



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при крапивнице

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП11**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Автор: Елена Гиршевна Рожавская, заведующая отделением неотложной кардиологии № 2, Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Крапивница - это аллергическая реакция организма, характеризующаяся внезапным и быстрым появлением на коже (иногда и слизистой гортани) волдырей, сопровождающихся сильным зудом.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
L50	Крапивница

КЛАССИФИКАЦИЯ

Крапивницу классифицируют по продолжительности течения и вероятным патогенетическим механизмам:

Классификация по продолжительности течения:

1. острая крапивница (продолжительность менее 6 недель);
2. хроническая крапивница (продолжительность более 6 недель):
 - хроническая постоянная (элементы возникают почти ежедневно);
 - хроническая рецидивирующая крапивница (свободные от высыпаний периоды составляют от нескольких дней до нескольких недель).

Патогенетическая классификация

1. Иммунологическая — аллергическая (пищевая, лекарственная, инсектная, вследствие трансфузионных реакций).
2. Анафилактоидная — псевдоаллергическая (пищевая, лекарственная, аспириновой).
3. Физическая:
 - Дермографическая крапивница
 - Крапивница, вызванная давлением, вибрационная, солнечная, холинергическая, тепловая, холодовая, наследственный вибрационный отёк, пигментная крапивница.

Наследственные формы крапивницы

1. Наследственный ангионевротический отёк • Нарушение метаболизма протопорфирина
2. Синдром Шнитцлера (крапивница, амилоидоз, глухота)
3. Наследственная холодовая крапивница
4. Дефицит C3b инактиватора комплемента.

5. Другие виды крапивницы: папулёзная, инфекционная, васкулит, паранеопластическая, психогенная, эндокринная, идиопатическая (если причина крапивницы не установлена).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

Клиническая картина.

По течению различают острую, подострую, хроническую и хроническую рецидивирующую крапивницу.

Острая крапивница

Характеризуется мономорфной сыпью, первичный элемент которой — волдырь (*urtica*). Заболевание начинается внезапно с сильного зуда кожи различных участков тела, иногда всей его поверхности. Может сопровождаться недомоганием, головной болью, нередко подъемом температуры тела до 38—39°. Вскоре на зудящих участках появляются гиперемированные высыпания, выступающие над поверхностью кожи. По мере нарастания отека капилляры сдавливаются и волдырь бледнеет. При значительной экссудации в центре отека возможно образование пузырька с отслойкой эпидермиса.

Экссудат может приобретать геморрагический характер за счет выхода из сосудистого русла форменных элементов крови. В дальнейшем в результате распада эритроцитов образуются пигментные пятна, которые не следует путать с пигментной крапивницей (мастоцитозом). Элементы сыпи могут иметь различную величину — от мелких (величиной с булавочную головку) до гигантских. Они располагаются отдельно или сливаются, образуя фигуры причудливых очертаний с фестончатыми краями. В процессе обратного развития элементы сыпи могут приобретать кольцевидную форму. Длительность острого периода крапивницы — от нескольких часов до нескольких суток, после чего говорят о подострой ее форме. Если общая продолжительность крапивницы превышает 5—6 нед., то заболевание переходит в хроническую форму. Крапивница может рецидивировать.

Хроническая рецидивирующая крапивница характеризуется волнообразным течением, иногда на протяжении очень длительного времени (до 20—30 лет) с периодами ремиссий. Довольно часто она сопровождается отеком Квинке. При хронической крапивнице изредка

наблюдается трансформация уртикарных элементов в папулезные. Эта форма крапивницы сопровождается особенно мучительным зудом. Больные расчесывают кожу до крови. В результате инфицирования расчесов появляются гнойнички и другие элементы.

У больного необходимо выяснить:

- Описание элементов — всегда типичное, кроме размеров и числа.
 - Наличие ангионевротического отёка.
 - Наличие зуда в местах появления элементов.
 - Длительность данного эпизода крапивницы (более или менее 6 нед).
 - Продолжительность «жизни» одного элемента (более или менее 24–36 ч).
 - Исчезает элемент бесследно или оставляет пигментацию, сосудистый рисунок, шелушение.
 - Эффективны ли антигистаминные ЛС.
 - Цикличность появления элементов (время суток, предменструальный период).
 - Связь обострения с приёмом аспирина и/или НПВС.
 - Наличие аллергических заболеваний в анамнезе.
 - Наличие физических стимулов обострения крапивницы.
 - Описание возможных провоцирующих факторов, предшествовавших появлению крапивницы (острое респираторное заболевание (ОРЗ), приём ЛС, стресс, посещение ресторана, выезд в иную климатическую зону и т.п.).
 - Семейная история крапивницы или уртикарного дермографизма.
- Острая крапивница продолжается до 6 нед., часто бывает единственным эпизодом в жизни. Повторяющаяся острая крапивница часто связана с атопией (пищевая, лекарственная и т.п.).

Физикальное обследование

- Диагностика визуальная.
- Основной элемент — более или менее гиперемированный волдырь с эритемой, чётко отграниченный от окружающей кожи, размером от нескольких миллиметров до десятков сантиметров (сливные). В случае дермографической крапивницы элемент формой и размером повторяет след травмирующего предмета (след шпателя, жгута и т.п.).
- Все элементы характеризуются полной обратимостью в течение 24–36 ч.
- Возможна любая локализация основного элемента.
- У каждого второго третьего больного с крапивницей развивается ангионевротический отёк.
- Другие признаки атопии (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит).

- Измерение АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС).
- Измерение температуры тела.
- Определение размеров периферических лимфатических узлов, печени, селезёнки.
- Аускультация лёгких, сердца.
- Пальпаторное исследование брюшной полости.
- Выявление признаков анафилактической реакции

Дифференциальный диагноз крапивницы проводят со следующими заболеваниями:

Уртикарный васкулит: длительное течение, болезненность в месте возникновения, системные проявления (артралгии, миалгии, желудочно-кишечные и другие симптомы). Уртикарный васкулит может быть ассоциирован с заболеваниями соединительной ткани (ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, синдромом Шегрена, сывороточной болезнью, инфекционными заболеваниями (гепатитом), болезнью Лайма, миеломой, криоглобулинемией и синдромом Шнитцлера.

Многоформная и узловатая эритемы: длительное течение, имеется многообразие элементов сыпи (папулы, пятна), сопровождается миалгиями, лихорадкой. Данные заболевания связаны с системной патологией, инфекцией.

Анафилактические реакции сопровождаются признаками атопии (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит и др.), полиморфностью картины и тяжелым состоянием пациента. В анамнезе отмечают воздействия аллергенов с коротким промежутком между их экспозицией и развитием клинической картины.

Контактная крапивница характеризуется появлением волдыря в месте воздействия провоцирующего фактора, повторяя его по форме. Могут поражаться слизистые оболочки дыхательных путей и глаз в случае воздействия аллергена и высокой чувствительности больного. Характерно, например, для аллергии к латексу.

Крапивница при паразитарной инвазии: имеет хроническое течение, другие симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, похудание, анемию (чаще В12-дефицитную). Немаловажным фактором является проживание в эндемичных районах, употребление в пищу сырого молока, мяса, рыбы, содержание домашних животных.

Пемфигоид — характеризуется образованием пузырей, большим поражением кожи, тяжелым течением, подтверждается диагноз биопсией кожи.

Чесотка: эпидемиологический анамнез, типичная локализация, сильный ночной зуд, наличие чесоточных ходов, выявление клещей [4].

Лечение на догоспитальном этапе (D, 4):

1. Антигистаминные лекарственные средства (ЛС) — основные средства для лечения

- Хлоропирамин (супрастин) в дозе 20–40 мг (1-2 мл) парентерально.
- Дифенгидрамин (димедрол) 20–50 мг (1%-2-5 мл) парентерально.

2. Глюкокортикоиды:

Системные глюкокортикостероиды должны назначаться пациентам с генерализованной крапивницей, пациентам без адекватного ответа на антигистаминные препараты.

- преднизолон в/в 1 мг на кг;
- дексаметазон 8-12 мг.

Показания к доставке в стационар:

Тяжёлые формы острой крапивницы и ангионевротического отёка в области гортани с риском асфиксии.

Все случаи анафилактической реакции, сопровождающиеся крапивницей.

Тяжёлые формы обострения хронической крапивницы и ангионевротического отёка, торпидные к лечению в амбулаторных условиях.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Основные лабораторные исследования при хронической идиопатической крапивнице.

1. Клинический анализ крови .
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (СРБ, общий белок, билирубин общий и фракции, АЛТ, АСТ, глюкоза плазмы крови, креатинин, мочевины)
4. УЗИ органов брюшной полости.

Показания к консультации специалистов при крапивнице:

Врач-аллерголог-иммунолог: при интермиттирующей острой крапивнице и хронической рецидивирующей крапивнице

Врач-дерматовенеролог: для верификации элемента, проведения биопсии кожи при подозрении на уртикарный васкулит

Лечение крапивницы

Целью лечения в отделении СтОСМП является купирование проявлений острой и обострения хронической форм крапивницы.

Немедикаментозное лечение крапивницы

Соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением предполагаемых (анамнестически или подтверждённых в тестах) и/или облигатных аллергеновС.

Медикаментозное лечение крапивницы

1) Антигистаминные ЛС — основные средства для лечения крапивницы
- Антагонисты H₁ рецепторов гистамина (не обладающие седативным воздействием), например фексофенадин от 60 до 240 мг 1–2 раза в сутки (А, 1+) , дезлоратадин 5 мг/сут. (А, 1+), лоратадин 10 мг 1 раз в сутки и др.

- Добавление антагонистов H₂ рецепторов пациентам, не отвечающим или слабо отвечающим на антагонисты H₁ рецепторов: ранитидин 150 мг 2 раза в сутки, циметидин 300 мг 4 раза в сутки (А, 1+), фамотидин 20 мг 2 раза в сутки.

Возможно сочетание седативных короткодействующих антигистаминных с неседативными антигистаминными ЛСВ.

2) Применение глюкокортикоидов коротким курсом рекомендовано пациентам, не отвечающим на антигистаминные ЛС, в редких случаях на длительный срок: преднизолон 40–60 мг/сут, в качестве базисной терапии 20–40 мг через день; дексаметазон 4–20 мг/сут.

Показания к госпитализации в специализированные отделения:

В случае регрессирования симптоматики – выписка на лечение в амбулаторных условиях.

При присоединении отека гортани, бронхоспазма, анафилактических реакций – в отделение реанимации.

В случае неэффективности проводимой терапии и по рекомендации врача-аллерголога-иммунолога – перевод в специализированное отделение аллергологии.

Прогноз:

При острой крапивнице, сопровождающей анафилактическую реакцию, неоказание или промедление в оказании помощи фатально.

После купания в холодной воде больной с холодовой крапивницей может погибнуть вследствие системного поражения (падение АД, удушье).

Отёк гортани без оказания помощи фатален.

Если крапивница рецидивирует 6 мес., вероятность её продолжения в течение 10 лет — 40% больных.

Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения.

У 50% больных с хронической рецидивирующей крапивницей наступает спонтанная ремиссия.

Литература

Верткин А. Л. Скорая медицинская помощь. Руководство для врачей. М., 2007.

Брискин Б. С., Верткин А. Л. Рациональная фармакотерапия неотложных состояний. М., 2007.

Верткин А. Л., Намазова Л. С., Турлубеков К. К., Дадыкина А. В. Острые аллергические заболевания: социальные последствия эпидемии // Ремедиум, 2004. № 7–8.

Верткин А. Л., Зайратьянц О. В., Вовк Е. И. Окончательный диагноз. М., 2008.

Маслова Л. В. Крапивница, отеки Квинке: Учеб.-метод. пособие. Минск: БелМАПО, 2006. 39 с.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью

	причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+