза реже посылали больных к другим врачам (29,6%), чем дерматологи (61,9%), педиатры (68,4%) и терапевты (61,5%). Врачи, не знакомые с согласительными документами, в 2 раза чаще направляли пациентов на консультации к смежным специалистам ($\chi^2_1 = 30,516$; $p < 0,0001$; $V = 0,403$; **рис. 5**).

Согласно рекомендациям ЕААСI/GA2LEN/EDF/WAO (2009) [7], рутинной диагностикой при ХК является исследование общего анализа крови, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивного белка (СРБ); при подозрении на физический характер проводили провокационные тесты. Расширенная диагностика по показаниям для исключения/подтверждения причинных факторов и/или дифференциальной диагностики включала: тесты на инфекционные заболевания (например, *Helicobacter pylori*), аллергологическое обследование (кожные пробы с аллергенами, обнаружение аллергенспецифических IgE в крови), тиреотропный гормон (ТТГ), антитела (АТ) к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТПО), а также биопсию кожи из мест высыпаний и тест с аутологичной сывороткой крови (ТАС) для выявления аутореактивности.

Отмечена статистически значимая связь между числом врачей разных специальностей, знакомых с рекомендациями, и назначением общего анализа крови и СОЭ, а также СРБ, АТ к ТГ, АТ к ТПО, ТТГ, исследований на *Helicobacter pylori* и маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ у больных ХК (**табл. 1**).

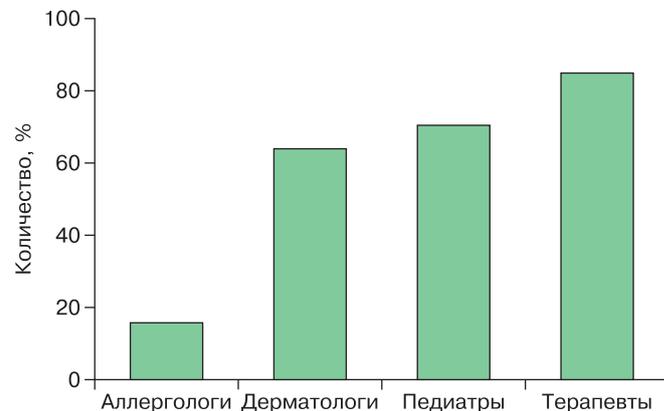


Рис. 5. Количество врачей, не знакомых с клиническими рекомендациями и направляющих больных ХК на консультации сторонних специалистов на первом приеме.

Связь между знанием рекомендаций у врачей и назначением анализов у больных ХК

Врачи	Исследования на <i>Helicobacter pylori</i>	СРБ	АТ к ТГ, ТПО	ТТГ	Маркеры гепатитов и ВИЧ-инфекции
Знакомые с рекомендациями, % (n = 128)	42,2	35,9	31,3	30,5	34,4
Незнакомые с рекомендациями, % (n = 172)	18,6	25	9,9	9,9	22,7
Критерий χ^2_1	19,959 $p < 0,0001$	4,207 $p = 0,04$	21,769 $p < 0,0001$	20,483 $p < 0,0001$	5,02 $p = 0,025$
Сила связи (V-коэффициент Крамера)	0,258	0,118	0,269	0,261	0,129

Врачи, знакомые с рекомендациями, в 2,3 раза чаще проводили исследования на *Helicobacter pylori*, в 1,4 раза чаще – на СРБ, в 3,2 раза чаще – на АТ к ТГ и ТПО, в 3,1 раза чаще – на ТТГ, в 1,5 раз чаще – на маркеры гепатитов и ВИЧ-инфекции, чем те, кто был не знаком с согласительными документами (см. табл. 1).

Врачи-аллергологи, знакомые с согласительными документами, чаще других врачей осуществляли все перечисленные виды анализов, кроме исследований на *Helicobacter pylori* (табл. 2). Врачи-дерматологи реже всех врачей назначали исследование СРБ, АТ к ТГ и ТПО, ТТГ, а педиатры – анализы крови на маркеры гепатитов и ВИЧ. При этом 9,5% врачей-дерматологов, знакомых с рекомендациями, все равно игнорировали все исследования у больных ХК.

Среди врачей, не знакомых с рекомендациями, отмечена статистически значимая взаимосвязь с проведением провокационных тестов ($\chi^2_1 = 9,43$; $p = 0,024$; $V = 0,234$). Чаще других тесты проводили дерматологи (40,9%) и терапевты (22,4%), реже всех – аллергологи (16,7%) и педиатры (16,7%).

Статистически значимой зависимости не отмечено при сравнении врачебной специальности с проведением биопсии и аллергологического обследования. Частота рекомендаций аллергологических и микробиологических исследований, а также определения АТ к антигенам паразитов и проведения биопсии кожи была примерно одинаковой в обеих группах врачей. Лишь 18,4% аллергологов, 4,6% дерматоло-

гов, 4,9% педиатров и 4,2% терапевтов проводили тест с ТАС для выявления аутореактивной крапивницы. Выявлена статистически значимая зависимость между знанием клинических рекомендаций и проведением ТАС ($\chi^2_1 = 6,565$; $p = 0,01$; $V = 0,162$; рис. 6). При этом врачи, знакомые с клиническими рекомендациями, почти в 3 раза чаще проводили ТАС (14,2% против 4,9% из 250 врачей, ответивших на вопрос).

Выявление причины ХК у 80% пациентов посчитали возможным 9,3% врачей, у 50% больных – 34,6% врачей, у 20% – каждый второй врач (56%). Чаще других врачей причину у более 80% пациентов с ХК выявляли аллергологи (22,2%), реже – педиатры (5,9%) и терапевты (9,4%) и реже всех – дерматологи (2,8%) ($\chi^2_1 = 15,879$; $p = 0,014$; $V = 0,295$). Наблюдалась некоторая тенденция к более частому выявлению причин ХК среди врачей, знакомых с рекомендациями, чем среди тех, кто их не знал (24,2% против 19,8% из 182 врачей, ответивших на вопрос). Тем не менее, статистически значимой зависимости не выявлено ($\chi^2_1 = 1,759$; $p = 0,185$).

Наиболее частые выявляемые причины/провоцирующие факторы ХК среди врачей всех специальностей (в порядке уменьшения частоты): инфекции (11,3%), реакции на пищу (10,3%), аутоиммунные нарушения (8,3%), физические факторы (8%), реакции на лекарства (6%), другие аллергические реакции (4,3%), другие причины (3,3%). На невозможность установления причины ХК указали 20,3% врачей.

Таблица 2

Связь между знанием рекомендаций среди врачей разных специальностей и назначением исследований у больных ХК

Врачи	Общий анализ крови и СОЭ	СРБ	АТ к ТГ, ТПО	ТТГ	Маркеры гепатитов и ВИЧ-инфекции
Аллергологи, % (n = 54)	87	55,6	50	48,1	46,3
Дерматологи, % (n = 42)	76,2	16,7	9,5	11,9	35,7
Педиатры, % (n = 19)	63,2	26,3	36,6	26,3	5,3
Терапевты, % (n = 13)	53,8	30,8	23,1	23,1	23,1
Критерий χ^2_1	8,946 $p = 0,030$	16,717 $p = 0,001$	18,469 $p < 0,0001$	15,289 $p = 0,002$	11,309 $p = 0,01$
Сила связи (V-коэффициент Крамера)	0,264	0,361	0,380	0,346	0,297

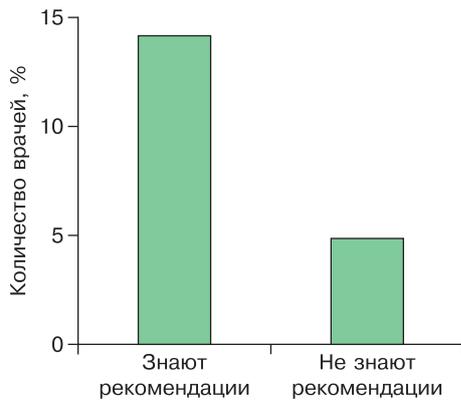


Рис. 6. Количество врачей, знающих или не знающих рекомендации и проводящих тест с аутологичной сывороткой.

Обсуждение

В отличие от многих других кожных заболеваний характерные клинические проявления крапивницы в большинстве случаев позволяют с высокой вероятностью предположить диагноз не только врачу, но и пациенту. С другой стороны, по своей природе крапивница – сложная патология с широким разнообразием симптомов, варьирующих от точечных мелких волдырей до распространенных ангиоотек и приводящих к значительному снижению качества жизни пациентов. Кроме того, комплексность крапивницы определяется большим количеством возможных причинных и провоцирующих факторов, множеством клинических форм и различным ответом на терапию. Поэтому при подборе эффективного лечения и составлении оптимального диагностического плана, особенно при наблюдении больных ХК, от врача требуется знание современных национальных и международных рекомендаций по этому заболеванию.

ОК часто связана с аллергическими реакциями и во многих случаях не требует проведения каких-либо диагностических мероприятий, кроме аллергологического тестирования [7, 8]. Поскольку ХК может быть обусловлена сопутствующими заболеваниями (например, инфекцией, аутоиммунными нарушениями), такие пациенты нуждаются в расширенном спектре исследований [7, 8].

Результаты опроса аллергологов, дерматологов, педиатров и терапевтов позволили выявить сходства и различия в клиническом подходе к диагностике ХК. В ранее проведенном исследовании [2] около 50% анкетированных специалистов затруднились с определением характерных особенностей, критериев и симптомов ОК и ХК. По нашим данным, число таких врачей составило несколько большую долю особенно среди врачей общей практики (26,7% аллергологов, 51,2% дерматологов, 59% педиатров, 71,8% терапевтов). Неверный подход к дифференциальной диагностике между ОК и ХК предполагает неоптимальный алгоритм последующих исследований.

Как оказалось, больные ОК и ХК чаще обращаются к аллергологам и дерматологам, при этом педиатры и терапевты наблюдают таких пациентов намного реже. Интересно также, что аллергологи чаще консультируют больных ОК и ХК, чем остальные врачи. При этом они наблюдают пациентов с ХК

чаще в условиях стационара, а с ОК – в амбулатории. С одной стороны, наши данные указывают на низкую осведомленность врачей первичного звена о принципах ведения больных ХК, что приводит к направлению таких пациентов к врачам-специалистам. С другой стороны, большой поток пациентов с ХК у врачей-аллергологов может быть обусловлен широко распространенным заблуждением, что ХК в большинстве случаев является аллергическими заболеванием.

Лишь около половины (42,7%) из всех опрошенных врачей оказались знакомы с национальными и зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. Информированность аллергологов об основных положениях клинических рекомендаций оказалась выше информированности терапевтов в 4,9 раз, педиатров в 2,9 раза, дерматологов в 2,3 раза. При этом, как и в раннем исследовании [2], наиболее узнаваемым был Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек». Знание зарубежных клинических рекомендаций EAACI/GA2LEN/EDF/WAO среди аллергологов было меньше в 2,7 раза, дерматологов – в 8,2 раза, педиатров – в 7,9 раз, терапевтов – в 11 раз. Возможными причинами этого могут быть недостаточная информированность врачей первичного звена и дерматологов о наличии таких рекомендаций, отсутствие времени для их изучения, а также низкий уровень владения иностранными языками.

По результатам нашего исследования, врачи, не знакомые с согласительными документами, были склонны к неоптимальной диагностике и в 2 раза чаще обращались за помощью к смежным специалистам. Аллергологи чаще других специалистов направляли на исследования, предлагаемые согласительными документами, что может быть напрямую связано с лучшим знанием этих клинических рекомендаций, а также с недоступностью некоторых анализов в лечебных учреждениях среди других врачей.

По данным литературы [12, 13], примерно у 50% пациентов крапивница носит аутореактивный/аутоиммунный характер и связана с наличием циркулирующих гистаминвысвобождающих аутоантител к IgE или к альфа-субъединице высокоаффинного IgE рецептора FcεRI на тучных клетках и базофилах. Для диагностики этой формы крапивницы применяют ТАС, который также предлагается в качестве метода оценки тяжести заболевания [14]. Положительный ТАС обнаруживался у 4,1–76,5% пациентов [15]. По нашим данным, лишь менее 20% врачей использовали ТАС в повседневной практической деятельности и только у небольшого числа пациентов. Основную долю составляли аллергологи (18,4%), при этом врачи, знакомые с рекомендациями, чаще проводили этот тест. Таким образом, можно считать, что у многих пациентов аутоиммунный/аутореактивный характер ХК остается неустановленным, что приводит к проведению ненужных исследований, снижению эффективности лечения и финансовым затратам.

Мы не обнаружили статистически значимую разницу в частоте выявления причин ХК между группами врачей, знакомых и нез знакомых с руководствами.

Это может объясняться все еще неидеальным характером диагностического поиска даже в той группе врачей, кто изучал рекомендации.

Таким образом, наши данные указывают на недостаточное знание клинических рекомендаций среди врачей первичного звена (терапевтов, педиатров) и в меньшей степени, среди узких специалистов (аллергологов и дерматологов). Это в свою очередь приводит к гипер- или гиподиагностике, временным и экономическим затратам. Увеличить информированность врачей можно путем проведения алергошкол, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения (проведение веб-семинаров, открытый доступ к современным руководствам на специализированных сайтах, распространение образовательной информации в социальных сетях).

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Zuberbier T., Aberer W., Asero R., Bindslev-Jensen C., Brzoza Z., Canonica G.W., et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868–87. doi: 10.1111/all.12313.
- Разваляева А.В. Комплексная клинко-экономическая и фармакоэпидемиологическая оценка противоаллергических препаратов – путь оптимизации лечения и профилактики алергодерматозов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград; 2010.
- [Razvalyayeva A.V. *Comprehensive clinical, economic, pharmacological and epidemiological evaluation of anti-allergic drugs is the way to optimize the treatment and prevention of allergic dermatoses*. Dis. Volgograd; 2010]. (in Russian)
- Maurice-Tison S., Pouyanne J., Doutre M.S. General practitioners, dermatologists, allergists, and the management of chronic urticaria. Results of a practice survey. *Ann. Dermatol. Venerol.* 2003; 130(Spec No1): 1S160–73.
- Henderson R.L. Jr., Fleischer A.B. Jr., Feldman S.R. Allergists and dermatologists have far more expertise in caring for patients with urticaria than other specialists. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 43(6): 1084–91.
- Sharma J.K., Miller R., Murray S. Chronic urticaria: a Canadian perspective on patterns and practical management strategies. *J. Cutan. Med. Surg.* 2000; 4(2): 89–93.
- Weller K., Viehmann K., Bräutigam M., Krause K., Siebenhaar F., Zuberbier T., et al. Management of chronic spontaneous urticaria in real life – in accordance with the guidelines? A cross-sectional physician-based survey study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* 2013; 27(1): 43–50. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04370.x.
- Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C., Walter Canonica G., Church M.K., Giménez-Arnau A., et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*. 2009; 64(10): 1417–26. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02179.x.
- Астафьева Н.Г., Борзова Е.Ю., Горячкина Л.А., Данилычева И.В., Емельянов А.В., Кочергин Н.Г. и др. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ. Часть 5. *Российский алергологический журнал*. 2009; 1: 51–9.
- [Astafieva N.G., Borzova E.Y., Goryachkina L.A., Danilycheva I.V., Emelyanov A.V., Kochergin N.G., et al. Urticaria and angioedema: recommendations for practitioners. Russian national consensus document. Part 5. *Rossiyskiy allergologicheskii zhurnal*. 2009; 1: 51–9]. (in Russian)
- Grattan C.E., Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157(6): 1116–23.
- Powell R.J., Du Toit G.L., Siddique N., Leech S.C., Dixon T.A., Clark A.T., et al. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. *Clin. Exp. Allergy*. 2007; 37(5): 631–50.
- Nicholson P.J., Llewellyn D., English J.S.; Guidelines Development Group. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact. Dermatitis*. 2010; 63(4): 177–86. doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01763.x.
- Konstantinou G.N., Asero R., Ferrer M., Knol E.F., Maurer M., Raap U., et al. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria. *Allergy*. 2013; 68(1): 27–36. doi: 10.1111/all.12056.
- De Swerd A., Van Den Keybus C., Kasran A., Cadot P., Neyens K., Coorevits L., et al. Detection of basophil-activating IgG autoantibodies in chronic idiopathic urticaria by induction of CD 63. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2005; 116(3): 662–7.
- Kocatürk E., Kavala M., Kural E., Sarigul S., Zindancı I. Autologous serum skin test vs autologous plasma skin test in patients with chronic urticaria: evaluation of reproducibility, sensitivity and specificity and relationship with disease activity, quality of life and anti-thyroid antibodies. *Eur. J. Dermatol.* 2011; 21(3): 339–43. doi: 10.1684/ejd.2011.1294.
- Konstantinou G.N., Asero R., Maurer M., Sabroe R.A., Schmid-Grendelmeier P., Grattan C.E. EAACI/GA(2)LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in urticaria. *Allergy*. 2009; 64(9): 1256–68. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02132.x.

Поступила 29.11.14
Received 29.11.14

КОСМЕТОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.5-003.92-08

Обзор патогенетических механизмов и методов коррекции рубцов

Вертиева Е.Ю., Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г., Пинсон И.Я.

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. О.Ю. Олисова) и Научно-образовательный клинический центр иммунозависимых дерматозов ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

Вопрос выбора адекватного метода лечения рубцов остается по-прежнему актуальным. Патогенез этого процесса до конца не изучен. Известно, что важную роль в формировании рубцов играют генетическая предрасположенность, гиперпродукция факторов роста, в частности трансформирующего фактора роста-β, дисбаланс между матриксными металлопротеазами и их ингибиторами. В настоящее время применяются различные медикаментозные, физиотерапевтические, хирургические методы лечения. Несмотря на обилие методов коррекции, проблема терапии рубцов остается до конца не решенной.

Ключевые слова: рубцы; патогенез рубцов; трансформирующий фактор роста-β; металлопротеиназы; лечение рубцов.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18 (1): 51-57