

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Куратор клинической ординатуры
профессор Карачева Ю.В.

Реферат на тему :

Крапивница

Специальность : дерматовенерология
Выполнила: клинический ординатор 2 года
Фамилия: Сиротова
Имя: Александрина
Отчество: Михайловна

2019 год

Содержание

1. Введение	3
2. Этиология и эпидемиология	3
3. Классификация	4
4. Клиника	4
5. Лабораторные и инструментальные исследования...	6
6. Лечение	8
7. Список литературы....	9

Введение

Крапивница (*от лат. urtica – крапива*) аллергическое заболевание, характеризующееся быстрым более или менее распространенным высыпанием на коже зудящих волдырей. Разновидность крапивницы - отек Квинке (гигантская крапивница). Крапивница имеет вид непостоянной сыпи, которая состоит из красноватых выпуклых или уплощенных образований неправильной формы, вызывающих зуд.

Заболевание развивается в результате контакта с аллергенами, содержащимся в пище, лекарствах, воздухе или одежде. Причина развития крапивницы — выделение в коже гистамина. Важную роль в патогенезе играют функциональные нарушения нервной системы, особенно вегетативной. Наиболее частое проявление лекарственной аллергии. Начинается крапивница внезапно с интенсивного зуда кожи различных участков кожи.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Крапивница является распространенным заболеванием: различные ее клинические варианты диагностируются у 15–25% людей в популяции, при этом четверть случаев приходится на хроническую крапивницу (ХК). Продолжительность заболевания у взрослых лиц составляет в среднем от 3 до 5 лет, при этом каждый пятый пациент с ХК отмечает появление волдырей на протяжении более длительного периода (до 20 лет). Кроме того, у каждого второго пациента с крапивницей регистрируется такое опасное для жизни состояние, как ангиоотек.

Появление уртикарий может провоцироваться приемом различных лекарственных веществ (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антибактериальные препараты и др.), некоторых пищевых продуктов (цитрусовых, шоколада, орехов, яиц и др.), пищевых добавок (глутаматов, красителей, стабилизаторов, консервантов). Причиной развития хронической крапивницы могут быть и различные инфекционные заболевания (гельминтозы, очаги фокальной инфекции, вирусный гепатит). Ряд сопутствующих заболеваний и состояний также может приводить к появлению уртикарных высыпаний. К ним относятся хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастрит и язвенная болезнь, ассоциированные с *Helicobacter pilori* и др.), эндокринная патология (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит и др.), онкологические заболевания (в том числе, лейкозы, ходжкинские и неходжкинские лимфомы), диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматомиозит), криоглобулинемия, патологически протекающая беременность, климакс. В ряде случаев появление волдырей провоцируют физические воздействия на кожу (высокие и низкие температуры, трение, изменение давления и др.) и различные вещества, поступающие ингаляторно (бытовая пыль, шерсть животных, пыльца растений и др.).

КЛАССИФИКАЦИЯ

L50 Крапивница

L50.0 – аллергическая,

L50.1 – идиопатическая,

L50.2 – вызванная воздействием низкой или высокой температуры,

L50.3 – дермографическая,

L50.4 – вибрационная,

L50.5 – холинергическая,

L50.6 – контактная,

L50.8 – другая,

L50.9 – неуточнённая

В настоящее время этиологическая классификация крапивницы не используется, так как у одного и того же больного встречаются несколько типов или подтипов крапивницы.

Крапивницу подразделяют по продолжительности существования и с учетом этиологического фактора на типы и подтипы:

1. Спонтанная*:

- Острая (до 6 недель);
- Хроническая (свыше 6 недель).

2. Физическая:

- крапивница, индуцируемая холодом (холодовая);
- крапивница от давления (замедленная крапивница вследствие давления);
- крапивница, индуцируемая теплом (тепловая);
- солнечная;
- симптоматический дермографизм (уртикарный дермографизм, дермографическая крапивница);
- вибрационный ангиоотек (вибрационная крапивница / ангиоотек).

3. Другие типы крапивницы:

- аквагенная;
- холинергическая;
- контактная.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Спонтанная (идиопатическая) крапивница является наиболее часто встречающейся клинической разновидностью крапивницы. Клинически проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра). На лице элементы могут практически не выступать над уровнем кожи. В ряде случаев высыпания захватывают практически весь кожный покров и могут сопровождаться повышением температуры тела. Волдыри имеют сначала бледно-розовый цвет за счет локального расширения поверхностной сети кровеносных сосудов дермы (*urticaria rubra*), а затем, по мере нарастания отека в соединительной ткани и сдавления сети мелких сосудов, они могут приобретать фарфорово-белый цвет (*urticaria alba, seu porcellanea*). При уменьшении выраженности отека волдыри постепенно становятся розового цвета, а затем исчезают бесследно.

Таким образом, для волдыря при крапивнице характерны следующие признаки:

- центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный эритемой;
- зуд, иногда ощущение жжения;
- обратимость (волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 часов).

По характеру течения обычная крапивница подразделяется на острую и хроническую.

Под *острой крапивницей* понимают внезапное однократное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного из провоцирующих факторов.

Хронической крапивницей называют состояние, возникающее вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов. По характеру течения хроническую крапивницу подразделяют на *рецидивирующую* и *персистирующую*, характеризующуюся постоянным появлением уртикарий.

Острая спонтанная крапивница в большинстве случаев остается единственным эпизодом в жизни пациента. У 50% больных с хронической рецидивирующей крапивницей наступает спонтанная ремиссия. Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения.

Частным случаем обычной крапивницы является *ангиоотек* (*ангиоотема, отек Квинке, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница*). Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек. Отек может быть диффузным, окраска кожи в очаге поражения более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется. Отек Квинке чаще развивается на одном участке кожного покрова, а, в противном случае, большей частью ассиметрично. Важным клиническим симптомом, отличающим отек Квинке от обычной крапивницы, является отсутствие зуда. Пациентов обычно беспокоит чувство распирания, стягивания, реже – болезненности в очаге поражения. В процесс вовлекаются, главным образом, хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку – область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть, реже – конечности, живот, а также слизистые оболочки полости рта, языка, гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта. Может наблюдаться поражение сухожильных влагалищ, суставов (перемежающийся отек суставов), надкостницы, мозговых оболочек, лабиринта. При этом клиническая симптоматика бывает обусловлена локализацией отека. Так, при развитии гигантской крапивницы на слизистой оболочке полости рта возникает нарастающее чувство распирания, парестезии. При отеке слизистой оболочки носа может быть чихание и затруднение носового дыхания. При поражении губ и языка отмечается резкое ассиметричное увеличение их в размерах, нарушается речь. При формировании отека в области гортани возникает осиплость голоса, вплоть до афонии, обусловленная отеком голосовых связок, а затем и затруднение дыхания. При развитии гигантской крапивницы в области трахеи и бронхов появляется кашель с большим количеством прозрачной мокроты, внезапное затруднение дыхания. Нарастание отека гортани, трахеи и бронхов может привести к летальному исходу от асфиксии. Поражение слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта обычно сопровождается болями в животе, симптомами кишечной непроходимости; если в процесс вовлечена слизистая оболочка мочевого пузыря, могут отмечаться дизурические явления. В некоторых случаях констатируют очаговую неврологическую симптоматику (потеря сознания, судорожные припадки и др.), обнаруживают отек диска зрительного нерва, а при поражении лабиринта – симптомы болезни Меньера. Описаны случаи, когда при отеке ретробульбарной клетчатки развивался односторонний экзофтальм, снижалась острота зрения. На фоне отека Квинке возможны подъем температуры тела, появление головной боли, нарушение общего состояния, резкое падение артериального давления, шок. Ангионевротический отек нередко сопровождается проявлениями обычной крапивницы.

Развившись внезапно, отек Квинке обычно держится несколько часов, реже – до 72 часов. Проявления гигантской крапивницы разрешаются полностью, однако данное заболевание может рецидивировать. При рецидивах нередко поражаются те же анатомические локализации.

Таким образом, ангиоотек характеризуется следующими признаками:

- быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя;
- чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд;
- возможное отсутствие эритемы;
- разрешение в срок до 72 часов.

Физическая крапивница сопровождается появлением на коже волдырей в результате воздействия на нее различных физических факторов. В зависимости от вида раздражения поверхности кожи выделяют подтипы, указанные выше.

Холинергическая крапивница является довольно редкой разновидностью заболевания (5%

от всех случаев крапивницы). Провоцирующими факторами для ее развития являются воздействие высоких температур (высокая температура окружающего воздуха, прием горячей ванны, горячего душа), физическая нагрузка, эмоциональное возбуждение, прием острой и горячей пищи. Заболевание может рецидивировать, большинство пациентов отмечают ухудшение в зимний период времени. Клинически холинергическая крапивница проявляется приступообразно: у больного внезапно возникает зуд, появляются мелкие (размером 1–3 мм в диаметре) уртикарии и усиленное потоотделение. В тяжелых случаях может возникать астматический приступ. Приступ заболевания длится от нескольких минут до нескольких часов. Следующий приступ при рецидивирующем течении крапивницы может наступить не ранее, чем через 24 часа. Многие пациенты, зная такую периодичность течения болезни, умышленно вызывают приступ крапивницы перед различными значимыми для них событиями во избежание приступа в ответственной ситуации. Описаны случаи сочетания холинергической и хронической рецидивирующей крапивницы.

Контактная крапивница развивается через 30–60 минут после контакта кожи с определенными веществами. Прямое воздействие этих агентов на кожу может вызвать появление волдырей на ограниченном участке, генерализованную крапивницу или крапивницу в сочетании с анафилактической реакцией. Выделяют неиммунные и иммунные формы контактной крапивницы.

Неиммунная контактная крапивница. Неиммунный тип контактной крапивницы является самым распространенным и в большинстве случаев характеризуется легким течением. Гистаминвысвобождающие вещества выделяются некоторыми растениями (крапивой), живыми организмами (гусеницами, медузами). Гистаминвысвобождающим действием обладают некоторые химические соединения: диметилсульфоксид, хлорид кобальта, бензойная кислота, альдегид коричный и другие.

Иммунная контактная крапивница. Представляет собой реакцию гиперчувствительности немедленного типа, опосредованную IgE. У некоторых больных кроме крапивницы развиваются аллергический ринит, отек гортани и желудочно-кишечные расстройства. В качестве триггерных факторов могут выступать латекс, бацитрацин, картофель, яблоки и другие факторы.

Аквагенная крапивница вызывается контактом кожи с водой любой температуры. Высыпания при аквагенной крапивнице сходны с таковыми, наблюдающимися при холинергической крапивнице.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика различных разновидностей крапивницы основывается на характерной клинической картине и данных анамнеза.

Если при сборе анамнеза и при проведении физикального обследования причина возникновения крапивницы не установлена, то необходимо провести *лабораторные исследования*.

Острая крапивница – лабораторные исследования.

При острой крапивнице нет необходимости проведения лабораторных анализов, за исключением случаев указания в анамнезе на наличие провоцирующего фактора. В подавляющем большинстве случаев острая крапивница разрешается в течение 2 недель и эффективно купируется H₁-гистаминоблокаторами, а при тяжелом течении – глюкокортикостероидными препаратами.

Хроническая крапивница – лабораторные исследования.

Обследование при хронической крапивнице показано для выявления причины заболевания:

1. Обязательное диагностическое обследование: клинический анализ крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови.
2. Расширенное диагностическое обследование: тесты для исключения инфекционных заболеваний (*Helicobacter pilori*, гепатиты и др.), глистной инвазии, исследование показателей функции щитовидной железы (Т4, ТТГ, антитиреоидные антитела)

При подозрении на индуцируемую крапивницу проводится ряд диагностических тестов, а в ряде случаев – расширенное диагностическое обследование (таблица 1).

Показана консультация аллерголога с последующим проведением специальных

аллергологических исследований.

При подозрении на мастоцитоз проводят исследование для определения триптазы. Для исключения диффузных болезней соединительной ткани исследуют антинуклеарные антитела и другие показатели. Биопсия кожи проводится с целью дифференциальной диагностики с уртикарным васкулитом, мастоцитозом и другими заболеваниями.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ КРАПИВИЦЫ.

Шкала тяжести активности крапивницы UAS 7 (Urticarial Activity Score) позволяет пациенту произвести суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда). Оценка активности заболевания проводится каждые 24 часа в течение 7 последовательных дней (таблица). Указанная шкала позволяет объективизировать оценку тяжести заболевания и динамики его течения, а также – мониторинг лечения. Показатели UAS7 могут быть значимым критерием для обоснования смены терапии.

Оценка активности крапивницы

Шкала	Волдыри	Зуд
0	нет	Нет
1	легкая (<20 волдырей/24 ч)	легкая (есть, но не раздражает и не беспокоит)
2	умеренная (20–50 волдырей/24 ч)	умеренная (беспокоит, но не мешает обычной повседневной деятельности или сну)
3	сильная (>50 волдырей/24 ч и большая область распространения)	сильная (тяжелый зуд, со значительным беспокойством и влиянием на нормальную ежедневную активность или сон)

Оценка показателей:

0 – отсутствие зуда и высыпаний

0–6 баллов – хорошо контролируемая крапивница

7–15 баллов – легкая степень тяжести крапивницы

16–27 баллов – средней степени тяжести крапивницы

28–42 балла – тяжелое течение крапивницы

Для оценки качества жизни пациентов с крапивницей используется также тест для оценки качества жизни, DLQI (Dermatological Life Quality Index) – валидизированный опросник для оценки качества жизни, связанного со здоровьем пациентов, имеющих дерматологические заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ

Диета. В случае доказанной пищевой аллергии рекомендуется избегать употребления в пищу продуктов, провоцирующих развитие заболевания. Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению состояния кожи через 24–48 часов.

У пациентов с ежедневной или почти ежедневной крапивницей рекомендуется включение гипоаллергенной диеты в план расширенного обследования (А). В случае псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 3 недели.

Фармакологические препараты. Неседативные H₁-гистаминоблокаторы 2 поколения рекомендованы в качестве базовой терапии первой линии при острой и при хронической крапивнице.

Назначение H₁-гистаминоблокаторов 1 поколения в настоящее время ограничено из-за их низкой эффективности и риска побочных эффектов (седация, антихолинергические эффекты, расстройство сна и др.) и показано только в ряде исключительных случаев.

Не рекомендуется лечение острой крапивницы глюкокортикостероидными препаратами. Показаниями к применению глюкокортикостероидных средств системного действия являются: отсутствие эффекта при терапии блокаторами H₁-рецепторов, замедленная крапивница вследствие давления, ангионевротический отек.

Не рекомендуется использовать, ввиду очень низкой доказанности эффективности: блокаторы H₂-рецепторов (как монотерапия так и в комбинации с H₁-гистаминоблокаторами), монтелукаст, зафирлукаст, транексамовую кислоту, кромогликат натрия, топические ГКС, колхицин, индометацин, нифедипин.

Лечение отдельных форм крапивницы

Острая крапивница

1. Исключить воздействие триггерных факторов.
2. Провести медикаментозную терапию, направленную на купирование симптомов заболевания:
 - лечение блокаторами H₁-гистаминовых рецепторов;
 - при отсутствии эффекта – лечение системными глюкокортикостероидными препаратами;
 - неотложные мероприятия для купирования ангионевротического отека.

Хроническая крапивница

1. Исключение воздействия факторов, вызывающих обострение заболевания (по возможности).
2. Гипоаллергенная диета с исключением предполагаемых аллергенов и/или облигатных аллергенов. При исключении из рациона пищевого аллергена состояние улучшается через 1–2 дня. При исчезновении высыпаний начинают поэтапное введение исключенных или новых продуктов по одному через день, пока не появятся новые высыпания. Неэффективность элиминационной диеты в течение 1 месяца свидетельствует об отсутствии связи крапивницы с пищевыми продуктами и служит показанием к отмене элиминационной диеты.
3. Медикаментозная терапия, направленная на уменьшение симптомов заболевания
H₁-гистаминоблокаторы 2-го поколения эффективны у 40–60% пациентов с хронической спонтанной (идиопатической) крапивницей. При отсутствии эффекта от лечения ими в течение 2 недель возможно 4-х кратное увеличение дозы препаратов. Увеличение дозы блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов позволяет ограничить назначение глюкокортикостероидных препаратов и, таким образом, избежать побочных эффектов терапии и стероидорезистентности [1, 3].

Холодовая крапивница. Больные должны избегать внезапного воздействия низких температур. Могут применяться антигистаминные препараты 2 поколения (рупатадин) [16]. Системные глюкокортикостероидные препараты неэффективны.

Замедленная крапивница от давления. Следует избегать давления на кожу. При тяжелой замедленной крапивнице от давления наиболее эффективны системные глюкокортикостероидные препараты, которые назначают на короткий срок с постепенным снижением дозы. Блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов обычно неэффективны.

Солнечная крапивница. Эффективны антигистаминные средства и облучение ультрафиолетовым светом в постепенно нарастающих дозах (индукция толерантности). Важна адекватная фотопротекция (UVA+UVB).

Уртикарный дермографизм. Лечение не требуется, за исключением тех случаев, когда пациент постоянно реагирует на минимальную травму. Эффективны блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов 1-го поколения. В некоторых случаях отмечается тяжелое течение заболевания и требуется назначение постоянной терапии антигистаминными препаратами 2-го поколения.

Холинергическая крапивница. Больным следует избегать интенсивной физической нагрузки. Применяются блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов 1-го и 2-го поколения. В лечении холинергической крапивницы показаны к использованию белладонны алкалоиды/фенобарбитал/эрготамин и радобелин/фенобарбитал/эрготамин.

Контактная крапивница. Избегать контакта с провоцирующими факторами. Эффективными методами терапии являются антигистаминные средства. Допустимо превентивное назначение H₁ гистаминоблокаторов 2-го поколения в случаях возможного контакта с триггерными факторами (например, укусы насекомых). Могут назначаться топические глюкокортикостероидные препараты. При тяжелых проявлениях заболевания используются системные глюкокортикостероидные препараты.

Тепловая, аквагенная, вибрационная крапивница. Антигистаминные средства не всегда эффективны.

При развитии *ангионевротического отека* парентерально вводят эпинефрин (внутривенно, внутримышечно или подкожно в зависимости от тяжести и локализации поражения) и блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов (внутривенно или внутримышечно). При неэффективности данной терапии и в случаях развития тяжелого ангионевротического отека с нарушением общего состояния используют системные глюкокортикостероидные препараты. В случаях затруднения дыхания применяют аминофиллин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Аллергология и иммунология. Под ред. К.В. Никитин - Ф48 М.: Медицина, 1985. - 635 с.
- 2 «Справочник дерматолога». О.Л. Иванов, А.Н. Львов.
3. . «Дерматология» атлас-справочник. Т. Фицпатрик, Т. Джонсон, К. Вулф, Д. Сюрмонд., 1999.
4. «Справочник по кожным и венерическим болезням» А.Н. Родионов, 2005.

Рецензия

Реферат ординатора Сиротовой А.М на тему «Крапивница» освещает непростую проблему, которая актуальна в современном мире , поскольку затрагивает социально-психологическую , эстетическую проблему граждан .

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей . Реферат написан хорошим литературным языком, оформлен в соответствии с требованиями : титульный лист, план- оглавление со страницами, введение, этиология ,классификация ,клиника , список литературы, ссылки на использованную литературу в соответствии со стандартами. Материал представлен в печатной форме на 9 листах.

Работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «хор».

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

Подпись: