



Kauno medicinos universitetas  
Vilniaus universitetas  
Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija  
Lietuvos alergologų ir klinikinių imunologų draugija  
Lietuvos dermatovenerologų draugija

## **Dilgėlinės diagnostikos ir gydymo rekomendacijos**

Ruošė:

B. Šitkauskienė  
R. Dubakienė  
J. Staikūnienė  
R. Ėmužytė  
I. Marčiukaitienė  
S. Valiukevičienė  
R. Sakalauskas

Leidinių rėmė  
(Jūsų kompanijos logo)

Dilgėlinė yra viena dažniausių odos ligų, kuri nors kartą gyvenime pasireiškia net ketvirtadaliui pasaulio gyventojų. Paprastai dilgėlinė retai kelia pavojų gyvybei, tačiau pasikartojantys jos simptomai, ypač kartu su angioedema, gali būti sekinantys, smarkiai pabloginti sergančiojo gyvenimo kokybę, o kartais ir pavojingi gyvybei.

Pasaulyje atlikta nemažai tyrinėjimų ir paskelbta mokslinių straipsnių dilgėlinės diagnostikos, klasifikacijos bei gydymo klausimais, 2006 m. išleistos Europos alergologų ir klinikinių imunologų (EAACI)/Europos Sąjungos GA2LEN tinklo specialistų / Europos dermatologų forumo (EDF) rekomendacijos. Todėl, įvertinus dilgėlinės diagnostikos ir gydymo naujoves bei atsižvelgus į kasdieninius gydytojų poreikius diagnozuojant ir gydant šią ligą, nuspręsta pirmąkart išleisti pritaikytas Lietuvai rekomendacijas ir pateikti specialistų požiūrį svarbiausiais dilgėlinės klausimais.

Šiandien dilgėlinė suvokiama kaip nevienalytė grupė ligų, kurioms būdingas vienodas požymis – odos bėrimas pūkšlėmis. Padaugėjus žinių apie dilgėlinės priežastis, sukeliančius veiksnius, išaiškinus patogenezės mechanizmus, padaugėjo ir dilgėlinės tipų.

## Dilgėlinės apibrėžimas

**Dilgėlinė** (*lot. Urticaria*) – tai liga, pasireiškianti greitai pūkšlių susiformavimu, kai kartu pasireiškia arba ne angioedema.

Pūkšlės požymiai:

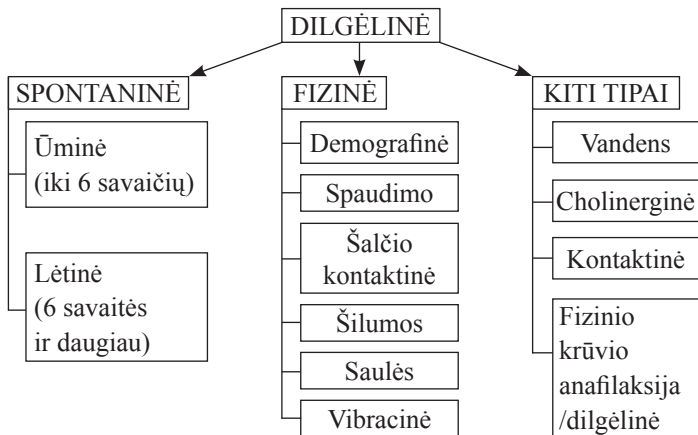
- bėrimo centre įvairaus dydžio odos paburkimas su apjuosiančia eritema;
- niežėjimas ar deginimo pojūtis;
- migruojantis bėrimo pobūdis; bėrimas įprastai išnyksta per 1–24 val.

Angioedemos (*lot. Angioedema*) požymiai:

- staigus Gilesnių odos sluoksnių, poodžio paburkimas;
- dažniau skausmingas, niežėjimas nebūdingas;
- kartu gleivinių paburkimas (dažnai);
- bėrimas išnyksta lėčiau, paprastai per 72 val.

## Dilgėlinės klasifikacija

Dilgėlinė yra skirstoma į **spontaninę**, kylančią savaime, kai sukeltantis veiksnys nežinomas; **fizinę**, kurią sukelia fiziniai veiksniai, ir **kitų tipų** (1 pav.). Pigmentinė dilgėlinė (odos mastocitozė), urtikarinis vaskulitas, šeiminė šalčio dilgėlinė ir nehistaminė angioedema (pavyzdžiui, įgimta ar įgyta angioedema, nulemta komplekto C1 inhibitoriaus stokos) nėra dilgėlinės tipai. Lėtinė dilgėlinė yra vienas iš *Muckle-Wells*‘o, *Schnitzler*‘io, *Gleich*‘o ir *Wells*‘o sindromų požymių.



1 pav. Dilgėlinės klasifikacija

Pagal trukmę dilgėlinė skirstoma:

- **Ūminė** – kai pūkšlės kartojasi ne ilgiau nei 6 savaites.
- **Lėtinė** – odos bėrimas pūkšlėmis kiekvieną dieną ar rečiau trunka ilgiau nei 6 savaites. Dažniausias lėtinės dilgėlinės tipas – fizinė dilgėlinė.

### Dilgėlinės etiopatogenezės ypatumai

Dilgėlinės patogenezės mechanizme svarbiausias vaidmuo tenka putliosiosms ląstelėms. Imuniniai ir neimuniniai veiksniai jas aktyvina ir skatina degranuliaciją bei mediatorių – histamino, triptazės, leukotrienų, prostaglandinų, kininų ir kitų – išsiskyrimą. Šie mediatoriai sukelia neinfekcinį uždegimą. Dėl išsiplėtusių kraujagyslių ir padidėjusio jų pralaidumo susiformuoja pūkšlė, edema, dėl nervinių galūnių dirginimo niežti odą.

Dažniausiai dilgėlinę sukeliantys (provokuojantys) veiksniai pateikiami 1 lentelėje. Imunoglobulino (Ig)E gamybą ir alerginę dilgėlinę sukelia vaistai, maisto alergenai, infekcija. Maisto priedai (pavyzdžiui, benzoinė r., glutamatai, sulfatai ir kt.), dažai (pavyzdžiui, tartrazinas), kai kurie vaistai (pavyzdžiui, aspirinas ir kiti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU), angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai, morfinas, kodeinas ir kt.), fiziniai veiksniai (vanduo, šaltis, UV spinduliai, vibracija, fizinis krūvis) sukelia neimuninę dilgėlinę. Susiformavę autoantikūnai prieš IgE (anti-IgE) ar IgE receptoriui (anti-FcεRIα) sukelia autoimuninę dilgėlinę.

Ūminė infekcija, ypač virusinė kvėpavimo takų, yra dažniausia ūminės dilgėlinės priežastis (28–62 proc. atvejų). Kita dažna priežastis – antibiotikai (ypač penicilino grupės) ir NVNU. Vaikams ūminę dilgėlinę dažniausiai sukelia maisto alergenai, kūdikiams – karvės pienas. Maždaug pusei sergančiųjų ūmine dilgėline ligos priežastis lieka neišaiškinta, tuomet diagnozuojama idiopatinė dilgėlinė.

Lėtinės dilgėlinės priežastį nustatyti dar sudėtingiau negu ūminės. Ją gali provokuoti lėtinės uždegiminės ligos (pvz., gastritas, GERL, cholecistitas), infekcijos (pvz., A, B hepatito viruso, bakterinė nosiaryklės, dantų infekcija, Yersinia, H. pylori infekcija virškinamajame kanale, kandidamikozę, helmintozę). Neįrodytas piktybinių navikų ir dilgėlinės derinys. 75–80 proc. sergančiųjų lėtine dilgėline priežasties nustatyti nepavyksta, tuomet

diagnozuojama lėtinė idiopatinė dilgėlinė (LID). Yra duomenų, kad daliai šių pacientų dilgėlinė yra autoimuninės kilmės, kadangi, atliekant tyrimus, randama autoimuniteto žymenų. 5–10 proc. pacientų kraujyje yra nustatomi IgG klasės autoantikūnai prieš IgE, 35–40 proc. – putliųjų ląstelių paviršiaus IgE receptoriui. Šiems pacientams dilgėlinė yra sunkesnės eigos – aktyvesnė, blogesnis antihistamininių vaistų poveikis, dažniau būna sisteminių ligos požymių. Nuo 4 iki 14 proc. sergančiųjų dilgėline serume nustatoma autoantikūnų skydliaukės baltymams (tiroglobulinui, mikrosomoms), ir maždaug pusei šių pacientų yra gūžys ar sutrikusi skydliaukės funkcija.

1 lentelė. Dilgėlinę sukeliantys (provokuojantys) veiksniai

Vaistai ir cheminės medžiagos	Salicilatai ir NVNU, opiatai, radiokontrastiniai preparatai, penicilinas, sulfonamidai, benzoatas, insulinas, tartrazinas (vitaminai, geltonos spalvos tabletės), maisto priedai.
Maisto produktai	Riešutai, uogos, žuvis, jūros gėrybės, bananai, vynuogės, pomidorai, kiaušiniai, sūris ir kt.
Kontaktinės medžiagos	Vilna, šilkas, profesinės aplinkos veiksniai.
Kosmetikos priemonės	Dažai, plaukų, nagų lakas, burnos skalavimo skystis, dantų pasta, kvepalai, rankų kremas, muilas, repelentai nuo vabzdžių.
Fiziniai veiksniai	Dermografizmas, šviesa, spaudimas, šiluma, šaltis, vanduo, vibracija.
Įkvepiamieji alergenai	Gyvūnų, žiedadulkių.
Infekcijos	Dantų abscesas, sinusitas, otitas, cholecistitas, pneumonitas, cistitas, hepatitas, vaginitas.
Grybeliai ir kiti parazitai	<i>Tinea</i> , <i>Candida</i> , niežai, helmintai, pirmuonys.
Sisteminės ligos	Reumatas, reumatooidinis juvenilinis artritas, leukemija, jungiamojo audinio ligos, vaskulitai.
Endokrininė patologija	Hipertirozė, mėnesinės, hormonų pokyčiai.

## Histologiniai dilgėlinės požymiai

Pūkšlės vietoje nustatoma viršutinio ir vidurinio tikrosios odos (dermos) sluoksnio edema (esant angioedemai – apatinio dermos sluoksnio ir poodžio), padaugėjęs putliųjų ląstelių, endotelio adhezijos molekulių kiekis, apie kraujagysles susikaupusios uždegimo ląstelės (perivaskulinis infiltratas iš neutrofilų, eozinofilų, makrofagų, T-limfocitų pagalbininkų). Neretai adhezijos molekulių ir citokinų pokyčių randama ir nepažeistoje odoje.

*Histologiniai dilgėlinės požymiai yra nespecifiški, būdingi odos uždegimui ir neturi diagnostinės reikšmės. Dėl to sergančiajam dilgėline odos biopato histologinis ištyrimas gali būti atliktas diferencinės diagnostikos tikslu (pavyzdžiui, norint atskirti nuo urtikarinio vaskulito).*

## Dilgėlinės diagnostika

Dažnai dilgėlinės diagnozė nesukelia sunkumų, ir liga nustatoma remiantis išsamia anamneze ir klinikiniu (fiziniu) paciento ištyrimu. Nemažai problemų (keblumų) kyla nustatant dilgėlinę sukeliančius (provokuojančius) veiksnius.

Sergančiojo dilgėline tyrimo etapai:

1. Dilgėlinės, jos tipo ir aktyvumo nustatymas (klinikinis tyrimas).
2. Dilgėlinės priežasties ir mechanizmo nustatymas.

Dilgėlinė yra heterogeninė įvairių tipų liga, kurios diagnostikai yra svarbi išsami ligos anamnezė (žr. 1 priedas) ir fizinis paciento ištyrimas (būdinga klinika – bėrimas pūkšlėmis).

Laboratoriniai tyrimai ir specialūs provokaciniai mėginiai turi būti atliekami kiekvienam pacientui individualiai, pagal įtariamą dilgėlinę sukėlusį veiksnių (2 lentelė). Visi provokaciniai mėginiai ir išplėstiniai specializuoti tyrimai atliekami specializuotuose centruose. Buvusi vaistų, maisto alergeno sukelta anafilaksija yra kontraindikacija provokaciniam mėginiui, o, tokiems pacientams atliekant odos mėginius, reikia papildomų atsargumo priemonių. Įtarus autoimuninę dilgėlinę, gali būti atliekamas autologinio serumo įodinis mėginys.

*Ūminės dilgėlinės atveju papildomi diagnostikos tyrimai atliekami tik įtarus alergiją.*

2 lentelė. Dilgėlinės diagnostikos tyrimai pagal tipus

Grupė	Tipas	Įprastiniai diagnos- tiniai tyrimai	Išplėstiniai speciali- zuoti tyrimai*
Spontaniinė dilgėlinė	Ūminė	Nereikalingi §	Nereikalingi §
	Lėtinė	BKT, ENG/CRB, nev- artoti įtariamo vaisto (NVNU ar kt.)	Tiriama, ar nėra in- fekcijos, I tipo aler- gijos, autoantikūnų, skydliaukės hormonų pokyčio; fiziniai mėginiai, 3 savaičių dieta be pseudoalergenų, odos biopsija
Fizinė dilgėlinė	Šalčio	Šalčio provokacinis mėginys (ledo, šalto vandens, vėjo)	BKT, ENG/CRB, krioproteinai (įtarus sisteminę ligą, infekciją)
	Spaudimo	Spaudimo mėginys (0,2–1,5 kg/cm <sup>2</sup> 10–20 min.)	Nereikalingi
	Šilumos	Šilto vandens provo- kacinis mėginys	Nereikalingi
	Saulės	UV spindulių ar kito bangos ilgio mėginys	
	Dermografinė	Dermografizmo tyrimas	BKT, ENG/CRB,
Kitos grupės	Vandens	Kūno temperatūros šlapių rūbų aplikacija 20 min.	Nereikalingi
	Cholinerginė	Fizinio krūvio ar karštos vonios mėginys	Nereikalingi
	Kontaktinė	Dūrio/lopo mėginys (20 min.)	Nereikalingi
	Fizinio krūvio	Fizinio krūvio mėginys su maistu ar be jo	Nereikalingi

\* – pagal įtariamą etiologinį veiksni.

§ – jei neįtariama alergija.



Diagnozavus dilgėlinę, pagal bėrimų pobūdį ir niežėjimo intensyvumą nustatomas ligos aktyvumas nuo 0 iki 6 balų (3 lentelė). Kadangi dilgėlinė yra kintanti liga, rekomenduojama jos aktyvumą nustatyti kelių parų laikotarpiu.

3 lentelė. Dilgėlinės aktyvumo vertinimas (nuo 0 iki 6 balų)

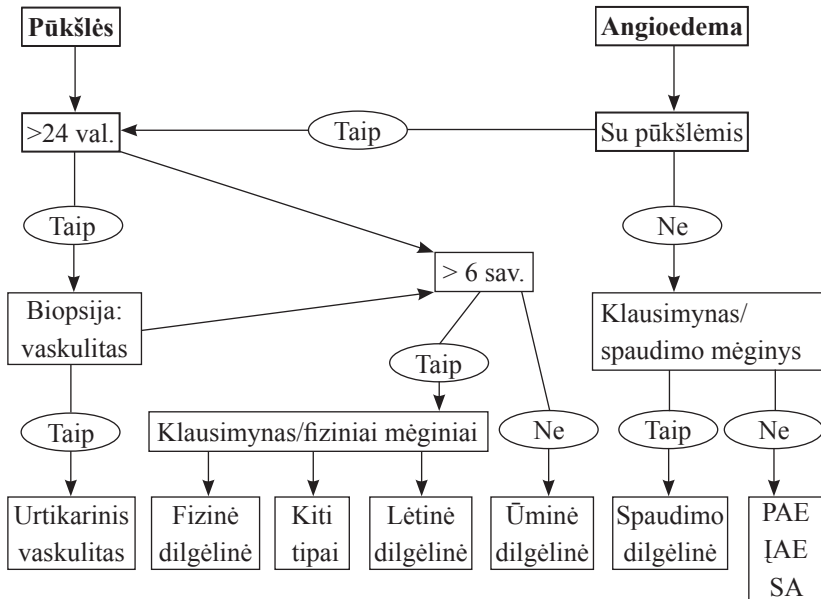
Balai	Pūkšlių pobūdis	Niežulys
0	Nėra	Nėra
1	Lengvos eigos (<20 pūkšlių /24 val.)	Nedidelis
2	Vidutinio sunkumo (21–50 pūkšlių/24 val.)	Vidutinis
3	Intensyvus (>50 pūkšlių/24 val. ar didelės susiliejančios)	Stiprus

### Dilgėlinės diferencinė diagnostika

Dilgėlinės diferencinės diagnostikos algoritmas pateiktas 2 paveiksle.

Pūkšlės, dažniausiai trunkančios kelias dienas, gali būti kartu su papulėmis, plokštelėmis, egzema ir kitais bėrimo elementais šių būklių metu:

1. Vabzdžių įkandimas (*urticaria papulosa*)
2. Daugiaformė eksudacinė eritema (*Erythema multiforme*)
3. Sisteminė raudonoji vilkligė
4. Pūslinis pemfigoidas
5. Diuringo pūslelinis dermatitas (*Dermatitis herpetiformis*)
6. Urtikarinis (leukocitoklazinis) vaskulitas (1 proc. lėtinės dilgėlinės atveju)
7. Vaistų sukelta toksikodermija
8. Virusinė egzantema
9. Nėščiujų niežulinė papulinė ir plokštelinė dilgėlinė (*angl. pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*)
10. Nėščiujų pemfigoidas (*Herpes gestationis*)



2 pav. Dilgėlinės diferencinės diagnostikos algoritmas

PAE – paveldima angioedema dėl C1 inhibitoriaus stokos,

IAE – įgyta angioedema,

SA – spontaniinė angioedema kaip dilgėlinės klinikinė forma be pūkšlių.

### Dilgėlinės gydymo principai

Dilgėlinės gydymu (angl. *management*) vadiname ne vien vaistų vartojimą, bet visą kompleksą priemonių, kurios naudojamos siekiant išvengti ir pašalinti šios ligos priežastis, mechanizmus bei simptomus.

Nors dilgėlinę sukeltantys veiksniai labai įvairūs, o jos eiga kintama, visais atvejais gydymas apima šias sudedamąsias dalis:

1. Dilgėlinę provokuojančių veiksnių vengimas, šalinimas.
2. Putliųjų ląstelių mediatorių išskyrimo slopinimas.
3. Putliųjų ląstelių mediatorių sukulto audinių pažeidimo gydymas, t.y. klinikinių simptomų slopinimas.

### *Dilgėlinę provokuojančių veiksnių vengimas*

Tai viena svarbiausių priemonių, siekiant išvengti dilgėlinės, tačiau dažnai sunkiai pritaikoma ar mažai veiksminga, nes konkretus priežastinis veiksnys būna nežinomas. Šalinant ar vengiant įtariamo priežastinio veiksnio, galima dilgėlinės remisija. Kartais ligos remisija būna savaiminė (spontaninė).

Visais ligos atvejais būtina siekti išaiškinti dilgėlinę provokuojančius veiksnius ir juos šalinti.

#### *Vaistai*

Jei dilgėlinės priežastis yra vaistai, jų vartojimas turi būti visiškai nutrauktas, o, jei jie yra būtini, pakeisti kitos grupės vaistais. Vaistai, kurie dažnai sukelia pseudoalergines reakcijas (pvz., aspirinas ir kiti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo), gali sunkinti lėtinės dilgėlinės eigą.

#### *Fiziniai veiksniai*

Nors dažnai dilgėlinę provokuojančių fizinių veiksnių vengti sunku, svarbu tinkamai pacientą mokyti, kaip kontroliuoti fizinių veiksnių poveikį kasdieniniame gyvenime.

#### *Dieta*

Dilgėlinė, kurios priežastis IgE nulemta maisto alergija, būna retai. Tokiais atvejais, pašalinus alergeną, simptomai išnyksta per 24–48 val. Dažna lėtinės dilgėlinės priežastis yra natūralių maisto produktų ar juose esančių maisto priedų sukeltos pseudoalerginės reakcijos. Tokiais atvejais dieta turi būti skiriama mažiausiai 3–6 mėn. (žr. 2 priedas).

#### *Infekcijos ir lėtinės uždegiminės ligos*

Dažnai lėtinė dilgėlinė susijusi su lėtinėmis uždegiminėmis ar infekcinėmis ligomis, todėl gydant dilgėlinę pirmiausia svarbu tinkamai (adekvačiai) gydyti priežastines lėtines ligas. Iš infekcijų dažniausiai dilgėlinės atsiradimą nulemia *H. pylori* virškinamajame kanale, bakterinis nazofaringitas, sinusitas, parazitų, pirmuonių infekcijos, išplitusi kandidozė; o iš lėtinių uždegiminių ligų – gastritas, refliuksinis ezofagitas, tulžies pūslės ar jos lataų uždegimas.

### *Medikamentinis dilgėlinės gydymas*

1. *Kontroliuojantis* – kai skiriami vaistai slopina putliųjų ląstelių degranuliaciją ir mediatorių išsiskyrimą iš jų. Kol kas yra nedaug vaistų, veiksmingų šiuo požiūriu. Tai geriamieji ir parenteriniu būdu skiriami gliukokortikosteroidai; naujausi geriamieji H1 receptorių antagonistai, kurie pasižymi ir simptominiu, ir mediatorių išsiskyrimą iš putliųjų ląstelių bei bazofilų slopinančiu poveikiu.

2. *Simptominis* – kai skiriami vaistai šalina arba palengvina ligos simptomus. Tai vaistai, kurie slopina žalingą iš putliųjų ląstelių išsiskyrusių mediatorių poveikį audiniams ir organams. Tai visi H1 receptorių antagonistai.

Siekiant optimalaus pageidaujamo ir minimalaus nepageidaujamo vaistų poveikio, vaistus ir jų dozes rekomenduojama parinkti vadovaujantis farmakologinėmis savybėmis ir vartojimo ypatybėmis (4 lentelė). Pagal saugumą vaisiui vaistai dilgėlinei gydyti yra skirstomi pagal Amerikos maisto ir vaistų administracijos (FDA) rekomendacijas (5 lentelė).

4 lentelė. D ilgėlinei gydyti vartojami vaistai

Vaistai	Bendrinis pavadinimas	Dozavimas	Nepageidaujamas poveikis	Komentarai
Antrosios kartos antihistaminiai vaistai (H1 receptorių antagonistai, nesukeliantys sedacijos)	Desloratadinas <i>tab., sir.</i>  Feksofenadinas <i>tab.</i> Levocetirizinas <i>tab.</i>  Cetirizinas <i>tab., sol.</i> <i>(geriamasis)</i>  Ebastinas <i>tab.</i> Loratadinas <i>tab., susp., sir.</i>	Suaugusiesiems ir > 12 m. vaikams: 5 mg 1xp.; vaikai 6–11 m.: 2,5 mg 1xp.; 1–5 m.: 1,25 mg 1xp.; Suaugusiesiems ir > 12 m. vaikams: 180 mg 1xp. Suaugusiesiems ir > 6 m. vaikams: 5 mg 1xp., dozė koreguojama, esant IFN; Suaugusiesiems ir > 6 m. vaikams: 10 mg 1xp.; 2–6 m. vaikams: 5 mg 1–2xp.; esant IFN, KFN, dozė mažinama pusiau Suaugusiesiems ir > 12 m. vaikams: 10 mg 1–2xp. Suaugusiesiems ir > 12 m. vaikams, sveriantiems > 30 kg, – 10 mg 1xd., < 30 kg – 5 mg 1xp.; esant KFN – koreguoti dozė	Labai retai. Tik skiriant maksimalias vaisto dozes – lengva sedacija (dažnesnė, vartojant cetirizino). Vartojant kartu su citochromo P450 inhibitoriais (ketokonazoliu ar eritromicinu), gali padidėti kai kurių vaistų (pvz., feksofenadino) koncentracija plazmoje	Tai pirmiausia pasirenkami vaistai gydant ilgėlinę Naujausios kartos antihistamininiai pasizymi simptomus lengvinančiu ir kontroliuojančiu, t.y. uždegimą slopinančiu poveikiu

4 lentelės tęsinys

<p>Pirmosios kartos antihistaminiai vaistai (H1 receptorių antagonistai, sukeliančys sedaciją)</p>	<p>Chloropiraminas <i>tab., amp.</i></p> <p>Klemastinas <i>tab., amp.</i></p>	<p>Suaugusiesiems: 25 mg 3–4xp. (prireikus iki 150 mg/p.); inj. 20–40 mg/p.; 6–14 m. vaikams: 12,5 mg 2–3xp., 1–6 m.: 8,25 mg 2–3xp., 1–12 mėn.: 6,25 mg 2–3xp.</p> <p>Suaugusiesiems: 1 mg 2xp. (prireikus iki 6 mg/p.); inj. 2–4 mg/p.; 6–12 m. vaikams: 0,5–1 mg 2xp., 3–6 m.: 0,5 mg 2xp., 1–3 m.: 0,25–0,5 mg 2xp.</p> <p>Suaugusiesiems: 25–50 mg 3–4xp. (prireikus iki 300 mg/p.); inj. 10–50 mg vienkartinė dozė; 6–12 m. vaikams: 12,5–25 mg 3–4xp., &lt;6 m.: 6,25–12,5 mg 3–4xp.</p>	<p>Poveikis CNS: galvos svaigimas, skausmas, nuovargis, mieguistumas, bloga dėmesio koncentracija; anticholinerginis poveikis: gleivinių ir odos džiuvimas, obstipacijos, šlapimo susilaikymas. Pasižymi sąveika su kitais vaistais: migdomaisiais, anti-depresantais, kai kuriais analgetikais, alkoholiu</p>	<p>Silpnesnis ir trumpiau trunkantis antihistamininis poveikis nei antros kartos bei naujausių H1 receptorių antagonistų, bet greitesnė veikimo pradžia; neturi uždegimą slopinančio poveikio</p>
<p>Difenhidraminas <i>tab., amp.</i></p>				

## 4 lentelės tęsinys

Gliukokortikosteroidai	<p>Prednizolonas <i>tab., amp.</i></p> <p>Metilprednizolonas <i>tab., amp.</i></p> <p>Hidrokortizonas <i>tab., amp.</i></p>	<p>Suaugusiesiems: 20–100 mg/p., vaikams: 0,1–2 mg/kg/p.</p> <p>Suaugusiesiems: 2–60 mg/p., vaikams: 0,5–1,7 mg/kg/p.</p> <p>Suaugusiesiems: 150–240 mg kas 12 val., vaikams: 1–5 mg/kg/p.</p>	<p>Ilgai vartojant – osteoporozė, hipertenzija, diabetas, skrandžio opos, katarakta, glaukoma, nutukimas, antinksčių slopinimas, odos suplonėjimas, raumenų silpnumas, infekcijos</p>	<p>Uždegimą slopinantis poveikis – slopina mediatorių išsiskyrimą iš putliųjų ląstelių.</p> <p>Tabletės: ilgalaikis alternuojantis (skiriant kas 2 d.) ar vartojimas 1xp. ryta, mažina nepageidaujamą poveikį, 5–10 dienų kursai efektyvūs kontrolei sutvirtinti. Skiriant ilgą laiką, laipsniškai mažinama iki mažiausios efektyvios dozės.</p> <p>Parenteriniu būdu skiriama tik sunkiai ūminei dilgėlinei kartu su angioedema gydyti, veikimas greitas, bet trumpalaikis</p>
------------------------	---	--	---	---

5 lentelė. Vaistų dilgėlinei gydyti kategorijos nėštumo metu

Vaistas	Kategorija
<b>Antihistaminiai vaistai (H1 receptorių antagonistai)</b>	
Desloratadinas	C
Loratadinas	B
Cetirizinas	B
Feksofenadinas	C
Klemastinas	B
Difenhidraminas	B
<b>Gliukokortikosteroidai</b>	
Prednizolonas	C*
Hidrokortizonas	C*

\*– D kategorija vartojant I nėštumo trimestrą

Vaistų, vartojamų nėštumo metu, kategorijos:

B – įrodymų apie riziką žmogui nėra. Tyrimų su gyvūnais duomenys buvo neigiami, tačiau adekvačių tyrimų su žmonėmis neatlikta, arba tyrimų su gyvūnais metu nustatyta rizika, tačiau, atliekant tyrimus su žmonėmis, tokios rizikos nenustatyta.

C – rizika neatmetama. Tyrimų su žmonėmis nepakanka, o tyrimų su gyvūnais metu nustatyta rizika vaisiui arba tyrimų su gyvūnais nepakanka. Tačiau galima nauda gali pateisinti galimą riziką.

D – yra rizika vaisiui, tačiau, nepaisant rizikos, vaisto skiriama dėl galimos naudos nėščiajai (pavyzdžiui, kai yra pavojus gyvybei arba saugesni vaistai neveiksmingi).

*Antrosios kartos antihistamininiai vaistai (H1 receptorių antagonistai, nesukeliantys sedacijos) yra pirmiausia pasirenkami vaistai gydant dilgėlinę. Jie pasižymi simptomus šalinančiu ir simptomus kontroliuojančiu poveikiu, kuris priklauso nuo vaisto dozės (parinktos individualiai) ir gydymo trukmės. Atsižvelgiant į dilgėlinės klinikinę eigą, šių vaistų gali būti skiriama ilgą laiką, o jų tikėtinas nepageidaujamas poveikis minimalus (klinikinių tyrimų metu artimas placebo poveikiui). Gydymo taktiką reikia peržiūrėti kas 3–6 mėn.*



Jei nėra pakankamo klinikinio poveikio skiriant įprastinę antros kartos antihistamininių vaistų dozę, prieš pasirenkant alternatyvų gydymo būdą veiksmingiau ir saugiau (įrodyta atlikus klinikinius tyrimus) padidinti antros kartos antihistamininių vaistų anotacijose rekomenduojamą paros dozę iki keturių kartų (tikslinga specialisto alergologo ir klinikinio imunologo ar dermatologo konsultacija).

*Pirmosios kartos antihistamininiai vaistai* (H1 receptorių antagonistai) dilgėlinei gydyti ilgą laiką neskirtini dėl jų stipraus nepageidaujamo sedacinio poveikio. Pirmenybė šių vaistų (injekcijų formos) skyrimui – kai reikia greito sisteminio antihistamininio poveikio ir nėra galimybės skirti geriamųjų vaistų.

*Gliukokortikosteroidai* slopina mediatorių išsiskyrimą iš putliųjų ląstelių. Jų gali būti skiriama trumpais kursais ūminei sunkiai dilgėlinei gydyti, tačiau reikėtų vengti ilgų kursų, nes simptomams slopinti paprastai reikia didelių vaisto dozių, kurios sukelia nepageidaujamų poveikių.

### ***Kiti vaistai ir priemonės dilgėlinei gydyti***

Šios priemonės gali būti skiriamos sergantiesiems rezistentiška įprastiniam gydymui dilgėline. Skiria specialistas, prieš tai nuodugniai įvertinęs galimos naudos ir nepageidaujamų poveikių rizikos santykį.

*H2 receptorių antagonistai* (cimetidinas, ranitidinas), skiriami kartu su antros kartos H1 receptorių antagonistais, gali sustiprinti simptominių sunkios dilgėlinės gydymą. Klinikinių tyrimų, parodančių šių vaistų derinio poveikį, yra nedaug.

*Leukotrienų receptorių antagonistų* (montelukasto), pasižyminčių nedideliu uždegimą slopinančiu poveikiu, gali būti skiriama kartu su antrosios kartos H1 receptorių antagonistais gydant sunkią dilgėlinę arba aspirino bei maisto priedų sukeltos dilgėlinės atvejais, tačiau jų poveikis, klinikinių tyrimų duomenimis, kintamas.

*Psoralenas ir ultravioletiniai A spektro spinduliai* (PUVA) sumažina putliųjų ląstelių skaičių dermoje, todėl gali būti vertingi gydant rezistentiškas lėtinės dilgėlinės formas. Skiriamas 1–3 mėn. UV-A ir UV-B gydymo būdas kartu su antihistamininiais vaistais.

*Kiti sisteminio poveikio vaistai.* Sunkia įprastiniam gydymui rezistentiška lėtine dilgėline sergantiems pacientams bandoma skirti ciklosporino, metotrek-sato, dapsono, sulfasalazino. Dažniausi nepageidaujami poveikiai: pykinimas, vėmimas, pilvo skausmai; retesni: hepatitas, hematologiniai pokyčiai, nefrot-oksinis ir teratogeninis poveikis. Pavieniais atvejais, gydant lėtinę dilgėlinę, kai yra dideli autoantikūnų titrai, buvo veiksmingos plazmaferezės, intrave-ninio imunoglobulino preparatai (nėra atlikta klinikinių tyrimų, įrodančių šį poveikį).

Klinikiniai tyrimai parodė, kad tokie vaistai, kaip indometacinas, kol-chicinas, varfarinas, natrio kromoglikatas, nifedipinas, traneksamo rūgštis, anksčiau rekomenduoti kaip alternatyva, *gydant lėtinę dilgėlinę neveiksmingi.*

## 1 priedas. Sergančiojo dilgėline klausimynas

1. Ligos pradžia.
2. Pūkšlių dažnis, trukmė.
3. Bėrimų pokytis per parą.
4. Pūkšlių forma, dydis, išsidėstymas.
5. Angioedema.
6. Subjektyvūs gretutiniai simptomai (niežėjimas, skausmas, kiti).
7. Šeiminė anamnezė: dilgėlinė, atopinės ligos.
8. Anksčiau persirgtos ar dabartinės ligos: alergija, infekcija, vidaus ligos, kitos.
9. Fizinio veiksnio ar krūvio įtaka.
10. Vartojami vaistai: NVNU, injekcijos, imunizacija, hormonai, vidurių  
laisvinamieji, žvakutės, lašai į akis, ausis, alternatyvūs.
11. Maisto įtaka, ypatybės.
12. Rūkymas.
13. Darbo pobūdis.
14. Hobis.
15. Ryšys su savaitgaliais, švenčių ar išvykų dienomis.
16. Chirurginiai implantatai.
17. Reakcija į vabzdžių įgėlimą.
18. Ryšys su menstruacijomis.
19. Atsakas į gydymą.
20. Stresas.
21. Gyvenimo kokybės pokyčiai, nulemti dilgėlinės.

## 2 priedas. Mažai pseudoalergenų turinti dieta

(adaptuota pagal Zuberbier T, 2000)

<b>Maisto produktai</b>	<b>Galima valgyti</b>	<b>Draudžiami</b>
Pagrindiniai maisto produktai	Duona, batonas be konservantų, bulvės, ryžiai, neapdoroti grūdiniai, rupių kvietinių miltų makaronai (be kiaušinio), ryžių paplotėliai	Visi kiti maisto produktai (pavyzdžiui, makaronai su kiaušiniu, pyragaičiai, bulvių traškučiai, ir kt.)
Riebalai	Sviestas, augaliniai aliejai	Margarinas, majonezas ir visi kiti riebalai
Pieno produktai	Šviežias pienas, kefyras, rūgpienis, šviežia grietinėlė, varškė, natūralus jogurtas, varškės sūris	Fermentinis sūris ir visi kiti pieno produktai
Gyvulinės kilmės maisto produktai	Šviežia mėsa, malta mėsa be prieskonių	Kiaušiniai, žuvis, jūros gėrybės, mėsa apdorota su prieskoniais, rūkyti mėsos gaminiai su soja
Daržovės	Visos daržovės, išskyrus draudžiamas: bulvės, morkos, salotos, cukinijos, kopūstai, brokoliai, šparagai, kininiai kopūstai	Artišokai, žirnėliai, grybai, rabarbarai, špinatai, pomidorai ir pomidorų produktai, alyvuogės, paprika
Vaisiai	Jokių vaisių!	Visos vaisių rūšys, džiovinti vaisiai, riešutai, vaisių sultys
Prieskoniai	Druska, cukrus, porai, svogūnai, česnakų laiškai	Česnakų šakniavaisiai, prieskoniniai augalai
Saldumynai	Jokių	Visi, net kramtomoji guma
Gėrimai	Pienas, mineralinis vanduo, kava, juoda arbata	Alus, vynas, kiti alkoholiniai gėrimai, žolių arbatos
Kiti	Sviestas, medus (jei nenustatyta alergija žiedadulkėms)	Uogienės, marmeladai, džemai ir kt.

**Literatūra:**

1. Zuberbier T., Bindslev-Jensen C., Canonica W. et al. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria // *Allergy*. – 2006, 61, p. 316–320.
2. Zuberbier T., Bindslev-Jensen C., Canonica W. et al. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: management of urticaria // *Allergy*. – 2006, 61, p. 321–331.
3. Kaplan A.P. Chronic urticaria and angioedema // *N. Engl. J. Med.* – 2002, 346, p. 175–179.
4. Zuberbier T., Greaves M.W., Juhlin L., Merk H., Stingl G., Henz B.M. Management of urticaria – a consensus report // *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.* – 2001, 6, p. 128–131.
5. Wedi B., Raap U., Kapp A. Chronic urticaria and infections // *Curr. Opin. Allergy. Clin. Immunol.* – 2004, 4, p. 387–396.
6. Greaves M. Chronic urticaria // *J. Allergy. Clin. Immunol.* – 2000, 105, p. 664–672.
7. Ožeraitytė A., Popovaitė E. Vaistų knyga gydytojams ir farmacininkams // „Vaistų žinios“. – Vilnius, 2005.
8. Zuberbier T. Urticaria // *Allergy*. – 2003, 58, p. 1224–1234.
9. Friedmann P.S. Assessment of urticaria and angio-oedema // *Clin. Exp. Allergy*. – 1999, 29, S109–112.
10. Grattan C., Powell S., Humphreys F. Management and diagnostic guidelines for urticaria and angio-oedema // *British Journal of Dermatology*. – 2001, 144, p. 708–714.
11. Greaves M.W. Chronic urticaria // *N. Engl. J. Med.* – 1995, 332, p. 1767–1772.
12. Grob J.J. et al. // *Br. J. of Dermatology*. – 2005, 152, p. 289–295.
13. Bindslev-Jensen C., Finzi A., Camarasa J. et al. Chronic urticaria: diagnostic recommendations // *JEADV*. – 2000, 14, p. 175–180.
14. Kontou-Fili K., Mazi-Borici R., Kapp A. et al. Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. An EAACI Position paper // *Allergy*. – 1997, 52, p. 504–513.
15. Hein R. Chronic urticaria: impact of allergic inflammation // *Allergy*. – 2002, 57, Suppl.75, p. 19–24.
16. Sabroe R.A., Grattan C.E.H., Francis D.M. et al. The autologous serum skin test: a screening test for autoantibodies in chronic idiopathic urticaria // *British Journal of Dermatology*. – 1999, 140, p. 446–452.
17. Worm M., Ehlers I., Sterry W., Zuberbier T. Clinical relevance of food additives in adult patients with atopic dermatitis // *Clin. Exp. Allergy*. – 2000, 30, p. 407–414.
18. O'Donnell B.F., Francis D.M., Swana G.T. Thyroid autoimmunity in chronic urticaria // *British Journal of Dermatology*. – 2005, 153, p. 331–335.
19. Kossard S., Hamann I., Wilkinson B. Defining urticarial dermatitis // *Arch. Dermatol.* – 2006, 142, p. 29–34.
20. Briggs G.G., Freeman R.K., Yaffe S.J. *Drugs in pregnancy and lactation* 7 th ed. – Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2005.

# Dilgėlinės diagnostikos ir gydymo rekomendacijos

Parengė:

B. Šitkauskienė  
R. Dubakienė  
J. Staikūnienė  
R. Ėmužytė  
I. Marčiukaitienė  
S. Valiukevičienė  
R. Sakalauskas

Kalbos redaktorė Aurelija Gražina Rukšaitė

Maketavo Edvinas Gudaitis

Leido Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra  
Tvirtovės al. 90 A, 50185 Kaunas  
Spausdino “Arx Baltica” spaudos namai