##### Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

##### высшего образования

##### «Красноярский государственный медицинский университет

##### имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

##### Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО

Реферат на тему

«Крапивница»

Выполнил: ординатор кафедры

мобилизационной подготовки здравоохранения,

медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО

Арсеньева Д. Р.

Красноярск 2020

Содержание

* Этиология и патогенез.
* Классификация.
* Клиническая картина.
* Дифференциальная диагностика.
* Диагностика и лечение на догоспитальном этапе.
* Диагностика и лечение в стационарном отделении скорой помощи.
* Источники информации.

Крапивница— аллергическая реакция организма, характеризующаяся вне-

запным и быстрым появлением на коже (иногда и на слизистой оболочке

гортани) волдырей, сопровождающихся сильным зудом.

**Этиология и патогенез**

Ведущим механизмом развития крапивницы является реагиновый механизм повреждения. В качестве аллергена чаще выступают лекарственные препараты (антибиотики, рентгено-контрастные вещества и др.), сыворотки, гамма-глобулины, бактериальные полисахариды, пищевые продукты, инсектные аллергены. Второй тип механизмов повреждения может включаться при переливании крови. Иммуннокомплексный механизм может включаться при введении ряда лекарственных препаратов, антитоксических сывороток и гамма-глобулина.

Псевдоаллергическая крапивница является следствием воздействия либераторов гистамина, активаторов комплимента или калликреин-кининовой системы (антибиотики, рентгеноконтрастные вещества, сыворотки, физические факторы, пищевые продукты, содержащие ксенобиотики).

Общим патогенетическим звеном для всех клинических разновидностей крапивницы является повышенная проницаемость сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека вокруг этих сосудов. В механизме возникновения волдырей основное значение принадлежит физиологически активным веществам (гистамин, серотонин, брадикинин, интерлейкины, простагландины, ацетилхолин).

**Классификация**

Крапивницу классифицируют по продолжительности течения и вероят-

ным патогенетическим механизмам.

Классификация по продолжительности течения**:**

*  острая крапивница (продолжительность <6 нед);
* хроническая крапивница (продолжительность >6 нед):
*  хроническая постоянная (элементы возникают почти ежедневно);
*  хроническая рецидивирующая (свободные от высыпаний периоды составляют от нескольких дней до нескольких недель).

Патогенетическая классификация

*  Иммунологическая — аллергическая (пищевая, лекарственная, инсектная, вследствие трансфузионных реакций).
*  Анафилактоидная — псевдоаллергическая (пищевая, лекарственная, аспиринозависимая).
* Физическая:
*  дермографическая крапивница;
* крапивница, вызванная давлением, вибрационная, солнечная, холинергическая, тепловая, холодовая, наследственный вибрационный отек, пигментная крапивница.

Наследственные формы крапивницы

*  Наследственный ангионевротический отек. Нарушение метаболизма протопорфирина.
*  Синдром Шнитцлера (крапивница, амилоидоз, глухота).
*  Наследственная холодовая крапивница.
*  Дефицит С3b-инактиватора комплемента.
*  Другие виды крапивницы: папулезная, инфекционная, васкулит, паранеопластическая, психогенная, эндокринная, идиопатическая (если причина крапивницы не установлена).

**Клиническая картина**

Элементы сыпи бледно-розового или фарфорово-белого цвета, разной величины, не имеют определенной локализации; в одних случаях волдыри немногочисленны и расположены рассеянно, в других — увеличиваясь вследствие периферического роста и слияния (особенно на местах, подвергающихся раздражению), образуют большие очаги поражений. Иногда отек выражен настолько слабо, что наблюдается лишь высыпание пятен, иногда в форме кольца.

Отек может достигать значительного размера, распространяясь в глубь дермы и подкожной клетчатки, приводя к образованию больших волдырей. Крайне редко встречаются геморрагическая крапивница., характеризующаяся наличием в центре или по краям волдырей точечных кровоизлияний, а также буллезная крапивница., при которой на поверхности волдыря возникают пузыри. Иногда после исчезновения волдырей на их месте развивается гиперпигментация. Высыпания всегда сопровождаются зудом.

Поражение слизистых оболочек дыхательных путей (гортани, бронхов) при крапивнице проявляется затруднением дыхания и приступообразным кашлем с выделением жидкой мокроты; при быстро наступающем отеке слизистых оболочек создается угроза асфиксии . Развитие отека слизистой оболочки желудка может вызвать рвоту, даже с примесью крови; при поражении кишечника возникает быстро проходящий понос.

Заболевание обычно начинается внезапно и в ряде случаев сопровождается нарушением общего состояния: недомоганием, головной болью, ознобом, болями в суставах, повышением температуры до 38—39° («крапивная лихорадка»), эозинофилией. При распространенной крапивнице иногда ощущается напряженность в глазных яблоках, возможны слезотечение, боли в околоушных железах.

Острая крапивницахарактеризуется мономорфной сыпью, первичный эле-

мент которой — волдырь. Заболевание начинается внезапно, с сильного

зуда кожи различных участков тела, иногда всей его поверхности. Может сопровождаться недомоганием, головной болью, нередко подъемом температуры тела до 38–39 °С..Вскоре на зудящих участках появляются гиперемированные высыпания, выступающие над поверхностью кожи. По мере нарастания отека капилляры сдавливаются и волдырь бледнеет. При значительной экссудации в центре отека возможно образование пузырька с отслойкой эпидермиса.

Экссудат может приобретать геморрагический характер за счет выхода

из сосудистого русла форменных элементов крови. В дальнейшем, в результате распада эритроцитов, образуются пигментные пятна, которые не следует путать с пигментной крапивницей (мастоцитозом). Элементы сыпи могут иметь различную величину — от мелких (величиной с булавочную головку) до гигантских. Они располагаются отдельно или сливаются, образуя фигуры причудливых очертаний с фестончатыми краями. В процессе обратного развития элементы сыпи могут приобретать кольцевидную форму. Длительность острого периода крапивницы — от нескольких часов до нескольких суток, после чего говорят о подострой ее форме. Если общая продолжительность крапивницы превышает 5–6 нед, то заболевание переходит в хроническую форму. Крапивница может рецидивировать.

Хроническая рецидивирующая крапивница характеризуется волнообразным

течением, иногда на протяжении очень длительного времени (до 20–30 лет)

с периодами ремиссий. Довольно часто она сопровождается отеком Квинке.

При хронической крапивнице изредка наблюдается трансформация уртикар-

ных элементов в папулезные. Эта форма крапивницы сопровождается осо-

бенно мучительным зудом. Больные расчесывают кожу до крови. В результа-

те инфицирования расчесов появляются гнойнички и другие элементы.

**Дифференциальная диагностика**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Крапивница | Уртикарный васкулит | Токсикодермии | Герпетиформный дерматит Дюринга |
| Характеристика сыпи | волдыри, отечные, плотные, ярко-розового цвета, приподнимающиеся над уровнем кожи, различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см) и очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.), нередко с зоной побледнения в центре | Волдыри различной величины, на различных участках кожных покровов. | Полиморфные чаще симметричные элементы сыпи с преобладанием эритематозно-сквамозных, везикулезных и буллезных элементов на коже и слизистых облочках. | Полиморфные элементы волдырей, выявляются пузыри и пузырьки |
| Течение процесса | волдыри исчезают (иногда через несколько минут) бесследно; папулы (при хронической крапивнице), могут сохранятся более суток | сыпь обычно сохраняется более 1-3 суток и более | сыпь сохраняется и склонная к генерализации процесса при отсутствии лечения. | процесс усугубляется без лечения с появлением новых элементов на других участках тела |
| Интенсивность зуда | выраженный зуд, жжение | Больные чаще жалуются на боль, чем на зуд | выраженный | выраженный |
| Общее состояние больных | нарушение общего состояния: озноб, артралгии, удушье; охриплость голоса, одышка, лихорадка (крапивная лихорадка). | нарушение общего состояния: артралгии, боли в животе, повышение температуры тела. | нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела, диспепсические нарушения | нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела |
| Лабораторные показатели | Эозинофилия ; высокого уровня Ig E в сыворотке крови. | СОЭ повышена, изменение соотношения иммуноглобулинов, гемолитическая активность комплемента | СОЭ повышена от 15 до 40 мм/ч, в зависимости от тяжести, эозинофилия от 10 до 40%. | Эозинофилия в крови и в пузырной жидкости до 10-30%, а также гиперчувствительность к препаратам йода. |

**Диагностика и лечение на догоспитальном этапе**

У больного необходимо выяснить:

*  описание элементов — всегда типичное, кроме размеров и числа;
*  наличие ангионевротического отека;
*  наличие зуда в местах появления элементов;
*  длительность данного эпизода крапивницы (более или менее 6 нед);
*  продолжительность жизни одного элемента (более или менее 24–36 ч);
*  исчезает элемент бесследно или оставляет пигментацию, сосудистый рисунок, шелушение;
* эффективны ли антигистаминные ЛС;
* цикличность появления элементов (время суток, предменструальный период);
*  связь обострения с приемом ацетилсалициловой кислоты и/или НПВС;
*  наличие аллергических заболеваний в анамнезе;
*  наличие физических стимулов обострения крапивницы;
*  описание возможных провоцирующих факторов, предшествовавших появлению крапивницы (острое респираторное заболевание (ОРЗ), прием ЛС,стресс, посещение ресторана, выезд в иную климатическую зону и т. п.);
*  семейная история крапивницы или уртикарного дермографизма.

Острая крапивница продолжается до 6 нед, часто бывает единственным эпизодом в жизни. Повторяющаяся острая крапивница часто связана с атопией (пищевой,лекарственной и т. п.).

Физикальное обследование

*  Диагностика визуальная.
* Основной элемент — более или менее гиперемированный волдырь с эритемой, четко отграниченный от окружающей кожи, размером от нескольких миллиметров до десятков сантиметров (сливные). В случае дермографической крапивницы элемент формой и размером повторяет след травмирующего предмета (след шпателя, жгута и т. п.).
*  Все элементы характеризуются полной обратимостью в течение 24–36 ч.
* Возможна любая локализация основного элемента.
*  У каждого второго-третьего больного с крапивницей развивается ангионевротический отек.
*  Другие признаки атопии (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит).
*  Измерение АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС).
*  Измерение температуры тела.
*  Определение размеров периферических лимфатических узлов, печени, селезенки.
*  Аускультация легких, сердца.
* Пальпаторное исследование брюшной полости.
*  Выявление признаков анафилактической реакции.

Лечение на догоспитальном этапе

1..Антигистаминные лекарственные средства (ЛС) — основные средства

для лечения:

*  хлоропирамин (хлоропирамин) в дозе 20–40 мг (1–2 мл) парентерально;
* дифенгидрамин в дозе 20–50 мг (1% 2–5 мл) парентерально. . 

2..Системные глюкокортикоиды следует назначать пациентам с генерали-

зованной крапивницей, пациентам без адекватного ответа на антигистамин-

ные препараты:

*  преднизолон внутривенно в дозе 1 мг/кг массы тела;
*  дексаметазон в дозе 8–12 мг.

Показания к госпитализации:

Тяжелые формы острой крапивницы и ангионевротического отека в области гортани с риском асфиксии.

Все случаи анафилактической реакции, сопровождающиеся крапивницей.

Тяжелые формы обострения хронической крапивницы и ангионевротического отека, торпидные к лечению в амбулаторных условиях.

**Диагностика и лечение в стационарном отделении скорой помощи.**

Основные лабораторные исследования:

*  Клинический анализ крови.
*  Общий анализ мочи.
*  Биохимический анализ крови (CРБ, общий белок, билирубин общий и фракции, АлАТ, АсАТ, уровень глюкозы в плазме крови, креатинин, мочевина).
* УЗИ органов брюшной полости.

Показания к консультации специалистов:

* Врач аллерголог-иммунолог — при интермиттирующей острой крапивнице и хронической рецидивирующей крапивнице
* Врач-дерматовенеролог — для верификации элемента, проведения биопсии кожи при подозрении на уртикарный васкулит.

Целью лечения в отделении СтОСМП является купирование проявлений

острой и обострения хронической форм крапивницы

Немедикаментозное лечение

Соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением предполагаемых

(анамнестически или подтвержденных в тестах) и/или облигатных аллерге-

нов.

Медикаментозное лечение

1.Антигистаминные ЛС — основные средства для лечения крапивницы:

*  антагонисты Н1‑рецепторов гистамина (не обладающие седативным воздействием), например фексофенадин в дозе от 60 до 240 мг 1–2 раза в сутки, дезлоратадин в дозе 5 мг/сут, лоратадин в дозе 10 мг 1 раз в сутки и др.;
*  добавление антагонистов Н2‑рецепторов пациентам, не отвечающим или слабо отвечающим на антагонисты Н1‑рецепторов: ранитидин в дозе 150 мг 2 раза в сутки, циметидин в дозе 300 мг 4 раза в сутки, фамотидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки.

Возможно сочетание седативных короткодействующих антигистаминных

с неседативными антигистаминными ЛС.

2.Применение глюкокортикоидов коротким курсом рекомендуют пациен-

там, не отвечающим на антигистаминные ЛС, в редких случаях на длитель-

ный срок: преднизолон в дозе 40–60 мг/сут, в качестве базовой терапии —

20–40 мг через день; дексаметазон в дозе 4–20 мг/сут.

В случае регрессирования симптоматики — выписка на лечение в амбула-

торных условиях.

При присоединении отека гортани, бронхоспазма, анафилактических

реакций — в отделение реанимации.

В случае неэффективности проводимой терапии и по рекомендации врача

аллерголога-иммунолога — перевод в специализированное отделение аллер-

гологии.

**Источники информации**

1.Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под.ред. С.Ф.Багенеко, - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,-2019.

2. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Под ред В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко. – 4-е издание., перераб.и доп.-СП.: Издательский дом СПбМАПО,2007

3. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров. /А.Л Вёрткин, К.А.Свешников, - Москва: Издательство «Э», 2017

4.Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. главные редакторы: акад. РАН Р.м. хаитов, проф.Н.И. Ильина. м.: «Фармарус Принт медиа». 2014, 126 с.

5. ФГБУ «ГНЦ институт иммунологии» ФМБА России; Данилычева И.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В., Феденко Е.С., Шульженко А.Е. Федеральные клинические рекомендации. Крапивница. 2018г