

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

27.12.2005 N 767

Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей

На виконання доручення Президента України від 6 березня 2003 року N 1-1/252, спільного наказу Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 11 вересня 2003 року N 423/59 "Про затвердження складу робочих груп з розробки протоколів надання медичної допомоги дітям і матерям за спеціальностями", з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання медичної допомоги дітям з алергологічними захворюваннями **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Протоколи надання медичної допомоги дітям з алергологічними захворюваннями (далі - Протоколи):

1.1. Протокол діагностики та лікування дітей з анафілактичним шоком (додаток N 1).

1.2. Протокол діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей (додаток N 2).

1.3. Протокол діагностики та лікування алергійного риніту у дітей (додаток N 3).

1.4. Протокол діагностики та лікування алергійного кон'юнктивіту та порушення легеневого кровообігу у дітей (додаток N 4).

1.5. Протокол діагностики та лікування дітей з atopічним дерматитом (додаток N 5).

1.6. Протокол діагностики та лікування дітей з кропив'янкою (додаток N 6).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської і Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих МОЗ України:

2.1. Забезпечити впровадження Протоколів в діяльність закладів охорони здоров'я починаючи з 1 січня 2006 року.

2.2. Щороку до 1 січня надсилати до Міністерства пропозиції та зауваження до Протоколів.

3. Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню, при необхідності, вносити зміни до Протоколів.

4. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Весельського В.Л.

Міністр

Ю.В.Поляченко

Додаток N 1
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування дітей з анафілактичним шоком

Нозологічна форма шифр МКХ-10

Анафілактичний шок Т78.2.-Т88.6.

Т78.2. Анафілактичний шок не уточнений.

Т78.0. Анафілактичний шок, зумовлений патологічною реакцією на харчові продукти.

Т80.5. Анафілактичний шок, зумовлений введенням сироватки.

Т88.6. Анафілактичний шок, обумовлений патологічною реакцією на адекватно призначені і вірно введені медикаментозні препарати.

Анафілактичний шок (АШ) - максимально тяжкий прояв алергічної реакції негайного типу. АШ - стан, який виникає гостро і загрожує життю, супроводжується порушенням гемодинаміки, що призводить до недостатності кровообігу та гіпоксії у всіх життєво важливих органах. АШ характеризується швидким розвитком переважно загальних проявів анафілаксії: зниженням артеріального тиску, температури тіла, порушенням функції ЦНС, підвищенням проникності судин, спазмом гладком'язових органів, тощо. АШ виникає після контакту хворого з алергеном, до якого він чутливий: медикаментозні препарати, вакцини, сироватки, харчові продукти, охолодження тіла, яд комах та інші причини.

На частоту і час розвитку АШ впливає шлях введення алергену в організм. У разі парентерального введення алергену АШ спостерігається частіше. Особливо небезпечний внутрішньовенний шлях введення медикаментозного препарату, хоча АШ цілком можливий при будь-якому шляху застосування лікарських засобів.

Виділяють п'ять клінічних форм АШ: асфіктичний, гемодинамічний, абдомінальний, церебральний та змішаний. За типом перебігу АШ може бути: гострий доброякісний, гострий злоякісний, затяжний, рецидивуючий та абортівний.

Коментар:

Після тяжкого перебігу АШ можливий розвиток уражень внутрішніх органів: енцефаліт, міокардит, інфаркт міокарду, нефрит, гепатит, гемопатії, васкуліт тощо. У випадках рецидиву АШ - перебіг завжди тяжкий.

Діагностика

Клініка АШ залежить від шляхів введення препарату. За внутрішньовенного введення реакція виникає через 3-5 хвилин і проявляється загальною кволістю, шумом у голові, вухах, головним болем, запамороченням, відчуттям жару у всьому тілі, заніміння пальців, язика, губ, зниженням зору, болем у ділянці серця, живота, у м'язах, суглобах, попереку, відчуття здавлення та розпирання грудної клітини, кашель, нудота, блювота. Можуть бути набряк гортані, бронхоспазма, ангіоневротичний набряк. Спостерігається набряк обличчя, висип на шкірі уртикарного характеру. Можуть виникати мимовільні сечовипускання, дефекація, кров'янисті виділення з піхви. Пульс малого наповнення, частота 120-150 за хвилину. АТ різко знижений або не визначається. Тони серця послаблені. над легенями вислуховуються сухі свистячі хрипи, які можуть змінитися картиною "німої легені". З подальшим розвитком АШ симптоми наростають, можуть виникати носові та шлункові кровотечі.

Невідкладна допомога

Припинити введення ліків, які викликали анафілактичний шок.

Хворого покласти, повернути голову обличчям набік, висунути нижню щелепу, зафіксувати язик. Забезпечити доступ свіжого повітря або інгаляцію 100% кисню.

Припинити подальше надходження алергену до організму:

а) при парентеральному введенні алергену:

обколоти навхрест місце ін'єкції (вжалення) 0,1% розчином

адреналіну 0,1 мл/рік життя в 5,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і прикласти до нього кригу;

накласти джгут (якщо дозволяє локалізація) проксимальніше введення алергену на 30 хв., не здавлюючи артерії;

якщо алергічна реакція викликана введенням пеніциліну - ввести 1 млн. ОД пеніцилінази в 2,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду д/м;

б) при краплинному введенні алергену до носа та очей - промити носові ходи та кон'юнктивальний мішок проточною водою;

в) при пероральному введенні алергену - промити хворому шлунок, якщо дозволяє стан.

Негайно ввести м'язово:

0,1% розчин адреналіну в дозі 0,05-0,1 мл/рік життя (не більше 1 мл) і 3% розчин преднізолону в дозі 5 мг/кг у м'язи дна ротової порожнини;

антигістамінні препарати: 1% розчин димедролу 0,05 мл/кг (не більше 0,5 мл - дітям до 1 року і 1,0 мл - старшим року) або 2% розчин супрастину 0,1-0,15 мл/рік життя.

Застосування піпольфену протипоказане у зв'язку з його значним гіпотензивним ефектом!

Після завершення першочергових заходів - забезпечити доступ до вени і ввести внутрішньовенно струменево 0,1% розчин адреналіну в дозі 5 мкг/кг у 10,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Обов'язково контроль за станом пульсу, дихання і АТ!

Почати проведення внутрішньовенної інфузійної терапії 0,9% розчину натрію хлориду або розчину Рінгера з розрахунку 20 мл/кг протягом 20-30 хв.

У подальшому при відсутності стабілізації показників гемодинаміки - колоїдний розчин (реополіглюкін) у дозі 20 мл/кг. Об'єм і швидкість інфузійної терапії визначаються величиною АТ ЦВТ і станом хворого.

Димедрол 1-2 мг/кг внутрішньовенно.

Ввести внутрішньовенно глюкокортикостероїди:

3% розчин преднізолону 2-4 мг/кг (в 1 мл - 30 мг) або

гідрокортизон 4-8 мг/кг (в 1 мл суспензії - 25 мг) або

0,4% розчин дексаметазону 0,3-0,6 мг/кг (в 1 мл - 4 мг).

Якщо АТ залишається низьким - вводити альфа-адреноміметики довенно кожні 10-15 хв. до покращення стану:

- 0,2% розчин норадреналіну - 1-5 мг/кг або при гіпотонії

При відсутності ефекту - довенно титроване введення допаміну в дозі 8-10 мкг/кг на хв. під контролем АТ і ЧСС.

Проводити оксигенотерапію;

ввести 2,4% розчин еуфіліну 5 мг/кг внутрішньовенно струменево в 20,0 мл фізіологічного розчину;

видаляти накопичений секрет із трахеї і ротової порожнини;

при проявах стридорозного дихання і відсутності ефекту від комплексної терапії - негайна інтубація, за життєвими показаннями - конікотомія.

Проведення комплексу судино-легеневої реанімації за необхідності.

Симптоматична терапія.

Госпіталізація у реанімаційне відділення після проведення комплексу невідкладних лікувальних заходів.

Ліквідація гострих проявів АШ ще не означає сприятливого завершення цього патологічного процесу. Лише через 5-7 днів після гострої реакції прогноз для хворого може вважатися сприятливим.

13. Заборонено використовувати шкірні та інші провокаційні тести з медикаментозними препаратами для діагностики анафілактичної реакції у зв'язку з їх невисокою інформативністю та небезпечністю для життя хворих.

Тривалість стаціонарного лікування складає від 1 до 10 діб.

Профілактика анафілактичного шоку:

ретельно зібраний алергологічний анамнез особистий і сімейний;

у хворих із обтяженим алергоанамнезом на сигнальному листі історії хвороби ставлять штамп "алергія" і перелічують медикаментозні препарати, які викликають алергію;

після ін'єкції антибіотика необхідно спостерігати за хворим протягом 20-30 хв.;

медперсонал процедурних, хірургічних, алергологічних і інших кабінетів, медпунктів повинен бути спеціально підготованим для надання невідкладної медичної допомоги при медикаментозному АШ і лікування подібних станів.

В усіх процедурних, хірургічних і інших кабінетах, у медпунктах необхідно мати протишокову аптечку для надання невідкладної допомоги при АШ.

Вимоги до результатів лікування

Повне одужання хворого і відновлення працездатності.

***Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню***

Р.О.Моїсєєнко

Додаток N 2
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей

Шифри МКХ-10:

J45 Астма.

J45.0 Астма з перевагою алергічного компонента.

J45.1 Неалергічна астма.

J45.8 Змішана астма.

J45.9 Астма неуточнена.

J46 Астматичний стан

1. Термінологія

Бронхіальна астма - хронічне запалення дихальних шляхів з поширеною, але варіабельною, зворотньою обструкцією і зростаючою гіперреактивністю до різних стимулів, зумовлене специфічними імунними (сенсibiliзацією та алергією) або неспецифічними механізмами, головними клінічними ознаками якого є повторні епізоди свистячих хрипів, ядухи, відчуття стиснення в грудях і кашлю, особливо в нічний і

вранішній час за рахунок бронхоспазму, гіперсекреції слизу і набряку слизової оболонки бронхів.

2. Класифікація

2.1. За формою:

- атопічна (екзогенна, J45.0), яка виникає під впливом неінфекційних інгаляційних алергенів (алергенів тваринного і рослинного походження, а також деяких простих хімічних сполук) у дітей з атопічною конституцією;

- інфекційно-алергічна (ендогенна, J45.1), при якій тригером початку і наступних загострень хвороби виступають антигени збудників гострих, рецидивних і хронічних інфекцій респіраторного тракту;

- змішана (J45.8), при якій розвиток і подальший перебіг захворювання відбувається як під дією інфекційних, так і неінфекційних факторів.

2.2. За перебігом захворювання:

- інтермітуючий (епізодичний) перебіг;

- персистуючий (постійний) перебіг.

2.3. За ступенем важкості перебігу захворювання (оцінюється перед початком лікування):

Ступінь 1 - інтермітуюча бронхіальна астма:

короткотривалі симптоми виникають рідше 1 разу на тиждень,

короткотривалі загострення (від декількох годин до декількох днів),

нічні симптоми виникають не частіше 2 разів на місяць,

нормальні значення показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) між загостреннями,

об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) або пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШВ) $\geq 80\%$ від належної величини, добові коливання ПОШВ або ОФВ $< 20\%$.

1

Ступінь 2 - легка персистуюча бронхіальна астма:

симптоми виникають частіше 1 разу на тиждень, але рідше 1 разу на день,

загострення можуть порушувати активність і сон,

нічні симптоми виникають частіше 2 разів на місяць,

ОФВ або ПОШВ $\geq 80\%$ від належної величини,

1

добові коливання ПОШВ або ОФВ - 20-30%.

1

Ступінь 3 - середньоважка персистуюча бронхіальна астма:

симптоми виникають щоденно,

загострення призводять до порушення активності і сну,

нічні симптоми астми виникають частіше 1 разу на тиждень,

необхідність у щоденному прийомі бета-агоністів короткої

2

дії,

ОФВ або ПОШВ в межах 60-80% від належної величини,

1

добові коливання ПОШВ або ОФВ $> 30\%$.

1

Ступінь 4 - важка персистуюча бронхіальна астма:

постійна наявність денних симптомів,

часті загострення,

часті нічні симптоми,

обмеження фізичної активності, зумовлене астмою,

ОФВ або ПОШВ $< 60\%$ від належної величини,

1

добові коливання ПОШВ або ОФВ $> 30\%$.

1

2.4. За періодом захворювання:

- період загострення;

- період ремісії.

2.5. За ускладненнями захворювання:

- легеневе серце (гостре, підгостре, хронічне);

- хронічна емфізема легень;

- пневмосклероз;
- сегментарний або полісегментарний ателектаз легень;
- інтерстиціальна, медіастинальна або підшкірна емфізема;
- спонтанний пневмоторакс;
- астматичний стан (J46) та асфіксичний синдром;
- неврологічні ускладнення (беталепсія - епізоди короткочасної втрати свідомості на висоті кашлю або приступу при важкій астмі; судомний синдром, гіпоксична кома);
- ендокринні розлади (затримка і відставання фізичного і статевого розвитку; при гормонозалежній астмі при тривалій системній терапії ГКС - синдром Іценка-Кушинга, трофічні порушення, міопатичний синдром, остеопороз, осалгії, стероїдний діабет тощо).

3. Діагностичні критерії

3.1. Основні діагностичні критерії:

1) клінічні критерії:

типові повторні напади ядухи, переважно у нічний та вранішній час - утруднений видих і сухі свистячі хрипи над усією поверхнею грудної клітки, частіше дистанційні, які чути на відстані;

клінічні еквіваленти типового приступу ядухи - епізоди утрудненого свистячого дихання з подовженим видихом (wheezing) і напади спазматичного сухого кашлю, які призводять до гострого здуття легень і утруднення видиху; у дітей раннього віку - 3 і більше на рік рецидивів бронхообструктивного синдрому, або синдрому псевдокрупу, чи wheezing, або немотивованого нападopodobного кашлю;

експіраторна задишка, у дітей раннього віку - змішана з переважанням експіраторного компоненту;

симетричне здуття грудної клітки, особливо у верхніх відділах, втягіння міжреберних проміжків, у тяжких випадках - трахео-стернальна ретракція;

коробковий відтінок перкуторного тону, або коробковий тон;

дифузні сухі свистячі хрипи на тлі жорсткого або послабленого дихання, у дітей раннього віку - поєднання дифузних сухих свистячих і різнокаліберних вологих малозвучних хрипів;

висока ефективність пробної бронхолітичної і протиастматичної протизапальної терапії;

2) анамнестичні критерії:

періодичність виникнення астматичних симптомів, часто сезонний характер загострень астми;

розвиток проявів астми переважно у нічний і вранішній час, у дітей раннього віку зв'язок виникнення ознак астми з часом доби часто відсутній;

почуття стиснення у грудній клітці;

поява вище зазначених ознак під час перебування в атмосфері аероалергенів, поллютантів, на тлі респіраторних інфекцій, після фізичного або психо-емоційного навантаження, а також дії інших чинників, зникнення симптомів астми після припинення контакту з причинно-значущим алергеном;

супутні прояви атопії (алергійна риніт, атопічний дерматит, дермореспіраторний синдром, харчова алергія), які задовго передують початковим ознакам астми;

обтяжений по атопії сімейний анамнез.

3.2. Допоміжні критерії:

1) рентгенологічні критерії:

під час приступу - ознаки гострої емфіземи: підвищена прозорість обох легень, фіксація грудної клітки в інспіраторній позиції, горизонтальне розташування ребер, розширення міжреберних проміжків, низьке стояння, сплюснення і мала рухомість діафрагми;

в період ремісії - ознаки хронічного бронхіту: дифузне посилення легеневого малюнка, збільшення, посилення і неструктурованість коренів легень; при прогресуванні процесу - прояви хронічної емфіземи: грудна клітка бочкоподібної форми з розширенням переднього середостіння і зменшенням серцевої тіні; при легкому перебігу будь-які рентгенологічні зміни часто відсутні;

2) функціональні критерії (враховуються у дітей, частіше понад 5 років, що спроможні правильно виконати стандартні інструкції дослідника):

обструктивний тип вентиляційних порушень за показниками ФЗД (спірометрії - форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ) і ОФВ₁ більше 80%, ОФВ₁ /ФЖЄЛ (індекс Тиффно) більше 80%, ПОШВ більше 80%;

¹
 пікфлоуметрії - ПОШВ більше 80% від належних величин);
 зворотність порушень бронхіальної прохідності (ОФВ₁) у
¹
 бронхомоторному тесті - не менше ніж 12-15% після однієї інгаляції
 бета -агоніста або після 3-тижневого курсу пробної терапії ІГКС;
²

добові коливання (денний розкид) величин ПОШВ більше 20%;

наявність гіперреактивності бронхів за даними спірометрії, пневмотахометрії, пікфлоуметрії, велоергометрії з використанням провокаційних проб з бронхоконстрикторами (гістамін, метахолін, ацетилхолін, гіпертонічний розчин натрія хлориду) або з фізичним навантаженням (тільки за умов стаціонару у дітей з нормальною функцією легень);

3) лабораторні критерії:

підвищений рівень еозинофілії крові;

алергологічні критерії:

підвищений рівень еозинофілів у мокротинні та носовому слизу;

підвищений рівень загального імуноглобуліну Е (IgE) у сироватці крові (лише деякою мірою посередньо вказує на наявність atopічного статусу);

позитивні результати скарифікаційних шкірних проб (прик-тестів) у дітей віком старше 5 років (свідчать про atopічний статус, для діагностики бронхіальної астми малоінформативні, але допомагають визначити фактори ризику і тригери, що використовують для рекомендацій по контролю за факторами оточуючого середовища; можливі хибні позитивні і негативні результати);

підвищені рівні алергенспецифічних IgE у сироватці крові (проводиться у дітей будь-якого віку, за інформативністю не перевищують шкірні тести).

3.3. Критерії важкості нападу бронхіальної астми у дітей

Ознака астма	Інтермітуюча астма	Перситууюча астма
	(I ступінь)	легка (II ступінь)
важка (IV ступінь)		середньоважка (III ступінь)

1	2	3	4
5			
Положення у Сидить, нахилившись ліжку уперед	Вільне	Може лежати	Частіше сидить
Поведінка збуджена, дитини злякана, збуджена, відмовляється їсти	Не порушена Дитина схвильована, дитини збуджена, їсти	Не змінена, або дещо збуджена, апетит збережений	Частіше труднощі при годуванні
Мова окремими окремі слова	Звичайна Мовчить, або вимовляє	Звичайна, розмовляє реченнями	Розмовляє фразами
Колір шкіри Можливий ціаноз	Звичайний	Звичайний	Блідий
Задишка Різка експіраторна задишка у спокої, дихальна "паніка"	Немає у спокої, або незначна при ходьбі	Немає у спокої, або незначна при ходьбі	Є у спокої, при розмові експіраторна задишка
Дистанційні Є, частіше гучні хрипи	Немає	Немає, або є на видиху	Є, гучні
Участь в акті Важка міжреберна і дихання трахеостернальна допоміжної яремної ретракція, мускулатури напруження крил носу.	Немає, або слабке втягіння міжреберних проміжків	Немає, або слабке втягіння міжреберних проміжків	Втягіння міжреберних проміжків, ямки та грудини
Частота межах дихання *	Збільшена Збільшена в межах у межах до 30%	Збільшена у межах до 30% від належних	Збільшена у 20-30% від

Більше 30% від вікових величин	від належних вікових величин	вікових величин	належних величин
Частота межах	Нормальна Збільшена в межах	Нормальна або збільшена на 20%	Збільшена в 20-30% від
серцевих більше 30% від скорочень ** вікових величин	належних вікових величин	від належних вікових величин	належних величин
Дані вдику	Wheezing у кінці Можливе щезнення аускультатії видиху дихальних звуків на	Wheezing у кінці видиху, свистячі хрипи на фоні жорсткого дихання	Wheezing на і видиху, гучні свистячі хрипи фоні жорсткого дихання з послабленням у нижніх легень
Парадоксальний Частіше є, в межах пульс *** ст.	Немає 20-40 мм рт. ст.	Немає або менше 10 мм рт. ст. від належних величин	Може бути 10-25 мм рт.
ПОШВ після Менше 60% першого введення бронхолітика у % від належної або кращого у хворого індивідуального значення	Більше 80%	Більше 80%	Біля 60-80%

PaO ₂	Нормальний	Нормальний рівень,	Більше 60 мм
Менше 60 мм рт. ст.,		аналіз не потрібний	рт. ст.
2			
можливий ціаноз			
(при диханні			
повітрям)			
PaCO ₂	Менше 45 мм	Менше 45 мм рт. ст.	Менше 45 мм
Більше 45 мм рт. ст.,			
2	рт. ст.		рт. ст.
можлива дихальна			
(при диханні			
недостатність			
повітрям):			
гіперкапнія			
частіше			
розвивається у			
маленьких			
дітей, ніж у			
підлітків і			
дорослих			
SaO ₂	Більше 97%	Більше 95%	91-95%
Менше 90%			
2			
(при диханні			
повітрям) ****			

Примітка. Важкість приступів характеризується наявністю декількох параметрів, але не обов'язково усіх.

* Нормальна частота дихання у дітей у стані неспанья:

Вік	Частота дихання
< 2 місяців	< 60 на хвилину
2-12 місяців	< 50 на хвилину
1-5 років	< 40 на хвилину
6-8 років	< 30 на хвилину

**** Нормальна частота серцевих скорочень у дітей під час неспання:**

Грудного віку	2-12 місяців	< 160 на хвилину
Дошкільного віку	1-2 років	< 120 на хвилину
Шкільного віку	2-8 років	< 110 на хвилину

***** Парадоксальний пульс** - зниження систолічного артеріального тиску (АД) під час нормального вдиху більше, ніж 10 мм рт. ст. у порівнянні із здоровими однолітками. Цей феномен типовий для обструктивних захворювань дихальних шляхів і тампонади серця, що пояснюється зменшенням при цих патологіях наповнення лівого шлуночку. У здорових людей систолічний АД при нормальному вдиху може знижуватися на величину до 10 мм рт. ст.

**** Sat O (Сатурація O) - насичення крові киснем.
2 2

4. Лікування

Терапія бронхіальної астми складається з лікування загострення і заходів в період ремісії.

Лікування загострення проводиться залежно від його важкості, під контролем показників важкості стану, моніторингу ПОШВ (у дітей старше 5 років), частоти дихання і серцевих скорочень. Терапія гострого періоду незалежно від ступеню важкості починається з повторних інгаляцій бета-агоністів швидкої дії за допомогою дозованого аерозольного інгалятора (бажано через спейсер).

4.1. Ведення хворих дітей із загостренням бронхіальної астми.

Пацієнти з високим ризиком смерті від бронхіальної астми обов'язково повинні бути оглянуті лікарем після первинного лікування. Може знадобитися додаткова терапія.

Початкова оцінка: ПОШВ < 80% від належного або найкращого індивідуального значення (протягом 2 днів підряд) або > 70%, якщо немає відповіді на введення брохолітика.

Клінічні ознаки: кашель, задишка, свистячі хрипи, почуття стиснення у грудях, участь допоміжної мускулатури в акті дихання, западіння надключичних ямок

Початкова терапія: - Інгаляційний бета-агоніст швидкої дії
2
до 3 разів за 1 год.

Добра відповідь	Неповна відповідь	Погана відповідь	
Легке загострення	Загострення середньої	Важке загострення	
Якщо ПОШВ перевищує	важкості	Якщо ПОШВ складає	

80% від належного або найкращого індивідуального значення. Відповідь на бета -агоніст 2 зберігається протягом 4 год.: - можна продовжувати використання бета -агоніста 2 кожні 3-4 год. протягом 24-48 год.	Якщо ПОШВ складає 60-80% від належного або найкращого індивідуального значення: - додати пероральний кортикостероїд; - додати інгалаційний холінолітик; - продовжувати використання бета -агоніста; 2 - проконсультуватися у лікаря.	< 60% від належного або найкращого значення: - додати пероральний кортикостероїд; - негайно повторити введення бета -агоніста; 2 - додати інгалаційний холінолітик; - негайно перевести хвору дитину у відділення невідкладної допомоги у лікарню, за можливості у машині "швидкої допомоги".
---	---	--

v	v	v
Звернутися до лікаря за подальшими рекомендаціями	Негайно (в той же день) звернутися до лікаря за рекомендаціями	У відділення невідкладної допомоги

Режим і дозування інгалаційних глюкокортикостероїдів у дітей залежно від віку і важкості перебігу бронхіальної астми

Вік дитини	Перебіг	Режим дозування		
	персистуючої	-----		
	астми	Флутиказона	Бекламетазона	
Будесонід		пропіонат	діпропіонат	
1,5-6 х 2 рази місяців	середньоважкий	50 мкг х 2 рази	50 мкг х 2 рази	50 мкг х 2 рази
	важкий	50 мкг х 2 рази	100 мкг х 2 рази	50 мкг х 3 рази
6-12 х 3 рази місяців	середньоважкий	50 мкг х 2 рази	50 мкг х 3 рази	50 мкг х 3 рази
	важкий	50 мкг х 3 рази	100 мкг х 2 рази	100 мкг х 2 рази

1-3 роки мкг x 2 рази	середньоважкий	50 мкг x 2 рази	100 мкг x 2 рази	100
	важкий	100 мкг x 2 рази	100 мкг x 3 рази	100
4-7 років мкг x 2 рази	середньоважкий	50 мкг x 3 рази	100 мкг x 2 рази	100
	важкий	100 мкг x 2 рази	100 мкг x 3 рази	200
8-11 років мкг x 2 рази	середньоважкий	100 мкг x 2 рази	100 мкг x 3 рази	200
итолом (ципропентадін) дітям із 6 міс., або семпрексом (акривастином) x 4 рази				
12-15 років мкг x 3 рази	середньоважкий	125 мкг x 3 рази	150 мкг x 3 рази	200
	важкий	250 мкг x 2 рази	150 мкг x 4 рази	200
			і більше	і
більше				

Вибір доставкового пристрою для інгаляцій у дітей. Заснований на ефективності доставки ліків, економічній ефективності та зручності використання. Стаціонарне лікування показано у випадках, якщо:

- дитина з групи високого ризику летального кінця від бронхіальної астми,

- загострення є важким (якщо після використання інгаляційних бета-агоністів швидкої дії ПОШВ залишається менше 60% від ² належного або найкращого індивідуального значення),

- немає швидкої і стабільної протягом не менше 3 годин реакції на бронхолітик,

- немає поліпшення в межах 2-6 годин після початку лікування глюкокортикостероїдами,

- спостерігається подальше погіршення стану хворої дитини.

Вік дитини	Пристрій, якому надається перевага	Альтернативний пристрій
До 4 років	Дозований аерозольний інгалятор і відповідний спейсер з маскою на обличчя	Небулайзер з маскою на обличчя
4-6 років	Дозований аерозольний інгалятор і відповідний спейсер з мундштуком	Небулайзер з маскою на обличчя
Старше 6 років	Дозований сухопорошковий інгалятор або дозований аерозольний інгалятор, які активуються диханням, або дозований аерозольний інгалятор зі спейсером	Небулайзер з мундштуком

4.2. Лікування загострення бронхіальної астми у стаціонарі.

Перевага надається лікуванню інгаляційними бета₂-агоністами у високих дозах і системними глюкокортикостероїдами. Якщо інгаляційних бета₂-агоністів немає, слід вводити внутрішньовенно теофілін.

Початкова оцінка (див. критерії важкості нападу бронхіальної астми)

Анамнез, фізикальне обстеження (аускультация, участь допоміжних м'язів у диханні, частота серцевих скорочень, частота дихання, ПОШВ або ОФВ₁, SatO₂, у вкрай важких хворих - гази артеріальної крові, за показанням - інші аналізи).

Початкова терапія

- Інгаляційний бета₂-агоніст швидкої дії, бажано через небулайзер, одна доза кожні 20 хвилин протягом 1 год.
 - Інгаляція кисню до досягнення SatO₂ > 90% (у маленьких дітей - 95%).

- При відсутності негайної відповіді, або якщо пацієнт нещодавно приймав пероральні глюкокортикостероїди, або якщо є важкий приступ - системні глюкокортикостероїди.

- При загостренні седативна терапія протипоказана.

Повторити оцінку важкості: ПОШВ, SatO₂, за необхідності інші аналізи

Приступ середньої важкості	Важкий приступ
- ПОШВ 60-80% від належного або найкращого індивідуального	- ПОШВ < 60% від належного або найкращого індивідуального значення.
	- Фізикальне обстеження: різко виражені симптоми у спокої, западіння

значення.	надключичних ямок.	
- Фізикальне обстеження:	- Оцінка анамнеза: пацієнт з групи	
симптоми помірно	високого ризику.	
виражені, в диханні	- Відсутність поліпшення після	
приймають участь	початкової терапії.	
допоміжні м'язи.	- Інгаляційний бета -агоніст	
- Інгаляційний		
бета -агоніст	2	
2	і інгаляційний холінолітик.	
і інгаляційний	- Кисень.	
холінолітик кожні	- Системний глюкокортикостероїд.	
60 хвилин.	- Можливе підшкірне, внутрішньом'язове	
- Обговорити питання	або внутрішньовенне введення	
про призначення	бета -агоніста.	
глюкокортикостероїди.	2	
- При наявності	- Можливе внутрішньовенне введення	
поліпшення продовжувати	метилксантинів.	
лікування протягом	- Можливе внутрішньовенне введення	
1-3 год	сульфата магнія	

v	v	v
Добра відповідь	Неповна відповідь в	Незадовільна відповідь
- Поліпшення	межах 1-2 год	в межах 1 год.
зберігається	- Оцінка анамнеза:	- Оцінка анамнеза:
протягом 60 хвилин	пацієнт з групи	пацієнт з групи
після останнього	високого ризику.	високого ризику.
введення	- Фізикальне	- Фізикальне
препаратів.	обстеження: симптоми	обстеження: симптоми
- Фізикальне	від слабо виражених	різко виражені,
обстеження: норма.	до помірних.	сонливість, сплутана
- ПОШВ > 70%.	- ПОШВ < 70%.	свідомість.
- Дистреса немає.	- SatO	- ПОШВ < 30%.
- SatO > 95%.	2	- PaCO > 45 мм рт. ст.
2	не поліпшується.	2
		- PaO < 60 мм рт. ст.
		2

v	v	v
Виписка додому	Продовження лікування	Перевід у відділення
- Продовження	в стаціонарі	реанімації /
лікування	- Інгаляційний	інтенсивної терапії
інгаляційним	бета -агоніст +-	- Інгаляційний
бета -агоністом.	2	бета -агоніст +
2	інгаляційний	2
- У більшості	холінолітик.	інгаляційний
випадків -	- Системний	холінолітик.
обговорити	глюкокортикостероїд.	- Внутрішньовенні
питання про	- Кисень.	глюкокортикостероїди.
призначення	- Можливе	- Можливе підшкірне,
пероральних	внутрішньовенне	внутрішньом'язове або
глюкокортикостерої-	введення	внутрішньовенне
дів.	метилксантинів.	введення
- Освіта хворого:	- Моніторинг ПОШВ,	бета -агоніста.
правильний прийом	SatO , пульса.	2
препаратів,	2	- Кисень.

перегляд плану		- Можливе	
лікування,		внутрішньовенне	
ретельний нагляд		введення	
лікаря.		метилксантинів.	
		- Можлива інтубація	
		і штучна вентиляція	
		легень.	

Поліпшення	Немає поліпшення
Виписка додому	Переведення до відділення
- Якщо ПОШВ > 60% від належних	реанімації/інтенсивної
або найкращих індивідуальних	терапії
значень і зберігається при	- Якщо через 6-12 год.
проведенні пероральної	поліпшення немає.
і інгаляційної терапії.	

- Інші види терапії:

препарати магnezії (магnezія сульфат внутрішньовенно крапельно одноразово) при загостренні астми можуть вводитися додатково, якщо попередня терапія неефективна за клінічними даними і ПОШВ не підвищується більше 60% від належного значення після першої години лікування;

при загостренні астми заборонено застосування седативної терапії у зв'язку з пригніченням функції дихального центру;

муколітики при важких загостреннях краще вводити дрібними порціями внутрішньовенно, якщо у дитини багато мокротиння (особливо у дітей раннього віку);

антибіотики (у випадках пневмонії, гнійного синуситу або лихоманки з гнійним мокротинням);

інфузійна терапія проводиться для підтримки балансу рідини в організмі, при ознаках ексикозу у зв'язку з розвитком значного зневоднення, а також для швидкого потраплення медикаментів до мікроциркуляторного русла.

4.4. Задовільний (прийнятний) контроль за перебігом бронхіальної астми у дітей визначають за такими критеріями:

- мінімальна виразність або відсутність хронічних симптомів захворювання, включаючи нічні,

- мінімальні (не часті) загострення,

- мінімальне застосування бета-агоністів швидкої дії "за потреби" або відсутність потреби у засобах невідкладної допомоги,

- нормальні або близькі до них показники ПОШВ,
- добові коливання ПОШВ менше 20%,
- мінімальні прояви або відсутність небажаних ефектів медикаментозної терапії.

Але головною метою базисної терапії є досягнення повного контролю за перебігом астми. Критерії повного контролю:

- повна відсутність денних і нічних симптомів та загострень хвороби,
- ПОШВ > 80% від належної величини щодня,
- відсутність невідкладних станів та звернень по швидку допомогу впродовж щонайменше 7 із 8 послідовних тижнів,
- відсутність побічних ефектів лікування та зумовленої ними зміни терапії.

Контроль за перебігом астми і покращанням якості життя дитини досягається за рахунок:

- елімінації тригерних факторів з оточуючого дитину середовища,
- оптимальної фармакотерапії загострень і періоду ремісії (базисна терапія),
- проведення специфічної алерговакцинації (САВ, специфічної імунотерапії - СІТ).

При лікуванні кожного хворого терапія повинна бути спрямована на досягнення повного контролю за перебігом астми.

4.5. Засоби, які забезпечують контроль за перебігом бронхіальної астми (базисна терапія)

Препарати, які контролюють перебіг бронхіальної астми (синоніми - профілактичні, превентивні, підтримуючі) включають протизапальні засоби і бронхолітики тривалої дії.

Інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) є препаратами вибору в терапії дітей з персистою астмою будь-якого ступеню важкості.

Системні глюкокортикостероїди - СГКС (препарати вибору - преднізолон, метилпреднізолон) використовуються для купування середньоважких і важких приступів астми та для контролю найбільш важкої астми (IV ступінь) подовженими курсами (один раз на добу

щоденно або через день). В останньому випадку якомога раніше здійснюється відміна СГКС і перехід на ІГКС.

Інгаляційні бета -агоністи тривалої дії (салметерол)² використовуються в терапії середньоважкої (III) персистуючої астми і для профілактики бронхоспазму, спричиненого фізичним навантаженням.

Комбіновані інгаляційні препарати бета -агоністів тривалої дії (салметерол) і ІГКС (флютиказона пропіонат) - препарат Серетид. Терапія фіксованою комбінацією є найбільш ефективною у досягненні повного контролю за перебігом астми незалежно від важкості перебігу.

Метилксантини (теофілін, амінофілін, еуфілін) - для контролю за астмою (особливо нічних симптомів), застосовують перорально теофілін сповільненого вивільнення (тривалої дії). Його використовують також як додатковий бронхолітик у хворих на важку астму. Малі дози теофіліну можна призначати пацієнтам з легкою астмою і в якості додаткової терапії до низьких і середніх доз ІГКС. У зв'язку з ризиком побічних дій теофілін вважається препаратом резерву для випадків недостатньої ефективності ІГКС та інгаляційних бета -агоністів тривалої дії.

Пероральні бета -агоністи тривалої дії (салметерол, тербуталін тривалої дії, бамбутерол)² корисні для контролю нічних симптомів астми та як додаток до ІГКС при недостатній ефективності останніх.

Антилейкотриєнові пероральні препарати (антагоністи рецепторів до цистеїніл-лейкотриєну - монтелукаст, пранлукаст, зафірлукаст) менш ефективні, ніж ІГКС та інгаляційні бета -агоністи тривалої дії; можуть бути додатком до базисної терапії ІГКС у хворих на середню і важку астму.²

Базисна терапія проводиться щоденно, тривалим курсом, етапно, залежно від ступеню важкості астми, індивідуальних особливостей дитини, ефективності і переносимості медикаментів, а також із застосуванням ступеневого підходу - "сходінка вгору" і "сходінка вниз". "Сходінка вгору" - такий варіант базисної терапії, який відповідає ступеню важкості на початку лікування. В разі її неефективності протягом 2-3 тижнів збільшують добову дозу препарату або замінюють його на більш міцний. "Сходінка вниз" передбачає відразу призначення медикаментів більш інтенсивної дії для досягнення швидкого ефекту з поступовим зниженням дози і в період стійкої ремісії заміною препарату на більш заощадливий. Перехід на наступний ступінь показаний, якщо контроль за перебігом астми не досягається і є впевненість щодо правильного використання препарату.

Метою ступеневого підходу є досягнення повного контролю від застосування найменшої кількості медикаментів. В цьому плані комбіновані препарати ІГКС з інгаляційними бета -агоністами

тривалої дії (Серетид) у дітей з середньоважкою і важкою астмою (III і IV ступеню) є препаратами вибору для досягнення повного контролю за астмою. При легкій персистуючій астмі (II ступеню) їх використання є альтернативою подвоєння дози ІГКС.

Ступеневий підхід до тривалого (базисного) лікування бронхіальної астми у дітей

Варіант терапії		Інтермітуюча астма		Персистуюча астма	
ступінь	IV ступінь (середньоважка)	I ступінь (важка)	II ступінь (легка)	III	
1	5	2	3	4	
Протизапальна Інгаляційні терапія глюкокортикостероїди у високих дозах (більше 800 мкг будесоніда). терапевтичних дозах		Інгаляційні бета -агоністи 2 швидкої дії у разі необхідності (за наявності симптомів).		Інгаляційні глюкокорти- костероїди у низьких дозах (100-400 мкг будесоніда чи його еквівалента).	
Протизапальна Інгаляційні терапія глюкокортикостероїди у високих дозах (більше 800 мкг будесоніда). терапевтичних дозах		Інгаляційні бета -агоністи 2 швидкої дії перед фізичним навантаженням або перед ймовірним впливом алергену.		Інгаляційні глюкокорти- костероїди у середньо- високих дозах (400-800 мкг будесоніда чи його еквівалента).	
Бронхо- агоніст		бета -агоніст тривалої дії		Не показана	
				бета -	

дилітаційна			2
2			
терапія для			тривалої дії
або дії або теofilін			
тривалого			теofilін
сповільненого			
призначення			
сповільненого	вивільнення.		
(одночасно з			вивільнення.
Перевагу має Серетид			
протизапальною)			Перевагу має
Євохалер 25/125 по			
			Серетид
Євохалер 2 вдихи 2 рази або			
			25/50 по 2
вдихи Серетид Дискус 50/250			
			2 рази чи
Серетид по 1 вдиху 2 рази.			Дискус
50/100 по У випадку неповного			1 вдиху 2
рази контролю проявів астми			на добу
додати пероральний			
глюкокортикостероїд			

Симптоматична терапія			

Бронхо-	Інгаляційні	Епізодично	Інгаляційні
Інгаляційні			
дилітаційна	бета -агоністи	інгаляційні	бета -
агоністи бета -агоністи швидкої			
терапія для	2	бета -агоністи	2
2			
швидкого	швидкої дії у разі	2	швидкої дії
дії не частіше 4 разів			
купування	необхідності (за	швидкої дії	не частіше 4
разів на добу і/або			
приступу	наявності симптомів)	і/або	на добу
і/або іпратропіума бромід			
		іпратропіума	іпратропіума
бромід або теofilін короткої			
		бромід або	або теofilін
дії в дозі 5 мг/кг			
		теofilін	короткої дії
в дозі			
		короткої дії	5 мг/кг
		в дозі 5 мг/кг	

Примітка. Для всіх ступенів: після досягнення стійкого контролю БА протягом не менше 3 місяців слід спробувати поступово зменшити

підтримуючу терапію до встановлення мінімального обсягу лікування, необхідного для збереження контролю за перебігом хвороби.

Еквіпотентні (рівноеквівалентні) добові дози інгаляційних глюкокортикостероїдів для проведення базисної терапії бронхіальної астми у дітей

Препарат	Низька доза	Середня доза	Висока доза
Будесонід	100–200 мкг	200–400 мкг	> 400 мкг
Беклометазона діпропіонат	100–400 мкг	400–800 мкг	> 800 мкг
Флунізолід	500–750 мкг	1000–1250 мкг	> 1250 мкг
Флютиказона пропіонат	50–100 мкг	100–250 мкг	> 250 мкг
Триамцінолона ацетоні	400–800 мкг	800–1200 мкг	> 1200 мкг

Примітка. Деякі дози можуть виходити за межі, вказані в інструкціях до використання препарату

4.6. Специфічна алерговакцинація (САВ). Проводиться лише лікарем-алергологом в обладнаному для цього кабінеті. Використовуються стандартизовані і стабілізовані препарати водно-сольових екстрактів лікувальних вакцин без домішок баластних речовин. Починати САВ необхідно в періоді ремісії (через 3-4 тижні після закінчення загострення хвороби). Враховується потенційна важкість астми, передбачувані ефективність, коштовність, тривалість і зручність САВ, ризик розвитку побічних дій, доступність та якість екстрактів алергенів. САВ проводиться впродовж року (при алергії до побутового пилу, кліщів, епідермальних алергенів), або передсезонно (при інсектній і пилковій алергії) чи сезонно. САВ призначається тільки після того, як були прийняті усі заходи щодо ліквідації провокуючих факторів з оточуючого середовища, а також в тому разі, якщо фармакотерапія не призвела до повного контролю за перебігом астми у конкретного хворого.

Показання до проведення САВ у дітей, хворих на atopічну астму:

- бронхіальна астма переважно легкого і середньоважкого ступенів;
- прогнозований кращий ефект лікування;
- неможливість повного припинення контакту хворого з алергеном;
- підтвердження IgE-залежного механізму сенсibiliзації (підвищення рівня загального IgE у крові);

- чітке підтвердження ролі алергену у розвитку астми за даними зіставлення анамнезу і результатів специфічної алергодіагностики (шкірні тести, алергенспецифічні IgE сироватки крові);

- обмежений спектр причинно-значущих алергенів (не більше 3).

- вік - 5 років і старше.

Протипоказання до проведення САВ у дітей, хворих на бронхіальну астму:

- період загострення хвороби (дозволяється через 3-4 тижні після його закінчення);

- значна тривалість астми і наявність важких її ускладнень (емфізема легень, пневмосклероз, легеневе серце з явищами хронічної недостатності функції зовнішнього дихання і кровообігу);

- анафілактичні реакції та анафілактичний шок в анамнезі;

- гострі інфекційні захворювання і загострення хронічних вогнищ інфекції (дозволяється через 2-3 тижні після одужання);

- хронічні інфекції (туберкульоз) та аутоімунні захворювання;

- важкі захворювання внутрішніх органів (гепатит, цироз печінки, ревматизм, гострий і хронічний гломерулонефрит і пієлонефрит), нервової та ендокринної систем (цукровий діабет, тиреотоксикоз);

- системні хвороби крові та пухлини;

- психічні захворювання в стадії загострення.

Критерії ефективності САВ:

- полегшення перебігу бронхіальної астми,

- поліпшення показників функції зовнішнього дихання,

- зниження бронхіальної гіперреактивності,

- зменшення шкірної гіперчутливості до причинно-значущих алергенів,

- зниження з перебігом часу рівнів сироваткового загального і специфічних IgE у сироватці крові.

4.7. Немедикаментозне лікування

ЛФК, масаж - після купування загострення БА.

4.8. Додаткове лікування:

- застосування інших медикаментів, не зазначених у схемі ступеневої терапії, таких як антагоністи лейкотриєнів, кетотифен, антигістамінні препарати II і III покоління,

- мукосекретолітики - в періоді загострення, під час інтеркурентних інфекцій;

- антибіотикотерапія (найдоцільніше - цефалоспорини, макроліди, фторхінолони) - під час загострення астми за наявності ознак інфекційного процесу, гнійного ендобронхіту, після бронхоскопії, при загостренні хронічного вогнища інфекції,

- прокінетики - незалежно від періоду хвороби, при доведеній патології гастро-езофагеальної зони.

***Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню***

Р.О.Моїсєєнко

Додаток N 3
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування дітей з алергійним ринітом

Нозологічна форма шифр МКХ-10

Алергійний риніт J30-J31.0

J30 Вазомоторний і алергійний риніт.

J30.1 Алергійний риніт, викликаний пилок рослин.

J30.2 Інші сезонні алергійні риніти.

J30.3 Інші алергійні риніти.

J30.4 Алергійний риніт неуточнений.

J31.0 Хронічний риніт.

Алергійний риніт (АР) - алергійне запалення слизової оболонки порожнини носа, що характеризується наступними симптомами (одним

чи більше): закладанням носа, ринореєю, свербіжем у порожнині носа, чханням. Алергійним ринітом правомірно називати лише ті випадки риніту, в патогенезі яких провідну роль має алергія.

Зустрічаються два варіанти алергійного риніту: сезонний і цілорічний (хронічний). Сезонний алергійний риніт (САР) спричиняє пилок рослин, тому його часто називають полінозом. На відміну від зарубіжних авторів вітчизняні спеціалісти ці поняття відокремлюють, оскільки розвиток алергійного риніту можуть викликати будь-які екзогенні алергени, а не тільки пилок рослин. Разом з тим, при полінозі клінічна симптоматика може спостерігатися не тільки з боку слизової оболонки порожнини носа, а й з боку інших органів і тканин (нижні дихальні шляхи, кон'юнктива тощо). За клінічними ознаками алергійний риніт і поліноз розрізнити не можна. Діагноз ґрунтується лише на специфічному алергологічному дослідженні. У дітей алергійний риніт дуже рідко буває ізольованим: ушкоджується також слизова оболонка придаткових пазух носа, глотки, гортані, бронхів, слухових труб, а іноді середнього вуха (алергічна риносинусопатія, проте цей термін відсутній у міжнародній статистичній класифікації хвороб. Алергічна риносинусопатія часто у дитячому віці поєднується з бронхіальною астмою, atopічним дерматитом, алергійними ураженнями травного каналу (так звані дермореспіраторний та дермоінтестинальний синдроми).

Критерії діагностики алергійного риніту:

1. Клінічні критерії:

продромальні ознаки: свербіж, чхання, закладеність носа;

"алергійний салют" - дитина постійно чухає ніс, морщить його,

"алергічне сяйво" - сині і темні кола навколо очей;

типові ознаки: значні слизисті або водянисті виділення з носа, утруднене носове дихання, спричинене набряком слизової оболонки;

можуть бути свербіж повік та сльозотеча; кон'юнктивіт більш типовий для полінозу;

підвищена чутливість слизової оболонки носа до охолодження, пилу, різких пахощів.

Пацієнти з алергійним ринітом зазвичай розподіляються на дві групи: "чхальників" і "блокадників".

Клінічні відмінності між "чхальниками" та "блокадниками":

Симптоми	"Чхальники"	"Блокадники"
----------	-------------	--------------

Чхання (особливо пароксизмальне)	Значне, особливо зранку	Рідко або відсутнє
Виділення з носа	Водянисте, переважно із передньої частини носа	Густий слиз, переважно із задньої частини носа
Свербіж у носі	Значне	Відсутнє
Закладання носа	Незначне	Значне
Добові ритми	Погіршення протягом дня, покращання вночі	Збереження симптомів цілодобово з погіршенням вночі
Кон'юнктивіт	Часто	Рідко

Симптоми хронічного алергійного риніту зберігаються постійно, частіше зустрічаються "блокадники", ніж "чхальники".

2. Риноскопичні критерії (за даними прямої риноскопії):

набухання слизової оболонки носової перетинки носа;

набряк нижніх і середніх носових раковин;

слизова оболонка носа блідо-сіра з блакитним відтінком і блискучою поверхнею і мармуровим малюнком; іноді колір слизової оболонки носа - блідо-рожевий або синюшний;

набухлі аденоїдні вегетації (за даними зворотної риноскопії);

відсутність судиннозвужувального ефекту адреналіну.

3. Рентгенологічні критерії:

потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух;

може бути пристінковий гайморит.

4. Цитологічні критерії (за даними дослідження виділень з носа):

еозинофілія, базофілія.

5. Додаткові алергологічні критерії:

підвищення шкірної гіперчутливості до тих чи інших алергенів;

провокаційні алергенні тести;

підвищення рівня загального IgE у сироватці крові;

виявлення специфічних IgE у сироватці крові до причинно-значущих алергенів, більш достовірним є виявлення специфічних IgE безпосередньо у крові з носових раковин.

Обстеження

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові (при відхиленні від норми дослідження повторювати 1 раз у 10 днів);

- реакція Вассермана (RW), дослідження на ВІЛ-інфекцію;

- загальний аналіз сечі.

- цитологічне дослідження мазків з порожнини носа.

2. Додаткові лабораторні дослідження:

- посів виділень з носа на інфекційну флору;

- біохімічне дослідження крові (білірубін, АЛТ, АСТ, сечовина, глюкоза).

3. Обов'язкові інструментальні дослідження:

- рентгенографія придаткових пазух носа - ППН.

4. Додаткові інструментальні дослідження:

- риноманометрія передня;

- акустична риноманометрія;

- дослідження нюху за допомогою "методу смужок".

5. Обов'язкове алергологічне обстеження:

- проведення шкірних тестів з алергенами (скарифікаційні).

6. Додаткове алергологічне обстеження:

- визначення загального сироваткового IgE;

- визначення алергенспецифічних IgE у сироватці крові.

Обов'язкові консультації фахівців:

- алерголог;

- отоларинголог.

Лікувальні заходи

Дотримання гіпоалергенної, елімінаційної дієти, а також з проведення елімінаційних заходів (усунення контактів з хатнім пилом, епідермальними алергенами, лікарськими і харчовими алергенами).

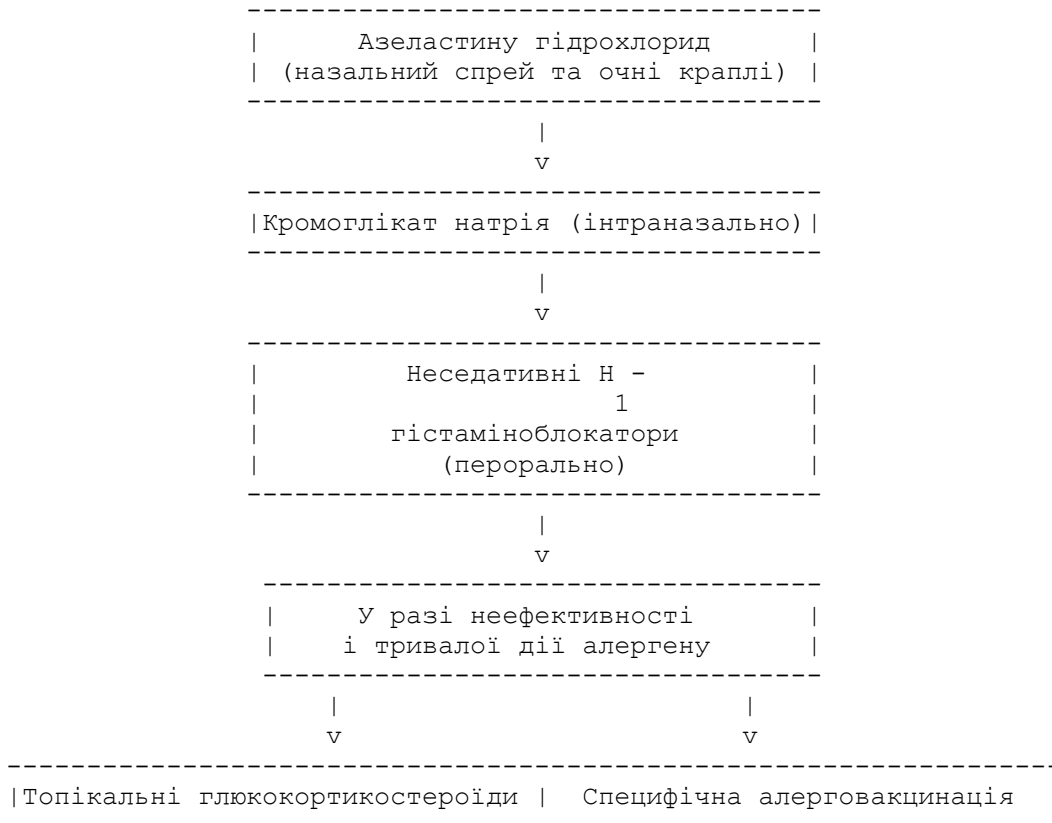
Основний принцип медикаментозної терапії алергічного риніту - ступеневий підхід до призначення препаратів залежно від важкості алергічного риніту.

Ступеневий підхід до лікування сезонного алергічного риніту у дітей

Важкість перебігу	Фармакотерапія	Специфічна алерговакінація
1	2	3
Легка	1. Місцево - антигістамінні препарати: азеластин гідрохлорид (алергодил назальний спрей та алергодил - очні краплі). 2. Місцево - протизапальні нестероїдні препарати: кромоглікат натрія (ломусол, оптикром). 3. Перорально - неседативні H ₁ -гістамноблокатори: лоратадин 1 (цетиризин)	Проводиться лікарем-алергологом у передсезонний період. У разі загострення проводиться фармакотерапія
Середньої важкості з переважними проявами риніту	1. Неседативні H ₁ -гістамноблокатори у поєднанні: місцево та перорально 2. Кромоглікат натрія: місцево та перорально 3. Холінолітики (атровент назальний спрей) місцево	Те ж саме
Середньої важкості з переважними "очними" симптомами	1. Алергодил - очні краплі та назальний спрей. 2. Кромоглікат натрія (оптикром) - очні краплі. 3. У разі неефективності - топікальні глюкокортикостероїди	Те ж саме
Важка	1. Подальше ЛОР- та алергологічне обстеження. 2. Щоденно з початку загострення - місцеві глюкокортикостероїди. Продовжувати застосування антигістамінних таблетованих препаратів.	Можлива у разі неефективності фармакотерапії (до призначення системних глюкокортикостероїдів

| 4. У кризових ситуаціях - системні |
| глюкокортикостероїди |

Ступеневий підхід до лікування цілорічного риніту у дітей



Медикаментозні препарати, які застосовуються у терапії алергічного риніту у дітей:

- Антигістамінні системні препарати першого покоління: хлоропірамін (супрастин), клемастин (тавегіл), мебгідролін (діазолін), хифенадин (фенкарол) 10-денними курсами по 1 таблетці 2-3 рази на добу.

- Антигістамінні системні препарати зі стабілізуючою дією на мембрани мастоцитів; кетотифен (задитен) тривалим курсом, до 3 міс.

- Антигістамінні системні препарати другого (лоратадин (klarитин), цетиризин (зиртек), ебастин (кестин) і третього покоління (фексофенадин (телфаст) по 1 таблетці на добу протягом 10-28 днів та ін.

Препарати кромогліцевої кислоти (при сезонному алергічному риніті, цілорічному алергічному риніті): ломузол, кромогексал, кромоглін та ін. по 1-2 дози 2-4 рази на добу тривалими курсами, терміном до 3-6 міс.

Препарати вибору (при сезонних алергічних ринітах, при виразності

симптомів цілорічного алергійного риніту) - топікальні антигістамінні препарати: левокабастин (гістамет), азеластин (алергодил) по 2 дози 2 рази на добу.

При неефективності або недостатній ефективності вищезазначених препаратів рекомендуються топікальні глюкокортикостероїди (ГКС) (при виразності симптомів цілорічного алергійного риніту, а також при загостренні сезонних алергійних ринітів):

флутиказона пропіонат (фліксоназе), беклометазона діпропіонат (беконазе), мометазон (назонекс). Дози призначають індивідуально.

Основним патогенетичним методом лікування алергійного риніту є специфічна алерговакцинація (специфічна гіпосенсибілізація, специфічна імунотерапія). При відсутності протипоказань її проводить лікар-алерголог в умовах спеціалізованого алергологічного відділення (кабінету). Лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах або стаціонарно у спеціалізованих відділеннях із застосуванням прискореного курсу специфічної алерговакцинації протягом 10-14 днів.

Місцеві судинозвужувальні препарати (санорин, нафтизин, ефедрин) застосовують у випадках крайньої необхідності, особливо у дітей раннього віку, зважаючи на малу різницю між терапевтичною та токсичною дозами і можливу дію на ЦНС. Неприпустиме тривале використання зазначених препаратів, оскільки можливий зворотний побічний ефект. Більш показане призначення саліну, фізіологічного розчину.

Не можна використовувати псевдоефедрин, та препарати, що його містять, у дітей віком до 12 років.

Вимоги до результатів лікування:

- домогтися поліпшення носового дихання, аж до зникнення клінічних симптомів алергійного риніту, поліпшення лабораторно-інструментальних показників.

Хворі підлягають диспансерному спостереженню лікаря-алерголога.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Додаток N 4
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування дітей з алергійним кон'юнктивітом

Алергійний кон'юнктивіт

H10 Кон'юнктивіт.

H10.1 Гострий атопічний кон'юнктивіт.

H10.2 Інші гострі кон'юнктивіти.

H10.3 Гострий кон'юнктивіт не уточнений.

H10.4 Хронічний кон'юнктивіт.

H10.9 Кон'юнктивіт не уточнений.

Алергійний кон'юнктивіт - зумовлене контактом із причинним алергеном алергійне запалення кон'юнктиви, що виявляється свербіжем, вік, гіперемією, слъозотечею.

Обстеження

1. Обов'язкові лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові (1) (при наявності патологічних змін показників - повторні дослідження 1 раз у 10 днів);

- реакція Вассермана, дослідження на ВІЛ-інфекцію;

- загальний аналіз сечі (1);

- цитологічне дослідження виділень з очей (1).

2. Додаткові лабораторні дослідження (1):

- бактеріологічне дослідження (посів) виділень з очей;

- імунофлуоресенція змиву з кон'юнктив;

- біохімічне дослідження крові (білірубін, АЛТ, АСТ, сечовина, глюкоза).

3. Обов'язкове алергологічне обстеження:

- проведення шкірних тестів з атопічними алергенами (скарифікаційні).

4. Додаткове алергологічне та імунологічне обстеження:

- визначення загального сироваткового IgE;
- визначення алергенспецифічних IgE.

5. Додаткові інструментальні дослідження:

- кон'юнктивальні провокаційні тести.

6. Обов'язкові консультації фахівців:

- алерголог;
- окуліст;
- отоларинголог.

Характеристика лікувальних заходів

1. Хворому даються рекомендації з дотримання елімінаційної, гіпоалергенної дієти, а також по зміні способу життя з урахуванням виявлених причинно-значущих алергенів.

2. Медикаментозна терапія:

- антигістамінні системні препарати першого покоління (при гострих алергійних кон'юнктивітах важкого і середньоважкого перебігу): хлоропірамін (супрастин), хіфенадин (фенкарол), клемастин (тавегіл) по 1 таблетці 2 рази на добу курсами по 10-14 днів; кетотифен (задитен) по 1 таблетці 2 рази на добу тривалими курсами, терміном 3-6 міс.

- антигістамінні системні препарати другого (лоратадин (klarитин) і третього покоління * (фексофенадин (телфаст) (при алергійному кон'юнктивіті легкого і середньоважкого перебігу) по 1 таблетці на добу 10-14-денними курсами та ін.

При відсутності протипоказань - проведення специфічної алерговакцинації у спеціалізованій алергологічній установі. При неможливості проведення лікування в амбулаторних умовах - стаціонарне лікування (10-14 днів).

Лікування проводиться здебільшого в амбулаторно-поліклінічних умовах протягом 10-14 днів.

Вимоги до результатів лікування:

- повне одужання.

Хворі підлягають диспансерному спостереженню лікаря - алерголога.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсеєнко

Додаток 5
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування дітей з atopічним дерматитом

Нозологічна форма шифр МКХ-10

Атопічний дерматит L20 - L20.9.

L 20 Атопічний дерматит.

L 20.8 Інші atopічні дерматити.

L 20.9 Атопічний дерматит неуточнений.

Атопічний дерматит (АтД) - генетично зумовлене хронічне алергічне запалення шкіри, яке має характерну клінічну картину, супроводжується свербінням і часто поєднується з респіраторними проявами негайної алергії: алергічним ринокон'юнктивітом, atopічною бронхіальною астмою.

Діагностичні критерії atopічного дерматиту

Обов'язкові:

1. Свербіння;
2. Типова морфологія і локалізація уражень: згинальні поверхні кінцівок, посилення шкірного малюнку;
3. Ліхенізація шкіри на згинальних поверхнях кінцівок, посилення шкірного малюнку;
4. Хронічний рецидивуючий перебіг;
5. Атопія в анамнезі і в родині.

Додаткові

1. Сухість шкіри;
2. Іхтіоз, посилення шкірного малюнку долонь, фолікулярний кератоз;
3. Позитивна шкірна реакція гіперчутливості негайного типу з харчовими та іншими алергенами;
4. Підвищений рівень загального сироваткового IgE;
5. Виникнення захворювання в ранньому віці (до 2 років);
6. Схильність до інфекції шкіри переважно стафілококової та герметичної етіології;
7. Неспецифічний дерматит кистей та стоп;
8. Екзема сосків;
9. Хейліт;
10. Рецидивуючий кон'юнктивіт;
11. Лінії Дені (складка Дені - Моргана на нижніх повіках);
12. Білий дермографізм;
13. Темні кола навкруг очей;
14. Блідість або еритема обличчя;
15. Складка на передній поверхні шиї;
16. Свербіння при потінні;
17. Алергія до вовни і розчинних жирів;
18. Залежність клінічного перебігу від факторів зовнішнього середовища та емоцій.

Лабораторні тести

1. Позитивні шкірні тести з харчовими, побутовими або грибковими алергенами;
2. Окрім загального сироваткового, підвищення рівнів специфічних IgE-антитіл;
3. Клітинні реакції гіперчутливості уповільненого типу *in vitro*;

4. Еозинофілія;

5. Порушення показників функціонального стану шлунково-кишкового тракту;

6. Дисбактеріоз.

Коментар:

Локалізація шкірних уражень залежно від віку:

ранній дитячий вік - обличчя, волосиста частина голови, шия;

дитячий вік старший за 4 роки - згинальні поверхні кінцівок (ліктьові, підколінні ямки), кисті, щиколотки, зменшення уражень обличчя;

дорослий вік - обличчя (перорально та перорбітально), шия.

Ступінь тяжкості АТД визначається поширеністю шкірного процесу, локалізацією, наявністю вторинної шкірної інфекції і респіраторних проявів атопії.

Діагностика

Для діагностики, оцінки ступеня тяжкості, а також ефективності проведеної терапії, необхідно використовувати напівкількісний метод - шкалу SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), який передбачає бальну систему оцінки шести об'єктивних і суб'єктивних симптомів, які заносяться в оціночний аркуш. Кожний симптом оцінюється від 0 до 3 балів (0 - відсутність, 1 - легкий, 2 - середній, 3 - тяжкий). Оцінки виставляються у спеціальній таблиці, і на їх підставі розраховується загальний індекс SCORAD.

I етап: визначення та оцінка ознак інтенсивності (об'єктивні симптоми)

еритема (гіперемія),

набряк/папула,

мокнуття/кірки,

екскоріація,

ліхеніфікація,

сухість.

II етап: розрахунок площі ураження шкірних покривів

Площа ураження оцінюється за правилом "дев'яток". При цьому одна долоня дитини складає 1% всієї поверхні шкіри.

III етап: оцінка суб'єктивних ознак

Оцінюється свербіж і порушення сну за 10-бальною шкалою згідно із середніми цифрами за останні 3 дні/ночі.

IV етап: розрахунок величини індексу SCORAD

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7 \times B/2 + C,$$

де

A - площа ураження шкіри у відсотках,

B - сума балів об'єктивних ознак,

C - сума балів суб'єктивних ознак.

АтД характеризується високим вмістом загального сироваткового IgE і численною сенсibiliзацією до атопічних алергенів (побутових, епідермальних, грибкових, пилоквих, харчових).

При АтД мають місце зміни Т-клітинної регуляції (переважно Th2 - відповідь), що визначає наявність IgE-зумовлених реакцій. Для атопічного дерматиту характерні висока ступінь колонізації *Staph. aureus*; вірусні інфекції, зумовлені *Herpes simplex*, *Varicella*, вірусом бородавки і контагіозного молюска, а також грибкові інфекції (дерматомікози, зумовлені *Trichophyton*, високий відсоток колонізації умовно - патогеними грибами роду *Candida albicans*, *C. Parapsilosis*, *Rhizopus spp.*, *Spegazzinia tessarthra*, *Pityrosporum ovale*). Із супутніх захворювань найчастіше зустрічається патологія кишково-шлункового тракту: гастрити, виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки, порушення мікрофлори кишкового тракту, паразитарна інвазія, а також вогнища хронічної інфекції, захворювання ЛОР-органів, порушення психіки, катаракта.

Обстеження

1. Обов'язкові лабораторні та інструментальні дослідження

- Клінічний аналіз крові (при відхиленнях від норми - 1 раз на 10 днів).

- Біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін, фібриноген, СРБ, глюкоза) одноразово, у випадку проведення плазмаферезу - контроль загального білка перед кожним сеансом.

Визначення групи крові, резус-фактора.

- RW, ВІЛ.
- загальний аналіз сечі, при необхідності - аналіз сечі по Нечипоренку.
- Імунологічне обстеження (визначення рівня IgA, IgM, IgG, загального сироваткового IgE, субпопуляцій лімфоцитів).
- Бактеріологічне дослідження фекалій (аналіз кала на дисбактеріоз) під час надходження до стаціонару і контрольний через 2 тижня після закінчення коригуючого курсу терапії.
- ЕГДС - під час надходження до стаціонару.
- ЕКГ.
- Рентгенологічне дослідження ППН - під час надходження до стаціонару.

2. Додаткові обстеження

- УЗД органів черевної порожнини , малого тазу, нирок - за показаннями.

- Рентгенологічне обстеження ОГК - за показниками.

3. Алергологічне обстеження

- Алергоанамнез.
- Шкірні тести з atopічними алергенами (скарифікаційні, ргіск).
- Визначення специфічних IgE - антитіл до atopічних алергенів (з використанням МАСТ або РАСТ).
- Провокаційні тести за необхідністю (назальні, кон'юнктивальні).

4. Обов'язкові консультації

- Алерголог.
- Дерматолог.
- Педіатр.
- Гастроентеролог.
- Отоларінголог.
- Ендокринолог.

- Психоневролог.

При дифузному АтД постановка шкірних тестів може бути проведена тільки після досягнення ремісії або відносної ремісії шкірного процесу.

Характеристика лікувальних заходів

Рекомендується дотримуватися гіпоалергенної дієти.

Поетапне лікування

1-й етап - елімінація причинних алергенів: індивідуальні гіпоалергенні дієти і бережні режими.

2-й етап - ліквідація загострення (у випадку вираженого загострення шкірного процесу з явищами еритродермії, екзематизації, лімфаденопатії, гіпертермії) проводиться протягом 3-7 днів, у окремих випадках - протягом 14 днів. Застосовуються антигістамінні препарати першого і другого покоління. При вираженому свербінні, особливо вночі, перевага надається антигістамінним препаратам, що володіють седативною дією, комбінуючи прийом їх через рот і дом'язово.

- Хлоропірамін гідрохлорид (супрастин) або клемастин (тавегіл) у вікових дозах 1-2 рази на добу 3-5 днів зазвичай вводять при тяжкому загостренні перед сном, поєднуючи з перитолом (ципрогентадін) дітям із 6 міс., або семпрексом (акривастином) - дітям старшого віку.

- антигістамінні препарати II покоління з додатковими протиалергічними властивостями - антимедіаторними і мембранстабілізуючими (кларитин) - 4-6 тижнів.

- При неефективності антигістамінних препаратів та вираженій гостроті і поширеності процесу - системні глюкокортикостероїди: дексаметазон (дексон) або бетаметазон (целестон) 0,5-1 мг кг залежно від тяжкості і поширеності шкірного процесу, 5-7 діб, в окремих випадках - до 10 діб.

- При важкому перебігу - імуносупресивні препарати циклоспорин перорально, або такролімус - місцево у формі 0,03% мазі для короткотермінового або переміжного лікування АтД у дітей віком 2-18 років при важкому перебігу АтД або перебігу середньої важкості, у яких стандартне лікування (наприклад, кортикостероїдами) було неефективним або протипоказаним. Поліпшення настає через тиждень лікування. Мазь слід наносити тонким шаром та втирати в уражені ділянки двічі на день, з інтервалом у 12 годин, ще протягом тижня після зникнення симптоматики АтД - пошкоджені та оброблені ділянки не можна накривати тканиною.

3-й етап - базисна терапія: антигістамінні препарати призначаються

курсами по 7-10 днів, а також з метою профілактики: 1-го покоління - хлоропірамін гідрохлорид у вікових дозах двічі - тричі на добу, клемастин у вікових дозах двічі на добу, 2-го покоління - цетеризин (зіртек) , лоратадін у вікових дозах 1 раз на добу, ебастін (кестін) у вікових дозах двічі на добу, 3-го покоління - фексофенадін (телфаст) у вікових дозах 1 раз на добу (при наявності ринокон'юнктивіту).

Стабілізатори мембран мастоцитів: кетотифен (задітен) у вікових дозах двічі на добу курсами тривалістю не менше 3 міс. - до 6-12-24 міс., динатрієва сіль хромогліцинової кислоти (налкром) по 1 капсулі тричі на добу за 10-15 хвилин до їжі курсами тривалістю 1-2 міс.

Топічні ГКС різноманітного ступеню активності призначають у залежності від ступеня тяжкості АТД (елоком, целестодерм, локоід, кутівейт, дермовейт та ін.), при призначенні топічних ГКС необхідно пам'ятати про можливі побічні ефекти цих препаратів (атрофія шкіри, підшкірно-жирової клітковини, розвиток телеангіектазій, еритрозів, гіпертрихозу, розвиток вторинної бактеріальної, мікотичної і вірусної інфекції, системна дія ГКС). Тому, топічні ГКС бажано призначати у відповідності з певними правилами, які дозволяють зменшити вірогідність виникнення небажаних ефектів.

4-й етап - після досягнення клінічної ремісії - проведення СІТ причинно-значущими алергенами прискореним методом, при необхідності - на тлі антигістамінних препаратів або кетотифену. СІТ необхідно проводити протягом не менше трьох - п'яти років.

Антибактеріальна терапія

При піодермії - антибактеріальна терапія на тлі антигістамінних препаратів. Категоричні протипоказання - препарати пеніцилінового ряду! При торпідному до антибактеріальної терапії перебігу гнійних ускладнень, необхідно терапевтичні заходи антибіотиками посилити імунорегуючою терапією. Хворим із респіраторними проявами атопії необхідно проводити базисну корегуючу терапію.

Корекція супутніх захворювань - згідно стандартам МКХ-10.

Невротичні розлади

Психотропні препарати з седативною дією (призначаються при необхідності): алімемазин (терален) - 2,5-5 мг двічі на добу або на ніч курсами протягом 1 місяця, тиорідазін (сонапакс) - 10 мг двічі - тричі на добу курсами протягом 1 місяця, оксоазепам (тазепам) - 10 мг на ніч, феназепам - 0,0005 г на ніч. Трициклічні препарати (доксепін, амітриптилін) також мають антигістамінну дію, викликають сон та зменшують свербіння. Наявні місцеві форми доксепіну, дифенгідраміну (крем, гель або спрей) та бензокаїну, проте ці препарати можуть системно всмоктуватися, спричинюючи алергічний контактний дерматит.

Дисбактеріоз

Пріобактеріофаг (комбінований або полівалентний), пробіотики залежно від виду порушень мікрофлори (біфікол, біфідумбактерин, ацилакт, примадофілус, флорадофілус, нормадофілус, лінекс, ентерол) у поєднанні з ферментами: панкреатин (фестал, ензістал, мезим-форте, креон, панзинорм).

Правила догляду за шкірою

1. Щоденно душ із гелями, які не містять мила.
2. Пом'якшуючі, живлячі креми: крем Унни на оливковому маслі, топічні стероїди. На периоральну зону, заїди - комбіновані препарати - тридерм, травок орт та ін.
3. При загостренні піодермії: обробка шкіри 3% розчином перекису водню з метою видалення гнійного вмісту і шкірочок, після чого - 0,2% розчином хлоргексидину або розчином фурациліну, потім фукарцином або діамантовим зеленим і (як заключний етап) - топічні антибактеріальні препарати (бактробан, оксіцилклозол, левавінізол та ін.). Обробку шкіри проводити 1-2 рази на добу.

У процесі лікування необхідно проводити навчання хворих та їх родичів правилам догляду за шкірою, виконанню гігієнічних заходів, особливо при наявності побутової і епідермальної алергії, заходам профілактики загострень.

Рекомендується фізіотерапевтичне лікування грязями, ультрафіолетове опромінення, селективна фототерапія, ПУВА-терапія, кліматичне лікування на морських курортах: Криму, Одеси та Азовського узмор'я.

Тривалість стаціонарного лікування

Стаціонарне лікування при необхідності поділяється на 2 етапи:

- 1-й етап - зняти загострення, обстеження і корекція супутніх захворювань; тривалість даного етапу - 20-35 днів.
- 2-й етап - проведення СІТ алергенами, тривалість етапу - 14-20 днів.

Профілактика загострень

- Гіпоалергенні дієт з повною елімінацією продуктів, які викликають загострення АтД.

Антигістамінні препарати II покоління з додатковими протиалергічними властивостями - антимедіаторними і

мембраностабілізуючими (кларитин) - 6 місяців і більше.

Імуномодулятори (індивідуально).

Препарати, які містять поліненасичені жирні кислоти.

Специфічна імунотерапія алергенами (СІТ).

Вимоги до результатів лікування

Зникнення свербіння, зменшення площі і інтенсивності ураження шкіри аж до клінічної ремісії, нормалізація сну, покращення психоемоційного і загального стану хворих, стабілізація респіраторних проявів atopії і супутніх захворювань.

- Хворі на АтД потребують диспансерного спостереження у алерголога для проведення сучасних лікувально - профілактичних заходів, спрямованих на скорочення тимчасової втрати працездатності.

- Пацієнти з обмеженою формою АтД підлягають амбулаторному лікуванню, пацієнтам із генералізованою формою АтД необхідне стаціонарне лікування протягом 20-35 днів.

***Директор департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню***

Р.О.Моїсєєнко

Додаток 6
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
27.12.2005 N 767

ПРОТОКОЛ

діагностики та лікування дітей з кропив'янкою

Нозологічна форма шифр МКХ-10

Кропив'янка L50-L50.9

L50. Кропив'янка

L50.0. Алергічна кропив'янка

L50.1. Ідіопатична кропив'янка

L50.2. Кропив'янка внаслідок дії низької та високої температури

L50.3. Дерматографічна кропив'янка

L50.4. Вібраційна кропив'янка

L50.5. Холінергічна кропив'янка

L50.6. Контактна кропив'янка

L50.8. Інша кропив'янка

L50.9. Кропив'янка неуточнена

T78.3. Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке)

Кропив'янка (urticaria) - це захворювання, яке характеризується появою на шкірі пухирців досить чітко контурованих або сверблячих плям, папул розміром від кількох міліметрів до десяти і більше сантиметрів. Висип з'являється швидко, елементи можуть зливатися і поширюватися на всю поверхню тіла.

Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке) вважають одним із варіантів кропив'янки, в основі якого лежать такі ж самі патофізіологічні механізми, як і у разі кропив'янки, але патологічний процес поширюється глибше на дерму або підшкірну основу.

Основний клінічний прояв ангіоневротичного набряку - обмежений набряк певної ділянки тіла. Найчастіше він локалізується в ділянці голови (лице, слизова оболонка ротової порожнини, губи, язик та ін.), шиї, кистей рук, стоп, зовнішніх статевих органів. Шкіра на місці набряку незмінена. Хворі скаржаться на печію і дискомфорт, рідше - на свербіння.

Класифікація кропив'янки (S. Fineman, 1984)

Імунна кропив'янка (типи I, II, III).

Анафілактоїдна кропив'янка:

а) природжений ангіоневротичний набряк

б) хімічні лібератори медіаторів

в) підвищена чутливість до гістаміну.

Фізична кропив'янка:

холодова

теплова

вібраційна

холінергічна

сонячна

від механічного стискання

аквагенна.

Змішана група:

а) папульозна кропив'янка

б) пігментна кропив'янка

в) мастоцитоз системний

г) кропив'янка, як прояв системних захворювань сполучної тканини, деяких пухлин, ендокринних порушень.

д) ідіопатична.

е) психогенна.

За перебігом кропив'янку поділяють на гостру і хронічну. До гострої форми відносять кропив'янку і ангіоневротичний набряк, які тривають не більше 6 тижнів. Якщо ознаки хвороби утримуються довше, то говорять про хронічний перебіг захворювання.

По важкості перебігу кропив'янку поділяють на легку, середньої важкості та тяжку.

Особливості патогенезу кропив'янки у дітей

Алергічна кропив'янка спричиняється дією алергенів. В основі її патогенезу лежать I-III типи імунopatологічних реакцій, але провідна роль належить реакціонному механізму. Найчастіше алергічна кропив'янка зумовлена лікарськими засобами, харчовими та інсектними алергенами.

Псевдоалергічна кропив'янка характеризується різними етіологічними факторами і механізмами розвитку. В основі патогенезу цього варіанту захворювання лежать ліберація гістаміну, активація комплементу і калікреїн-кінінової системи, тощо.

Етіологічними чинниками найчастіше є:

- лікарські препарати (антибіотики, рентгеноконтрастні речовини, білкові препарати), тощо;

- харчові продукти;
- фізичні фактори (натискання, вібрація, сонячне опромінення, тепло, холод, тощо).

У патогенезі псевдоалергічного варіанту кропив'янки важливу роль відіграє патологія травного каналу, яка реєструється практично у всіх хворих. Найчастіше спостерігаються ураження гепатобіліарної системи.

L50.0. Алергічна кропив'янка - захворювання алергічного генезу, основним клінічним симптомом якого є уртикарна висипка на шкірі. Висип характеризується значною сверблячкою та повною зворотністю. В основі її патогенезу лежать імунопатологічні реакції, але провідна роль належить реакціям механізму. У цієї категорії хворих кропив'янка часто поєднується з респіраторними проявами.

L50.1. Ідіопатична кропив'янка - захворювання невідомого генезу, з появою характерних уртикарних елементів на шкірі. За перебігом поділяють на гостру і хронічну (більше 6 тижнів). Висип характеризується значною сверблячкою та повною зворотністю елементів, часто торпідністю до стандартної протиалергічної терапії. Діагноз ідіопатичної кропив'янки ставиться тоді, коли незважаючи на всебічні і багаторазові дослідження причину захворювання виявити не вдається. На сьогодні отримані докази аутоімунної природи деяких варіантів хронічної рецидивної кропив'янки. В багатьох випадках причинне значення можуть мати саліцилати, які містяться в природних продуктах харчування, а також хімічні добавки: нітроти, бензоати, барвники. Окремо виділяють спадковий варіант захворювання, який характеризується хронічним рецидивним ангіоневротичним набряком без кропив'янки. В основі його лежить природжений дефіцит інгібітора першого компонента комплементу (C1-ІНГ).

L50.2. Кропив'янка в наслідок дії низької та високої температури. Характеризується виникненням уртикарних елементів після дії холодного та теплового фактору, або фактору випромінювання. Може носити як локалізований так і генералізований характер. Висип сверблячий має повну зворотність, часто поєднується з ангіоневротичним набряком Квінке.

L50.3. Дерматографічна кропив'янка. Захворювання при якому виникають лінійні уртикарні елементи та гіперемія шкіри як наслідок її механічного подразнення. Характерна локалізація в місцях тривалого тиску предметів одягу та шкіряних складках. Ознаки захворювання можуть розвинутиись негайно або протягом 4-6 годин. У період загострення можуть спростерігатись системні реакції.

L50.4. Вібраційна кропив'янка. Виникає під впливом механічної вібрації. У дітей зустрічається рідко.

L50.5. Холінергічна кропив'янка. Розвивається після різноманітних впливів на організм, які призводять до підвищення температури тіла (гарячі ванни, душ, енергійні фізичні вправи). Висип у вигляді дрібних (1-2 мм) уртикарних елементів локалізується, як правило, на тулубі, відзначається сильним свербінням. Елементи блідо-рожевого кольору обмежені широким кільцем яскравої еритеми.

L50.6. Контактна кропив'янка. Розвиток захворювання обумовлений тісним контактом шкіри або слизових оболонок з рядом біологічних, фармакологічних та інших алергенів.

L50.8. Інша кропив'янка. Сонячна кропив'янка - рідка форма кропив'янки при якій висип виникає через декілька хвилин після ультрафіолетового опромінення, у випадку фіксованої сонячної кропив'янки висип з'являється на тих самих ділянках шкіри навіть у разі опромінювання всього тіла. Захворювання пов'язано з генетичним дефектом порфіріна у хворих з еритропоетичною порфірією. Цей дефект призводить до активації системи комплементу. Системні реакції рідкі. Аквагенна кропив'янка - рідке захворювання, при якому висип виникає тільки при контакті з водою будь-якої температури.

Діагностика

Діагноз кропив'янки встановлюють на підставі типової клініки захворювання, а саме появи типового висипу, який супроводжується свербінням і має повну зворотність елементів.

Обстеження

I. Обов'язкові лабораторні обстеження.

клінічний аналіз крові

загальний аналіз сечі

біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін загальний і його фракції, АЛТ, АСТ, глюкоза крові, креатинін, сечова кислота)

RW, ВІЛ

копрограма

Даний обсяг обов'язкового обстеження достатній для хворих з алергічною, контактною, вібраційною, температурною формами кропив'янки. При неуточненій ідіопатичній, дерматографічній кропив'янці рекомендовано додати до переліку обов'язкових наступні види обстежень:

Ревматологічні проби (антинуклеарний фактор, антитіла до ДНК,

СРП, кріопреципітини)

Бактеріологічні дослідження (фекалій, матеріали зі слизових ротоглотки)

Копроовоцистоскопія

Диференційоване виявлення антитіл до токсокари, ехінокока, опісторхіса, трихіNELи чи/та інших паразитів, враховуючи крайову патологію.

Алергологічне обстеження

алергологічний анамнез (враховуючи фармакологічний і харчовий)

Prick та скарифікаційні шкірні тести з атопічними алергенами та внутрішньошкірні тести з інфекційними алергенами. Проводяться хворим поза загостренням кропив'янки, прийому антигістамінних засобів та глюкокортикостероїдів (ГКС).

Обов'язкові інструментальні дослідження

Велоергометрія для виключення холінергічної кропив'янки.

При ідіопатичній, не уточненій, дерматографічній кропив'янці, з метою пошука функціональних та органічних порушень, проводяться наступні інструментальні дослідження: УЗД, ЕГДС, ЕКГ.

Додаткові інструментальні дослідження.

Рентгенографія органів грудної клітини та додаткових пазух носа.

Консультації спеціалістів

Алерголог (обов'язково)

При ідіопатичній, не уточненій, дерматографічній кропив'янці проводяться додаткові консультації спеціалістів: гінеколога, ревматолога, стоматолога, отоларинголога, паразитолога, ендокринолога та інших за показаннями.

Додаткові інструментальні та лабораторні дослідження призначаються за рекомендаціями консультантів. Це пов'язано з тим, що уртикарна реакція може бути симптомом різних захворювань, зокрема аутоімунних, паразитарних, онкологічних, чи наслідком функціональних порушень в діяльності ШКТ, хронічних запальних захворювань.

Лікування

Рекомендована гіпоалергенна дієта з виключенням причинно-значущих харчових алергенів та продуктів гістаміно-лібераторів, а також елімінаційні заходи (усунення контактів з домашнім пилом, пилковими алергенами, ліками). Обов'язковою умовою успішного лікування кропив'янки є санація хронічних вогнищ інфекцій в організмі. Обсяг фармакотерапії визначається ступенем тяжкості загострення кропив'янки.

Лікування загострення захворювання

Легкий перебіг

Проведення елімінаційних заходів

Антигістамінні препарати другого та третього покоління. Тривалість прийому до 1 міс.

Кетотифен 0,001 г 2 рази на добу протягом 3 міс.

Не потребує застосування ГКС.

Перебіг середньої важкості

Антигістамінні препарати першого покоління парентерально: тавегіл 0,1% 2 мл в/м чи в/в на фізіологічному розчині чи супрастин 2,5% протягом 2-3 днів.

При відсутності ефекту - ГКС системної дії: преднізолон 1-2-3-5 мг/кг чи дексаметазон в відповідній дозі в/м чи в/в.

Потім антигістамінні засоби другого та третього покоління Тривалість прийому до 1 міс.

Антигістамінні препарати зі стабілізуючою дією на мембрани базофілів: кетотифен 0,001 г 2 рази на добу протягом 3 міс.

Важкий перебіг

Проведення елімінаційних заходів

Антигістамінні препарати першого покоління парентерально: тавегіл 0,1% в/м чи в/в на фізіологічному розчині чи супрастин 2,5% протягом 5-7 днів.

При відсутності ефекту - ГКС системної дії: преднізолон у дозі 1-2-3-5 мг/кг або дексаметазон у відповідній дозі в/м чи в/в.

За показаннями проведення дезінтоксикаційної терапії: гемодез в/в крапельно, 3-4 введення протягом 3-4 діб.

Можливий прийом антигістамінних препаратів зі стабілізуючою дією на мембрани базофілів: кетотифен 0,001 г 2 рази на добу протягом 3 міс.

Основні принципи терапії хронічної кропив'янки

Лікування хронічної рецидивної кропив'янки визначається етіологічними факторами, патогенетичними механізмами і фазою захворювання. Терапія загострення хронічної рецидивної кропив'янки принципово не відрізняється від ведення гострої кропив'янки.

Пріоритетною у разі хронічної кропив'янки є превентивна терапія, мета якої - профілактика рецидивів.

При лікуванні хронічної рецидивної кропив'янки особливо ефективною є етіотропна терапія, спрямована на усунення контакту з факторами, які спричиняють кропив'янку. Це можуть бути алергени різного походження, лікарські засоби, харчові добавки, хімічні речовини і різноманітні фізичні фактори. Причиною розвитку кропив'янки іноді є хронічна інфекція, саме тому санація її вогнищ, дегельмінтизація хворого і членів його сім'ї є надзвичайно важливими.

Псевдоалергічна кропив'янка нерідко буває проявом загострення багатьох соматичних захворювань, особливо гастроентерологічного профілю, тому етіотропна терапія повинна бути спрямована на лікування основного захворювання і запобігання його загострень.

Тривалість стаціонарного лікування складає 18-20 днів. Подальша лікувальна тактика залежить від спектру причинно-значущих алергенів в період ремісії захворювання. При необхідності можливе проведення СІТ, курсу гістаглобуліну (гістаглобіну) в умовах алергологічного стаціонару чи кабінету.

Вимоги до результатів лікування

Купування симптомів кропив'янки

Досягнення клінічної ремісії захворювання.

**Директор Департаменту
організації та розвитку
медичної допомоги населенню**

Р.О.Моїсєєнко