



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
им. М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии № 3

Диагностика и лечение острой крапивницы у детей



Бордюгова Е.В.,
Дубовая А.В.,
Тонких Н.А.

Донецк, 9 октября 2024

Крапивница (МКБ-Х: – L50) -



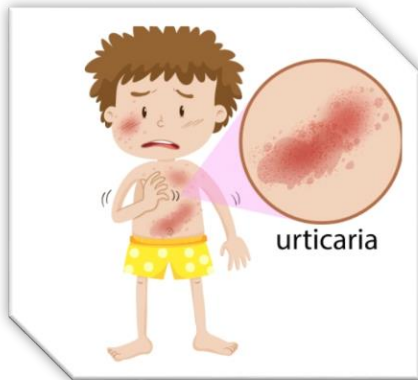
(Urtica – крапива), группа заболеваний, характеризующихся развитием волдырей, ангиоотеков или того и другого вместе.

Распространенность острой крапивницы:

взрослые - 20%,

детское население - 2,1–6,7%.

Острая крапивница у детей встречается чаще, чем у взрослых.



Этиология крапивницы



Связывание IgE с высокоаффинными рецепторами (FcεRI)

Провоспалительные медиаторы (гистамин, серотонин, фактор, активирующий тромбоциты, цитокины)

Компоненты комплемента, нейропептиды

Нарушения внутриклеточной регуляции сигнальных механизмов тучных клеток и базофилов



Аутоиммунный механизм

Неиммунологические факторы: тепло или холод

Препараты (НПВП, противовирусные, контрастные средства, опиоиды и др.)

Неизвестные механизмы

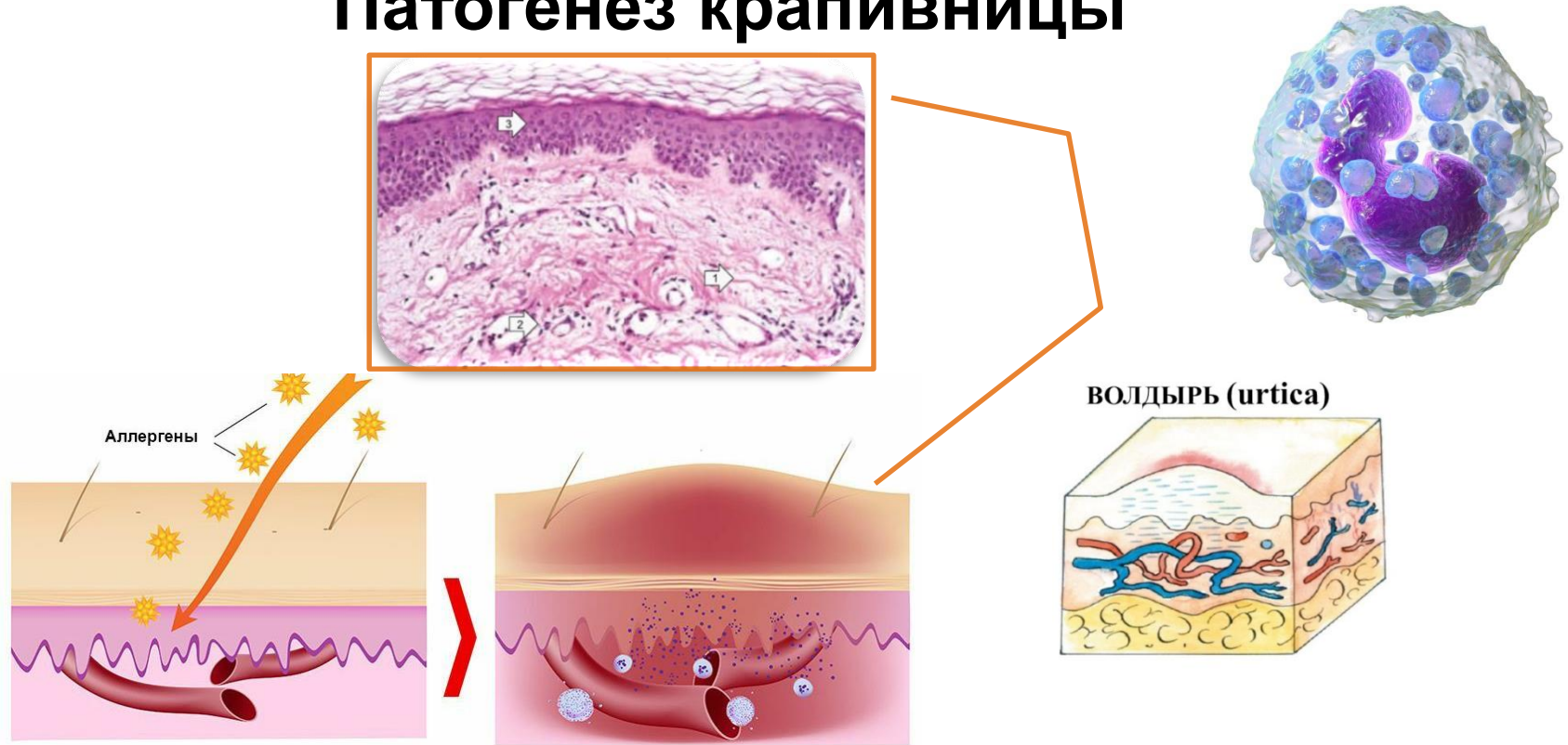
Патогенез крапивницы

Тучные клетки – основные эффекторные клетки в развитии симптомов крапивницы



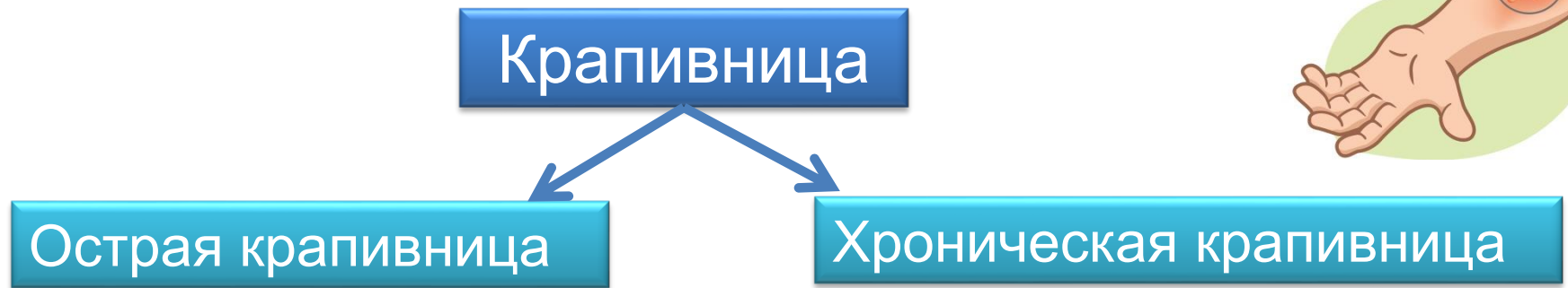
Провоспалительные медиаторы активированных тучных клеток (гистамин, серотонин, фактор, активирующий тромбоциты, цитокины), приводят к вазодилатации, повышению проницаемости капилляров, активации чувствительных нервных волокон, выходу плазмы за пределы сосудов, привлечение клеток в место образования волдыря.

Патогенез крапивницы



- Гистологически волдырь характеризуется отеком верхних и средних слоев дермы, расширением посткапиллярных венул и лимфатических сосудов.
- Для пораженной кожи характерен смешанный периваскулярный инфильтрат, представленный нейтрофилами или эозинофилами, макрофагами, Т-клетками, при этом сосудистая стенка не поражена.
- При ангиоотеке подобные изменения затрагивают глубокие слои кожи и подкожную клетчатку.

Классификация



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



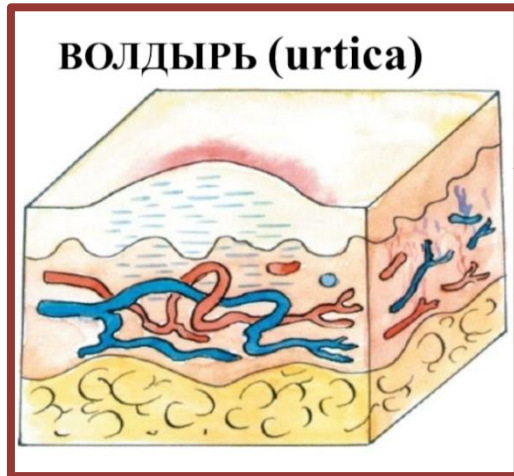
Клинические проявления

Признаки волдыря при крапивнице:

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



Клинические проявления



- Волдыри, 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).

Признаки:

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

Клинические проявления

Частный случай крапивницы - ангиоотек

(ангиоэдема, отек Квинке, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница)



быстро формирующийся, обычно ограниченный, глубокий отек кожи или слизистых оболочек

Окраска кожи в области ангиоотека более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется

Чаще развивается на одном участке кожного покрова, большей частью асимметрично.

Чувство распирания, реже – болезненности в области отека

При отеке слизистой оболочки носа - чихание и затруднение носового дыхания. При поражении губ и языка - резкое асимметричное увеличение их размеров, нарушается речь. В области гортани - осиплость голоса, вплоть до афонии, обусловленная отеком голосовых связок, а затем и затруднение дыхания.

Разрешение в срок до 72 часов

Диагностика заболевания

- Диагностика крапивницы обычно не требует лабораторного подтверждения (в отличие от диагностики причин крапивницы).
- Обследование следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования, а также основных лабораторных методов, позволяющих исключить тяжелые системные заболевания.
- Расширенное диагностическое обследование, направленное на выяснение причины крапивницы, диктуется клинической ситуацией и анамнезом пациента.



Лечение

Диета. Специальной универсальной диеты для пациентов с крапивницей нет. Базовое питание подбирается индивидуально с учетом переносимости продуктов.

Терапия острой крапивницы и ангиоотека:

антигистаминные средства системного действия (неседативные, второго поколения) с целью полного или частичного устранения волдырей и кожного зуда.

Требования:

- Селективное воздействие на H1-рецепторы.
- Быстрое наступление клинического эффекта.
- Эффективность в течение 24 ч и более.
- Отсутствие тахифилаксии (привыкания).
- Высокий уровень безопасности.
- Отсутствие седативного эффекта.
- Отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами.
- Отсутствие кардиотоксичности.
- Не должны являться субстратами транспортных белков и взаимодействовать с системой цитохромов P4503A(CYP3A),

Лечение

Только по особым показаниям (генерализованная крапивница со стабильными показателями гемодинамики) возможно рассмотреть назначение антигистаминных средств системного действия (седативных, первого поколения) парентерально в соответствии с инструкциями к препаратам:

- Клемастин (с возраста 1 год – в/м, с возраста 18 лет – в/м или в/в),
- Хлоропирамин (с возраста 1 мес – в/м или , в острых тяжелых случаях, под контролем врача – в/в).

Детям в возрасте **до 6 мес**, учитывая отсутствие зарегистрированных к применению антигистаминных средств системного действия (второго поколения), кратким курсом может быть назначен диметинден (режим дозирования пациентам от 1 мес. до 12 лет из расчета 2 капли на 1 кг массы тела ребенка или 0,1 мг/кг разделить на 3 приема).

Лечение

- Пациентам с острой крапивницей и/или ангиоотеком в случае отсутствия эффекта от терапии антигистаминными средствами системного действия рассмотреть применение терапии глюкокортикоидами с целью купирования острых проявлений минимальным необходимым курсом.
- Для купирования острого эпизода коротким курсом (у взрослых до 10 дней, у детей – 3-7 сут.) может использоваться перорально преднизолон в дозе 20-50 мг/сут у взрослых и в дозировке 1-2 мг/кг/сут у детей. Согласно инструкции – может применяться также дексаметазон.

NB! *Постепенной отмены глюкокортикоидов при коротком курсе терапии не требуется.*

Клинический пример

У девочки 5 лет на 3-й день ОРВИ с гипертермией появились уртикарные элементы на туловище и конечностях. В области век отечность.

В течение 3-х дней болезни получала жаропонижающие препараты (парацетамол, нурофен, цефекон), несколько раз чай с малиной, овсяное печенье с арахисовой крошкой.

Уртикарные элементы имели тенденцию к слиянию.



Клинический пример



Ребенок получил дексаметазон в/м (однократно, врач скорой помощи), преднизолон 1 мг/кг 3 дня, дезлоратадин 1,25 мг 1 раз в сут. 14 дней, энтеросгель 3 дня, затем – лактофильтрум по 1 табл. 3 раза в день, баксэт 1 капсула 1 раз в сут., 10 дней. В результате проведенного лечения состояние ребенка улучшилось. Наблюдается участковым педиатром.

Выводы:

- Острая крапивница и ангиоотек – неотложные состояния в педиатрической практике.
- Ведением пациентов с крапивницей и ангиоотеком обычно занимается врач-аллерголог-иммунолог и/или врач-дерматовенеролог, а также врач-педиатр/семейный врач и другие специалисты при необходимости.
- Врачи разных специальностей должны владеть методикой оказания помощи при острой крапивнице и ангиоотеке.



Спасибо за Ваше внимание!

