

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АЛЛЕРГОЛОГИИ и
КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
директор РСНПМЦАКИ
профессор Разикова И.С.
май 2025год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«КРАПИВНИЦА»**

Вводная часть

Протокол разработан для стандартизации диагностики и лечения крапивницы, а также для применения в ДПМ, где оказывается помощь пациентам с данным заболеванием. Данный национальный клинический протокол разработан в соответствии с кодами МКБ-10. В протоколе указан код нозологии - L50, название заболевания — "Крапивница".

Национальный клинический протокол разработан на основе следующих гайдлайнов:

1. Международный гайдлайн EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI по определению, классификации, диагностике и лечению крапивницы.

Заметка: Это совместная инициатива Дерматологической секции Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI), Глобальной аллергологической и астматической европейской сети (GA²LEN), Европейского форума дерматологии (EDF; EuroGuiDerm) и Азиатско-Тихоокеанской ассоциации аллергологии, астмы и клинической иммунологии (APAAACI).

Ссылка: Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy. 2009; 64(10): 1417-1426. <https://doi.org/10.1111/all.15090>

2. Систематический обзор и критическая оценка клинических рекомендаций по крапивнице: глобальный проект по анализу гайдлайнов в дерматологии (GUIDEMAP).

Ссылка: Yen, Hsi et al. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, Volume 11, Issue 10, 3213 - 3220.e11
<https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.07.002>

3. Клинические рекомендации Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ). Крапивница. 2023 г.

Разработчик клинической рекомендации: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов;

Российское общество дерматовенерологов и косметологов; Союз педиатров России

[https://raaci.ru/dat/pdf/CR_urticaria%20\(1\).pdf](https://raaci.ru/dat/pdf/CR_urticaria%20(1).pdf)

Код(ы) МКБ-10-11:

<u>Код</u>	<u>Название</u>
L50	Крапивница
L50.0	Аллергическая крапивница;
L50.1	Идиопатическая крапивница;
L50.2	Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры;
L50.3	Дермографическая крапивница;
L50.4	Вибрационная крапивница;
L50.5	Холинергическая крапивница;
L50.6	Контактная крапивница;
L50.8	Другая крапивница;
L50.9	Неуточненная крапивница.
	Спонтанная крапивница
EВ00	
EВ00.0	Острая крапивница
EВ00.1	Хроническая крапивница
EВ01	Индукцируемая крапивница и ангиодистрофия
EВ01.0	Дермографизм
EВ01.1	Холодная крапивница
EВ01.2	Отсроченная крапивница давления
EВ01.3	Контакт с крапивницей
EК00	Аллергическая контактная крапивница
EВ01.Y	Другие указанные формы индуцируемой крапивницы и ангиодистрофия
EВ02	Холинергическая крапивница и связанные с ней состояния
<u>Скачать (ссылка с МКБ)</u>	https://ssv.uz/ru/diagnosis https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591 https://classinform.ru/mkb-10.html

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов:

1. Разикова И.С. - д.м.н., профессор, директор РСНПМЦАКИ
2. Дустбабаева Н. Д. доцент, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, к.м.н,
3. Айдарова Н.П - заместитель директора по научной работе РСНПМЦАКИ, PhD
4. Кузиев Г. Э -заместитель директора по лечебной работе РСНПМЦАКИ,
5. Разикова Г.Р - PhD, врач дерматолог, заведующий научной лаборатории РСНПМЦАКИ,
6. Ишмухаммедова Ш. Б - заведующая отделом аллергологии РСНПМЦАКИ
7. Кудратуллаева Б. Т - заведующая отделом аллергологии РСНПМЦАКИ
8. Толипова Г.Б - заведующая детского отделом аллергологии РСНПМЦАКИ
9. Байбекова В.Ф – ученый секретарь РСНПМЦАКИ
10. Акромов А. Т - врач аллерголог РСНПМЦАКИ
11. Носирова М.П - врач аллерголог РСНПМЦАКИ

Рецензенты:

1. Ирсалиева Ф.Х Профессор, кафедры аллергологии, клинической иммунологии и сестринского дела, д.м.н
2. Мавлянова Ш. З Профессор, Республиканский Центр Дерматовенерологии и косметологии, д.м.н

Внешняя экспертная оценка:

Фомина Дарья Сергеевна Руководитель Московского городского научно-практического центра аллергологии и иммунологии, врач аллерголог-иммунолог высшей квалификационной категории, к.м.н, главный внештатный аллерголог-иммунолог доцент кафедры клинической иммунологии и аллергологии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, организаторов здравоохранения (директор РНСАЦ и их заместителей), врачей региональных учреждений системы аллергологии в онлайн-формате 06 января 2025 г., протокол №7.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Республиканский научно специализированный аллергологического центра 28 январь 2025 г., протокол №8

Категория пациентов

Больные, дети и взрослые, с подозрением на крапивницу и с установленным диагнозом крапивница.

Целевая группа протокола

1. врачи-аллергологи-иммунологи;
2. врачи-анестезиологи-реаниматологи;
3. врачи-дерматовенерологи;
4. врачи общей практики (семейный врач);
5. врачи-педиатры;
6. врачи скорой медицинской помощи;
7. врачи-терапевты;
8. студенты, клинические ординаторы, магистры медицинских ВУЗов.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<u>Н1-рецепторы</u>	Гистаминовые рецепторы 1 типа
<u>АБ</u>	Атопическая бронхиальная астма;
<u>АД</u>	Артериальное давление
<u>АК</u>	Аллергический конъюнктивит
<u>АНА</u>	Антинуклеарные антитела
<u>АО</u>	Ангиоотек
<u>АР</u>	Аллергический ринит
<u>анти-IgE Ат</u>	Аутоантитела к иммуноглобулину класса Е
<u>ГКС</u>	Глюкокортикостероиды;
<u>КР</u>	Крапивница
<u>КАПС</u>	Криопирин-ассоциированные синдромы
<u>ЛС</u>	<u>Лекарственное средство</u>
<u>ЛТ</u>	Лейкотриен(ы);
<u>МКБ-10</u>	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра;
<u>нсН1-АГ</u>	Неседативные Н1-антигистаминные препараты
<u>НАО</u>	Наследственный ангиоотек;
<u>НПВП</u>	<u>Нестероидные противовоспалительные препараты</u>
<u>ОРЗ</u>	Острые респираторные заболевания;

<u>РКИ</u>	Рандомизированные клинические исследования;
<u>СОЭ</u>	Скорость оседания эритроцитов;
<u>СРБ</u>	С-реактивный белок;
<u>СШ</u>	Синдром Шнитцлера;
<u>УВ</u>	Уртикарный васкулит;
<u>УДИ</u>	Уровень достоверности доказательств
<u>УУР</u>	<u>Уровень убедительности рекомендаций</u>
<u>ХК</u>	Хроническая крапивница;
<u>ХиндК</u>	Хроническая индуцированная крапивница
<u>ХСК</u>	Хроническая спонтанная крапивница;
<u>ЧСС</u>	Частота сердечных сокращений;
<u>С1-ингибитор</u>	Ингибитор первого компонента комплемента;
<u>H1-Аг</u>	H1-антигистаминные
<u>AAS –тест (angioedema activity score)</u>	- Оценка активности ангиотеков;
<u>IgE</u>	Иммуноглобулин класса E;
<u>IgG</u>	Иммуноглобулин класса G;
<u>CAPS</u>	Cryopyrin Associated Periodic syndrome (криопирин-ассоциированные синдромы);
<u>CINCA/NOMID</u>	Chronic Neurologic Cutaneous and Articular Syndrome, Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease (неонатальные мультисистемные воспалительные заболевания);
<u>FCAS</u>	Familial Cold Autoinflammatory Syndrome (холодовой аутовоспалительный синдром);
<u>SIGN</u>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Шотландская междисциплинарная рабочая группа по клиническим рекомендациям);
<u>UAS 7</u>	Urticaria activity score 7 (индекс активности крапивницы за 7 дней);
<u>UCT</u>	Тест (urticaria control test) - определение контроля над симптомами крапивницы.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»	2
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»	356
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»	399

ВВЕДЕНИЕ

Крапивница

В настоящем протоколе, предназначенном для специалистов, оказывающих помощь больным с крапивницей, приведены доступные к настоящему дню клинические доказательства, моменты надлежащей практики, а также мнения экспертов.

Была проведена адаптация к местным условиям, были учтены особенности доступности лекарственных препаратов к применению у больных с крапивницей.

Основным требованием при разработке протокола, включившего данные, основанные на лучшем мировом опыте, было использование материалов лучших руководств по данной теме, а также методологии строго отбора научных данных при формировании рекомендаций.

Определение

Крапивница (от лат. *Urtica* – крапива) – группа заболеваний, характеризующихся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотечков [1].

Состояния, при которых волдыри являются симптомом [кожные тесты, аутовоспалительные синдромы (заболевания, вызванные мутациями в протеин-кодирующих генах, играющих ведущую роль в регуляции воспалительного ответа), анафилаксия, наследственный ангиоотек и т. п.], не относятся к крапивнице.

Этиология крапивницы

Этиологические факторы: пищевые продукты (21,3–33 %), лекарственные средства (ЛС) (33,2–47,5 %), яд перепончатокрылых насекомых (12,9–18 %) [5,6,7,8,9], различные эндогенные факторы, гельминты, физические факторы (1,2-7,6 %). Возможно развитие гигантской крапивницы на яды других животных, например, змей [10].

Встречаются случаи крапивницы, когда причину ее развития установить не удается (в 22–25% случаев) [6].

Из лекарственных препаратов наиболее часто вызывают крапивницу антибиотики для парентерального введения (среди них препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины), анестетики (лидокаин, новокаин), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), йодсодержащие рентгенконтрастные средства, витамины, мышечные релаксанты, латекс [11,12,13].

Наиболее частыми провоцирующими факторами крапивницы пищевой этиологии являются яйца и куриное мясо, коровье молоко, рыба и морепродукты, орехи, арахис и другие бобовые, семечки. [14,15].

Вид триггера, наиболее часто вызывающего крапивницу, зависит от возраста пациента. Так, в детском возрасте наиболее частая причина — пищевые продукты, у взрослых — ЛС и яд перепончатокрылых насекомых [16,17].

Патогенез крапивницы

Реакции гиперчувствительности немедленного типа, как правило, протекающие с участием иммуноглобулинов E, фиксированных на поверхности мембран базофилов и тучных клеток (1-й тип реакций гиперчувствительности по Gell и Coombs). Провоспалительные медиаторы активированных тучных клеток, такие как гистамин, серотонин, фактор, активирующий тромбоциты, цитокины, приводят к вазодилатации, повышению проницаемости капилляров, активации чувствительных нервных волокон, выходу плазмы за пределы сосудов, привлечение клеток в место образования волдыря.

Дегрануляция тучных клеток может произойти вследствие разных механизмов активации, включая связывание иммуноглобулинов E (IgE) с высокоаффинными рецепторами (FcεRI) на поверхности тучных клеток. У 45% пациентов с хронической крапивницей определяются IgG аутоантитела против как IgE (5–10%), так и против FcεRI (35–40%) Эти IgG аутоантитела могут связать FcεRI на тучных клетках и базофилах, приводя к их активации. Помимо аутореактивных IgG формируются аутореактивные IgE антитела (IgE анти-ТПО, IgE анти-dsDNA и ssDNA, IgE анти-IL-24 и другие), которые вызывают дегрануляцию тучных клеток и базофилов.

Еще одним звеном патогенеза крапивницы являются нарушения внутриклеточной регуляции сигнальных механизмов тучных клеток и базофилов [5, 6, 7].

Дегрануляция тучных клеток может быть вызвана компонентами комплемента, нейропептидами и неизвестными механизмами. Некоторые неиммунологические факторы, такие как тепло или холод, ряд препаратов (НПВС, противовирусные, опиаты и др.) могут привести к активации и дегрануляции тучных клеток [8].

Гистологически волдырь характеризуется отеком верхних и средних слоев кожи, расширением посткапиллярных венул и лимфатических сосудов. Для пораженной кожи характерен смешанный периваскулярный инфильтрат, представленный нейтрофилами или эозинофилами, макрофагами, Т-клетками, при этом сосудистая стенка не поражена. При ангиотеке, который является симптомом заболевания, подобные изменения затрагивают глубокие слои кожи и подкожную клетчатку [18].

Эпидемиология

Распространенность крапивницы составляет 20% [10], среди детского населения - 2,1–6,7% [11], при этом острая крапивница у детей встречается чаще, чем у взрослых. Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) поражает до 0,5-5% населения, женщины болеют чаще мужчин [12].

Классификация

Существуют различные классификации крапивницы в зависимости от продолжительности течения, по типам и подтипам [13].

По течению:

- острая (до 6 недель);
- хроническая.

По предрасположенности:

- наследственная;
- приобретенная.

По возрасту:

- детская;
- крапивница взрослых.

По клинико-патогенетическим вариантам:

- аллергический вариант;
- псевдоаллергический вариант.

Для острой крапивницы характерно развитие волдырей и/или ангиоотечков в период менее 6 недель. Индуцируемая крапивница может протекать хронически, поэтому эти формы включены в классификацию хронической крапивницы. В течении разных форм крапивницы есть особенности, например, замедленная крапивница от давления представляет собой отек в месте давления, развивающийся через несколько часов после воздействия провоцирующего фактора. Иногда у пациентов с хронической крапивницей развиваются изолированные отеки без волдырей.

Классификация хронической крапивницы представлена в таблице 1. Крапивница может быть симптомом заболеваний, указанных в таблице 2, поэтому требуется проведение дифференциального диагноза с этими заболеваниями [13].

Таблица 1.

Классификация хронической крапивницы: [14]

хроническая спонтанная (идиопатическая) крапивница	Индукцируемая крапивница
Появление волдырей и/или ангиоотек в период от 6 нед и более вследствие известных* и неизвестных причин	Симптоматический дермографизм** Индукцируемая холодом*** Крапивница от давления**** Солнечная крапивница Индукцируемая теплом***** Вибрационный ангиоотек холинергическая крапивница Контактная крапивница Аквагенная крапивница

Примечание. * Например, аутореактивная, вследствие наличия аутоантител, активирующих тучные клетки; ** форма, известная как дермографическая крапивница; *** известная как холодовая контактная крапивница; **** известная как замедленная крапивница от давления; ***** известная как тепловая контактная.

Таблица 2.

Заболевания, исторически относившиеся к крапивнице, и синдромы, включающие крапивницу/ангиоотек [14]

Пигментная крапивница (мастоцитоз)
Брадикинин-опосредованный ангиоотек (например, НАО)
Криопирин-ассоциированные периодические синдромы (CAPS; уртикарные высыпания, рецидивирующая лихорадка, артралгия или артрит, воспаление глаз, слабость, головные боли), такие как семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS), синдром Muckle–Wells (крапивницаглухота-амилоидоз), неонатальные мультисистемные воспалительные заболевания (CINCA/NOMID)

ДИАГНОСТИКА КРАПИВНИЦЫ

Клинические проявления крапивницы

Клинически крапивница проявляется в виде зудящих волдырей и/или ангиоотечков:

1. Волдырь при крапивнице имеет три характерных признака:

- центральный отек разных размеров, иногда и формы, почти всегда окруженный рефлекторной эритемой;
- зуд, иногда ощущение жжения;
- обратимость, волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 ч.

2. Ангиоотек характеризуется следующими признаками:

- быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя;
- чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд;
- эритема может отсутствовать;
- разрешение в период до 72 ч.

Диагностические критерии крапивницы

5А	Диагностика острой крапивницы не проводится за исключением случаев, связанных аллергическими реакциями I типа (пищевая) или подозрением на участие лекарственных средств (например, ингибиторов АПФ)
----	--

5А	Диагностика крапивницы не требует лабораторного подтверждения (в отличие от диагностики причин крапивницы). Учитывая неоднородность крапивницы, обследование следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования, а также основных лабораторных методов, позволяющих исключить тяжелые системные заболевания. Специальные провокационные пробы, например, диета, содержащая псевдоаллергены, и лабораторные тесты помогают выявить причины хронической спонтанной крапивницы, однако они малоинформативны при физической крапивнице и других типах крапивницы, вызванных внешними факторами. Расширенное диагностическое обследование, направленное на выяснение причины крапивницы, диктуется клинической ситуацией и анамнезом пациента [15,15].
----	--

Жалобы и анамнез:

Жалобы на:

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

5С

При сборе **анамнеза** рекомендуется обратить внимание на следующие факторы:[13].

- ✓ описание пациентом элементов (вид, размер, локализация элементов, длительность сохранения элемента, наличие зуда, боли и т. д.);
- ✓ наличие и/или отсутствие ангиоотечек и их локализацию;
- ✓ начало заболевания, длительность данного эпизода крапивницы;
- ✓ эффективность H1-антигистаминных лекарственных средств (ЛС);
- ✓ характер и эффективность предшествующего лечения;
- ✓ цикличность появления элементов (время суток, связь с менструальным циклом);
- ✓ связь обострения с приемом аспирина, и/или НПВП, или ингибиторов АПФ или других лекарственных средств; стресс;
- ✓ наличие атопических заболеваний, крапивницы в личном и семейном анамнезе;
- ✓ наличие физических стимулов обострения крапивницы;
- ✓ выявление предшествующих или настоящих хронических, или острых заболеваний, перенесенных хирургических вмешательств, переливания крови и ее компонентов,
- ✓ выезд в регионы с высоким риском заражения инфекционными или паразитарными заболеваниями,
- ✓ посещение пунктов общественного питания;
- ✓ связь обострений с приемом пищи;
- ✓ профессиональная деятельность, хобби ;
- ✓ результаты ранее проведенного обследования и лечения.

Физикальное обследование:

Эфемерные эксудативные бесполосные элементы/волдыри:

- ✓ отечные, плотные, ярко-розового цвета;
- ✓ приподнимающиеся над уровнем кожи;

- ✓ различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см);
- ✓ различных очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.);
- ✓ нередко с зоной побледнения в центре.

Ограниченный отек кожи

(гигантская крапивница, острый ограниченный отек Квинке):

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

Диагностика крапивницы основывается на обнаружении уртикарий и/или ангиоотечков. Резидуальная гиперпигментация, особенно на голенях и бедрах, указывает на уртикарный васкулит, буллезные элементы заставляют думать о буллезном пемфигоиде и герпетиформном дерматите. Красновато-коричневые пятна, превращающиеся в волдыри после расчесывания, указывают на пигментную крапивницу. Пальпируемая пурпура на нижних конечностях часто сопровождается васкулит [1]. Симптомы ринита, конъюнктивита, бронхиальной астмы могут указывать на атопические заболевания (АК, АР, БА).

Измерение АД, ЧСС, измерение температуры тела, определение размеров периферических лимфатических узлов, печени, селезенки, аускультация легких, сердца, пальпаторное исследование брюшной полости могут выявить симптомы заболеваний, вероятно связанных с развитием и сохранением симптомов крапивницы.

5А	При наличии показаний для выявления сопутствующих заболеваний и очагов хронической инфекции, тяжелого и неконтролируемого течения заболевания рекомендовано проведение общеклинического обследования [13].
----	--

Лабораторная диагностика.

Лабораторное подтверждение требуется только для выявления причины заболевания.

5А	Не рекомендуется проводить интенсивное скрининговое обследование всех пациентов с крапивницей для выявления причин заболевания[13].
----	---

5А	Не рекомендуется проводить обследование в случае острой крапивницы, за исключением случаев указания в анамнезе на провоцирующий фактор. [13]
----	--

В 95% случаев острая крапивница самостоятельно купируется в течение 2 нед и достаточно эффективно лечится антигистаминными препаратами (в тяжелых случаях может потребоваться применение ГКС). В случаях анамнестических указаний на провоцирующий фактор показано дообследование.

5А Обследование при хронической крапивнице показано для выявления причины заболевания. В случае хронической спонтанной крапивницы рекомендуется ограниченный спектр обязательного обследования [13, 10, 18].

Спектр диагностики, кроме рутинных методов обследования, диктуется клинической ситуацией и анамнезом пациента. (табл. 3).

Таблица 3.
Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов со спонтанной крапивницей [13]

тип	Подтип	Обязательное диагностическое обследование	Расширенное диагностическое обследование
Спонтанная	Острая спонтанная	Не показано	Не показано
	хроническая спонтанная	Общий клинический анализ крови развернутый Исследование скорости оседания эритроцитов (СОЭ), Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ)	тесты для исключения инфекционных заболеваний (например, <i>Helicobacter pylori</i>), паразитарной инвазии [19,20,21]; атопии; гормонов щитовидной железы и антител к структурам щитовидной железы (тиреоглобулина, Т4 свободного, Т3 свободного, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину); тесты для исключения атопии, физической крапивницы, с лекарствами, пищевые оральные; тест с аутологичной сывороткой; триптаза; кожная биопсия; D-димер [22]; антинуклеарные антитела; C3/C4-компоненты комплемента; белковые фракции

5С Рекомендовано сокращение объема обследования при клинически значимых находках и в случае положительного ответа на терапию [15, 16]

Инструментальная диагностика.

5А Рекомендуется ограничить рутинные диагностические тесты при индуцируемой крапивнице до выявления порога провоцирующего фактора [14].

Тесты при подозрении на физическую крапивницу рассмотрены в табл. 4. [13, 23].

Таблица 4.
Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов с индуцируемой крапивницей

Тип	Подтип	Обязательное диагностическое обследование	Расширенное диагностическое обследование в зависимости от анамнеза и проведения дифференциальной диагностики
Индуцируемая крапивница	холодовая	холодовой провокационный тест и определение порога чувствительности*	Клинический анализ крови и СОЭ/СРБ, криопротеины для исключения других заболеваний, особенно инфекционных
	замедленная крапивница от давления	тест с давлением и определение порога чувствительности	нет
	тепловая	тепловой провокационный тест и определение порога чувствительности*	нет
	Солнечная крапивница	УФ и видимый свет разной длины волны и определение порога чувствительности	Исключить другие фотодерматозы
	Симптоматический дермографизм	механическое воздействие (например, нанесение штрихов шпателем) и определение порога чувствительности	Клинический анализ крови, СОЭ/СРБ

Вибрационная крапивница	Провокационный тест, например, лабораторным вибратором	нет
Аквагенная крапивница	Влажная одежда, температуры тела на 20 мин	нет
холинергическая крапивница	Физическая нагрузка и горячая ванна	нет
Контактная крапивница	Кожные провокационные тесты, например, prick/patch-тесты	нет

*Примечание. Необходимо отменить антигистаминные ЛС за 48 ч до проведения тестов. *
 Определение температурного порога чувствительности проводится с помощью прибора Tetr-
 test, порога чувствительности при дермографической крапивнице с помощью дермографометра,*

Клинически значимые находки могут служить основанием для сокращения объема обследования в случае положительного ответа на терапию.

Показания для консультации специалистов:

- консультация аллерголога-иммунолога;
- консультация кардиолога (для выявления сопутствующих БСК);
- консультация невролога (с целью выявления сопутствующей неврологической патологии);
- консультация оториноларинголога (с целью выявления сопутствующей патологии ЛОР-органов);
- консультация гастроэнтеролога (с целью выявления сопутствующей патологии органов пищеварения).

Формулировка диагноза у больного крапивницей

При формулировке диагноза у больного с анафилактическим шоком рекомендуется следующая последовательность: форма и степень тяжести с указанием кода по МКБ-10.

Примеры формулировки диагноза:

1. *Острая крапивница генерализованная форма.*
2. *Хроническая идиопатическая крапивница в стадии обострения.*

Дифференциальная диагностика

Уртикарный васкулит (УВ). Волдыри при УВ сохраняются более 24 часов, сопровождаются пурпурой, резидуальным гемосидериновым окрашиванием, иногда гиперпигментацией. Чаще беспокоят жжение и болезненность, чем зуд. При УВ помимо уртикарных элементов могут наблюдаться ангиоотек, livedo reticularis, иногда буллы [28, 30, 31]. Наряду с кожными симптомами пациенты иногда отмечают лихорадку, недомогание, миалгию и артралгии. Для подтверждения диагноза УВ требуется гистологическое исследование биоптата пораженной кожи. Типичными гистологическими признаками УВ являются лейкоцитарная (преимущественно нейтрофильная) инфильтрация, фрагментированные лейкоциты (лейкоцитоклазия), фибриновые отложения в сосудистой стенке и вокруг сосудов, поврежденные и отечные эндотелиальные клетки посткапиллярных венул и экстравазация эритроцитов [30, 31].

Буллезный пемфигоид. Чаще болеют пациенты после 60 лет. В начале заболевания на продромальном (небуллезном) периоде заболевания клинические проявления разнообразны и могут наблюдаться волдыри [27,28,30]. Такие элементы могут быть единственным проявлением заболевания на протяжении нескольких месяцев.

Многоформная экссудативная эритема. Многоформная экссудативная эритема – острое заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся полиморфными высыпаниями (пятна, папулы, везикулы) и имеющее тенденцию к сезонности высыпаний и рецидивирующему течению. У большинства пациентов поражаются слизистые оболочки. При ознакомлении с анамнезом необходимо уточнить взаимосвязь с герпетической или микоплазменной инфекцией или приемом лекарственных препаратов (сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), тетрациклин, пенициллин и др.) [25,26].

Т-клеточная лимфома кожи. Т-клеточная лимфома нередко манифестирует распространенным кожным зудом. На ранних стадиях заболевания кожные инфильтраты, разрешающиеся в течение 24–48 часов и сопровождающиеся зудом, иногда ангиоотек, могут интерпретироваться как крапивница [30, 31].

Пигментная крапивница. Пигментная крапивница (также известная как макулопапулезная форма кожного мастоцитоза) – наиболее распространенная форма кожного мастоцитоза. Пигментная крапивница характеризуется красно-коричневыми макулами и папулами, при механическом раздражении которых формируется волдырь (синдром Дарье) В типичных случаях диагноз не вызывает затруднений у опытных специалистов, тем не менее в ряде клинических ситуаций возникает необходимость в дифференциальной диагностике [20,24]. У некоторых пациентов также наблюдается уртикарный дермографизм на внешне неизменной коже.

В основном пигментной крапивницей болеют дети. Манифестация до года наблюдается в 80% случаев [31]. Прогноз заболевания благоприятный. Как правило, симптомы разрешаются в подростковом возрасте [28]. Системные симптомы связаны с высвобождением медиаторов тучных клеток и при пигментной крапивнице присутствуют не всегда. Системные проявления обычно характеризуются гиперемией, зудом,

уртикарными элементами (отеком и покраснением кожных высыпаний пигментной крапивницы), эпизодами внезапного покраснения лица и верхней части туловища, тахикардией, рвотой, обмороками и шоком. Подобные симптомы могут провоцироваться применением радиоcontrastных средств, опиатов, общей анестезией и ужалением перепончатокрылых насекомых [17].

Боррелиоз (болезнь Лайма). Ранняя локализованная форма клещевого боррелиоза (болезнь Лайма) способна манифестировать мигрирующей эритемой, которую необходимо дифференцировать от крапивницы. При диагностике болезни Лайма анамнестические данные могут указывать на факт пребывания в эпидемиологически опасных зонах. [29, 30].

Полиморфные высыпания беременных. Полиморфные высыпания беременных (известные еще как зудящие уртикарные папулы и бляшки беременных) характеризуются возникновением на коже интенсивно зудящих отечных эритематозных папул и бляшек. Высыпания чаще возникают у первородящих в третьем триместре беременности и разрешаются на 7–10-е сутки после родов. Высыпания преимущественно локализуются в области живота, бедер и ягодиц, часто – в области стрий. [20, 30].

Фиксированные лекарственные высыпания. Фиксированные лекарственные высыпания характеризуются возникновением высыпаний с одной и той же локализацией при повторном применении причинно-значимого лекарственного средства. Причинами фиксированных высыпаний могут быть НПВП, сульфаниламиды и другие препараты. Кожные элементы при фиксированных лекарственных высыпаниях на разных этапах могут напоминать уртикарные. Высыпания сопровождаются зудом и жжением и способны персистировать до трех недель. При дифференциальной диагностике ведущее значение отводится сбору фармакологического анамнеза и тщательному физикальному обследованию [30, 31].

Аутоиммунный прогестероновый дерматит. Аутоиммунный прогестероновый дерматит встречается редко и характеризуется полиморфными высыпаниями, которые возобновляются циклически каждый месяц в лютеиновую фазу менструального цикла и спонтанно разрешаются во время менструации. Нередко высыпания представлены уртикарными элементами. Обострение заболевания может наблюдаться при использовании оральных контрацептивов, содержащих прогестерон [30, 31].

Ретикулярный эритематозный муциноз. Ретикулярный эритематозный муциноз – редкое заболевание, возникающее у женщин среднего возраста и отличающееся возникновением эритематозных пятен, узелков и бляшек, располагающихся в виде сетчатых фигур. У некоторых пациентов наблюдаются уртикарноподобные пятна и папулы, требующие дифференциальной диагностики с крапивницей. При гистологическом исследовании биоптата кожи наблюдаются периваскулярные и перифолликулярные лимфоцитарные инфильтраты и отложения муцина между коллагеновыми волокнами в сосочковой части дермы и верхних слоях сетчатой части дермы [23,25].

Системная красная волчанка (СКВ). Уртикарные и уртикарноподобные высыпания часто встречаются при системной красной волчанке (СКВ) и считаются

кожными проявлениями СКВ, особенно в активную фазу заболевания. ХСК может быть одним из первых симптомов СКВ и на десять лет предшествовать ее манифестации [27]. По мнению некоторых авторов, ХСК может указывать на тяжелое течение и неблагоприятный прогноз СКВ. Сочетание кожного процесса с артралгиями, общим недомоганием и умеренной лейкопенией имеет значение в диагностике СКВ у этих пациентов. Длительная непрерывная или волнообразная лихорадка в сочетании с суставным синдромом и кожным процессом должны вызывать подозрения о СКВ. [14,15,19].

Аутовоспалительные заболевания (АВЗ).

Криопирин-ассоциированные синдромы (КАПС).

КАПС представляют собой группу редких врожденных АВЗ, которая включает в себя:

- семейный холодовой аутовоспалительный синдром/семейную холодовую крапивницу (familial cold autoinflammatory syndrome/familial cold urticaria – FCAS/FCU);
- синдром Макла – Уэллса (Muckle – Wells syndrome – MWS);
- хронический младенческий нервно-кожно-артикулярный синдром/младенческое мультисистемное воспалительное заболевание (chronic infantile onset neurologic cutaneous articular/neonatal onset multisystem inflammatory disease – CINCA/NOMID).

Перечисленные синдромы характеризуются ранним началом, как правило, на первом году жизни, рецидивирующей или персистирующей лихорадкой, уртикарной сыпью, широким спектром поражения суставов от артралгий до рецидивирующего и персистирующего артрита при тяжелых вариантах, а также (для MWS и CINCA/NOMID) поражением центральной и периферической нервной системы. Основным осложнением является амилоидоз, развивающийся вследствие хронического воспаления, который нередко является причиной гибели пациентов.

Для всех трех синдромов характерны практически постоянно, на протяжении всей жизни, сохраняющиеся кожные высыпания, однако они не являются аллергическими, их называют уртикароподобными или «псевдокрапивницей».

[24,27,30].

Синдром Шнитцлера (СШ). Синдром Шнитцлера (СШ), который характеризуется рецидивирующими кожными уртикарными высыпаниями в сочетании с моноклональной гаммопатией, ассоциированными с клиническими и биологическими признаками воспаления и риском развития АА-амилодоза и лимфопролиферативных заболеваний. Кожные уртикарные высыпания обычно являются первым и основным симптомом болезни, локализуются на туловище, конечностях, ладонях и подошвах, в области головы и шеи, сохраняются в течение 12–24 часов, могут исчезать или сохраняться постоянно (рис. 5). К проявлениям системного воспаления при данном заболевании относятся также рецидивирующая лихорадка, боли в костях, мышцах, артралгии/артрит, лимфаденопатия, гепато- или спленомегалия, повышение уровня острофазовых маркеров (СОЭ, СРБ, САА) [30, 31].

Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз (синдром Свита). Острый фебрильный нейтрофильный дерматоз (синдром Свита) характеризуется лихорадкой,

нейтрофильным лейкоцитозом и кожными высыпаниями в виде болезненных отечных узлов или папул красно-фиолетового цвета. При слиянии элементов образуются бляшки неправильной формы с четкими границами. При разрешении кожа в центре элементов приобретает нормальный вид, и высыпания приобретают кольцевидную или дугообразную форму. Появлению высыпаний предшествуют лихорадка до 39–40 °С, недомогание. Динамика высыпаний характеризуется ухудшением высыпаний в течение нескольких недель с постепенным разрешением элементов. В периферической крови наблюдаются лейкоцитоз более 10000/мм³, увеличение количества нейтрофилов, повышение СОЭ и СРБ [15,23].

Системный мастоцитоз. При системном мастоцитозе наблюдаются внезапное покраснение кожи, особенно лица и верхней части туловища, крапивница, тошнота, рвота, предобморочные и обморочные состояния, анафилаксия, возникающие спонтанно или после воздействия характерных триггеров (морфина, кодеина, алкоголя или трения больших участков кожи), а так же неспецифических факторов (приема НПВП, холода, контакта с водой), что можно трактовать как острую эпизодическую или хроническую крапивницу [12,13].

Синдром моноклональной активации тучных клеток. Синдром моноклональной активации тучных клеток характеризуется симптомами, обусловленными высвобождением медиаторов тучных клеток: рецидивирующие анафилактические эпизоды с гипотензией и обмороками, возникающие без видимых причин (идиопатическая анафилаксия) или после ужаления перепончатокрылых насекомых. Диагноз подтверждается с помощью биопсии костного мозга с проведением иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследований. У таких пациентов не выполняются диагностические критерии для системного мастоцитоза [30].

Карциноидный синдром. Карциноидный синдром наблюдается примерно у 10% пациентов с карциноидными опухолями с локализацией в желудочно-кишечном тракте, реже в легких и редко в репродуктивной системе. Карциноидный синдром сочетается с симптомами внезапного покраснения (особенно лица и верхней половины туловища), тяжелой гипотензией, тахикардией, бронхоспазмом, абдоминальными болями и диареей [22, 23]. Карциноидный синдром диагностируется при исследовании суточной экскреции 5-гидроксииндолуксусной кислоты в моче – главного метаболита серотонина. Уровень 5-гидроксииндолуксусной кислоты в моче повышен у пациентов с карциноидным синдромом в отличие от нормального уровня у больных мастоцитозом. [30, 31].

Лечение больных с крапивницей

Цели лечения:

Достижение полного контроля симптомов крапивницы.

Основные принципы лечения крапивницы:

- Элиминация и устранение причин и триггеров.
- Индукция толерантности.
- Симптоматическая терапия, направленная на снижение высвобождения медиаторов тучными клетками и реализацию эффектов этих медиаторов.

Элиминация и устранение причин и триггеров

Поиск и доказательство причастности подозреваемой причины и триггера сложен, ремиссия крапивницы после их устранения может быть спонтанной и не вследствие проведенных мероприятий.

Лекарства

5С	Подозреваемые лекарственные препараты должны быть исключены и/или заменены на медикаменты других групп. Лекарственные средства могут быть причиной и/или провоцирующим фактором (например, ингибиторы АПФ, НПВП)[54]
----	--

Физические факторы

Избегать условий, при которых возникает перегревание: слишком теплая одежда, чрезмерная физическая нагрузка, употребление горячих блюд и напитков и т. п.

В случае замедленной крапивницы от давления и дермографической крапивницы отказаться от тесной одежды, от переноса тяжелых грузов, расширить лямки рюкзака, чтобы уменьшить давление на поверхность кожи, избегать длительных пеших походов в случае отеков стоп и т. п.

Избегать условий, при которых возникает охлаждение: слишком легкая одежда, употребление холодных напитков, пищи, длительное пребывание на холоде.

При солнечной крапивнице избегать прямого воздействия солнца, ношения открытой одежды, отказаться от отдыха в регионах с высокой инсоляцией, использовать местные фотозащитные средства с SPF 50+, носить закрытую одежду и широкополые шляпы.

Терапия инфекционных и воспалительных процессов

5А	Выявленные воспалительные процессы у пациента хронической крапивницей требуют лечения по показаниям, как и у любого другого пациента. Вопрос об эрадикации инфекционных агентов, например, <i>H. Pylori</i> у пациентов с хронической крапивницей, остается открытым [15, 16]. До сих пор не подтверждена четкая связь выявляемых инфекционных агентов с развитием и поддержанием крапивницы. Выявленная паразитарная инвазия у пациента с хронической крапивницей требует лечения [27].
----	--

В каждом случае решение принимается индивидуально.

Диета

1A В случае доказанной пищевой аллергии рекомендуется избегать употребления в пищу провоцирующих продуктов.

Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению через 24–48 ч [13, 18, 29, 30].

2B У пациентов с ежедневной или почти ежедневной крапивницей рекомендуется включение гипоаллергенной диеты.

В случае псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 3 нед.

Индукция толерантности

Возможна при холодовой, холинергической, солнечной крапивницах. Эффект сохраняется недолго, поэтому требуется длительное воздействие триггерного фактора, что не всегда поддерживается пациентами [13, 21].

Консервативное лечение

2B У пациентов с ежедневной или почти ежедневной крапивницей рекомендуется включение гипоаллергенной диеты. [13]

3B Рекомендуется придерживаться алгоритма, изображенного на рисунке (см. Приложение), при симптоматическом лечении хронической спонтанной крапивницы

Терапия первой линии обоснована доказательствами высокого качества, характеризуется низкой стоимостью, высокой доступностью, очень хорошим профилем безопасности, очень хорошими доказательствами эффективности.

Терапия первой линии лечения крапивницы. H1-антигистаминные ЛС второго поколения в стандартной дозе.

1A Рекомендуется использовать неседативные H1-антигистаминные препараты второго поколения (H1-Ag) в качестве препаратов первой линии лечения крапивницы. [13].

1A Н1-АГ второго поколения рекомендуется принимать в минимально необходимой дозе регулярно, а не по потребности. [13, 22, 31].

1B При отсутствии особых показаний у пациентов с крапивницей не рекомендуется стандартная практика применения седативных антигистаминных препаратов первого поколения. [13, 24].

Детям в возрасте до 6 мес, учитывая отсутствие зарегистрированных к применению Н1-АГ II поколения, кратким курсом может быть назначен диметинден (режим дозирования пациентам от 1 мес. до 1 года по 3–10 капель на прием 3 раза в сутки).

Терапия второй линии. Увеличение дозы Н1-АГ второго поколения.

1A Рекомендуется взрослым пациентам пробовать повышение дозы Н1-АГ второго поколения до четырехкратной, следуя алгоритму лечения пациентов с хронической крапивницей [13, 15, 16, 17, 28]

Дальнейшее увеличение дозы Н1-антигистаминных второго поколения в случае отсутствия эффекта четырехкратно увеличенной дозы не рекомендовано.

5C Рекомендуется увеличивать дозу одного Н1-Аг второго поколения, а не комбинировать разные Н1-антигистаминные препараты. [13].

5C Рекомендуется использовать терапию первой линии и увеличение дозы Н1-антигистаминных препаратов второго поколения для лечения детей с учетом возраста и массы тела. [13].

При сохранении симптомов крапивницы у детей на фоне применения возрастной дозы Н1-антигистаминных препаратов второго поколения более 2–4 недель или ранее, если симптомы нестерпимы для пациента, дозу антигистаминного препарата II поколения Н1-АГ рекомендуется увеличить в 2 раза (вторая линия терапии). У детей в связи с недостаточностью доказательной базы следует придерживаться такой тактики лечения с осторожностью: для пациентов детского возраста решение об увеличении дозы Н1-АГ II поколения следует принимать индивидуально по решению врачебной комиссии, с одобрения Локального независимого этического комитета медицинской организации (при его наличии) и при условии получения информированного согласия родителей (законных представителей) и ребенка старше 14 лет.

5C Не рекомендовано одновременное применение нескольких Н1-АГ [13].

Терапия третьей линии. Омализумаб. Препарат добавляется к Н1-АГ второго поколения.

1А	При хронической идиопатической крапивнице в случае, если симптомы сохраняются более 2-4 недель на фоне лечения Н1-АГ II в увеличенной дозе (или ранее, если симптомы нестерпимы), рекомендуется добавить омализумаб к терапии Н1-Аг второго поколения. [13, 29, 30, 31].
----	--

Настоящая рекомендация поддержана высококачественными плацебо-контролируемыми двойными слепыми рандомизированными клиническими исследованиями, показавшими эффективность и безопасность омализумаба. Препарат рекомендуется назначать пациентам, не отвечающим на Н1-АГ у лиц 12 лет и старше.

Омализумаб зарегистрирован для лечения хронической спонтанной крапивницы в 2014 г.

Терапия четвертой линии. Циклоспорин А. Препарат добавляется к Н1-АГ второго поколения.

Циклоспорин А

2А	Рекомендуется добавить циклоспорин А к терапии Н1-АГ второго поколения при неадекватном контроле симптомов на фоне терапии Н1-АГ и омализумабом (если симптомы сохраняются в течение 6 месяцев или ранее, если симптомы нестерпимы, либо в отсутствии омализумаба). [13, 25, 26, 27].
----	---

Назначение препарата требует постоянного контроля функции печени, почек, артериального давления. Не рекомендуется длительная терапия циклоспорином А (более 3 мес). Необходимо помнить, что применение циклоспорина при хронической крапивнице проводится по незарегистрированным показаниям.

5С	Предлагается проведение короткого курса системных ГКС для лечения тяжелого обострения крапивницы на любом этапе лечения. [13, 30, 31].
----	--

5С	Для детей доза преднизолона по 1–2 мг/кг в сутки (не более 50 мг/сут) обычно длительностью 3–7 суток. Постепенной отмены глюкокортикостероидов при коротком курсе терапии не требуется. [15, 29, 30]
----	--

Не рекомендуется использование длительных курсов системных ГКС для лечения хронической крапивницы [13].

Перечень основных лекарственных средств , применяемых при лечении крапивницы

Таблица 6

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Способ применения и дозировка	Примечание	Уровень доказательности
Антигистаминные H1 блокаторы 2-поколения	Лоратадин	таблетки 10 мг, сироп во флаконе <i>Режим применения:</i> перорально 1 раз в сутки, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: <ul style="list-style-type: none"> • взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 2 чайные ложки сиропа; • детям в возрасте от 2 до 12 лет по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа. 	Для обеспечения выраженного противо-аллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действий	A
	Цетиризин	таблетки 10 мг; сироп 5мг/5мл; капли для приема внутрь 10 мг/1 мл: фл. 20 мл. <i>Режим применения:</i> внутри перорально 1 раз в сутки, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: <ul style="list-style-type: none"> • взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 кап; • детям старше 6 до 12 лет по 1 табл. (10 мг) или 20 капель (из расчета 0,25 мг/кг массы тела); • детям от 2-х до 6 лет по 5 мг (1/2 табл. или 10 кап); • детям от 6 месяцев до 2 лет по 2,5 мг (5 кап) 		A
	Левоцетиризин	таблетки 5 мг; капли 5 мг/1 мл; сироп 2,5 мг/5 мл		A

		<p><i>Режим применения:</i> внутри перорально 1 раз в день, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослые и дети старше 6 лет таблетки по 5 мг. • капли детям с 6 до 12 месяцев — 1,25 мг (5 капель) x 1 раз/сутки; • капли детям с 1 года до 6 лет — 1,25 мг (10 капель) x 2 раза/сутки 		
	Дезлоратадин	<p>сироп во флаконе 2,5 мг/5 мл, таблетки 5 мг</p> <p><i>Режим применения:</i> внутри перорально 1 раз в сутки, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослым и детям старше 12 лет по 5 мг или 10 мл сиропа; • детям от 6 до 11 лет 5 мл (1 мерная ложка – 2,5 мг); • детям с 6 месяцев до 5 лет по 2,5 мл (1/2 мерная ложка – 1,25 мг) 		А
	Фексофенадин	<p>таблетки 120, 180 мг, суспензия 6 мг/ мл (30 мл)</p> <p><i>Режим применения:</i> внутри перорально 1 раз в сутки до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослые и дети старше 12 лет по 180 мг; • дети до 6 лет 30 мг 		А

	Эбастин	<p>таблетки 10-20 мг</p> <p><i>Режим применения:</i> внутри перорально 1 раз в сутки до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взрослым и детям старше 15 лет: 10–20 мг (1/2–1 табл.) 1 раз в сутки. • Детям 12–15 лет: 10 мг (1/2 табл.) 1 раз в сутки 		A
Антигистаминные H1 блокаторы поколения 1	Клемастин	<p>таблетки 1 мг, сироп, ампулы по 2,0 мл</p> <p><i>Режим применения:</i> перорально 1 - 2 раза в сутки или 2 мг внутримышечно 2 раза в сутки, № 5-7 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • детям от 1 года до 3 лет по 2,0-2,5 мл сиропа 2 раза в день; • от 3-6 лет – по 5,0 мл (0,5 мг) 2 раза в день; • старше 7 лет по 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг) 2 раза в день 	<p>Назначение H1-гистаминоблокаторов 1 поколения в настоящее время ограничено из-за низкой эффективности и риска развития побочных эффектов (седация, антихолинергические эффекты, расстройства сна и др.) и показано только в ряде исключительных случаев.</p>	C
	Дифенгидрамин	<p>раствор для инъекций в ампулах 1% - 1мл, таблетки по 20 мг; 30 мг и 50 мг, свечи для ректального применения по 5 мг, 1 мг, 15 мг и 20 мг</p> <p><i>Режим применения:</i> Внутри перорально или внутримышечно по 1 мл 1% 1-2 раза в день, № 5-7 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослым по 25-50 мг; • детям: до 1 года - по 0,002-0,005 г; • детям от 2 до 5 лет - по 0,005-0,015 г; • детям от 6 до 12 лет - по . • Свечи вводят в прямую кишку 1-2 раза в день после очистительной клизмы или самопроизвольного очищения 		C

		<p>кишечника 1-3 раза в день в течение, в среднем, 5-7 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • детям до 3 лет по 0,005 г; • детям от 3 до 4 лет - по 0,01 г; • детям от 5 до 7 лет - по 0,015 г; • детям от 8 - 14 лет - 0,02 г 		
Глюкокортикоиды	*Преднизолон	<p>таблетки 5 мг, ампулы 30 мг/мл</p> <p><i>Режим применения:</i> внутри перорально, после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослым 40-60 мг в день; • детям 1 мг/кг/день 	<p>При тяжелом течении процесса, отсутствии эффекта при терапии блокаторами H1-рецепторов, при замедленной крапивнице вследствие давления, при ангионевротическом отеке.</p> <p>Доза и кратность определяются индивидуально</p>	C
	Метилпреднизолон	<p>таблетки 4 мг; 16 мг, ампулы 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг.</p> <p><i>Режим применения:</i> внутри перорально, после еды, разделив суточную дозу на 2-4 приема, № 5 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • взрослым – от 4 до 48 мг; • детям – 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м²/сут 		C
	Дексаметазон	<p>таблетки 0,5 мг; 1,5 мг, ампулы 0.4% 1.0 мл</p> <p><i>Режим применения:</i> внутривенно 3-4 раза в сутки или внутри перорально после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема, № 5 дней:</p>		D

		<ul style="list-style-type: none"> • взрослым: от 4 до до 20 мг или в табл. по 10-15 мг/сут; • детям: 0,02776 до 0,16665 мг/кг/сут (в зависимости от возраста) назначают 2,5 – 10 мг/м² площади поверхности тела/сут 		
Иммуно-депрессанты	Омализумаб	<p>Раствор во флаконах</p> <p><i>Режим применения:</i> 300 мг подкожно каждые 4 недели</p>	<p>Препарат показан для лечения хронической идиопатической крапивницы, резистентной к терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов, у пациентов в возрасте 12 лет и старше.</p>	А

Назначение препаратов по незарегистрированным показаниям, дозам, возрастным ограничениям проводится по решению врачебной комиссии, с одобрения Локального независимого этического комитета медицинской организации (при его наличии) и при условии получения информированного согласия пациентов (или их законных представителей) с предварительным объяснением пользы и рисков такого назначения.

Лечение беременных и кормящих женщин

У беременных и кормящих женщин мы предлагаем применять то же лечение первой линии хронической спонтанной крапивницы.

5C	Не рекомендуется применение антигистаминных средств первого поколения беременными женщинами. Современные H1-АГ второго поколения применяются в качестве терапии первой линии крапивницы у беременных. Прием этих препаратов связан с допустимым риском. Эти средства относятся к категории В (исследования на животных не выявили риски отрицательного воздействия на плод, но не проводились адекватные хорошо контролируемые исследования у беременных женщин). В настоящее время нет данных о врожденных дефектах у детей женщин, принимавших H1-Аг второго поколения средства во время беременности [24].
5C	С учетом соблюдения принципа безопасности применения препаратов при беременности и грудном вскармливании предлагается использовать лоратадин с возможной экстраполяцией на дезлоратадин и цетиризин с экстраполяцией на левоцетиризин. [15, 16, 17]

Все H1-антигистаминные препараты обнаруживаются в грудном молоке в низких концентрациях. Исследования по безопасности повышенных доз H1-Аг второго поколения, принимаемых беременными и кормящими женщинами, не проводились.

Применение H1-антигистаминных первого поколения непосредственно перед родами может вызвать угнетение дыхания и другие нежелательные явления у новорожденных (наиболее безопасный препарат первого поколения – дифенгидрамин) .

Препараты следующих этапов применяются с учетом индивидуальных показаний, оценки «риск-польза» для беременной женщины и плода, тератогенности и эмбриотоксичности [13].

С учетом расширения показаний для назначения омализумаба при хронической спонтанной крапивнице обсуждается вопрос о возможном его применении при беременности [88, 89, 90].

Предлагается применять тот же лечебный алгоритм у беременных и кормящих женщин

Рекомендуются антигистаминные ЛС:

H1-АГ препараты:

- дезлоратадин 5 мг в сутки
- левоцетиризин 5 мг в сутки, цетиризин 10 мг в сутки
- лоратадин 10 мг в сутки, рупатадин 10 мг в сутки
- фексофенадин 120–180 мг в сутки
- эбастин 10–20 мг в сутки, биластин 20 мг в сутки

В случае развития ангиоотека в области гортани рекомендовано проведение при необходимости экстренной интубации или трахеостомии и иных лечебных мероприятий, рассмотренных в клинических рекомендациях «Ангиоотеки». В том случае, когда крапивница и/или ангиоотек являются симптомом анафилаксии, показана терапия, описанная в клинических рекомендациях «Анафилаксия» и «Анафилактический шок».

Показания к консилиуму:

Назначение лекарственных препаратов, не имеющих показаний для лечения крапивницы, и назначение повышенных доз H1-антигистаминных препаратов второго поколения.

Примечание: требуется подписание и формированного согласия пациентом или его законными представителями в ситуации назначения препаратов для лечения крапивницы не по показаниям.

5C **Не рекомендуется** проводить необоснованное интенсивное скрининговое обследование всех пациентов с крапивницей для выявления причин заболевания.

5C **Не рекомендуется** проводить обследование в случае острой крапивницы, за исключением случаев указания в анамнезе на провоцирующий фактор

5C Не рекомендуется **назначать строгую элиминационную диету более 1 мес в случае ее неэффективности.**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«КРАПИВНИЦА»**

Крапивница

В настоящем протоколе, предназначенном для специалистов, оказывающих помощь больным с крапивницей, приведены доступные к настоящему дню клинические доказательства, моменты надлежащей практики, а также мнения экспертов.

Была проведена адаптация к местным условиям, были учтены особенности доступности лекарственных препаратов к применению у больных с крапивницей.

Основным требованием при разработке протокола, включившего данные, основанные на лучшем мировом опыте, было использование материалов лучших руководств по данной теме, а также методологии строго отбора научных данных при формировании рекомендаций.

Определение

Крапивница (от лат. *Urtica* – крапива) – группа заболеваний, характеризующихся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотечков [1].

Состояния, при которых волдыри являются симптомом [кожные тесты, аутовоспалительные синдромы (заболевания, вызванные мутациями в протеин-кодирующих генах, играющих ведущую роль в регуляции воспалительного ответа), анафилаксия, наследственный ангиоотек и т. п.], не относятся к крапивнице.

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Помощь оказывается как можно быстрее, не дожидаясь бригады скорой неотложной помощи, аллергологов, реаниматологов. В связи с этим перечень основных и дополнительных лекарственных средств на всех этапах оказания медицинской помощи равнозначен. Возможно применение других препаратов или методов лечения в зависимости от ситуации, клинического варианта и осложнений.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- хифенадин 10мг/1 мл(фенкарол 2,0 мл) ампула
- дифенгидрамин 10 мг/1 мл(димедрол 1%-1,0 мл) ампула
- лоратадин 10 мг таблетки
- цетиризин 10 мг таблетки
- преднизолон 30 мг ампула
- дексаметазон 4 мг – 1,0 мл ампула

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

- пробиотик
- активированный уголь таблетки

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- хифенадин 10мг/1 мл(фенкарол 2,0 мл) ампула
- дифенгидрамин 10 мг/1 мл(димедрол 1%-1,0 мл) ампула
- преднизолон 30 мг ампула
- дексаметазон 4 мг – 1,0 мл ампула
- эпинефрин 0,18%-1,0 мл(адреналин 1мг/мл) ампула

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

- хлоропирамин 2% - 1,0 мл(супрастин 20 мг/мл-2,0 мл) ампула
- фуросемид 20 мг – 2,0 мл, ампула
- лоратадин 10 мг таблетки
- цетиризин 10 мг таблетки
- пробиотик
- активированный уголь таблетки

Показания к госпитализации

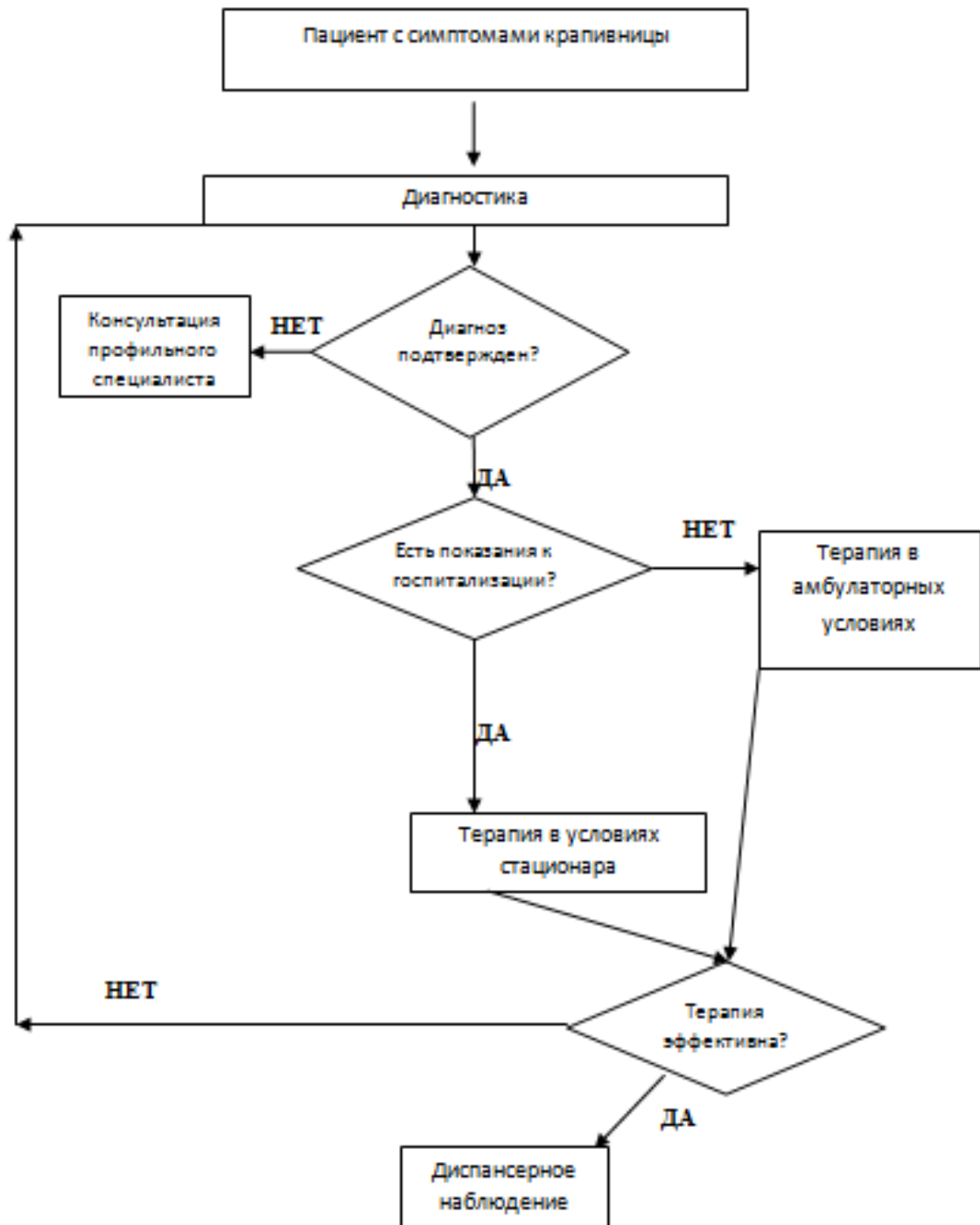
Показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации при диагностике тяжелых форм острой крапивницы и отека в области гортани с риском асфиксии, крапивницы, сопровождающей анафилаксию и тяжелых форм обострения хронической крапивницы, торпидной к амбулаторному лечению. Госпитализация в отделении реанимации не менее 24 часов.

Показания к выписке пациента из стационара зависят от скорости и степени достижения клинического эффекта терапии и может составлять в среднем от 7 до 14 суток [30]. При необходимости возможно продление на 2-3 суток. В течение 3–4 недель могут сохраняться нарушения функции различных органов и систем, в связи с чем требуется амбулаторное наблюдение [24].

Прогноз

- Острая спонтанная крапивница в большинстве случаев остается единственным эпизодом в жизни пациента.
- При острой крапивнице, сопровождающей анафилактическую реакцию, отсутствие медицинской помощи и промедление в ее оказании может оказаться фатальным;
- При холодовой крапивнице после купания в холодной воде пациент может погибнуть вследствие системных проявлений (падение артериального давления, удушье);
- Отек гортани без оказания помощи фатален;
- Средняя продолжительность хронической спонтанной крапивницы – от 2 до 5 лет [11, 12]
- Спонтанная ремиссия отмечается у 30 - 50% пациентов с ХСК в течение 1 года [13, 14]. Частота наступления спонтанной ремиссии у детей выше [25] Симптомы сохраняются в пределах 5 лет у 30% пациентов. Более 20% пациентов страдают дольше 5 лет. [14, 16, 17]
- Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения.
- Антигистаминные препараты эффективны у 40–60% пациентов с хронической спонтанной крапивницей.

Алгоритмы действий врача



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»**

Медицинская Реабилитация, Профилактика И Диспансерное Наблюдение

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Неотъемлемой частью реабилитационных и профилактических мер является обучение. Цель обучения – сообщить пациенту с крапивницей и членам его семьи информацию, необходимую для максимально эффективного лечения. Обучение предусматривает проведение просветительской работы среди всех участников лечебного процесса: самого пациента с КР, членов его семьи, медицинских работников.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Профилактика направлена на сохранение длительной ремиссии и предупреждение обострений, и включает элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия физических или иных триггеров крапивницы (холод, тепло, физическая нагрузка, ингибиторы АПФ, НПВС и т. п.), контроль активности заболевания с помощью анкет (UAS7, UCT, AAS), прием базисной терапии.

5 С Рекомендуется всем пациентам с крапивницей консультация врача аллерголога-иммунолога для выявления аллергена, вызвавшего КР и получения рекомендаций по дальнейшему предотвращению контакта с аллергеном [30].

5 С Рекомендуется всех пациентов с крапивницей обучить оказанию первой помощи в случае развития повторными высыпаниями [30].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи больным с крапивницей

№	Критерии качества	Да	Нет
1	Выполнена консультация пациента аллергологом		
2	Выполнена консультация пациента дерматологом		
3	Выполнено проведение сбора анамнеза, включая аллергологический		
4	Выполнено проведение балльной оценки состояния пациента с использованием индекса активности за 7 дней (UAS 7)		
5	Выполнено проведение оценки контроля крапивницы с		

	использованием опросника UCT		
6	Выполнен общий (клинический) анализ крови: лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбоциты, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов		
7	Выполнен СРБ		
8	Выполнено назначение Н1-АГ второго поколения		
9	Выполнено назначение Н1-АГ второго поколения регулярно, а не по потребности в минимально необходимой дозе		
10	При отсутствии особых показаний у пациентов с крапивницей не назначались седативные антигистаминные препараты первого поколения		
11	Выполнено увеличение дозы одного Н1-АГ второго поколения, а не комбинация разных Н1-антигистаминных препаратов		
12	Выполнено назначение омализумаба к терапии Н1-АГ второго поколения в случае отсутствия эффекта Н1-АГ второго поколения		
13	Выполнено назначение коротких курсов системных ГКС для купирования тяжелого обострения		
14	Выполнено назначение ограниченного спектра обязательного обследования в случае хронической спонтанной крапивницы		
15	Выполнено ограничение рутинных диагностических тестов при индуцируемой крапивнице до выявления порога		
16	Достигнута ремиссия крапивницы		

Список литературы

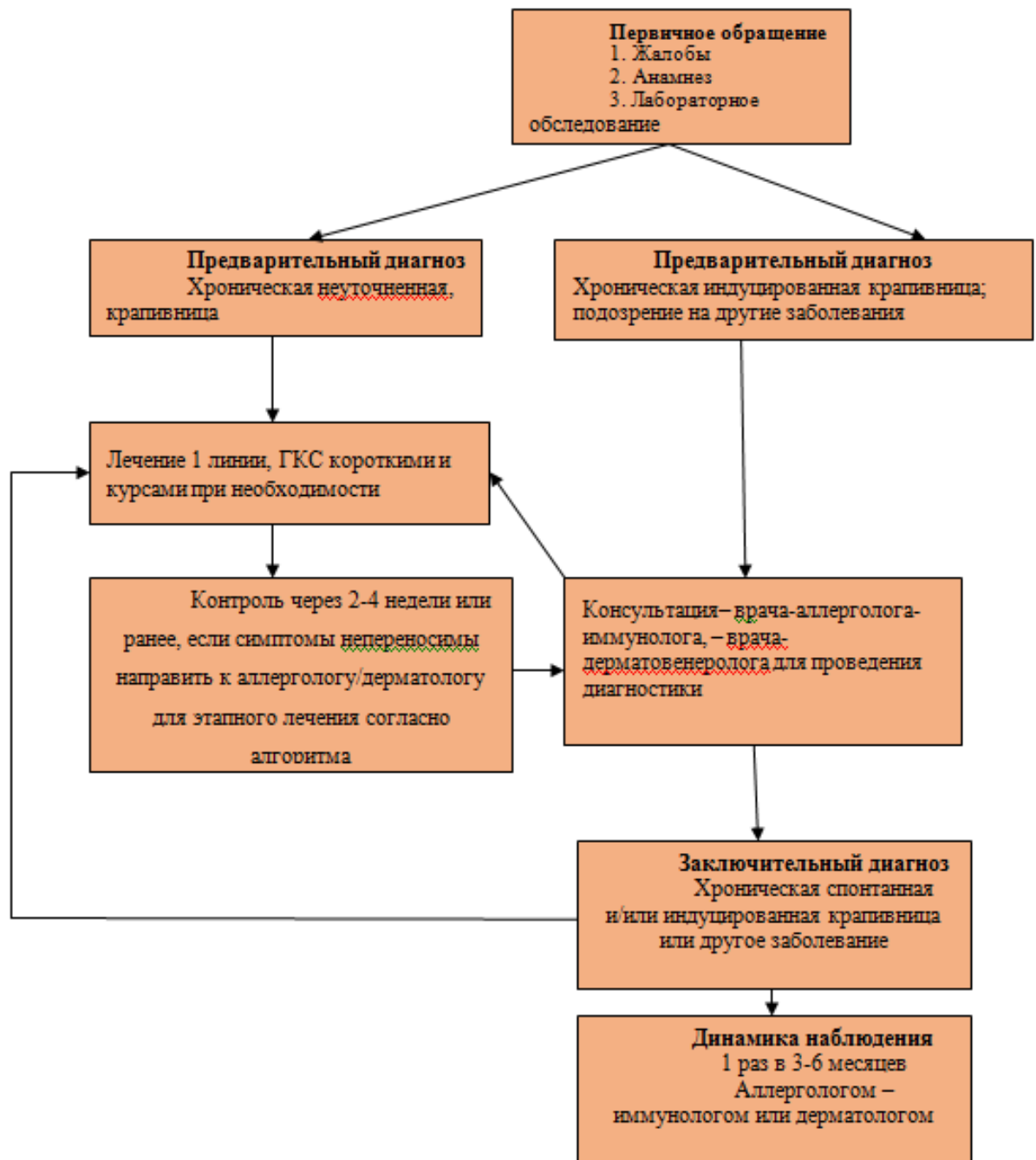
- 1) The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticarial. T. Zuberbier W. Aberer R. Asero et al. *Allergy*. 2018 Jul;73(7):1393-1414.
- 2) Chronic Urticaria Guidelines. Marla N Diakow, William D James, Jeannette Rachel Jakus et al. Jul 31, 2018
- 3) Roxana-Silvia Bumbăcea, Cristina-Georgiana Deaconu, Elena Camelia Berghea. Management problems in severe chronic inducible urticaria: Two case reports. *Exp Ther Med*. 2019 Aug; 18(2): 960–963.
- 4) Атлас по дерматологии/Г.Уйат; пер.с англ. Н.Г.Кочергина; под ред.О.Л.Иванова, Н.Г.Кочергина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
- 5) Детская дерматология/Пер. с нем. под ред. А.А.Кубановой, А.Н.Львова.-М.:Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – с.648.
- 6) Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. WAO Scientific and Clinical Issues Council. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema:a worldwide perspective. *World Allergy Organ J*. 2012;5:125–47.
- 7) Melek Aslan Kayiran, Necmettin Akdeniz. Diagnosis and treatment of urticaria in primary care. *North Clin Istanbul*. 2019; 6(1): 93–99.
- 8) Urticaria *Br Med J* 1936; 1 :170 doi:10.1136/bmj.1.3916.170
- 9) EAACI/GA 2LEN/EDF guideline. *Allergy* 2006; 61: 316–320
- 10) Godse K, De A, Zawar V, Shah B, Girdhar M, Rajagopalan M, Krupashankar D S. Consensus statement for the diagnosis and treatment of urticaria: A 2017 update. *Indian J Dermatol [serial online]* 2018 [cited 2019 Aug 13];63:2-15.
- 11)Maurer M, Pereira MP, Kolkhir P. The Definition, Classification, and History of Urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024 Aug;44(3):407-419. doi: 10.1016/j.iac.2024.03.001. Epub 2024 May 18. PMID: 38937006.
- 12) Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.
- 13) Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, Church MK, Ensina LF, Giménez-Arnau A, Godse K, et al. European Academy of Allergy Clinical Immunology, Global Allergy Asthma European and Network European Dermatology Forum; World Allergy Organization The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: The 2013 revision and update. *Allergy*. 2014;69:868–887.
- 14) Wedi B. Urticaria. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:306–17.
- 15) Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med*. 2002;346:175–9.
- 16) Aktan Ş. Physical Urticarias:Pathogenesis and Diagnostic Testing *Turkiye Klinikleri. J Dermatol-Special Topics*. 2015;8:34–40.
- 17) Giménez-Arnau A, Ferrer M, Bartra J, Jáuregui I, Labrador-Horrillo M, Frutos JO, et al. Management of chronic spontaneous urticaria in routine clinical practice:A Delphi-method questionnaire among specialists to test agreement with current European guidelines statements. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2017;45:134–44.

- 18) Панкратов В.Г., Ревотюк А.А., Панкратов О.В. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов. Медицинские новости, № 12, 2011.
- 19) Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей под ред. А.А. Кубановой. – Москва, изд-во «Литтерра». – 2005.- С. 248-265.
- 20) Kaplan AP. Treatment of urticaria: a clinical and mechanistic approach. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2019 Aug; 19(4):387-392.
- 21) Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*
- 22) Lang DM. Evidence-based diagnosis and treatment of chronic urticaria/angioedema. *Allergy Asthma Proc*. 2014;35:10–6.
- 23) Srivastava A, Mathur AD. Losartan Induced Acute Urticaria. *J Assoc Physicians India*. 2019 Apr;67(4):93.
- 24) Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticarial. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012:CD008596.
- 25) Fitzsimons R, van der Poel LA, Thornhill W, du Toit G, Shah N, Brough HA. Antihistamine use in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2015;100:122–31.
- 26) Jacqueline Eghrari-Sabet, Ellen Sher, Abhishek Kavati et al. Real-world use of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria in the United States. *Allergy Asthma Proc*. 2018 May-Jun; 39(3): 191–200.
- 27) McSweeney SM, Christou EAA, Maurer M, Grattan CE, Tziotzios C, McGrath JA. Physical urticaria: Clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2023 Aug;89(2):324-337. doi: 10.1016/j.jaad.2023.02.062. Epub 2023 Mar 30. PMID: 37001733.
- 28) Moises Labrador-Horrillo, Marta Ferrer. Profile of omalizumab in the treatment of chronic spontaneous urticarial. *Drug Des Devel Ther*. 2015; 9: 4909–4915.
- 29) A Kasperska-Zajac, J Jarzab, A Żerdzińska, K Bąk, A Grzanka. Effective treatment of different phenotypes of chronic urticaria with omalizumab: Case reports and review of literature. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2016 Jun; 29(2): 320–328.
- 30) Paulo Ricardo Criado, Celina Wakisaka Maruta, Alice de Oliveira de Avelar Alchorne, et al. Consensus on the diagnostic and therapeutic management of chronic spontaneous urticaria in adults - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2019 Mar-Apr; 94(2 Suppl 1): 56–66.
- 31) Ravi K. Viswanathan, Mark H. Moss, Sameer K. Mathur. Retrospective analysis of the efficacy of omalizumab in chronic refractory urticarial. *Allergy Asthma Proc*. 2013 Sep-Oct; 34(5): 446–452.
- 32) Giménez-Arnau AM, Manzanares N, Podder I. Recent updates in urticaria. *Med Clin (Barc)*. 2023 Nov 24;161(10):435-444. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2023.06.026. Epub 2023 Aug 1. PMID: 37537021.
- 33) Sarbjit S Saini, Carsten Bindslev-Jensen, Marcus Maurer, et al. Efficacy and Safety of Omalizumab in Patients with Chronic Idiopathic/Spontaneous Urticaria Who Remain Symptomatic on H1 Antihistamines: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Invest Dermatol*. 2015 Jan; 135(1): 67–75.
- 34) Maulina Sharma, Cathy Bennett, Stuart N Cohen, Ben Carter. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticarial. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov; 2014(11): CD006137.
- 35) M Ferrer, J Bartra, A Giménez-Arnau, I Jauregui, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy*. 2015 Apr; 45(4): 731–743.

- 36) Maurer M, Zuberbier T, Metz M. The Classification, Pathogenesis, Diagnostic Workup, and Management of Urticaria: An Update. *Handb Exp Pharmacol.* 2022;268:117-133. doi: 10.1007/164_2021_506. PMID: 34247278.
- 37) Todd-White A. URTICARIA *Br Med J* 1909; 1 :1155 doi:10.1136/bmj.1.2523.1155
- 38) Champion R H. Diseases of the Skin: Drug Therapy of Urticaria *Br Med J* 1973; 4 :730 doi:10.1136/bmj.4.5894.730
- 39) Cousin F, Philips K, Favier B, Bienvenu J, Nicolas JF. Drug-induced urticaria. *Eur J Dermatol.* 2001 May-Jun;11(3):181-7. PMID: 11358720.
- 40) Ring J, Grosber M. Urticaria: attempts at classification. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2012 Aug;12(4):263-6. doi: 10.1007/s11882-012-0275-2. PMID: 22760346.
- 41) The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update Bernstein, Jonathan A.Craig, TimothyBernstein, David I. et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 133, Issue 5, 1270 - 1277.e66
- 42) Systematic Review and Critical Appraisal of Urticaria Clinical Practice Guidelines: A Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP) Yen, Hsi et al. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, Volume 11, Issue 10, 3213 - 3220.e11

Приложения

Приложение 1. Схема ведения пациента с хронической крапивницей.



Приложение 2. Информированное согласие на медицинское вмешательство (стационар)

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____,

« _____ » _____ Г.
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю

информированное
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

_____ (наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен

на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. В доступной для меня форме мне разъяснена возможность получения бесплатной медицинской помощи соответствующих видов в рамках ежегодной программы, в том числе территориальной, государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

10. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата «__» _____ г.

Приложение 3. Алгоритм терапии пациента с хронической крапивницей.

1. Первая линия терапии: Н1-АГ второго поколения
2. Вторая линия терапии: повысить дозу Н1-АГ второго поколения до 4- кратной (При неадекватном контроле: через 2–4 недели или ранее, если симптомы непереносимы)
3. Третья линия терапии: добавить к Н1-АГ второго поколения омализумаб (При неадекватном контроле: через 2–4 недели или ранее, если симптомы непереносимы)
4. Четвертая линия терапии: добавить к Н1-АГ второго поколения Циклоспорин А (В случае неадекватного контроля: через 6 месяцев или ранее, если симптомы непереносимы)
5. Короткий (максимум 10 дней) курс ГКС может быть проведен в любое время.
Показание – тяжесть обострения

Приложение 4. Оценка активности крапивницы (UAS 7) за 7 дней.

Дневник крапивницы

Ф.И.О. _____

Пол _____

Возраст _____

Дата начала заполнения _____

Этот календарь поможет Вам оценить течение крапивницы и обнаружить факторы/триггеры, которые вызывают или обостряют симптомы. Пожалуйста, ежедневно 1 раз в день отмечайте: 1) сколько волдырей появилось; 2) насколько выраженным был зуд кожи; 3) были ли у Вас другие симптомы (если да, то насколько они были выражены) и 4) принимали ли Вы препараты по поводу крапивницы (и когда). Препараты, которые Вы принимаете по поводу крапивницы: _____

День	Волдыри				Зуд				Симптомы (общая оценка)				Препараты по крапивнице				Триггеры
	Нет	<20	20–50	>50	Нет	Слабый	Средний	Интенсивный	Нет	Легкие	Выраженные	Максимальные	Утром	Днем	Вечером	На ночь	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	

Балл	Волдыри (степень проявлений)	Зуд (степень проявлений)
0	Нет	Нет
1	легкая (<20 волдырей/24 ч)	легкая (присутствует, но не причиняет беспокойства)
2	Средняя (20–50 волдырей/24ч)	Средняя (беспокоит, но не влияет на дневную активность и сон)
3	Интенсивная (>50 волдырей/24 ч или большие сливающиеся)	Интенсивная (тяжелый зуд, достаточно беспокоящий, нарушающий дневную

Значения могут варьировать от 0 до 21 в неделю для зуда и от 0 до 21 в неделю для количества волдырей. Общее значение UAS 7 за неделю может составлять от 0 до 42.

Приложение 5. Опросник по качеству жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями DQLI (dermatological quality life index)

Номер центра: _____

Номер пациента: _____

ФИО доктора: _____

Дата заполнения (дд.мм.гггг): _____

Визит № _____

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой одну ячейку для каждого вопроса.

1. На протяжении последней недели насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет

2. На протяжении последней недели насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет

3. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится

4. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы надевали?

- Очень сильно
- Сильно
- Незначительно
- Совсем нет
- Ко мне не относится

5. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу **социальную жизнь** или **досуг**?

- Сильно
 Незначительно
 Совсем нет
 Ко мне не относится

6. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия **спортом**?

- Сильно
 Незначительно
 Совсем нет
 Ко мне не относится

7. На протяжении последней недели полностью ли состояние Вашей кожи не позволяло Вам **работать** или **учиться**?

- Да
 Нет
 Ко мне не относится

8. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим **партнером(-шей)** или Вашими **близкими друзьями** или **родственниками**?

- Очень сильно
 Сильно
 Незначительно
 Совсем нет
 Ко мне не относится

9. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших каких бы то ни было **сексуальных проблем**?

- Очень сильно
 Сильно
 Незначительно
 Совсем нет
 Ко мне не относится

10. На протяжении последней недели насколько сильно **лечение** Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время?

- Очень сильно
 Сильно
 Незначительно
 Совсем нет
 Ко мне не относится

Пожалуйста, проверьте, ответили ли Вы на КАЖДЫЙ вопрос. Спасибо.

Подпись _____

Приложение 6. Информация для пациента

1. С целью предупреждения рецидивов крапивницы пациентам следует избегать воздействия провоцирующих факторов: жара, холод, физические нагрузки, трение кожи.
2. Пациентам с хронической рецидивирующей и физической крапивницей показан бережный уход за кожей с использованием специализированных моющих средств, адаптированных для чувствительной кожи.
3. Пациентам с холинэргической крапивницей следует избегать интенсивной физической нагрузки.
4. Пациентам с замедленной крапивницей от давления следует избегать давления на кожу.
5. При контактной крапивнице следует избегать контакта с провоцирующими факторами.

Общая неспецифическая гипоаллергенная диета

Рекомендуется исключить из рациона:

1. Цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.).
2. Орехи (фундук, миндаль, арахис, грецкие).
3. Рыба и рыбные продукты (свежая и соленая рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра и др.).
4. Птица (гусь, утка, индейка, курица и др.) и изделия из них.
5. Шоколад и шоколадные изделия.
6. Кофе, какао.
7. Копченые изделия, колбасы, полуфабрикаты (пельмени, сосиски, сухие супы).
8. Уксус, горчица, майонез, маринады, соусы и прочие специи.
9. Хрен, редис, редька.
10. Томаты, баклажаны и изделия из них.
11. Грибы
12. Яйца.
13. Молоко пресное.
14. Клубника, земляника, дыня, ананас, вишня, бананы.
15. Сдобное тесто, торты, пирожные, кексы, пицца, фастфуд.
16. Мед и продукты пчеловодства.
17. Категорически запрещается употреблять любые спиртные напитки (в т.ч. слабоалкогольные).
18. Мясные бульоны первичные.
19. Морепродукты (крабы, раки, креветки и продукты их содержащие).
20. Газированные напитки.

В пищу можно употреблять:

1. Мясо говяжье нежирное (отварное).
2. Супы: крупяные, овощные (на вторичном говяжьем бульоне или вегетарианские).
3. Масло сливочное, оливковое, очищенное подсолнечное.
4. Картофель, морковь, свекла (в отварном виде) капуста тушеная.
5. Каши: гречневая, геркулесовая, рисовая.
6. Молочно-кислые продукты – однодневные (творог, кефир, простокваша, сметана).
7. Огурцы свежие очищенные, петрушка, укроп.
8. Яблоки печеные
9. Чай (слабозаваренный) без ароматизаторов и добавок.
10. Компоты из свежих яблок, сливы, смородины, сухофруктов.
11. Сахар (в ограниченном количестве).
12. Белый не сдобный хлеб (подсушенный).

Больным, страдающим аллергией, не рекомендуется употребление продуктов, содержащих:

- **пищевые красители** (тартразин E102, желто-оранжевый S E110, азорубин E122, амарант E123, красная кошениль E124, эритрозин E127, бриллиантовая чернь BN E151);
- **ароматизаторы** (глутаматы B 550-553);
- **консерванты** (сульфиты и их производные E220-227, нитриты E249-252, производные бензойной кислоты E210-219);
- **антиоксиданты** (E321).