

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

А. П. МУЗЫЧЕНКО

КРАПИВНИЦА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2014

УДК 616.514 (075.8)
ББК 55.83 я73
М90

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 17.09.2014 г., протокол № 1

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. дерматовенерологии Гродненского государственного медицинского университета Д. Ф. Хворик; канд. мед. наук, доц. каф. дерматовенерологии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. Г. Шиманская

Музыченко, А. П.

М90 Крапивница : учеб.-метод. пособие / А. П. Музыченко. – Минск : БГМУ, 2014. – 16 с.

ISBN 978-985-567-076-7.

Приведены сведения об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, современных методах диагностики и лечения крапивницы.

Предназначено для студентов 4-го курса лечебного, медико-профилактического, педиатрического факультетов.

УДК 616.514 (075.8)
ББК 55.83 я73

ISBN 978-985-567-076-7

© Музыченко А. П., 2014
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2014

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия для студентов:

- лечебного факультета по теме «Аллергические дерматозы: дерматиты, токсидермии. Синдром Лайелла. Экзема» — 6 часов;
- медико-профилактического факультета по теме «Аллергические дерматозы: дерматиты, токсидермии. Синдром Лайелла. Экзема» — 5 часов;
- педиатрического факультета по теме «Аллергические дерматозы» — 5 часов.

Крапивница представляет собой важную медицинскую и социальную проблему здравоохранения, актуальность которой обусловлена:

- высокой заболеваемостью;
- многообразием этиологических факторов и патогенетических звеньев при клинически схожих проявлениях;
- недостаточной изученностью механизмов возникновения, рецидивирования и прогрессирования;
- низкой информативностью существующих и доступных лабораторных тестов, не отражающих все многообразие патогенетических механизмов заболевания;
- отсутствием достоверных клинико-лабораторных прогностических критериев при рецидивирующем и хроническом течении заболевания.

В данном учебно-методическом пособии приведены классификация крапивницы, особенности этиопатогенеза и течения различных ее видов, современные способы диагностики и лечения в соответствии с международными стандартами и принципами доказательной медицины.

Тема, которой посвящено издание, тесно связана с вопросами общей дерматологии, аллергологии, иммунологии, частными моментами, изучаемыми в рамках гистологии, патологической анатомии и патологической физиологии, фармакологии.

Цель занятия: изучение этиологии, патогенеза, клинической картины, современных методов диагностики и лечения крапивницы.

Задачи занятия:

- сформировать представление о принципах классификации крапивницы;
- ознакомиться с современными представлениями об этиопатогенезе крапивницы;
- изучить особенности течения различных видов крапивницы;
- сформировать представление о современных способах диагностики и лечения различных видов крапивницы.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студент должен знать из курсов:

- *гистологии, цитологии, иммунологии, аллергологии, нормальной физиологии* — строение и функции кожи, механизм реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов, понятие об аллергенах, антителах, тучных клетках, медиаторах;

- *патологической анатомии* и *патологической физиологии* — основные патогистологические изменения в коже;
- *фармакологии* — основные классы и принципы назначения антигистаминных лекарственных средств, кортикостероидов.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Строение эпидермиса, дермы, гиподермы.
2. Особенности кровоснабжения кожи.
3. Функции кожи.
4. Основные патогистологические изменения в эпидермисе, дерме, гиподерме.
5. Основные типы и механизмы развития аллергических реакций.
6. Механизм действия, показания и противопоказания к применению, побочное действие, принципы назначения антигистаминных лекарственных средств, кортикостероидов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение и классификация крапивницы.
2. Эпидемиология крапивницы.
3. Особенности этиопатогенеза различных видов крапивницы.
4. Основные диагностические критерии крапивницы.
5. Дифференциальная диагностика крапивницы.
6. Принципы лечения различных видов крапивницы.

Задания для самостоятельной работы студентов. Для успешного изучения материала следует внимательно ознакомиться с содержанием учебно-методического пособия. При самоподготовке необходимо придерживаться системного принципа освоения информации. При возникновении вопросов по изучаемому материалу рекомендуется их фиксировать с целью консультации с профессорско-преподавательским составом.

Для определения степени усвоения материала предлагается решение представленных в издании ситуационных задач. Правильность и полнота ответов на вопросы определяется преподавателем в ходе проведения практических занятий.

ВВЕДЕНИЕ

Крапивница является одной из сложных и неоднозначных проблем современной практической медицины. Многочисленные эпидемиологические исследования указывают на высокую распространенность (достигающую 15–25 %) указанной патологии в общей популяции.

Актуальность данной проблемы связана с заболеваемостью преимущественно в трудоспособном возрасте, высокой частотой идиопатических форм (при острой крапивнице — около 50 %, при хронической — 80–95 %), частой безуспешностью диагностических и лечебных мероприятий. Крапивница негативно влияет на качество жизни пациентов, затрагивая практически все сферы деятельности. На фоне выраженного кожного зуда, сопровождающего

заболевание, отмечается снижение внимания, сна, существенно нарушается трудоспособность. Косметические дефекты, возникающие вследствие высыпаний и отеков, ухудшают эмоциональное состояние пациентов, ограничивают их социальную активность, что создает трудности в межличностных отношениях.

Таким образом, крапивница представляет собой важную медико-социальную проблему, для эффективного решения которой специалисты различных профилей, владея основными сведениями о современных возможностях диагностики и терапии заболевания, должны согласованно, с учетом всего многообразия факторов, влияющих на ее развитие и течение, осуществлять комплексное лечение данной патологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Крапивница (от лат. *urtica* — крапива) — гетерогенная группа заболеваний, основным клиническим симптомом которых являются преходящие зудящие высыпания размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

Волдырь — бесполостной первичный морфологический элемент крапивницы, представляет собой ограниченный отек сосочкового слоя дермы, возникающий вследствие вазодилатации и увеличения проницаемости сосудов, от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре, гиперемизированный по периферии и более бледный в центре.

Особенностью крапивницы является быстрое возникновение волдырей, персистенция их на коже не более 24 ч с последующим разрешением без появления каких-либо вторичных изменений.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ

Первые упоминания о крапивнице относятся ко времени Гиппократов (IV в. до н. э.), характерные симптомы впервые описали Heberden и Willan в конце XVIII в., а термин «крапивница» («urticaria») для обозначения болезни был предложен Willam Cullen в 1769 г. Joltran в 1921 г. описал холинергическую крапивницу, Duke в 1925 г. — физическую крапивницу, а Milton в 1876 г. и Quincke в 1882 г. — гигантскую крапивницу. В 1993 г. Malcolm Greaves впервые описал аутоиммунную форму хронической крапивницы. Тучные клетки были открыты в 1877 г. Paul Ehrlich. Lewis был первым, кто в 1920-е годы подчеркнул важность гистамина как медиатора, участвующего в образовании волдырей и эритемы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Крапивница является распространенным заболеванием: от 15 до 25 % населения земного шара хотя бы раз в жизни перенесли крапивницу, при этом острая крапивница составляет 70–75 % случаев, а хроническая — 25–30 %.

Острая крапивница встречается чаще всего у детей и подростков, молодых лиц обоего пола, преимущественно с атопической конституцией. Хроническая крапивница поражает до 5 % населения и чаще встречается у пациентов в возрасте от 30 до 45 лет, при этом женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Не существует общепризнанной классификации крапивницы, однако наиболее часто используют клиническую классификацию, учитывающую механизм развития и характер триггеров.

Клиническая классификация крапивницы:

1. *Иммунологическая*:

- аллергическая;
- аутоиммунная;
- уртикарный васкулит;
- комплементзависимая.

2. *Физическая*:

а) механическая (физическая нагрузка):

- дермографическая (раздражение кожи);
- замедленная крапивница от давления (тесная одежда, бег);
- вибрационная (использование вибрирующих предметов);

б) температурная:

- тепловая контактная (прикосновение горячих предметов);
- холодовая контактная (плавание в холодной воде, холодный ветер);
- в) под воздействием иных факторов (солнечная, анафилаксия и т. п.).

3. *Идиопатическая* (вызванная стрессом, вирусной инфекцией).

Особые формы крапивницы:

- аквагенная (контакт с холодной или горячей водой);
- контактная;
- холинэргическая (провоцируют физическая нагрузка, стрессы);
- адренэргическая;
- крапивница, вызванная не IgE-опосредованной дегрануляцией тучных клеток;
- медикаментозная крапивница с отличными от описанных выше механизмами развития.

Кроме того, крапивница классифицируется по степени тяжести (табл. 1), а по продолжительности делится на острую форму (не более 6 недель) и хроническую (более 6 недель).

При сумме баллов:

- 0–2 — легкая крапивница;
- 3–4 — крапивница средней степени тяжести;
- 5–6 — тяжелая крапивница.

Оценка крапивницы по степени тяжести

Баллы	Волдыри	Зуд
0	Отсутствуют	Отсутствует
1	< 20 волдырей за 24 ч	Легкий
2	20–50 волдырей за 24 ч	Умеренный
3	> 50 волдырей за 24 ч или немногочисленные гигантские уртикарии	Выраженный

ЭТИОЛОГИЯ

К основным этиологическим факторам крапивницы относятся:

1. Пищевые продукты — рыба, молоко, яйцо, курица, говядина, свинина, орехи, яблоки, морковь, косточковые, мед, дыня, цитрусовые, копченые изделия, соевые продукты, пищевые добавки.

2. Лекарственные препараты — бета-лактамы антибиотики, цефалоспорины, аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), сульфаниламиды, витамины группы В, ингибиторы АПФ, миорелаксанты, рентгеноконтрастные препараты, декстран, тиазидные диуретики, стрептокиназа, инсулин.

3. Яд перепончатокрылых — пчел, ос, шершней и др.

4. Инфекционные агенты — хронические вирусные инфекции (гепатиты В, С), ВИЧ-инфекция, инфекции, вызываемые вирусами Эпштейна–Барр и Коксаки А и В, вирус простого герпеса, вирусные инфекции верхних дыхательных путей, хронические бактериальные и грибковые инфекции, *Helicobacter pylori*, инфекционный мононуклеоз, дисбактериоз кишечника.

5. Аутоиммунные заболевания — тиреоидит, системная красная волчанка (СКВ), синдром Шегрена, ревматоидный артрит.

6. Паразитарные заболевания — простейшие, гельминты (*Lambia intestinalis*, *Trichomonas hominis*, *Entamoeba histolytica*, *Plasmodium falciparum*, *Fasciola hepatica*).

7. Физические факторы — холод, тепло, давление, вибрация, инсоляция.

Заболевания, ассоциированные с хронической идиопатической крапивницей:

– заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, холецистит, дисбиоз кишечника, ферментопатии);

– инфекции бактериальные (*Helicobacter pylori*, хронические очаги инфекции: синусит, тонзиллит, отит, урогенитальные, стоматологические инфекции), вирусные (*Herpes simplex* и др.), грибковые (*Candida*, *Trichophyton*);

– паразитарные инвазии (гельминты);

– эндокринные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, функциональные нарушения яичников);

– системные заболевания соединительной ткани;

- лимфопролиферативные заболевания (миелома, хронический лимфоцитарный лейкоз, макроглобулинемия Вальденстрема);
- опухоли (карцинома толстого кишечника, прямой кишки, печени, легких и яичника);
- другие заболевания (саркоидоз, амилоидоз).

Считается, что у 0,6–0,8 % пациентов пищевые добавки, красители, консерванты также могут выступать в качестве этиологических факторов хронической крапивницы, реализуя свое действие через неиммунные механизмы.

ПАТОГЕНЕЗ

Единая концепция патогенеза отсутствует. Различают иммунные (I–IV типы реакций) и неиммунные механизмы развития крапивницы (табл. 2). Основные медиаторы заболевания представлены в табл. 3.

Таблица 2

Этиологическая классификация крапивницы

Этиология	Механизм развития
Аутоиммунная	Неизвестен
Физические стимулы	IgG-аутоантитела к IgE-рецепторам тучных клеток или к рецепторам IgE, связанных с тучными клетками
Действие лекарственных средств	Прямое высвобождение медиаторов тучными клетками
Инфекционный агент	Снижение метаболизма кинина, повышение уровня лейкотриенов
Аллергическая	Активация комплемента иммунными комплексами
IgE-несвязанная дегрануляция тучных клеток	Не связанный с активацией рецепторов
Васкулит	Воспаление мелких сосудов с участием иммуноглобулинов

Таблица 3

Основные медиаторы крапивницы

Медиаторы	Патофизиологические эффекты	Симптомы
Гистамин	Ирритация сенсорных нервов, вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Зуд, гиперемия, волдырь
Простагландины	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Лейкотриены (LT D4, C4, E4)	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Брадикинин	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Фактор активации тромбоцитов (ФАТ)	Вазодилатация, повышение сосудистой проницаемости	Гиперемия, волдырь
Нейропептиды	Вазодилатация, дегрануляция тучных клеток	Гиперемия

Механизмы активации тучных клеток в клинике крапивницы:

1. Иммунные:

- взаимодействие с антигеном IgE, фиксированных на мембране тучных клеток;

- взаимодействие анафилотоксинов С3а и С5а с одноименными рецепторами на мембране тучных клеток;
- активация тучных клеток основным белком эозинофилов (МЕР);
- стимуляция тучных клеток гистамин-высвобождающими факторами лейкоцитов;
- взаимодействие аутоантител к IgE или к R-IgE с соответствующими лигандами на мембране тучных клеток.

2. Неиммунные:

- нейропептиды (субстанция Р, вазоактивный интестинальный полипептид, пептид, контролируемый генами кальцитонина, нейрокинин);
- гормоны (эстрогены, АКТГ, гастрин);
- лекарственные препараты (аспирин, НПВС, кодеин, кураре, тиамин, сукцинилхолин, полимиксин В);
- физические воздействия (тепло, холод, свет, давление);
- яды животного происхождения;
- рентгеноконтрастные вещества.

ГИСТОЛОГИЯ

При *острой крапивнице* морфологически уртикарные высыпания представляют ограниченный отек сосочкового слоя дермы, раздвигающий коллагеновые волокна, вследствие повышения проницаемости мелких сосудов, преимущественно посткапиллярных венул.

Основным отличительным гистологическим признаком *хронической крапивницы* от острой является периваскулярный клеточный инфильтрат, состоящий преимущественно из Т-лимфоцитов, мононуклеарных клеток, нейтрофилов и эозинофилов. При этом при хронической крапивнице отмечено 10-кратное увеличение количества тучных клеток по сравнению со здоровыми лицами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Важной характеристикой высыпаний при крапивнице является *мономорфность*, т. е. кожная сыпь представлена одним морфологическим элементом (волдырем). При крапивнице возможна любая локализация высыпаний, включая волосистую часть головы, ладони и подошвы.

Размер высыпаний варьирует от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Возможно образование сливных элементов с фигурными очертаниями (гигантская крапивница). При острой крапивнице обычно наблюдаются крупные генерализованные высыпания, которые стремительно развиваются и быстро регрессируют. Для хронической крапивницы, как правило, характерны немногочисленные высыпания значительно меньшего диаметра, сохраняющиеся от нескольких часов до одних суток. При хронической крапивнице часто наблюдается более выраженная интенсивность

зуда и высыпаний в вечернее и ночное время, что связано с суточными ритмами секреции гистамина. Острая крапивница может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней и недель, чаще всего она имеет аллергическую природу. Хроническая крапивница протекает месяцы, а в ряде случаев — годы и редко имеет аллергическую природу.

Клиническая картина при крапивнице:

1. Наличие высыпаний в виде волдырей, сопровождающихся кожным зудом в месте образования кожных элементов.

2. Высыпания обычно характеризуются полным разрешением в течение 24 ч и возможностью возникновения на любом участке кожи.

3. При физической крапивнице жалобы на возникновение высыпаний и зуда после контакта с теплом, холодом, солнечным облучением, вибрирующими предметами, трением кожи о какие-то вещи.

4. Некоторые пациенты описывают в качестве провоцирующих факторов ОРВИ, стрессы, приемы лекарственных средств, смену климата.

5. Положительный эффект при применении H_1 -блокаторов гистамина.

6. Наличие контакта с аллергеном.

7. Отягощенный аллергологический анамнез у пациента или его родственников.

8. В анамнезе у пациента возможно наличие перенесенных хирургических вмешательств, паразитарных инвазий, аутоиммунных и инфекционных заболеваний, беременности, онкопатологии, стрессов и т. п.

9. После исчезновения высыпаний на месте волдыря не остается каких-либо изменений кожного покрова.

10. Для высыпаний характерно наличие цикличности рецидивов (например, связь с менструальным циклом).

11. В 50 % случаев крапивница сочетается с ангиоотечком.

Крапивница может являться самостоятельным заболеванием (первичная) или быть симптомом другого заболевания (вторичная).

Аллергическая крапивница чаще бывает острой или эпизодической, прослеживается наличие причинно-следственной связи с аллергеном, результаты аллергологического обследования — положительные. Высока эффективность элиминационных мероприятий. В группе риска находятся молодые лица, лица с атопическим фенотипом. Данному виду крапивницы характерна перекрестная чувствительность при контакте с родственными аллергенами.

Физическая крапивница составляет 20 % среди всех форм хронической крапивницы. Заболевание провоцируется характерными физическими триггерами, развивается в течение 30 мин после контакта с физическим фактором и быстро разрешается (в течение 2 ч, кроме замедленной крапивницы от давления). Воспроизводится при провокационных тестах с физическими триггерами.

Дермографическая крапивница встречается у 5 % населения, причем чаще болеют в молодом возрасте. Появлению высыпаний предшествует зуд.

Провокационный тест на дермографическую крапивницу — механическое раздражение тупым предметом.

Солнечная крапивница возникает под действием ультрафиолетового излучения на открытых участках тела (после пребывания на солнце). Может быть первичной (идиопатическая световая крапивница) и вторичной — при взаимосвязи с лекарственными средствами (тетрациклины) или основным заболеванием (СКВ, тиреоидит и т. д.).

Вибрационная крапивница характеризуется появлением морфологических элементов в местах воздействия вибрации. Высыпания и отек появляются через 4–6 ч после воздействия вибрации и сохраняются до 24 ч.

Холодовая крапивница составляет 3 % среди всех физических крапивниц, провоцируется низкой температурой окружающей среды, относительной переменной температуры при ветре, холодными напитками и др. Может быть врожденной и приобретенной. Вторичная холодовая крапивница формируется при инфекционных, аутоиммунных и лимфопролиферативных, паразитарных заболеваниях. Холодовая проба положительная. При вторичной холодовой крапивнице показано исследование уровня криоглобулина.

Аутоиммунная крапивница протекает по типу хронической идиопатической крапивницы, часто сочетается с аутоиммунным тиреоидитом. Сопровождается общими симптомами (слабость, дисфункции ЖКТ) и наличием высвобождающих гистамин анти-Fcε-RI-антител и анти-IgE-антител. Положительная проба с аутосывороткой.

Холинергическая крапивница чаще встречается у молодых мужчин и у лиц с атопической конституцией. Характерными триггерами являются физическая нагрузка, горячая ванна, душ, стресс, эмоции, горячие напитки, острая пища. Возможны системные реакции: гипотензия, коллапс, бронхоспазм, желудочно-кишечные симптомы. Диагностируется с помощью провокационных тестов: при физической нагрузке, стрессе, горячей ванне. Воспроизводится подкожным введением ацетилхолина.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз, как правило, устанавливается на основании типичной клинической картины. Лабораторно-инструментальное дообследование назначают с целью выявления причинного аллергена, вида крапивницы или провоцирующих факторов. Оценка хронической крапивницы должна включать исследование функции щитовидной железы, анализы на антимикросомальные и антитироглобулиновые антитела и кожный тест с аутологичной сывороткой. Одним из наиболее значимых при хронической крапивнице являются тесты на анти-IgE-рецептор или анти-IgE-антитела для определения высвобождения гистамина. При солнечной крапивнице проводится тест на антинуклеарные антитела. Различные тесты на определение формы крапивницы представлены в табл. 4.

Специфические диагностические тесты

Форма крапивницы	Тест
Дермографическая	Штриховое раздражение кожи предплечья шпателем
Холинергическая	Физические упражнения: ходьба до 30 мин, погружение в горячую ванну (40–45 °С) на 10–20 мин или локальный тест с метахолином
Тепловая	Проба с теплым предметом (40–48 °С) в течение 1–5 мин
Холодовая	1. Аппликация кубика льда на область предплечья на 10–15 мин. 2. Физические упражнения при температуре 4 °С в течение 15 мин. 3. Пребывание в холодной комнате (4 °С) без одежды в течение 10–20 мин. 4. Определение уровня криоглобулина
Замедленная от давления	Ходьба в течение 20 мин с грузом массой 6–7 кг, подвешенным на плечо
Вибрационная	Приложить к предплечью работающий лабораторный вибратор на 4 мин
Аквагенная	Проба с водным компрессом 35–37 °С в течение 30 мин
Солнечная	Облучение кожи светом разной длины волны

Дифференциальный диагноз проводят с уртикарным васкулитом, пигментной крапивницей (мастоцитозом), многоформной экссудативной эритемой, наследственным ангиоотекотом, строфулюсом, вторичным сифилисом. Обычно диагностика не представляет особых сложностей, за исключением случаев хронической крапивницы.

ЛЕЧЕНИЕ

Общие принципы лечения крапивницы включают:

- 1) элиминационную терапию;
- 2) исключение провоцирующих факторов;
- 3) лечение инфекционных и хронических воспалительных процессов.

Лечение *острой крапивницы* заключается в назначении неседативных блокаторов гистаминовых H₁-рецепторов (лоратадин, цетиризин, дезлоратадин, левоцетиризин, фексофенадин), при отсутствии эффекта в течение 5–6 суток лечение проводят по типу хронической крапивницы; при регрессе симптомов терапию продолжают до 14 суток.

В лечении *хронической крапивницы* можно выделить три линии.

1-я линия терапии — стандартные дозы неседативных блокаторов гистаминовых H₁-рецепторов, при отсутствии эффекта в течение 2 недель — замена антигистаминного лекарственного средства или повышение суточной дозы максимум в 4 раза.

2-я линия терапии (при отсутствии ответа на терапию 1-й линии в течение 1–4 недель):

– дополнительно с неседативными блокаторами гистаминовых H₁-рецепторов назначают антагонисты лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст, монтелукаст);

– при обострении: глюкокортикоиды для системного применения (преднизолон 5–15 мг/сут от 3 до 7 суток).

3-я линия терапии (при отсутствии ответа на терапию 2-й линии в течение 1–4 недель):

– иммунодепрессанты (циклоsporин А — 4 мг/кг/сут) или блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов (ранитидин, циметидин) до 14 суток;

– при обострении: глюкокортикоиды для системного применения (преднизолон — 20–40 мг/сут 3–7 суток);

– стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифен, кромогликат натрия) — 2–3 месяца;

– экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез);

– иммунные сыворотки и иммуноглобулины (гистаглобулин — 2 мл п/к 1 раз в 3–4 суток № 4–10);

– иммунодепрессанты (омализумаб — 150–375 мг п/к 1 раз в 2–4 недели).

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задача 1. Пациентка, 59 лет, обратилась к врачу с жалобами на зудящие высыпания на коже живота, верхних и нижних конечностей. Появление сыпи связывает с употреблением в пищу рыбы. Объективно: на коже туловища и конечностей имеются зудящие монотипные высыпания светло-розовой окраски, выступающие над уровнем кожи, местами сливающиеся.

Какое заболевание развилось у пациентки? Какие лабораторные исследования необходимо провести в данном случае? Какова тактика лечения?

Задача 2. Мужчина, 20 лет, жалуется на периодическое появление зудящих высыпаний на коже туловища и конечностей, возникающих сразу после физических упражнений в тренажерном зале и разрешающихся бесследно в течение 2 часов.

Каким заболеванием страдает пациент? Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Какова тактика лечения?

Задача 3. У 3-летнего ребенка, по словам матери, периодически после купания на коже туловища и конечностей возникают зудящие розово-красные высыпания диаметром от 1 до 2 см. Спустя 30–40 мин элементы сыпи самопроизвольно разрешаются. Сопутствующие заболевания: атопический дерматит.

Поставьте предварительный диагноз. Какие диагностические мероприятия помогут уточнить природу заболевания? Какова этиология возникновения данной патологии? В чем заключается профилактика возникновения данной патологии?

Задача 4. Пациентка А., 32 года, обратилась в поликлинику с жалобами на периодическое появление волдырей, сопровождающихся сильным зудом.

Считает себя больной в течение 6 недель. При объективном осмотре: волдыри бледно-розового цвета без определенной локализации с тенденцией к слиянию в поясничной области. Около 1 года назад лечилась по поводу гастрита.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные методы исследования должен назначить врач для подтверждения диагноза? Какое необходимо назначить лечение?

Задача 5. Укажите морфологический элемент, характерный для крапивницы:

- а) папула;
- б) экскориации;
- в) волдырь;
- г) пятно;
- д) лихенификация.

Задача 6. Различают триггерные факторы возникновения острой крапивницы:

- а) вирусная и бактериальная инфекция;
- б) эндокринопатии;
- в) паразитарные инвазии;
- г) все перечисленное.

Задача 7. Основными лекарственными средствами при лечении крапивницы являются:

- а) цитостатики;
- б) антигистаминные препараты;
- в) антибиотики.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Кожные и венерические болезни* : учеб. / О. Л. Иванов [и др.] ; под ред. О. Л. Иванова. М. : Шико, 2002. 480 с.
2. *Иммунология в клинической практике* / под ред. К. А. Лебедева. М. : ЦПИ «ИЭМК», 1996. 386 с.
3. *Кожные и венерические болезни* : рук. для врачей : в 4 т. / под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. М. : Медицина, 1999. Т. 1. 880 с.

Дополнительная

4. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике* : в 3 т. / К. Вольф [и др.]. М. : Бином. Лаборатория знаний, 2012. Т. 3. 896 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Введение.....	4
Определение	5
История изучения.....	5
Эпидемиология.....	5
Классификация	6
Этиология.....	7
Патогенез.....	8
Гистология	9
Клиническая картина	9
Диагностика	11
Лечение.....	12
Самоконтроль усвоения темы.....	13
Литература	14

Учебное издание

Музыченко Анна Павловна

КРАПИВНИЦА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. М. Лукьянов

Редактор Н. В. Оношко

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 19.09.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,68. Тираж 50 экз. Заказ 566.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.