

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ

В.В.Скворцов, докт мед. наук, **А.В. Тумаренко**, канд. мед. наук, **Е.М. Скворцова**, **М.С. Журавлева**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: skvortsov1@yandex.ru

Представлены вопросы этиологии, патогенеза, клинической симптоматики, подходы к диагностике, терапии и профилактике острой крапивницы.

Ключевые слова: острая крапивница, перивазальный отек, тучные клетки, гистамин, уртикарные высыпания, циркулирующие иммунные комплексы, IgE-антитела, элиминация аллергена, H₁-гистаминоблокаторы, кетотифен, системные глюкокортикостероиды.

Дерматоз, проявляющийся мономорфной уртикарной зудящей сыпью, называют крапивницей. Основным признаком крапивницы – зудящие волдыри, четко отграниченные, возвышающиеся над поверхностью покрасневшей кожи, размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

По данным эпидемиологических исследований, приблизительно у 20% людей в популяции хотя бы 1 раз в жизни возникает крапивница. Согласно сведениям Института иммунологии МЗ РФ, в разных регионах России распространенность аллергических заболеваний составляет от 15 до 35%.

Этиология

У 40% больных выяснить причину крапивницы невозможно. У остальных 60% больных это очаговая инфекция, пищевая аллергия, семейная атопия, физическая, ингаляционная и алиментарная аллергия, глистные инвазии, парапротеинемия, желудочно-кишечные нарушения, дискинезия желчевыводящих путей, лекарственная аллергия и т.д.

Патогенез

Общие черты патогенеза всех форм крапивницы – повышенная проницаемость сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека вокруг них (перивазальный отек).

Формирование волдырей при хронической идиопатической крапивнице происходит вследствие нежелательной активации тучных клеток кожи, приводящей к высвобождению гистамина и других медиаторов. Активация тучных клеток через рецепторы на их мембране иммунологиче-

ским путем влечет за собой немедленное высвобождение медиаторов аллергии («ранняя фаза» воспалительного ответа), что, в свою очередь, через несколько часов обуславливает привлечение к месту воспаления клеток, включая эозинофилы, нейтрофилы и базофилы. Данный воспалительный ответ называется ответом «поздней фазы».

Действие хорошо известных неспецифических триггеров крапивницы (эмоциональные стрессы, предменструальный период, алкоголь, лекарственные вещества, физические факторы) реализуется посредством неиммунологической активации тучных клеток.

Фармакологические медиаторы, высвобождаемые из тучных клеток кожи, вызывают гиперемию кожи, зуд, повышение проницаемости сосудов кожи, что обуславливает появление уртикарных высыпаний.

В патогенезе крапивницы основная роль принадлежит гистамину, который содержится в гранулах тучных клеток и секретируется в результате их дегрануляции. У данной группы больных способность инактивировать гистамин резко снижена: гистаминопексические свойства сыворотки крови снижаются до нулевых значений, что ведет к повышению проницаемости сосудов. В реализации гиперчувствительности у больных крапивницей участвуют и другие биологически активные вещества (серотонин, ацетилхолин, брадикинин, интерлейкины, простагландины), потенцирующие действие гистамина.

Известны также неаллергические формы крапивницы, возникающие вследствие диспротеинемии с избыточным накоплением внутриклеточных протеиназ. В этих случаях развиваются процессы аутоагрессивного характера, когда при реакции патологических антител и антигенов образуются агрессивные циркулирующие иммунные комплексы, вызывающие сосудистую реакцию, сходную с реакцией на гистамин.

Классификация

В зависимости от этиологии и патогенеза различают иммунные, неиммунные и идиопатические формы крапивницы. Среди иммуноопосредованных крапивниц выделяют IgE-медируемые (пищевая,

Классификация крапивниц по их длительности, частоте обострений и причинам [8]

Группа	Подгруппа	Пояснения
Спонтанная крапивница	Острая	Спонтанные волдыри, сохраняющиеся более 6 нед
	Хроническая	Спонтанные волдыри, сохраняющиеся менее 6 нед
Физическая крапивница	Холодовая контактная крапивница	Провоцирующий фактор – холодный воздух/вода/ветер
	Замедленная, возникающая при давлении	Провоцирующий фактор – вертикальное давление (появление волдырей через 3–8 ч)
	Тепловая контактная	Провоцирующий фактор – локализованное тепло
	Солнечная	Провоцирующий фактор – ультрафиолетовое облучение и(или) видимый свет
	Дермографическая	Провоцирующий фактор – штриховое воздействие (появление волдырей через 1–5 мин)
	Вибрационная крапивница/ангиоотек	Провоцирующий фактор – воздействие вибрации (например, отбойный молоток)
Другие виды крапивниц	Аквагенная	Провоцирующий фактор – вода
	Холинергическая	Провоцируется повышением температуры тела
	Контактная	Провоцируется контактом с уртикарогенами
	Анафилаксия/крапивница, вызванная физическим усилием	Провоцирующий фактор – физическая нагрузка

аэроаллергены, лекарственная, инсектная), иммунокомплексные (вирусная и бактериальная инфекция, лекарственная аллергия), а также возникающие при аутоиммунных заболеваниях.

Удобной для практики представляется клиническая классификация, предложенная на 2-й Международной согласительной конференции по крапивнице и основанная на выделении спонтанных, физических и других видов крапивниц (см. таблицу).

Если острой крапивницей чаще страдают дети и подростки, то хроническая крапивница более характерна для людей от 20 до 40 лет.

Клиническая картина

Уртикарные высыпания сопровождаются зудом, бледнеют при надавливании и представляют собой ограниченный отек сосочкового слоя дермы. Особенность крапивницы – быстрое возникновение и быстрое разрешение волдырей (в течение 24 ч) без формирования вторичных элементов. Элементы сыпи различаются по размерам, бывают круглыми и овальными; при слиянии становятся полициклическими. Очаги меняют свои размеры и форму, расширяются по периферии, мигрируют и регрессируют. Новые очаги развиваются по мере того, как разрешаются старые. Редко могут появляться пузыри или зудящие высыпания с интенсивным отеком. Распределение очагов – обычно генерализованное и бессистемное.

Высыпания при крапивнице могут иметь любую локализацию, появляться на волосистой части головы, ладонях, подошвах. Возможны недо-

могание, головная боль, лихорадка. В периферической крови наблюдается эозинофилия (более 6% в лейкоцитарной формуле).

Упорное рецидивирование крапивницы может быть связано с наличием очагов инфекции: хронического тонзиллита, кариеса, холецистита, остеомиелита, патологией желудочно-кишечного тракта, эндокринными заболеваниями (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, дисфункция яичников), сывороточной болезнью, аутоиммунными заболеваниями, диспротеинемиями, саркоидозом и новообразованиями.

Диагностика

Как правило, достаточно собрать аллергологический анамнез пациента, назначить элиминационный пищевой режим, при необходимости – провести провокационные тесты и анализ на специфические IgE-антитела. Эозинофилия в периферической крови также косвенно указывает на аллергический генез крапивницы.

Идентифицировать уртикарные элементы, как правило, нетрудно. В случае пигментной крапивницы высыпания представляют собой гиперпигментированные пятна разного размера и локализации, которые при расчесывании трансформируются в волдыри; холинергическая крапивница характеризуется мелкими гиперемизированными уртикариями размером 1–3 мм, которые окружены участками гиперемии.

Если, опрашивая пациента, не удастся выявить причину крапивницы, необходимо провести комплексное обследование с использованием лабора-

торных и инструментальных методов, направленное на выявление очагов хронической инфекции, системного заболевания, неопластического процесса, эндокринной патологии.

Простейший метод диагностики холодовой крапивницы – холодовая проба. К предплечью на 4 мин прикладывают кубик льда, затем 10 мин наблюдают. При положительном результате тестирования образуется типичный волдырь. Холинергическую крапивницу можно подтвердить с помощью метахолинового кожного теста или погружением в горячую ванну. Вибрационную форму подтверждают, прикладывая к предплечью больного на 4 мин лабораторный вибратор.

Неотложная помощь при острой крапивнице

Основные принципы:

- элиминация аллергена;
- противоаллергическая терапия;
- решение вопроса о госпитализации.

Элиминация аллергена заключается в отмене лекарственного препарата (в случае лекарственной аллергии), удалении аллергена с поверхности кожи (при контактной аллергии), назначении гипоаллергенной диеты (в случае крапивницы на пищевые продукты).

Адреномиметики для парентерального введения – средства неотложной помощи при тяжелой острой крапивнице. 0,2–0,3 мл 0,1% раствора адреналина (детям — 0,01 мл/кг) вводят подкожно. При необходимости через 20–30 мин инъекцию повторяют.

Всем больным назначают H_1 -блокаторы. Однако, поскольку они часто не устраняют всех симптомов заболевания, дополнительно используют другие лекарственные средства. В большинстве случаев монотерапия при крапивнице неэффективна.

H_1 -блокаторы наиболее эффективны при острой и холинергической крапивнице, менее эффективны при солнечной и холодовой крапивнице. Они уменьшают зуд и отек, но не влияют на эритему.

Парентерально обычно вводятся H_1 -блокаторы I поколения (дифенгидрамин, трипеленамин, прометазин, гидроксизин). При холодовой крапивнице наиболее эффективен ципрогептадин (перитол).

H_1 -блокаторы I поколения лучше назначать перед сном, поскольку они оказывают снотворное действие, а препараты II поколения – днем. H_1 -блокаторы II поколения (лоратадин, цетиризин, акривастин, астемизол, фексофенадин, дезлоратадин) не проникают через гематоэнцефалический барьер, не оказывают снотворного, антисеротонинергического и М-холиноблокирующего действия.

Одновременное назначение H_1 - и H_2 -блокаторов, например хлорфенамина и циметидина, эффек-

тивно при некоторых острых формах крапивницы.

Препарат «Кетотифен» угнетает выброс гистамина при холодовой и холинергической крапивнице.

Применение системных глюкокортикостероидов при острой крапивнице показано:

- при тяжелом течении заболевания;
- при неэффективности антигистаминных препаратов.

Известно, что молекулы глюкокортикостероидов попадают в клетку и, образуя комплексы с глюкокортикостероидными рецепторами, проникают в ядро. Затем, подавляя экспрессию генов и кодирование м-РНК синтеза провоспалительных интерлейкинов и цитокинов, купируют кожные высыпания при крапивнице. Эти препараты предотвращают также привлечение воспалительных клеток, способных потенцировать уртикарные высыпания.

Обычно проводятся короткие курсы лечения преднизолоном в суточных дозах 40 мг (редко – больше) в течение 5–7 дней до достижения ремиссии с постепенным снижением дозы.

Литература

1. Аллергические реакции. В кн.: К.И. Григорьев. Педиатрия. Руководство... М.: Медпрессинформ, 2015: 457–469.
2. Горячкина Л.А., Ненашева Н.М., Борзова Е.Ю. Крапивница // Лечащий врач. – 2003; 9.
3. Ильина Н.И. Аллергопатология в различных регионах России: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1996.
4. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. Пер. с англ. Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – С. 252–273.
5. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. – М., Медицина, 1991. – 368 с.
6. Самура Б.А., Малая Л.Т., Черных В.Ф. Под ред. Б.А. Самуры Лекции по фармакотерапии. – Харьков: Золотые страницы, 2004. – 544 с.
7. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология: клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 228 с.
8. Чучалин А.Г. Аллергические болезни. Диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE URTICARIA

V.V. Skvortsov, MD, A.B. Tumarenko, Cand. Med. Sci, E.M. Skvortsova, M.S. Zhuravleva
Volograd State Medical University

The article is concerned with the problems of etiology, pathogenesis, clinical signs, and approaches to diagnostics, treatment and prevention of acute urticaria.

Key words: acute urticaria, perivascular edema, mast cells, histamine, circulating immune complexes, IgE-antibody, elimination of allergen, H_1 -histamine antagonists, Ketotifenum, systemic glucocorticoids.