

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

КРАПИВНИЦА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Крапивница

2. Код протокола:

3. Код (коды) МКБ X

L 50 Крапивница

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ аланинаминотрансфераза

АСТ аспаргатаминотрансфераза

МНН – международное непатентованное название

мл – миллилитр

мг – миллиграмм

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые, дети.

7. Пользователи протокола: аллергологи, дерматовенерологи, врачи общей практики/ педиатры/ терапевты.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Крапивница – кожное заболевание, которое характеризуется появлением на коже (реже на слизистых оболочках) ограниченных эритематозных или белых зудящих уртикарных высыпаний (волдырей) различного размера и формы, не оставляющих после своего исчезновения следов, сопровождающихся зудом. Крапивница может сопровождаться ангионевротическим отеком [1,2,3].

9. Клиническая классификация:

Клиническая классификация крапивницы [1,2,3]:

По течению:

- острая (до 6 недель);
- хроническая.

По предрасположенности:

- наследственная;
- приобретенная.

По возрасту:

- детская;
- крапивница взрослых.

По этиологическому фактору:

- физическая №
- идиопатическая;
- другие виды крапивницы.

По клинико-патогенетическим вариантам:

- аллергический вариант;
- псевдоаллергический вариант.

10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания к экстренной госпитализации:

- ангионевротический отек в области гортани;
- анафилактические реакции.

Показания к плановой госпитализации:

- острая крапивница;
- неэффективность проводимой терапии в амбулаторных условиях в течение 10 дней.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на гельминты;
- определение Ig E (общий) в сыворотке крови методом ИФА;

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- биохимический анализ крови (определение глюкозы, общего белка, холестерина, креатинина, мочевины);

- микроскопическое исследование соскоба кожи на грибы;
- бактериологическое исследование (фекалий, дуоденального содержимого, материала со слизистых ротоглотки и других очагов хронической инфекции);
- обнаружение антител к антигенам токсокары, эхинококка, трихинеллы и/или других паразитов методом ИФА;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- дуоденальное зондирование с посевом желчи;
- аллерготесты *in vivo* (определение содержания аллерген-специфичных IgE) и *in vitro* (кожные и провокационные пробы, в период полной ремиссии)

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на гельминты.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ).

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: не проводятся.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: контроль АД, ЧСС, дыхания с целью исключения развития шока.

12. Диагностические критерии [2,3,4,5]

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- внезапное появление высыпаний в виде отечных ярко-красного цвета волдырей, возвышающихся над уровнем кожи, сливающихся в крупные бляшки неправильной формы, часть элементов остается ограниченной (при острой крапивнице);
- волдыри (иногда через несколько минут), исчезающие бесследно;
- папулы (при хронической крапивнице);
- внезапное появление ограниченного отека кожи и подкожно-жировой клетчатки (отек Квинке);
- внезапное появление зуда, жжения, озноба или чувства жара, удушья;
- нарушение общего состояния: лихорадка (крапивная лихорадка);
- охриплость голоса, одышка.

Анамнез:

- наличие ранее перенесенных отека Квинке, эпизодов крапивницы;

- непереносимость (аллергические реакции в различных вариантах проявлений) продуктов бытовой химии, лекарственных препаратов, пищевых продуктов растительного и животного происхождения, косметических средств.

12.3 Данные физикального обследования:

Эфемерные экссудативные бесполозные элементы/волдыри:

- отечные, плотные, ярко-розового цвета;
- приподнимающиеся над уровнем кожи;
- различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см);
- различных очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.);
- нередко с зоной побледнения в центре.

Ограниченный отек кожи (гигантская крапивница, острый ограниченный отек Квинке):

- слизистых оболочек (язык, гортань, конъюнктивы глаз, носоглотка), лица (губы, щеки, веки и др.) и/или половых органов;
- кожа и слизистые становятся плотноэластической консистенции, белого, реже розового цвета, отсутствием субъективных ощущений.

12.3. Лабораторные исследования [5, 6, 7, 8, 9, 10]:

Общий анализ крови: эозинофилии.

ИФА крови: обнаружение повышенного уровня общего IgE и специфических IgE к причинно-значимым аллергенам в сыворотке крови.

12.4. Инструментальные исследования:

Скарификационные пробы с аллергенами: положительные результаты на определенные аллергены.

12.5 Показания для консультации специалистов:

12.6. Дифференциальный диагноз [1,2, 5, 6, 7, 8, 9, 10]:

Таблица 1. Основные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки крапивницы

Критерии	Крапивница	Уртикарный васкулит	Токсикодермии	Герпетиформный дерматит Дюринга
Характеристика сыпи	волдыри, отечные, плотные, ярко-розового цвета, приподнимающиеся над уровнем кожи,	Волдыри различной величины, на различных участках кожных покровов.	Полиморфные чаще симметричные элементы сыпи с преобладанием	Полиморфные элементы волдырей, выявляются пузыри и пузырьки

	различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см) и очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.), нередко с зоной побледнения в центре		эритематозно-сквамозных, везикулезных и буллезных элементов на коже и слизистых оболочках.	
Течение процесса	волдыри исчезают (иногда через несколько минут) бесследно; папулы (при хронической крапивнице), могут сохраняться более суток	сыпь обычно сохраняется более 1-3 суток и более	сыпь сохраняется и склонная к генерализации и процесса при отсутствии лечения.	процесс усугубляется без лечения с появлением новых элементов на других участках тела
Интенсивность зуда	выраженный зуд, жжение	Больные чаще жалуются на боль, чем на зуд	выраженный	выраженный
Общее состояние больных	нарушение общего состояния: озноб, артралгии, удушье; охриплость голоса, одышка, лихорадка (крапивная лихорадка).	нарушение общего состояния: артралгии, боли в животе, повышение температуры тела.	нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела, диспепсические нарушения	нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела, ,
Лабораторные показатели	Эозинофилия ; высокого уровня Ig E в сыворотке крови.	СОЭ повышена, изменение соотношения иммуноглобулинов,	СОЭ повышена от 15 до 40 мм/ч, в зависимости от тяжести,	Эозинофилия в крови и в пузырьной жидкости до 10-30%, а также

		гемолитическая активность комплемента	эозинофилия от 10 до 40%.	гиперчувствительность к препаратам йода.
--	--	---------------------------------------	---------------------------	--

13. Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- предупреждение развития осложнений.

14. Тактика лечения.

14.1. Немедикаментозное лечение:

Режим: Общий.

Гипоаллергенная диета: Стол № 7 (исключение облигатных пищевых аллергенов, экстрактивных веществ, алкоголя и т.д.).

Обеспечение проведения элиминационных мероприятий: влажная уборка помещений, с целью исключения контакта с различными аллергенами.

14.2. Медикаментозное лечение [9, 10, 11,12,13]

Антигистаминные H1 блокаторы 2-го поколения

Для обеспечения выраженного противоаллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действий:

- Лоратадин (уровень доказательности – В) перорально 1 раз в сутки, №10-14: взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 2 чайные ложки сиропа;
детям в возрасте от 2 до 12 лет по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа.
- Цетиризин (уровень доказательности – С) внутрь перорально 1 раз в сутки, № 10- 14:
взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 кап;
детям старше 6 до 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 капель (из расчета 0,25 мг/кг массы тела);
детям от 2-х до 6 лет по 5 мг (1/2 табл. или 10 кап);
детям от 1 до 2 лет по 2,5 мг (5 кап).
- Левоцетиризин (уровень доказательности – А) внутрь перорально 1 раз в день, № 7-10 дней:
взрослые и дети старше 6 лет по 5 мг.
- Дезлоратадин (уровень доказательности – В) внутрь перорально 1 раз в сутки, № 10 – 14 дней:
взрослым и детям старше 12 лет по 5 мг или 10 мл сиропа;
детям от 6 до 11 лет 5 мл (1 мерная ложка – 2,5 мг);
детям с 1 до 5 лет по 2,5 мл (1/2 мерная ложка – 1,25 мг).
- Фексофенадин (уровень доказательности – Д) внутрь перорально 1 раз в сутки у взрослых, 2 раза в сутки у детей, № 10-14 дней:
взрослые и дети старше 12 лет по 180 мг;

дети до 6 лет 30 мг.

- Клемастин (уровень доказательности – D) (первого поколения) перорально 1 - 2 раза в сутки, № 7-10 дней:
детям от 1 года до 3 лет по 2,0-2,5 мл сиропа 2 раза в день;
от 3-6 лет – по 5,0 мл (0,5 мг) 2 раза в день;
старше 7 лет по 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) 2 раза в день.
Взрослым по 1 мг внутрь. Внутримышечно по 2 мл 1 раз в день.
- Хлоропирамин (уровень доказательности – D) (первого поколения) перорально 1-2 раза в сутки или внутримышечно по 1 мл, № 10-14:
взрослым по 25 мг;
детям от 1 до 12 месяцев - 5 мг (0,25 мл) (в растертом до порошка виде вместе с детским питанием).;
детям от 1 до 6 лет - 10 мг (0,5 мл) или по 1/4 таблетки (8,3 мг) 3 раза в день или по 1/2 таблетки 2 раза в день;
детям от 6 до 14 лет - 10-20 мг (0,5-1 мл) или по 1/2 таблетки (12,5 мг) 2-3 раза в день.
- Дифенгидрамин (уровень доказательности – C) (первого поколения). Внутрь перорально или внутримышечно по 1 мл 1% 1-2 раза в день:
взрослым по 25-50 мг;
детям: до 1 года - по 0,002-0,005 г;
детям от 2 до 5 лет - по 0,005-0,015 г;
детям от 6 до 12 лет - по .
Свечи вводят в прямую кишку 1-2 раза в день после очистительной клизмы или самопроизвольного очищения кишечника 1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней:
детям до 3 лет по 0,005 г;
детям от 3 до 4 лет - по 0,01 г;
детям от 5 до 7 лет - по 0,015 г;
детям от 8 - 14 лет - 0,02 г.
- Мебгидролин (уровень доказательности – D) (первого поколения) внутрь перорально 1-3 раза в сутки, № 7-10 дней:
взрослым по 100 мг;
детям до 2 лет по 50-100 мг;
детям от 2 до 5 лет по 50-150 мг;
детям от 5 до 10 лет по 100-200 мг.

Глюкокортикоиды.

При тяжелом течении процесса, доза и кратность определяются индивидуально:

- Бетаметазон (уровень доказательности – D) внутримышечно суспензия для инъекций глубоко в мышцу ягодицы 1 раз в 7-10 дней:
взрослым (4-8 мг) 1-2 мл;
детям: от 1 года до 5 лет – начальная доза 2 мг;
детям от 6 до 12 лет 4 мг.

- Гидрокортизон (уровень доказательности – D) внутривенно струйно каждые 2-6 часов, в зависимости от тяжести не более 48-72 часов:
взрослым 100 мг;
детям не менее 25 мг/кг/сут.
- Дексаметазон (уровень доказательности – D) внутривенно 3-4 раза в сутки или внутрь перорально после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней:
взрослым: от 4 до 20 мг или в табл. по 10-15 мг/сут;
детям: 0,02776 до 0,16665 мг/кг/сут (в зависимости от возраста) назначают 2,5 – 10 мг/м² площади поверхности тела/сут.
- Преднизолон (уровень доказательности – C) внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней:
взрослым 40-60 мг в день;
детям 1 мг/кг/день.
- Метилпреднизолон (уровень доказательности – C) внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу на 2-4 приема, № 5 дней:
взрослым – от 4 до 48 мг;
детям – 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м²/сут.

14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)

- Лоратадин таблетки 10 мг, сироп в флаконе;
- Цетиризин таблетки 10 мг; капли для приема внутрь 10 мг/1 мл: фл. 20 мл.
- Левоцетиризин таблетки 5 мг;
- Дезлоратадин сироп в флаконе 2,5 мг/5 мл, таблетки 5 мг;
- Фексофенадин таблетки 30, 120, 180 мг, суспензия 6 мг/ мл (30 мл, 300 мл);
- Клемастин таблетки 1 мг, сироп, ампулы по 2,0 мл;
- Хлоропирамин таблетки, 25 мг ампулы по 1,0 мл (20 мг);
- Дифенгидрамин раствор для инъекций в ампулах 1% - 1мл, таблетки по 20 мг; 30 мг и 50 мг, свечи для ректального применения по 5 мг, 1 мг, 15 мг и 20 мг;
- Мебгидролин таблетки, драже по 50 и 100 мг.

14.2.2 Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- Бетаметазон ампулы 1,0 мл;
- Гидрокортизон суспензия для инъекций 25мг/мл;
- Дексаметазон таблетки 0,5 мг; 1,5 мг, ампулы 0.4% 1.0 мл;
- Преднизолон таблетки 5 мг, ампулы 30 мг/мл;
- Метилпреднизолон таблетки 4 мг; 16 мг, ампулы 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг.

14.3 Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне: не проводятся

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях – нет.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях – нет.

14.5. Профилактические мероприятия [1,2,3,5,13]:

- соблюдение элиминационных мероприятий с целью исключения контакта с аллергенами и факторами, являющихся потенциально сенсибилизирующими (холод, тепло, солнце, физическая нагрузка, лекарственные препараты и т.д.);
- для профилактики обострений крапивницы, больным с установленной реакцией на экзогенные агенты (контактная крапивница и др. виды) рекомендуется носить более легкую одежду; перед выходом из дома наносить на открытые части тела (лицо, руки, губы) специальные средства – эмоленты, защищающие кожу, независимо от возраста (детям с первых дней жизни и взрослым);
- обучение пациента навыкам поведения в быту и на производстве – разъяснение особенностей течения, диагностики и лечения заболевания (устно или в виде памяток), необходимости проведения симптоматической терапии, соблюдения рекомендаций по наличию аптечки «скорой помощи», соблюдения гипоаллергенной диеты с учетом спектра сенсибилизации;
- женщинам, имеющим отягощенный аллергологический анамнез или уже имеющих ребенка с крапивницей, во время беременности необходимо соблюдение гипоаллергенной диеты.

14.6. Дальнейшее ведение [1,2,12,13]:

- диспансерный учет по месту жительства у аллерголога при наличии аллергического генеза;
- при хронической крапивнице длительное применение антигистаминных препаратов (второго поколения) до наступления ремиссии заболевания, в среднем 3-6 месяцев регулярной терапии;
- провести лечение имеющихся или выявленных в ходе обследования заболеваний внутренних органов;
- рекомендовать строгую элиминационную диету более 1 месяца;
- проведение диагностических мероприятий при наступлении полной ремиссии (кожные скарификационные пробы) в специализированных кабинетах под контролем аллерголога.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- купирование проявлений острой и хронической форм крапивницы;
- достижение стойкой ремиссии;
- отсутствие осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Батпенова Г.Р. д.м.н., профессор, главный внештатный дерматовенеролог МЗСР РК, АО «Медицинский университет Астана», заведующая кафедрой дерматовенерологии;
- 2) Котлярова Т.В. – д.м.н., АО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии;
- 3) Джетписбаева З.С. – к.м.н., АО «Медицинский университет Астана»
- 4) Баев А.И. – к.м.н., снс. РГП «КазНИКВИ»
- 5) Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., АО «ННЦМД» клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

18. Рецензент: Нурпеисов Т.Т. д.м.н., доцент, руководитель Республиканского Аллергологического центра НИИ кардиологии и внутренних болезней, главный внештатный аллерголог МЗСР РК.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола)

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей под ред. А.А. Кубановой. – Москва, изд-во «Литтерра». – 2005.- С. 248-265.
2. Кожные и венерические болезни: Рук-во для врачей/Под ред. Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – Т.2.- 878 с.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология // Под ред. А.Кубановой.- М.: ДЭКС-Пресс.- 2007.- С.21-35.
4. Лечение кожных и венерических болезней: И.М. Романенко, В.В.Кучага, С.Л. Афонин - Мединформ агенство 2006. Т.2-885 с.
5. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: П.Альтмайер – изд.дом. ГЭОТАР-МЕД, 2003 год, 1246 с.
6. High-dose desloratadine decreases wheal volume and improves cold provocation thresholds compared with standard-dose treatment in patients with acquired cold

- urticaria: a randomized, placebo-controlled, crossover study. Siebenhaar F, Degener F, Zuberbier T, Martus P, Maurer M. // Source. Allergie-Centrum-Charité, Department of Dermatology and Allergy, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19201016>.
7. How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. Grob JJ, Auquier P, Dreyfus I, Ortonne JP. // Source. Hôpital Ste Marguerite, Marseille, France. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19133920>.
8. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs desloratadine 5 mg in seasonal allergic rhinitis patients. Bachert C, Kuna P, Sanquer F, Ivan P, Dimitrov V, Gorina MM, van de Heyning P, Loureiro A; Bilastine International Working Group. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19132976>.
9. Comparative inhibition by bilastine and cetirizine of histamine-induced wheal and flare responses in humans. Church MK. // Source. Department of Dermatology and Allergy, Allergy Centre Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. mkc@southampton.ac.uk. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21874559>
10. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Source. // UKCC (Bahrain Branch), Ministry of Health, Bahrain, Box 25438, Awali, Bahrain. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419335>
11. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Grattan CE, Humphreys F, British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Br. J. Dermatol. 2007 Dec;157(6):1116-23. <http://guideline.gov/content.aspx?id=12328&search=urticaria+and+hydrocortisone>
12. Observation on therapeutic effect of acupoint injection desensitization with autoblood on chronic urticaria. Article in Chinese. Xiu MG, Wang DF. Source. Xuyi Skin and Sexually Transmitted Disease Hospital of Jiangsu Province, Huai'an 211700, China. xyxxmg@163.com. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedterm=dexamethasone % 20urticaria](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedterm=dexamethasone%20urticaria).
13. Urticaria: Evaluation and Treatment PAUL SCHAEFER, MD, PhD, University of Toledo College of Medicine, Toledo, Ohio Am Fam Physician. 2011 May 1;83(9):1078-1084.