**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №9

на тему: **КРАПИВНИЦА. ОТЕК КВИНКЕ.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель: Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия:** «**КРАПИВНИЦА. ОТЕК КВИНКЕ.**». (50мин)

**План занятия:**

1. Определение понятия «Крапивница. Отек Квинке».
2. Разобрать вопросы этиологии и патогенеза.
3. Особенности крапивницы.
4. Классификация.
5. Клиника крапивницы.
6. Клиника Отека Квинке.
7. Методы диагностики крапивницы.
8. Лечение и профилактика крапивницы.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение крапивницы.

2. Расскажите как классифицируются крапивница.

3. Перечислите этиологию.

4. Охарактеризуйте патогенез крапивницы.

5. Расскажите о гаптене.

6. Назовите основные клинические проявления крапивницы.

7. Охарактеризуйте Отек Квинке.

8. Проведите сравнение крапивницы с отеком Квинке.

9.Охарактеризуйте клинику, характерную для отека гортани.

10. Укажите диагностические методы крапивницы.

11. Как собирается аллергологический анамнез.

12. Выберите принципы лечения крапивницы и ангионевротического отека.

13.Окажите неотложную помощь при отеке гортани.

14. Расскажите об аллергических пробах.

15. Определите меры профилактики.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать проявления крапивницы. Научиться классифицировать крапивницу и отек Квинке. Научиться составлять план обследования больных с крапивницей и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных с крапивницей и оказывать неотложную помощь при развитии аллергических реакций.

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Дыхательная, сердечно-сосудистая системы, кожа и ее придатки. * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Методы обследования пациентов с проявлениями аллергии. * Дополнительные методы обследования пациентов с аллергическими заболеваниями. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Противоаллергические, седативные средства. * Сосудосуживающие средства. * Гормональные препараты * Витамины * Противоотечные средства |

**Внутридисциплинарные связи:**

1. Анафилактический шок.

2. Лекарственная болезнь.

3. Бронхиальная астма.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| 1. | ПК14 - способен анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий у детей и подростков для успешной лечебно-профилактической деятельности | РО 5 – Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы. | **РОд-1:**  **Знает и понимает**:  - Этиологию, патогенез, классификацию, основные симптомы и синдромы заболеваний, рассматриваемых в данном курсе.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз изучаемых заболеваний с учетом их течения и осложнения.  **Умеет** на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, изучаемые по теме, заболевания;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину пневмоний.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз пневмоний с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, симптомы пневмоний;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза пневмоний и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией пневмоний;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза пневмоний у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |
| 2. | ПК16 - способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соотвествие с диагнозом | РО 6 – Умеет выполнять лечебные мероприятия наиболее часто встречающихся заболеваний и оказывать первичную медицнскую помощь при неотложных состояниях у детей и подростков. | **РОд-2:**  **Знает и понимает:**  - Критерии диагностики заболеваний, изучаемых на данном курсе;  - Основные принципы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний;  - Меры профилактики заболеваний; (ПК-16)  **Умеет:**  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики; (ПК-16)  **Владеет**:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии; (ПК-16)  - навыками определения прогноза болезни у конкретного больного; (ПК-16) |

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

Определение заболевания.

2. Вопросы терминологии и классификации крапивницы

3. Этиологические факторы.

4. Патогенез заболевания.

5. Клинические проявления крапивницы. Ангионевротического отека и отека гортани.

6. Современные возможности диагностики заболевания. Аллергопробы.

7. Современные методы терапии больных крапивницей.

8. Показания к госпитализации.

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия. | Записывают тему и его вопросы, отмечают для себя некоторые важные моменты темы. | Методом проверки конспектов по данной теме. | Обращение внимания студентов к занятию, умение выявлять симптомы лекарственной болезни. Студент может диагностировать крапивницу, отек Квинке и назначать лечение. | Доска с проектором, слайд, плакаты, конспекты. | 2мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы. | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыки, умение их использовать на практических занятиях. | Объяснение новой темы с показом практических навык, касающихся данной темы. Акцентированние на важных аспектах темы. | Приложение максимальных усилий для усвоения темы, усидчивость и внимательность студента. | Презентации слайдов, устный рассказ, демонстрация на натурщике практических навыков по выявлению симптомов заболевания. | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на занятиях в дальнейшем и способность к диагностике и лечению заболевания. | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и раздача ситуцационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач и тестовый контроль. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции. | Перечень ситуационных задач и тестовые вопросы (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель задает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

2. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

3. «Внутренние болезни по Дэвидсону».

4. Лекционный материал.

**Дополнительная литература:**

1. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний**

**Тема: Крапивница. Отек Квинке.**

***Инструкция: Выберите один верный ответ***

1. Анафилактический шок развивается после контакта с аллергеном через:

а) 1-60 минут;

б) 1-2 суток;

в) 4-5 часов.

2. Гаптен - это:

а) химическое соединение, блокирующее развитие иммунной реакции.

б) вещества, способные при попадании в организм запускать иммунную реакцию;

в) химическое вещество, способное вызвать иммунную реакцию после соединения с белками;

3. Аллергия - это:

а) иммунная реакция организма, протекающая без повреждения собственных тканей;

б) неиммунная реакция организма, протекающая без участия антител и Т- лимфоцитов, но с повреждением собственных тканей;

в) иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей.

4. Какие неотложные лечебные мероприятия целесообразны при аллергическом отеке гортани, кроме:

а) Внутривенное введение глюкокортикоидов.

б) Прием внутрь антигистаминных препаратов.

в) Парентеральное введение адреналина.

г) Ингаляции изадрина, новодрина.

д) Парентеральное введение лазикса.

5. Какие элементы сыпи характерны для крапивницы, кроме:

а) папула.

б) пустула.

в) волдырь.

г) отек.

6. Для клинических проявлений отека Квинке характерно все, кроме:

а) отек губ

б) отек гортани

в) отек вокруг глаз

г) отек нижних конечностей

7. Локализация сыпи при крапивнице:  
1)лицо  
2)конечности  
3)туловище  
4)любой участок тела

8. У пациента, через 30 минут после лечения у стоматолога, появились красные зудящие пятна на коже лица и слизистой рта. Был поставлен диагноз крапивница. Какое из биологически активных веществ, вызывающее расширение сосудов, появление зуда, выделяется при этом типе аллергической реакции?

1. Гистамин
2. Простагландин E2
3. Лейкотриен B4
4. Интерлейкин-1
5. Брадикинин

9. Характерным признаком крапивницы является:

а) отек гортани

б) тахикардия

в) появление кожной сыпи, сопровождающейся зудом

г) геморрагическая сыпь

10.Основным патогенетическим звеном отека Квинке является:

а) повышение проницаемости сосудистой стенки

б) спазм сосудов микроциркуляторного русла

в) гемолиз эритроцитов

г) снижение онкотического давления крови

Краткое содержание темы:

1. **Крапивница**

Крапивница и ангионевротический отек  
**Крапивница**  
По крайней мере, один случай крапивницы в течение жизни отмечают 10—20 % населения.  
**Крапивница** характеризуется внезапным высыпанием, преимущественно на закрытых частях тела, волдырей, вызывающих сильный зуд. Они имеют самые разнообразные очертания и размеры, нередко сливаются между собой, образуя причудливые, гирляндовидные фигуры. Через несколько десятков минут или часов волдыри бесследно исчезают, однако высыпание новых элементов продолжается. Приступы высыпаний могут закончиться через несколько часов или дней (острая крапивница), но могут растянуться на многие недели, месяцы и даже годы (хроническая крапивница).  
Иногда волдыри едва возвышаются над уровнем кожи (пятнистая крапивница), в других случаях сопровождаются кровоизлияниями и, разрешаясь, оставляют временную пигментацию (геморраргическая крапивница). Как исключение наблюдается буллезная крапивница: в центре волдырей образуется пузырь, и клиническая картина весьма напоминает многоформную экссудативную эритему.  
Крапивница может протекать или в виде острых приступов длительностью несколько часов или дней, либо иметь хронический характер, когда приступы возникают ежедневно, а иногда несколько раз в сутки на протяжении многих недель, месяцев и даже лет.  
**Этиопатогенез.** Крапивница представляет собой аллергическую кожную реакцию немедленного типа, вызываемую разнообразными экзогенными и эндогенными факторами.  
**Волдыри крапивницы**— не проявление воспалительной реакции, а своеобразный отек кожи, образующийся вследствие остро возникающего повышения проницаемости сосудистой стенки при воздействии на нее определенных химически активных веществ. Из последних наибольшее значение имеют гистамины и ряд продуктов белкового обмена, оказывающих гистаминоподобное действие.  
Эти вещества могут быть внесены в кожу извне (укусы насекомых, ожог крапивы), образоваться в ней при непосредственном воздействии на кожу внешних факторов механической, физической или химической природы или продуцироваться в организме вследствие различных патологических его состояний.  
**Очень часто крапивница возникает** в виде острой вспышки в результате повышенной чувствительности к различным, чаще всего пищевым (яйца, острые сыры, земляника, раки, некоторые сорта рыбы, мяса и т.п.) или лекарственным (хинин, морфин, инкикун, лечебные сыворотки, пенициллины и др.) веществам.  
Нередко крапивница развивается в результате повышенной чувствительности к холоду, реже — к теплу, солнечному свету. В отдельных случаях возможно возникновение условно-рефлекторной крапивницы.  
Особую форму представляет так называемая гигантская крапивница (острый ограниченный отек Квинке). Заболевание выражается внезапным появлением ограниченного отека кожи и подкожной клетчатки, чаще всего на лице (губы, щеки, веки) или в области половых органов. Пораженный участок резко выступает над уровнем окружающей кожи, имеет плотноэластическую консистенцию и фарфорово-белую, реже — слегка розовую, окраску. Появление отека сопровождается чувством жжения, реже — зуда.  
Продержавшись несколько часов, иногда 1—2 дня, отек бесследно исчезает. У некоторых больных приступы повторяются через определенные промежутки времени. Иногда ограниченный отек Квинке сочетается с обычной крапивницей.  
Как особую разновидность крапивницы принято рассматривать искусственную крапивницу — образование волдырей чаще всего линейной формы в ответ на механическое раздражение кожи, например на проведение тупой палочкой. В отличие от возвышенного дермографизма искусственной крапивницы истинную крапивницу сопровождает ощущение зуда.  
**Лечение.** При остром приступе крапивницы, вызванном приемом внутрь пищевых или лекарственных веществ, необходимо, прежде всего, очистить кишечник, принять слабительное (сульфат магния). После этого назначают антигистаминные препараты, внутривенно вводят 10%-ный раствор хлорида кальция, в тяжелых случаях — гормоны. При этом гортани 0,5—1,0 мл раствора адреналина 1:1000.  
**Детская крапивница** (строфулюс), пруриго детское, является близким к крапивнице заболеванием.  
Наблюдается у детей в возрасте от 5—6 месяцев до 2—3 лет. Характеризуется высыпанием на коже туловища и конечностей небольших волдырей, в центре которых образуется папуловезикула размером с булавочную голову. Реже в центре волдыря возникает пузырь более значительной величины, похожий на пузырек ветряной оспы. Высыпание сопровождается сильным зудом. В результате расчесывания на месте папуловезикул образуются кровянистые корочки, нередко наблюдается осложнение пиогенной инфекцией, чаще всего в форме вульгарного импетиго. Заболевание протекает хронически, с небольшими ремиссиями и по достижении трехлетнего возраста обычно самостоятельно проходит.  
Наиболее частой причиной детской крапивницы является неправильное, иногда чрезмерное, питание ребенка. Нередко выявляется повышенная чувствительность (аллергия) к какому-нибудь определенному пищевому продукту (яйца, молоко, мясо, сладости).  
**Лечение.** Необходимо наладить правильное для данного ребенка питание, исключив те пищевые продукты, которые подозреваются как возможные аллергены. Наряду с этим назначают для приема внутрь препараты с содержанием кальция. Наружное лечение заключается в назначении противозудных средств в форме болтушки, слабых спиртовых растворов. Полезны теплые ванны с перманганатом калия.  
**Хронические формы крапивницы** нередко связаны с нарушением функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта, изменениями обмена веществ, глистными инвазиями, скрытыми очагами инфекции (тонзиллиты и др.). Такие формы могут возникать как проявление токсикоза у беременных, как следствие злокачественных новообразований внутренних органов, при заболеваниях крови.  
При хронической крапивнице необходимо тщательно обследовать больного для выяснения причины заболевания и назначения соответствующего лечения. В случае выявления аллергена (пыльцевого, пищевого и др.) показана специфическая гипосенсибилизация. Необходимо лечение обнаруженных очагов хронической инфекции, воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте; благоприятное терапевтическое действие оказывают субаквальные ванны. При глистной инвазии проводится дегельминизация. Для нормализации центральной нервной системы показаны седативные средства, может быть рекомендована гипнотерапия, аутогемотерапия.  
Является ли хроническая крапивница преимущественно аллергическим заболеванием? Нет. Исследования показали, что у больных хронической крапивницей аллергия, даже при семейной склонности к ней, отмечалась с той же частотой, что и в общей популяции. С другой стороны, у пациентов с атопическими заболеваниями (экзема, сенная лихорадка, астма) острая крапивница продолжительностью 1—3 дня встречается чаще, чем среди здоровых лиц. В этой группе она имеет аллергическую природу и во многих случаях связана с пищей.  
Какова причина большинства хронических крапивниц? Причины хронических крапивниц, несмотря на активное изучение, как правило, остаются невыясненными. За исключением физической и хронической аутоиммунной, 95 % случаев крапивницы рассматриваются как идиопатические.  
Существует ли взаимосвязь между хронической крапивницей и наличием аутоантител? У 13—14 % больных идиопатической хронической крапивницей выявлялись антитиреоидные микросомальные антитела (в 2 раза чаще, чем в контрольной группе). Некоторые больные хронической крапивницей реагируют на внутрикожное введение собственной сыворотки образованием волдыря и покраснением, сохраняющимися в течение 8 ч. У многих из этих пациентов определялись антитела класса IgG в сыворотке, реагирующие с сс-субъединицей высокоаффинитетного IgE-рецептора тучных клеткок и базофилов.  
У других больных IgG-антитело, по-видимому, реагирует с самим IgG. Показатель обнаружения IgG-антител у больных хронической крапивницей еще окончательно не определен, но, по данным некоторых клиник, эти антитела выявляются у 1/3 пациентов.  
**Прогноз.** Чампион Р.Х., наблюдавший 554 больных крапивницей, обращавшихся в клиническое отделение больницы в Англии, сообщил, что через 6 месяцев у 50 % пациентов все еще отмечалась активная стадия заболевания. Из них у 40 % возникали, по крайней мере, периодически, симптомы крапивницы и 10 лет спустя. Прогноз был несколько хуже у пациентов с ангионевротическим отеком в качестве единственного проявления и еще хуже — при сочетании ангионевротического отека с крапивницей.  
Характерной гистологической находкой при хронической (в отсутствие васкулита) крапивнице является периваскулярный инфильтрат. Выявляется увеличенное количество лимфоцитов. Количество тучных клеток увеличено примерно в 10 раз, отмечается рост содержания гистамина. Хотя содержание эозинофилов обычно невелико, интенсивное отложение основного щелочного белка эозинофилов наблюдается в тканях у 50 % больных, указывая тем самым на вовлечение эозинофилов в воспалительный процесс.  
У пациентов с уртикарным васкулитом обычно выявляется некротизирующий васкулит мелких венул с накоплением иммуноглобулина и комплемента. У пациентов с низким содержанием комплемента в сыворотке крови (гипокомплементарный уртикарный васкулит) преобладают нейтрофильные лейкоциты, в то время как у больных с нормальным уровнем комплемента в сыворотке более типично наличие лимфоцитарного инфильтрата.  
Какова распространенность физической крапивницы? Чампион Р.Х. сообщил, что из 554 больных крапивницей, наблюдавшихся в университетской клинике в Англии, физическая крапивница наблюдалась у 17,5 %; большинство остальных форм — идиопатические.  
Физическая крапивница чаще всего представлена дермографизмом (8,5 %), холинергической (5,1 %) и приобретенной холодовой крапивницей (2,5 %).  
Некоторые крапивницы, вызываемые физическими факторами, могут быть пассивно переданы с сывороткой крови больных. Имеются сообщения об опосредованной IgE-передаче приобретенной холодовой крапивницы, некоторых видов солнечной крапивницы и дермографизма. Исчезновение этого эффекта под инактивирующим действием тепла и при применении адсорбентов позволили экспериментально установить роль IgE как посредника в такой передаче.  
У пациентов с приобретенной холодовой крапивницей пребывание в холодной воде может вызвать массивное высвобождение медиаторов. При этом у больного не исключено развитие шока, в результате которого он может утонуть.  
Как быстро после действия холода возникают волдыри при приобретенной холодовой крапивнице? Волдыри не развиваются в момент действия холода, а появляются скорее при согревании. Задержка, вероятнее всего, обусловлена уменьшением кровоснабжения кожи во время холодового воздействия.  
Только при одной форме крапивницы имеются волдыри, наличия которых достаточно для постановки точного диагноза, — при холинергической крапивнице, они абсолютно отличны от таковых при других формах крапивницы, обычно малы, точечны (часто сравниваются по размеру с карандашной резинкой), характеризуются выраженной краснотой, однако иногда сливаются, образуя более крупные элементы.  
Развивается холинергическая крапивница обычно на верхней части груди и шее. Поражение может захватывать и конечности.  
Какие факторы способствуют возникновению холинергической крапивницы? По какому механизму они вызывают образование волдырей? Физические упражнения, теплые ванны, душ и эмоциональные переживания являются классическим пусковым механизмом холинергической крапивницы. Повышается температура тела, которая воспринимается центрально, приводя к эфферентному холинергическому выбросу в кожу и дегрануляции тучных клеток.  
Солнечные крапивницы классифицируются по длине волны света, их вызывающей (см. табл. 41).  
Таблица 41. Классификация солнечной крапивницы.  
  
Как часто аспирин вызывает или усиливает крапивницу? Аспирин редко вызывает крапивницу у пациента, не имеющего каких-либо других симптомов, но у многих пациентов с хронической крапивницей высыпание волдырей усиливается при приеме аспирина или нестероидного противовоспалительного средства в активной фазе заболевания. Обычно те же пациенты могут принимать аспирин без риска, если заболевание находится в неактивной стадии. Это говорит о том, что аспирин является не причинным, а неспецифическим усиливающим фактором, действующим, вероятно, на фармакологическом уровне. Согласно данным ретроспективных и проспективных исследований прием аспирина вызывает обострение у 20—40 % больных крапивницей в острой стадии.  
Ангионевротический отек  
Определенные сведения из анамнеза жизни больного могут указывать, что рецидивирующий ангионевротический отек носит наследственный характер. От 75 до 85 % больных с наследственным ангионевротическим отеком (НАНО) указывают на наличие подобных приступов у родственников. Приступы ангионевротического отека характеризуются отсутствием волдырей и зуда, сопутствующих идиопатическому ангионевротическому отеку. При НАНО приступы ангионевротического отека часто провоцируются травмой или хирургическим вмешательством. Выраженная стриктура верхних дыхательных путей наблюдается почти исключительно при НАНО и не характерна для обычного идиопатического ангионевротического отека. Частое явление при НАНО — приступы острой боли в животе, обусловленные отеком стенки кишки. Кроме того, тяжесть приступа НАНО обычно возрастает в течение нескольких дней, и они плохо купируются антигистаминными препаратами или адреналином.  
Почему дефицит С1-эстеразы не учитывается при дифференциальной диагностике хронической крапивницы? В основе НАНО лежит наследственный дефицит ингибитора С1-эстеразы. У пациентов отмечаются рецидивирующие приступы ангионевротического отека без зуда, но при отсутствии крапивницы. Таким образом, НАНО никогда не является частью дифференциальной диагностики крапивницы.  
Наличие НАНО определяется скрининговым лабораторным тестом на С4 в сыворотке крови. Содержание С2 в промежутке между приступами находится в пределах нормы. У 15—20 % больных ингибитор С1-эстеразы может быть в пределах нормы, однако не функционировать, и стандартное иммунологическое исследование не выявит этих больных. Необходимое функциональное исследование не всегда доступно, и, кроме того, оно дороже, чем определение уровня С4.  
Какому методу лечения отдать предпочтение при НАНО? НАНО наследуется по аутосомно-доминантному типу. Андрогены со слабым маскулинизирующим эффектом, такие, как даназол или станозолол, стимулируют синтез нормального ингибитора С1-эстеразы в печени таких больных. Пациенты с нефункционирующим ингибитором С1-эстеразы также поддаются лечению, поскольку у них имеется один нормальный ген.  
Эффективным профилактическим мероприятием для предотвращения приступа НАНО, который может быть спровоцирован хирургическим вмешательством, является назначение эпсилон-аминокапроновой кислоты (15 г в день в течение 2—3 дней) или введение перед операцией [2—3 единиц 450 мл X 2 (3)] свежезамороженной плазмы для восстановления нормального уровня ингибитора С1-эстеразы.  
У пациента 60 лет возникли новые приступы ангионевротического отека без зуда и отмечается понижение уровня С4. Какое заболевание надо предполагать в первую очередь? Приобретенный дефицит ингибитора С1-эстеразы. Данное состояние обычно отмечается у больных лимфомами, в крови которых циркулирует IgM с низким молекулярным весом, а также снижен уровень ингибитора С1-эстеразы и малы уровни С1-С4. Механизм активации С1 осуществляется путем реакции с иммунным комплексом или связывания С1 с антиидиотипическим антителом, прикрепленным к иммуноглобулину на поверхности клетки опухоли. Приобретенный дефицит С1-эстеразы также был отмечен при заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка), карциноме и наличии IgG-антител против ингибитора С1-эстеразы. В последнем случае уровни С1 — в пределах нормы.  
**Лечение андрогенами** может быть успешным у пациентов с приобретенным дефицитом ингибитора С1-эстеразы за счет увеличения его продукции печенью