

О. В. СМЕРНОВА  
Витебская областная  
клиническая  
больница, Витебский  
медицинский университет,  
Витебск, Беларусь

УДК 616.514.+615.869

## ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА В СОЧЕТАНИИ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Пигментная крапивница (мастоцитоз) – одно из редких и малоизученных заболеваний. Достоверных сведений о распространенности этого заболевания, его этиологии и патогенезе нет. Различают следующие формы мастоцитоза: 1) пигментный пятнистый мастоцитоз, 2) узловатый, 3) буллезный, 4) папулезный, 5) мастоцитома, 6) диффузный [3].

Американская классификация (консенсус 1991 года) предусматривает разделение пигментной крапивницы на следующие формы:

- 1) изолированная неагрессивная:
  - а) бессимптомная
  - б) кожная
  - в) системная с висцеральными проявлениями
- 2) мастоцитоз с гематологическими нарушениями:
  - а) миелопролиферативными
  - б) миелодиспластическими
- 3) агрессивная
- 4) тучно-клеточная лейкемия

Клинически пигментная крапивница характеризуется множественными пятнами и папулами неправильной округлой формы от желтовато-коричневого до красновато-коричневого цвета. Это связано с наличием меланина в эпидермисе над скоплениями тучных клеток [4]. Механическое раздражение таких зон приводит к появлению на коже покраснения и волдыря ( феномен Дарье-Унна ).

Заболевание появляется обычно в период раннего детства и часто спонтанно исчезает через несколько лет в пубертантном периоде. Течение заболевания, как правило, доброкачественное. Но, примерно, у 30% больных периодически появляются гиперемия, зуд, уртикарные элементы, менее чем у 15% наступает рвота, глубокие обмороки, шок. Эти проявления, вероятно, связаны с высвобождением тучными клетками гистамина и часто сочетаются усиленной экскрецией с мочей свободного гистамина и его метаболитов [4].

Системный мастоцитоз, при котором тучные клетки диффузно инфильтрируют печень, селезенку, желудочно-кишечный тракт и кости, встречается очень редко. Иногда развивается тучно-клеточный лейкоз.

Диагноз подтверждают морфологическим исследованием биопсии кожи, при котором обнаруживается увеличение количества тучных клеток в 10 раз по сравнению с нормой.

Для лечения применяют большие дозы интала перорально. Антигистаминные препараты малоэффективны [2].

Мы наблюдали больную с сочетанием пигментной крапивницы и анафилактического шока на новокаин. Приводим наше наблюдение.

Больная З., 68 лет, 12.02.1999г. была переведена в аллергологическое отделение Витебской областной клинической больницы из реанимационного отделения 3-й городской больницы, где на-

ходила по поводу анафилактического шока на введение новокаина. С 18.01.1999г. по 8.02.1999г. больная лечилась в проктологическом отделении 2-й городской больницы, где ей была проведена полипэктомия под местной анестезией лидокаином. Перед выпиской был введен новокаин в область заднего прохода. Через 15 минут больная почувствовала слабость и потеряла сознание. Помощь оказана в реанимационном отделении 3-й городской больницы.

Анамнез заболевания. Пигментная сыпь у больной наблюдалась с 1945 года, когда перед депортацией в Германию кожа 3. была обработана какой-то мазью. Затем развилась сыпь с последующей пигментацией. По поводу сыпи к врачам не обращалась и не лечилась.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний отмечает аппендэктомию в 1984 году. Около 10 лет периодически повышается артериальное давление. Принимает клофелин. Болей в сердце не отмечает. Есть двое детей ( физиологические роды).

Аллергоанамнез. В 1984 году после аппендэктомии в стационаре при приеме какого-то лекарства в таблетке (сульфаниламид?) развилась резкая слабость. На пищевые продукты реакций не было. Среди родственников больных аллергическими заболеваниями нет.

Объективно. Состояние удовлетворительное. На коже спины, груди, живота, конечностей – пигментная сыпь на фоне телеангиоэктазий. Любое пальцевое нажатие на кожу приводило к образованию эритемы (феномен Дарье – Унна).

Видимые слизистые розового цвета без патологических элементов. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Молочные железы мягкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС – 60 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диуры в норме.

Общий анализ крови (15.02.99). эритроциты -  $4,0 \times 10^{12}$  / л; гемоглобин – 125 г/л; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9$  /л; п – 1%, с – 60%, э – 9%, л – 29%, м – 1%; СОЭ – 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови (12.02.99). Мочевина – 8,7 ммоль/л; АЛТ – 0,14 мкмоль/ч Ч л; АСТ – 0,23 мкмоль/ч Ч л; К – 4,08 ммоль/л; Na – 141,2 ммоль/л; CL – 102 ммоль/л; общий белок – 85 г/л.

Общий анализ мочи (11.02.99). Удельный вес – 1017, цвет – светло-желтый, реакция кислая, прозрачность полная, белок – нет, сахар – нет; микроскопия: эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты.

Яйца глистов в кале не обнаружены (17.02.99).

ЭКГ (18.01.99). Синусовый ритм 85 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Единичные желудочковые экстрасистолы.

ЭКГ (11.02.99). Синусовый ритм 60 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

Осмотр окулиста (16.02.99). VOD – 0,9; VOS – 0,7. Глазное дно – диски бледно-розовые, границы четкие; сосуды сетчатки обычного калибра.

Осмотр невропатолога (18.02.99). Неврологической патологии не выявлено.

Провести морфологическое исследование биопсии кожи было невозможно, так как у больной анафилактическая реакция на новокаин.

Учитывая длительный анамнез повышения артериального давления, отсутствие изменений на глазном дне, а так же периодические нарушения ритма сердца (см. ЭКГ от 18.01.99) без субъективных ощущений можно думать о пароксизмальном выделении гистамина тучными клетками и рефлекторном влиянии [1] на активацию мозгового вещества надпочечников с высвобождением катехоламинов. Обращает на себя внимание сочетание пигментной крапивницы и анафилактического шока, что может привести к состоянию, трудно поддающемуся лечению.

#### Литература

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства.- Минск: Беларусь-1987.-Т. 1.- 543 с.
2. Новиков Д.К. Клиническая аллергология.- Минск: Высшая школа - 1991.-511 с.
3. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания.- М.: Медицина, 1999
4. Харрисон Т.Р. Внутренние болезни.- М.: Медицина - 1993.-Т.2.