

Лечение различных форм крапивницы

Крапивница представляет собой полиэтиологический дерматоз с мономорфной уртикарной зудящей сыпью и является, по существу, не самостоятельным заболеванием, а следствием аллергической или псевдоаллергической реакции при патологических состояниях различного генеза [1].

По данным литературы, у 15-20% населения в течение жизни наблюдается по крайней мере один эпизод крапивницы. Нередко крапивница принимает рецидивирующее течение, а установить ее причины не удается [2].

В настоящее время наиболее часто употребляемой является классификация крапивницы по этиологическому признаку:

Иммунологическая: тип I, тип II, тип III.

Анафилактикоидная:

- врожденный ангионевротический отек;
- вызванная химическими либераторами медиаторов;
- вследствие повышенной чувствительности к гистамину.

Физическая:

- дерматографическая;
- холодовая;
- тепловая;
- вибрационная;
- холинергическая;
- солнечная;
- от механического сдавливания;
- аквагенная.

Смешанная:

- папулезная;
- пигментная;
- мастоцитоз системный;
- как проявление инфекционных заболеваний;
- при системных заболеваниях (болезни соединительной ткани, онкологическая патология, эндокринные нарушения);
- идиопатическая;
- психогенная.

Различают острую (до 6 недель) и хроническую (свыше 6 недель) крапивницу. Центральную роль в развитии крапивницы играют тучные клетки, которые под влиянием различных триггеров (физических факторов, аллергенов, аутоантител к рецепторам или IgE, нейропептидов и др.) выделяют гистамин и другие медиаторы (простагландины, лейкотриены, цитокины, хемокины, адгезивные молекулы и др.), вызывающие развитие зуда и волдырей [5].

Аллергические крапивницы развиваются вследствие аллергии к экзогенным (инфекционным и неинфекционным) и эндогенным (аутологичным) аллергенам. Патогенез аллергических крапивниц включает этап сенсибилизации к аллергенам и вторичную гиперэргическую реакцию при повторном их попадании в организм. Реакции часто протекают как типично атопические, в которых участвуют реактивные антитела класса IgE. Наряду с I типом аллергической реакции крапивница нередко является следствием иммунокомплексных реакций III типа, для которых характерно поражение капиллярной сети. Среди медиаторов, выделяемых лейкоцитами, важная роль принадлежит гистамину, который способен индуцировать развитие волдыря и отека кожи. В реализации гиперчувствительности немедленно-замедленного типа у больных с разными вариантами крапивницы (особенно хронической) участвуют и другие активные вещества (серотонин, ацетилхолин, брадикинин, интерлейкины, простагландины), потенцирующие действие гистамина [2].

Лечение крапивницы

Клинические проявления крапивницы, как правило, не представляют угрозы для жизни, однако оказывают значительное влияние на ее качество, нередко при хроническом рецидивирующем течении приводят к стойкой утрате трудоспособности [9]. Учитывая патогенез крапивницы, основой ее лечения следует считать антигистаминные препараты, действие которых на аллергический ответ связано с конкурентным ингибированием H₁-рецепторов. Однако поскольку эффект гистамина при различных формах крапивницы дополняется действием других медиаторов воспаления, применение антагониста лишь одного медиатора не обеспечивает устранения всех симптомов аллергического заболевания [6].

Антигистаминные препараты I поколения, по сути, не являются селективными по отношению к H₁-рецепторам. Они также активны к холино- и α-адренорецепторам, что

обуславливает их нежелательные атропиноподобный и кардиоваскулярный эффекты. Вследствие быстрого проникновения через гематоэнцефалический барьер антигистаминные препараты I поколения нарушают концентрацию внимания, вызывают атаксию, обладают выраженным седативным и снотворным эффектами, которые значительно потенцируются алкоголем. К их недостаткам следует также отнести быстрое развитие привыкания и короткую продолжительность действия. Учитывая вышеперечисленные эффекты, антигистаминные препараты I поколения противопоказаны пациентам, трудовая деятельность которых требует психической и двигательной активности, больным с бронхиальной астмой, глаукомой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, при тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы и почек.

Антигистаминные препараты II поколения обладают высокой селективностью к H₁-рецепторам и оказывают незначительное влияние на центральную нервную систему, что обусловлено их медленным проникновением через гематоэнцефалический барьер. Они обладают мощным антигистаминным эффектом, широким противоаллергическим действием, продолжительность которого составляет приблизительно 24 часа. Таким образом, их можно применять длительно и назначать всего один раз в сутки.

В лечении крапивницы особое место занимает один из активнейших антигистаминных препаратов II поколения цетиризин. Он не влияет на сердечно-сосудистую систему и не угнетает систему цитохрома P450, поэтому может свободно сочетаться с препаратами, метаболизм которых реализуется с его участием (низорал, дифлюкан, орунгал, эритромицин, пероральные контрацептивы). Цетиризин в отличие от других антигистаминных препаратов подавляет позднюю фазу аллергического ответа. Он ингибирует приток к месту аллергического воспаления эозинофильных и базофильных гранулоцитов и макрофагов, способных продуцировать лейкотриены, блокирует кожный ответ на тромбоцитарноактивирующий фактор и предупреждает образование волдыря. Преимущество цетиризина перед другими антигистаминными препаратами II поколения заключается в том, что он элиминируется преимущественно почками [6]. По данным литературы, через полчаса после приема цетиризина площадь волдыря уменьшается вдвое, а через 4 часа — в 6-8 раз [8].

Цетиризин (10 мг в сутки) эффективен в подавлении зуда и уртикарных высыпаний в течение не менее 30 дней приема. Применение препарата в разное время суток не влияет на результаты лечения. В специальном исследовании сравнивали терапевтическую эффективность однократного использования цетиризина в дозе 10 мг (в разное время суток) и двукратного приема в сутки (по 5 мг). При всех использованных схемах лечения препарат в одинаковой степени подавлял выраженность отдельных симптомов и уменьшал показатель суммарной оценки тяжести заболевания [4].

Таким образом, противоаллергическое действие цетиризина является комплексным и включает блокирующий эффект препарата по отношению к периферическим H₁-рецепторам. Препарат способствует уменьшению чувствительности ткани к другим посредникам немедленной фазы аллергической реакции и торможению вовлечения в процесс эозинофилов и других клеток, что распространяет его фармакологическое действие как на раннюю, так и на позднюю фазы аллергического ответа [3].

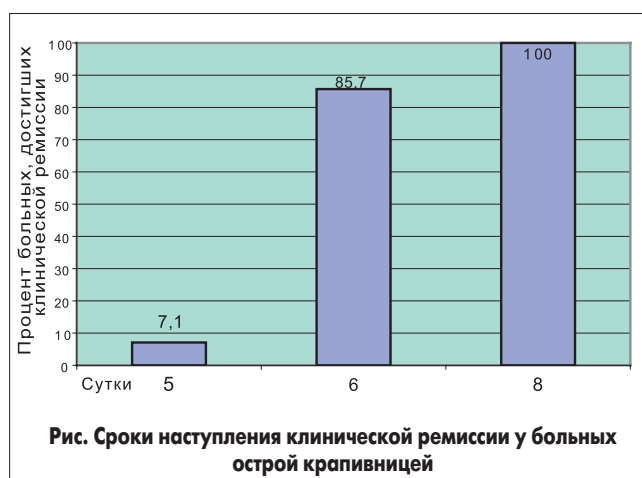
Собственное наблюдение

На базе отделения дерматологии Института дерматологии и венерологии АМН Украины было проведено изучение терапевтической эффективности препарата Амертил при лечении крапивницы. Препарат Амертил (BIOFARM®, Польша) — таблетки, покрытые оболочкой, содержащие 10 мг цетиризина.

Под наблюдением находилось 25 больных крапивницей: 14 — с острой и 11 — с хронической рецидивирующей формой заболевания. Всем больным проводили общеклиническое обследование, уделяя особое внимание исследованию функций органов пищеварения. У 23 больных (92%) выявлена патология желудочно-кишечного тракта: гастрит (12), дискинезия желчевыводящих путей (7), язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки (2), хронический персистирующий гепатит (6), дисбактериоз кишечника (9). В связи с этим пациентам назначали терапию, направленную на санацию

выявленных у них заболеваний желудочно-кишечного тракта (энтеросорбция, пищеварительные ферменты, желчегонные средства, ранитидин, метронидазол, средства, нормализующие кишечную флору и др.). В качестве антигистаминного препарата всем больным был назначен Амертил в дозе 10 мг в сутки однократно.

У больных острой крапивницей уже через 30-40 мин после приема амертила отмечалось уменьшение зуда, к концу первых суток у 12 больных прекратилось появление свежих волдырей. У оставшихся двух пациентов, имевших тяжелую патологию желудочно-кишечного тракта, прекращение появления свежих волдырей отмечено у одного на третьи и у одного — на четвертые сутки от начала приема амертила. Сроки наступления клинической ремиссии представлены на рисунке 1. Полное выздоровление отмечено у одного пациента (7,1%) на пятые сутки, у 11 (78,6%) — на шестые, у 2 (14,3%) — на восьмые сутки.



Пациентам с хронической рецидивирующей крапивницей (11 человек) Амертил назначали в дозе 10 мг в сутки в течение 10 дней. Для закрепления терапевтического эффекта мы считали целесообразным продолжение приема препарата 10-14 дней после прекращения появления свежих уртикарных элементов. Состояние большинства пациентов улучшилось уже к концу третьих суток (уменьшился или полностью прекратился зуд); лишь у одного больного продолжали появляться свежие высыпания. В течение первой недели терапии отсутствие приступов крапивницы отмечено у трех пациентов (27,3%), к десятым суткам — у 7 (63,6%). К концу периода наблюдения (24 дня) отсутствие рецидивов заболевания было констатировано у 8 пациентов (72,7%), значительное улучшение (практически полное отсутствие зуда, появление высыпаний наблюдалось лишь однажды, что было связано с нарушением диеты) — у 2 (18,2%). И только у одного больного (9,1%), несмотря на проводимую терапию, отмечалось лишь незначительное снижение интенсивности зуда и дальнейшее появление уртикарных элементов.

Случаев сонливости, нарушения внимания или других побочных эффектов при применении Амертила мы не наблюдали.

Таким образом, Амертил является эффективным средством лечения как острой, так и хронической рецидивирующей крапивницы и в дозе 10 мг в сутки оказывает быстрое терапевтическое действие, хорошо переносится больными и может быть рекомендован в комплексном лечении этого заболевания.

Литература

- Адашкевич В.П., Зыкова О.С. Эозинофильные дерматозы // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 1998. — № 4. — С. 22-30.
- Актуальная дерматология / Под ред. В.П. Адашкевича. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 306 с.
- Гушин И.С. Аллергия и аллергические болезни // Здоров'я України. — 2006. — № 9 (142). — С. 66.
- Гушин И.С. Аллергия и аллергические болезни // Здоров'я України. — 2006. — № 10 (143). — С. 59.
- Емельянов А.В., Горячкина Л.А. Современные представления о механизмах развития и лечении крапивницы // Аллергология. — 2006. — № 1. — С. 45-48.
- Курченко А.И., Глухенькая А.Б., Глухенький Б.Т. и др. Лечение аллергодерматоза с применением антигистаминных препаратов второго поколения // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2002. — № 2 (5). — С. 35-38.
- Barnetson R. St. C. Allergy and the skin // Allergy. Immunological and clinical aspects. Ed. M.K. Lessof. New York: John Wiley and sons, 1984: 219-252.
- Bruttman G.I. // Ann. Allergy. — 1990. — Vol. 64, № 2 (Pt. 2). — P. 224-228.
- Paul E., Berth-Jones J., Orton J.-P., Stern M. Foxofenadine hydrochloride in patients with chronic idiopathic hives: a placebo-controlled study of the dose-effect relationship // Journal of Dermatological treatment. — 1998. — Vol. 9. — P. 143-149.