

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Винницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова

Острая крапивница и отек Квинке: клиника, диагностика, неотложная помощь

Гетерогенная группа заболеваний, основным клиническим признаком которых является появление диффузных или ограниченных волдырных (уртикарных) элементов кожной сыпи, называется крапивницей. Данный термин происходит от латинского *urtica*, что означает крапива, так как сыпь на коже пациентов похожа на следы ужаления крапивой. При этом волдыри имеют размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, четко отграничены, возвышаются над уровнем кожи, сопровождаются образованием эритемы и развитием кожного зуда. Характерно, что элементы кожной сыпи при крапивнице спонтанно обратимы или исчезают под влиянием соответствующей терапии. Примерно у 50% пациентов крапивница сочетается с ангионевротическим отеком (АНО), который в 1882 г. впервые описал Генрих Квинке. Отек Квинке обычно проявляется асимметричным плотным отеком более глубоких слоев дермы и бесследно исчезает через несколько часов (максимум до 2-3 сут). Такой АНО чаще локализуется в области лица, головы, шеи, половых органов и у 10% больных может возникать изолированно от крапивницы.



С.В. Зайков

! Крапивница и АНО представляют собой серьезную медицинскую и социальную проблему, поскольку для них характерны высокая распространенность, отсутствие унифицированных подходов к диагностике и лечению, значительные финансовые затраты на терапию и реабилитацию больных, резкое снижение качества жизни, а нередко и непосредственная угроза для нее при локализации патологического процесса в области жизненно важных органов.

Крапивница и АНО могут быть как самостоятельной патологией, так и симптомом различных по механизму и прогнозу заболеваний (аутоиммунных, онкологических, системных, паразитарных и пр.), что определяет сложность классификации, диагностики и терапии этой нозологии.

Распространенность заболевания в различных странах мира колеблется от 15,5 до 31,0%, а пик заболеваемости приходится на возраст от 14 до 40 лет. В России острая лекарственная аллергия, клиническими проявлениями которой часто являются крапивница и АНО, регистрируется у каждого пятого пациента с аллергией, обратившегося за скорой медицинской помощью, а среди стационарных больных встречается у каждого третьего.

Этиология

К наиболее частым этиологическим факторам крапивницы относятся:

- пищевые продукты, способствующие высвобождению в организме гистамина или его содержащие (рыба, морепродукты, яйца, орехи, бобовые, цитрусовые, томаты, баклажаны, копченые изделия, шоколад, сыр, алкоголь, кондитерские изделия с пищевыми красителями, например тартразином и др.). Острая крапивница может развиваться у больных поллинозом после употребления пищевых продуктов, имеющих перекрестные антигены с пыльцой (например, при аллергии к пыльце деревьев отмечается пищевая аллергия к косточковому, ягодам, орехам и т.д.);
- лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты, опиаты, витамины (особенно группы В), белковые препараты (препараты крови, инсулин), рентгенконтрастные йодсодержащие препараты, миорелаксанты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и др.);
- пыльцевые, бытовые, эпидермальные аллергены;
- аллергены гельминтов и простейших;
- яд перепончатокрылых (пчел, ос, шершней);
- бактерии, вирусы, грибы;
- физические факторы: температура окружающей среды, давление, вибрация, инсоляция, физическая нагрузка, купание в воде и др.;
- психогенные факторы;
- сопутствующие заболевания (неопластические процессы, системные заболевания соединительной ткани, болезни пищеварительной, эндокринной системы и др.).

Развитие острой крапивницы чаще вызывают лекарственные препараты, пищевые

продукты, инфекционные, пыльцевые, эпидермальные, бытовые и инсектные аллергены. В развитии иммунологической (аллергической) крапивницы участвуют различные (реагиновый, цитотоксический, иммунокомплексный) механизмы гиперчувствительности. Анафилактическая же крапивница развивается в ответ на употребление в пищу или с целью лечения веществ-гистаминолибераторов без вовлечения в процесс иммунологических механизмов. Однако следует подчеркнуть, что патогенетические механизмы развития многих видов крапивницы до сих пор остаются невыясненными.

Важной проблемой медицины является развитие острой крапивницы у детей. Так, в возрасте до 2 лет, как правило, встречаются только острые формы крапивницы (продолжительность заболевания не больше 6 нед), у детей от 2 до 12 лет — острые и хронические с преобладанием острых форм, а в возрасте старше 12 лет преобладают хронические формы крапивницы. У детей раннего возраста (от 1 до 36 месяцев жизни) острая крапивница может стать причиной urgentных ситуаций, при которых необходимо стационарное лечение (0,4% случаев всех госпитализаций детей). Причиной ее развития у 75% детей первых 2 лет жизни бывает пищевая аллергия, вызванная аллергенами молока, рыбы, крабов, бобовых, орехов и яиц. Различные фрукты, овощи и пищевые добавки (растительное масло, лецитин, белковые ароматизаторы, желатин, гидролизованные белки, сульфиты, тартразин, бензоаты и пр.) также могут являться причиной IgE-опосредованной крапивницы у детей. Кроме того, некоторые продукты (ананас, выдержанные сыры, рыба), содержащие гистамин или другие вазоактивные амины (тирамин, гистидин), могут вызывать крапивницу как у детей, так и у взрослых. Ряд продуктов (клубника, помидоры и т.д.) индуцируют прямое высвобождение гистамина из тучных клеток без участия IgE, что также может приводить к образованию уртикарий.

Инфекционные агенты также имеют важное значение в развитии крапивницы у детей. Например, в возрасте старше 2 лет на долю инфекционных заболеваний приходится приблизительно половина всех случаев крапивницы, на лекарственные препараты — 5-10%, на пищевые продукты — 2-10%. Крапивницу у детей также могут вызывать вирусы гепатитов В и С, вирус простого герпеса 1 типа, цитомегаловирус, вирусы Коксаки А и В. Бактериальные инфекции являются причиной острой крапивницы значительно реже, чем вирусные.

У подростков чаще встречается острая крапивница, обусловленная ингаляционными аллергенами (пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными). В случае сенсibilизации к пыльце растений крапивница обычно имеет сезонный характер и часто сочетается с другими проявлениями поллиноза. Нередко пациенты отмечают появление уртикарий при приеме продуктов, имеющих перекрестную реакцию с пыльцевыми аллергенами (например, при употреблении яблок или моркови при наличии сенсibilизации к пыльце березы).

Среди лекарственных препаратов наиболее часто острую крапивницу у детей вызывают бета-лактамы, антибиотики, сульфаниламиды, поливитамины, нестероидные противовоспалительные препараты и противосудорожные средства. Кроме того, возможно развитие контактной крапивницы в результате контакта неповрежденной кожи с пищевыми продуктами-аллергенами (коровье молоко, рыба) или различными химическими соединениями.

Патогенез

Патогенез различных форм острой крапивницы сложен и еще недостаточно изучен. Чаще ее развитие связано с IgE-зависимыми аллергическими реакциями у больных с atopическими заболеваниями. В настоящее время известно, что механизмы крапивницы связаны с дегрануляцией тучных клеток кожи. Под действием различных факторов эти клетки выделяют медиаторы воспаления, вызывающие появление клинических симптомов заболевания. К наиболее важным из них относится гистамин, вызывающий ограниченную эритему, обусловленную местным расширением капилляров и артериол с образованием волдыря вследствие увеличения проницаемости сосудов кожи. Гистамин и простагландин D2 активируют С-волокна, которые секретируют нейропептиды, вызывающие дополнительную вазодилатацию и дегрануляцию тучных клеток. Установлено, что независимо от происхождения для острой крапивницы характерно повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека в области периваскулярных тканей. При поражении подкожного и подслизистого слоя дермы развивается АНО. Возможно раздражение слизистых оболочек полости рта, носа, бронхов, конъюнктивы, желудочно-кишечного тракта с развитием симптомов отека языка, глотки, гортани, возникновением кашля, бронхоспазма, ринита, конъюнктивита, тошноты, рвоты, боли в животе, диареи и прочих клинических проявлений аллергической реакции.

Классификация

Общепринятая классификация крапивницы до настоящего времени отсутствует, но на практике она чаще всего подразделяется на аллергическую и неаллергическую. В соответствии с официальным заключением проблемной комиссии по номенклатуре ЕААСI (2001) аллергической считается та крапивница, которая опосредована иммунологическими механизмами, а если есть доказательства того, что она обусловлена IgE-зависимыми механизмами, то используется название «IgE-опосредованная крапивница». Большинство вариантов клинической классификации крапивницы предполагает разделение ее по длительности заболевания (острая — не больше 6 нед, хроническая — больше 6 нед) и патогенетическим механизмам (иммунологическая (аллергическая), анафилактическая (псевдоаллергическая), физическая, наследственная). Крапивница также может быть локализованной и генерализованной, то есть поражать определенный участок кожи или распространяться по всему телу, что делает ее жизнеугрожающим

состоянием в аллергологии, особенно когда крапивница и АНО локализуется в области жизненно важных органов. При этом ургентность крапивницы и АНО определяется не вызвавшими их причинами, хотя они обязательно должны учитываться при подборе терапии, а степенью выраженности, распространенностью и локализацией уртикарных высыпаний и отека. Наиболее опасны отеки в области лица и шеи из-за высокой степени риска развития асфиксии. Острая крапивница встречается чаще и диагностируется примерно у 75%, а хроническая рецидивирующая — у 25% обследованных. Острая крапивница чаще бывает аллергической природы, тогда как при хронической рецидивирующей сравнительно редко (5-30% случаев) выявляется четкая связь с причинно-значимым аллергеном.

Клиническая картина

Клиническая картина острой крапивницы достаточно типична. Заболевание характеризуется внезапным началом, появлением сильного зуда, жжения и уртикарных (волдырных) зудящих высыпаний, похожих на следы от ужаления крапивой или укусов комаров, на любых участках кожного покрова, а также на слизистых оболочках губ, языка, мягкого неба и гортани. Волдырь — основной морфологический элемент крапивницы — представляет собой ограниченный отек дермы в диаметре от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, гиперемизированный по периферии и более бледный в центре. Волдыри (уртикарии), как правило, исчезают в течение суток. Их слияние между собой сопровождается нарушением общего состояния больного (крапивная лихорадка, артралгии). При гистологическом исследовании классический волдырь выглядит как отек верхнего и среднего слоя дермы с дилатацией венул и лимфатических сосудов верхнего слоя дермы. При АНО аналогичные изменения наблюдаются в нижнем слое дермы и подкожно-жировой клетчатке. При острой крапивнице в коже отмечается повышенная активность молекул адгезии и смешанный воспалительный периваскулярный инфильтрат, состоящий из нейтрофилов и/или эозинофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов (хелперов), а также тучных клеток.

АНО формируется при распространении отека на глубокие слои дермы и подкожную клетчатку, а также слизистые оболочки. Острый ограниченный отек Квинке (гигантская крапивница) характеризуется также внезапным развитием асимметричного ограниченного отека кожи (слизистой оболочки) и подкожной жировой клетчатки лица (губы, щеки, веки и др.) или половых органов. При этом кожа становится плотно-эластической, белого, реже розового цвета. АНО обратим и обычно спустя несколько часов или максимум 2-3 сут исчезает. Возможно сочетание отека Квинке с обычной локализованной острой крапивницей.

Развитие отека Квинке в области гортани встречается в 25% случаев и относится к неотложным состояниям, поскольку опасно для жизни пациента. Для него характерно внезапное формирование отека подкожной

клетчатки, фасций, мышц с развитием отека гортани и асфиксии. Возникновение отека гортани проявляется охриплостью голоса, лающим кашлем, затруднением дыхания, инспираторно-экспираторной одышкой, шумным и стридорозным дыханием, цианозом, а потом бледностью лица, тревожностью больных. Если отек распространяется на трахею и бронхи, то развивается бронхоспастический синдром и становится весьма вероятной смерть пациента от асфиксии. При легком и среднетяжелом течении отек гортани длится от часа до суток. Однако даже после стихания острых симптомов в течение некоторого времени еще сохраняются осиплость голоса, боль в горле, затрудненное дыхание, сухие хрипы над легкими.

При локализации отека на слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта развивается абдоминальный синдром, который начинается с тошноты и рвоты. В ряде случаев присоединяется острая боль (сначала локальная, позже — разлитая) в сочетании с метеоризмом и усиленной перистальтикой. В этот период у пациентов может определяться положительный симптом Щеткина-Блюмберга, что может привести к ошибочной диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости. При этом кожные проявления крапивницы регистрируются всего лишь у 30% больных, что дополнительно затрудняет диагностику заболевания.

При локализации отека Квинке на лице в процесс могут вовлекаться серозные мозговые оболочки с появлением менингеальных симптомов и судорог.

Кроме вышеуказанных симптомов, при острой крапивнице могут наблюдаться: повышение температуры тела до 39 °С, схваткообразные боли в животе, артралгии в области мелких (пястно-фаланговых, межфаланговых) и крупных (локтевых, коленных) суставов, геморрагический синдром, головная боль. В редких случаях, чаще у детей, могут возникать поражения сердечной мышцы и мозговых оболочек. Поскольку данные проявления острой крапивницы чаще связаны с инфекционными факторами, то в этих случаях заболевание может протекать с лихорадкой, болью в горле, кашлем, дизурией, болями в животе, геморрагическим компонентом и артралгиями. Правильно подобранная антибиотикотерапия при этом приводит к исчезновению уртикарной сыпи.

В клинике выделяется также особая форма АНО — наследственный ангионевротический отек, связанный с недостаточностью C₁-ингибитора. Им чаще болеют мужчины, для него характерен семейный анамнез, развитие отека провоцируется микротравмами и стрессом. Часто развивается отек гортани. Лечение этого вида АНО проводится по другим принципам, а перед хирургическими вмешательствами у таких больных необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на замещение дефицита C₁-ингибитора (введение свежемороженой плазмы или производных ингибитора C₁-эстеразы), о чем более подробно будет сказано ниже.

Диагностика

Диагностика острой крапивницы обычно включает несколько этапов. На первом этапе врач обязан тщательно собрать анамнез у пациента и уделить особое внимание аллергологическому анамнезу. При этом необходимо установить время начала заболевания, частоту и длительность уртикарных высыпаний, их суточные колебания,

форму и распространенность волдырей, их локализацию, наличие сопутствующего АНО, оценить субъективные ощущения пациента (зуд, жжение, боль) в местах расположения высыпаний. Также следует максимально определить возможные причинные факторы острой крапивницы (пищевые, лекарственные, физические, инфекционные и пр.), уточнить особенности семейного анамнеза по атопии.

Второй этап диагностики включает физикальный осмотр больного (определение характера сыпи и АНО, их размеров, локализации, времени исчезновения волдыря, наличия пигментации после его исчезновения). Необходимо также тщательно оценить соматический статус пациента, диагностировать у него сопутствующие заболевания, которые могут способствовать развитию острой крапивницы. Этот этап включает и определение характера дермографизма после отмены минимум за 2-3 дня антигистаминных и минимум за неделю иммуносупрессивных препаратов.

На третьем этапе следует определить клиническую активность крапивницы, которая оценивается по специально разработанной шкале (табл.).

Четвертый этап обследования пациента с острой крапивницей включает проведение кожного прик-теста с неинфекционными аллергенами (пищевыми, пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными, инсектными, в меньшей степени лекарственными), а также внутрикожного теста с бактериальными и грибковыми аллергенами. С целью исключения других (как правило, неаллергических) форм крапивницы проводят холодовой (Дункан-тест) и тепловой тесты, тесты со жгутом, физической нагрузкой, штриховое раздражение кожи шпателем, аппликация грузов, аллергометрическое титрование гистамином, ацетилхолином и пр.

В пятый этап обследования пациентов с острой крапивницей входят лабораторные исследования. Так, аллергологическое обследование может выявить наличие у пациента гиперчувствительности к тем или иным аллергенам. С целью диагностики причин развития заболевания также показано проведение расширенного обследования на предмет наличия бактериальной, вирусной, грибковой инфекции, эндокринной патологии, аутоиммунных заболеваний, паразитарной инвазии и пр. Для аллергической крапивницы, которая чаще проявляется в виде острой формы заболевания, характерны четкая связь между воздействием аллергена (лекарственного, пищевого, грибкового, эпидермального, пыльцевого, бытового, инсектного) и развитием ее симптомов, наличие других аллергических заболеваний, а также положительных результатов кожных и лабораторных тестов с причинно значимыми аллергенами.

Стандартный набор диагностических тестов при острой крапивнице обычно следующий.

- Сбор анамнеза жизни и болезни (аллергологического анамнеза).
- Физикальное обследование.
- Обязательные лабораторные исследования:
 - общий анализ крови и мочи;
 - RW, анализ на ВИЧ-инфекцию;
 - биохимический анализ крови (общий белок, билирубин общий и прямой, аланин- и аспартатаминотрансфераза, глюкоза крови, ревмопробы — антинуклеарный фактор, антитела к нативной ДНК, С-реактивный белок, криопреципитины).
- Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:

- копрограмма, бактериологическое исследование фекалий, углубленное паразитологическое обследование;

- бактериологические посевы на флору с поверхности слизистых оболочек рото- и носоглотки и других предполагаемых очагов инфекции;

- рентгенологические (органов грудной клетки, придаточных пазух носа), инструментальные (ультразвуковое исследование

органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, дуоденальная зондирование с посевом порций желчи В и С), функциональные (велоэргометрия) и другие (по показаниям) методы обследования.

- Аллергологические методы обследования: анамнез, прик-тест с неинфекционными и внутрикожный тест с инфекционными аллергенами, холодовой (Дункан-тест), тепловой, тесты со жгутом, физической нагрузкой, штриховое раздражение шпателем, аппликация грузов, аллергометрическое титрование гистамином, ацетилхолином.

- Иммунологические методы обследования: система комплемента.

- Консультации специалистов: гастроэнтеролога, гепатолога, отоларинголога, гинеколога, эндокринолога, ревматолога и др. (по показаниям).

Лечение

Лечение пациентов с острой крапивницей должно быть направлено на быстрое купирование клинических проявлений заболевания, особенно при развитии угрожающих жизни состояний, и достижение клинической ремиссии крапивницы.

Стандартом купирования генерализованной острой крапивницы и АНО любой этиологии является парентеральное использование антигистаминных препаратов (АГП) и системных глюкокортикостероидов (ГКС), что нашло отражение в международных соглашениях и отечественных протоколах по диагностике и лечению острой и хронической рецидивирующей крапивницы.

Лечения острой крапивницы и АНО подразумевает голодание в течение 2-3 сут с постепенным переходом на гипоаллергенную диету; применение слабительных средств (в клизме), энтеросорбентов; парентеральное введение АГП (клемастин 0,1% 2 мл или хлоропирамин 2,5% 2 мл); внутривенное капельное введение ГКС (взрослым 60-150 мг или 1-2 мг/кг массы тела в пересчете на преднизолон, детям — из расчета 2 мг/кг); мочегонная терапия (фуросемид 40-80 мг).

При локализации АНО в жизненно важных участках осуществляются:

- укрощение дальнейшего поступления «виновного» аллергена (лекарственного, пищевого и пр.) в организм больного, что предполагает:

- наложение жгута выше места инъекции или укуса насекомого на 25 мин (каждые 10 мин необходимо ослаблять жгут на 1-2 мин);

- прикладывание к месту инъекции или укуса насекомого льда или грелки с холодной водой на 15 мин;

- обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции адреналином 0,1% — 0,3-0,5 мл с 4-5 мл изотонического раствора хлорида натрия;

- введение парентеральных АГП в течение 2-3 дней с последующим переходом на пролонгированные неседативные АГП;

- внутривенное введение ГКС: преднизолон (взрослым — 60-150 мг, детям — из расчета 1 мг на 1 кг массы тела) или дексаметазон (8-12 мг);

- мочегонная терапия (фуросемид 40-80 мг);

- введение свежемороженой плазмы (не менее 250-300 мл одномоментно);

- интубация трахеи и искусственная вентиляция легких при угрозе удушья.

При выявлении кожных проявлений острой крапивницы и АНО в последующем проводится обследование больного (с учетом предварительного введения АГП и ГКС при постановке кожных тестов с аллергенами) для выявления причинного фактора заболевания, после чего осуществляется его элиминация. Если причинный фактор не удается установить, то больному рекомендуется продолжить гипоаллергенную диету, максимально ограничить контакт с экзоаллергенами и прочими триггерными факторами, лечить сопутствующие заболевания и продолжать прием неседативных (лоратадин, фексофенадин, цетиризин, левоцетиризин, дезлоратадин

и пр.) АГП. Их применение может длиться до месяца.

При АНО, развитие которого связано с наследственными или приобретенными нарушениями в системе комплемента, показаны:

- свежая или свежемороженая плазма (не менее 250-300 мл одномоментно) с целью замещения дефицита C₁-ингибитора;

- эпислон-аминокапроновая кислота 5% (100-300 мл внутривенно капельно каждые 4 ч или 4 г перорально до полного купирования обострения);

- при отеке в области лица и шеи дополнительно внутривенно фуросемид (40-80 мг) и дексаметазон (8-12 мг);

- также показан даназол 800 мг/сут (или станозолол 12 мг/сут).

Необходимо отметить, что объем фармакотерапии больных острой крапивницей зависит от степени тяжести ее клинического течения.

При тяжелом течении заболевания используются парентеральные АГП на протяжении 5-7 дней, а при их недостаточной эффективности — ГКС системного действия. По показаниям возможно проведение дезинтоксикационной терапии (неогемодез 200-400 мл внутривенно капельно в течение 3-4 дней). Затем применяются неседативные АГП на срок до месяца. Возможно применение АГП со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток (кетотифен 2 раза в сутки в течение 3 мес).

При среднетяжелом течении острой крапивницы применяются АГП парентерально в течение 2-3 дней, при их неэффективности — ГКС системного действия в течение 1-2 дней. Затем пациентам назначаются неседативные АГП сроком до месяца. Также возможно применение АГП со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток (кетотифен 2 раза в сутки в течение 3 мес).

При легком течении острой крапивницы не требуется применение парентеральных форм АГП и системных ГКС, предпочтение отдается неседативным АГП.

При всех степенях тяжести острой крапивницы и АНО рекомендуется проведение элиминационных мероприятий, санация хронических очагов инфекции, лечение дисбиоза кишечника, эндокринных и других заболеваний, которые могут способствовать рецидиву крапивницы. При наличии показаний больным рекомендуется проведение специфической иммунотерапии.

Использование в лечении острой крапивницы других групп препаратов может определяться недостаточной в ряде случаев эффективностью блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов, а также особенностями патогенеза некоторых форм крапивницы. При недостаточной эффективности АГП назначаются системные ГКС.

Необходимо подчеркнуть, что в результате лечения острой крапивницы и/или АНО должно быть достигнуто полное устранение их клинических симптомов. Больные с легким течением заболевания могут лечиться в амбулаторных условиях. Среднетяжелое и особенно тяжелое течение острой крапивницы, включая отек Квинке в области жизненно важных участков тела, должны быть показанием к неотложной госпитализации больных в палаты интенсивной терапии аллергологического стационара или в реанимационные отделения. Кроме того, показаниями к стационарному лечению являются отек кишечника, гиповолемия, абдоминальный синдром, отсутствие эффекта амбулаторного лечения или развитие любых угрожающих жизни осложнений АНО. Продолжительность стационарного лечения при тяжелых формах острой крапивницы обычно составляет 18-20 дней.

Таким образом, острая крапивница и обычно сопутствующий ей отек Квинке часто относятся к неотложным состояниям в медицине, что требует от врачей различных специальностей знания современных методов диагностики и лечения данного заболевания, а также умения оказать urgentную помощь при развитии подобных угрожающих жизни состояний у больных.

Баллы	Симптомы	
	Волдыри	Зуд
0	Нет	Нет
1	Легкие (<20 волдырей/сут)	Легкий
2	Умеренные (21-50 волдырей/сут)	Умеренный
3	Интенсивные (50 волдырей/сут) или большие сливные зоны волдырей	Интенсивный