

Российская ассоциация аллергологов и
клинических иммунологов

Утверждено
Президиумом РААКИ
23 декабря 2013 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КРАПИВНИЦЫ

Москва
2013г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АНА – антинуклеарные антитела
- АО – ангиоотёк
- анти-FcεRIα АТ – аутоантитела к α-цепям высокоаффинных рецепторов IgE
- анти-IgE АТ – аутоантитела к IgE
- ГКС – глюкокортикостероиды
- КР – крапивница
- ЛС – лекарственные средства
- ЛТ- лейкотриен, - ы
- МКБ-10 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения
- НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты
- ОРЗ – острые респираторные заболевания
- РКИ – рандомизированные клинические исследования
- СОЭ – скорость оседания эритроцитов
- СРБ – С-реактивный белок
- УВ – уртикарный васкулит
- С1-ингибитор – ингибитор первого компонента комплемента
- H₁-АГ - H₁-антигистаминные
- IgE – иммуноглобулин класса E
- IgG – иммуноглобулин класса G
- NB – nota bene (обратить внимание)
- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- UAS 7 - urticaria activity score 7

ОГЛАВЛЕНИЕ

Методология.....	4
Определение.....	8
Код МКБ-10.....	8
Профилактика	8
Скрининг.....	8
Классификация.....	8
Диагностика.....	10
Лечение	10
Не рекомендуется	16
Дальнейшее ведение.....	25
Прогноз.....	25

1. МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в базы данных EMBASE и PubMed/MEDLINE, данные международных согласительных документов по крапивнице/ангиоотеку (EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guidelines on urticaria 2009).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

Исследования оценивали с использованием методологического перечня 2 (Methodology Checklist 2) для рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) в соответствии с критериями Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) по трехбалльной системе (++ , + , -). На основании этих критериев и типа исследования определяли уровень доказательств (от 1++ до 1-, 2++ до 2-, 3, 4), что приводило к классу рекомендаций (A-D). Однако методология SIGN не позволяет оценить качество или уровень доказательств в целом, а предназначена только для анализа отдельных исследований, выявленных в процессе поиска. Для общей оценки доказательств применяли практическую систему GRADE, объединившую существующую оценку литературных данных в соответствии с критериями SIGN и вновь опубликованных исследований (табл. 1). Оценки базировались на уровне доказательства, добываемом с использованием методологии SIGN из предыдущих согласительных документов без перепроверки.

Таблица 1. Уровни доказательств

Уровни доказательств	Описание
1++	Высококачественный мета-анализ, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском систематической ошибки
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований, имеющих структуру случай-контроль или когортных исследований с низким риском искажений, систематических ошибок или искажений и высокой вероятностью того, что связи являются причинными
1+	Хорошо проведенный мета-анализ, систематический обзор РКИ или РКИ с низким риском систематической ошибки
1-	Мета-анализ, систематический обзор РКИ или РКИ с высоким риском систематической ошибки
2+	Хорошо проведённые исследования, имеющие структуру случай-контроль или когортные с низким риском искажений, систематических ошибок или искажений и допустимой вероятностью того, что отношения являются причинными
2-	Исследования структуры случай-контроль или когортные с высоким риском искажений, систематических ошибок или искажений и значительным риском того, что отношения не причинны
3	Неаналитические исследования, например сообщение о случае, ряде случаев
4	Мнение экспертов

Уровни доказательств SIGN	Качество доказательств GRADE
1++	Высокое
1+	Умеренное
1 ⁻	Низкое
2++	Низкое
2+	Низкое
2 ⁻	Очень низкое
3	Очень низкое
4	Очень низкое

При подготовке рекомендаций необходимо отличать силу рекомендаций от качества соответствующих доказательств. Система GRADE позволяет обосновать сильные рекомендации доказательствами низкого или значительно реже очень низкого качества, полученными в РКИ более низкого уровня или наблюдательных исследованиях. Одновременно слабые рекомендации могут основываться на высококачественных доказательствах. Первая ситуация складывается в редких случаях, когда не доказательства из включенных исследований, а другие факторы определяют силу рекомендаций, в то время как вторая ситуация отмечается не так редко.

Сила рекомендаций может быть оценена как «сильная» и «слабая».

«Сильная» рекомендация может быть интерпретирована как:

- Большинство людей могут получить это вмешательство;
- Большинство хорошо информированных людей согласились бы с таким воздействием, меньшинство отказались бы;
- Может использоваться как тактическое руководство или как показатель качества.

«Слабая» рекомендация может быть интерпретирована как:

- Большинство хорошо информированных людей согласились бы следовать предложенному варианту действия, значительная часть – нет;

- Широкий диапазон ценности и преимуществ;
- Разработка тактического руководства или показателя качества требует широкого обсуждения заинтересованных лиц.

NB! Слова «мы рекомендуем» используются для сильных рекомендаций, слова «мы предлагаем» - для слабых рекомендаций.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, в первую очередь, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в рекомендации изменения регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Конгрессе _____ 2013 года. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РААКИ для того, чтобы лица, не участвующие в Конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематической ошибки при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Крапивница (от лат. *Urtica* — крапива) — группа заболеваний, характеризующаяся развитием волдырей и/или ангиоотечков.

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.

3. КОД ПО МКБ-10:

- **L50** Крапивница (L50.0 — аллергическая, L50.1 — идиопатическая, L50.2 — вызванная воздействием низкой или высокой температуры, L50.3 — дермографическая, L50.4 — вибрационная, L50.5 — холинергическая, L50.6 — контактная, L50.8 — другая, L50.9 — неуточнённая).

4. ПРОФИЛАКТИКА

Устранение или ограничение воздействия физических или иных триггеров крапивницы (холод, тепло, физическая нагрузка, ингибиторы АПФ, НПВС и т.п.)

5. СКРИНИНГ

Не применимо.

6. КЛАССИФИКАЦИЯ

Крапивницу классифицируют по продолжительности течения, по типам и подтипам. У одного больного могут быть две и более разных форм крапивницы. В практической деятельности российские врачи используют две классификации (классификация, описанная в Российском Национальном согласительном документе по крапивнице/ангиоотёку от 2007 года, и классификация, изложенная в Европейском

согласительном документе по крапивнице/ангиоотеку от 2009 года (таблица 2).

Необходимо отметить, что принципиальных различий в обеих классификациях нет.

Таблица 2. Европейская классификация

Тип	Подтип	Пояснение/триггер
Спонтанная *	Острая спонтанная	длительность болезни менее 6 недель
	Хроническая спонтанная	длительность болезни более 6 недель
Физическая	Холодовая контактная	Холодные предметы, ветер, жидкость
	Замедленная крапивница от давления**	Локальное давление (тяжести, тесная одежда т.п.), возникает через 3-12 часов
	Тепловая контактная	Локальное воздействие тепла
	Солнечная крапивница	УФ и/или видимый свет
	Дермографическая крапивница	Механическое штриховое раздражение
	Вибрационная крапивница/ангиоотек	Вибрация, например, пневматический молоток
Особый тип	Аквагенная крапивница	Вода
	Холинергическая крапивница	Повышение температуры тела, например, вследствие физической нагрузки
	Контактная крапивница	Воздействие на кожу уртикарогенными веществами
	Анафилаксия/крапивница, вызываемая физической нагрузкой	Физическая нагрузка

*В России используется термин «идиопатическая крапивница»

** Замедленная крапивница от давления представляет собой отек на фоне эритемы в месте воздействия давления

Отдельно рассматриваются заболевания, исторически относящиеся к крапивнице, но не являющиеся крапивницей и синдромы, включающие крапивницу/ангиоотек

Таблица 3. Заболевания, исторически относящиеся к крапивнице, и синдромы, включающие крапивницу/ангиоотек

Пигментная крапивница (мастоцитоз)
Уртикарный васкулит
Семейная холодовая крапивница (васкулит)
Негистаминэргический ангиоотек (например, НАО)
<i>Синдром Muckle-Wells</i> (крапивница-глухота-амилоидоз), нейросенсорная тугоухость, Рецидивирующая крапивница, лихорадка, артриты
<i>Синдром Schnitzler's</i> (моноклональная гаммапатия, рецидивирующая лихорадка, артриты)
<i>Синдром Gleich's</i> (эпизодический ангиоотек с эозинофилией), IgM гаммапатия, эозинофилия
<i>Синдром Well's</i> (эозинофильный целлюлит), гранулематозный дерматит с эозинофилией

Оценка активности крапивницы

Оценка активности крапивницы рекомендуется для использования в клинической и исследовательской деятельности. Для этой цели используется простая балльная система – UAS 7 (urticaria activity score 7) или Индекс Активности Крапивницы для оценки тяжести заболевания и результатов лечения спонтанной крапивницы. UAS 7 предполагает суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда) самим пациентом каждые 24 часа за 7 последовательных дней (Таблица 4).

Таблица 5. Оценка активности крапивницы.

Балл	волдыри	зуд
0	Нет	нет
1	Легкая (<20 волдырей/24 ч)	Mild (присутствует, но не причиняет беспокойство)
2	Средняя (20-50 волдыря/24 ч)	Средняя (беспокоит, но не влияет на дневную активность и сон)
3	Интенсивная (>50 волдырей/24 ч или большие сливающиеся волдыри)	Интенсивная (тяжелый зуд, достаточно беспокоящий и нарушающий дневную активность и сон)

Сумма баллов за сутки – от 0 до 6, за неделю – максимум 42 балла.

Эта балльная оценка активности не может быть использована для оценки активности физической крапивницы и изолированных ангиоотёков.

7. ДИАГНОСТИКА

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, обосновано у пациентов с длительно сохраняющейся, тяжелой и/или персистирующей крапивницей. Причиной крапивницы могут быть заболевания и состояния, ассоциированные с хронической крапивницей: аутоиммунный тиреоидит, вирусные инфекции (гепатит А и В), бактериальные инфекции (например, заболевания желудочно-кишечного тракта, вызванные *Helicobacter pylori*), паразитарные инвазии, неинфекционные хронические воспалительные процессы (гастрит, рефлюкс эзофагит, холецистит), неспецифическая пищевая гиперчувствительность или атопия, аутоиммунные заболевания.

Анамнез

1. Описание элементов пациентом.
2. Наличие и/или отсутствие ангиотёков и их локализация.
3. Начало заболевания, длительность данного эпизода крапивницы.
4. Эффективность H1-антигистаминных лекарственных средств (ЛС)? Характер предшествующего лечения.
5. Цикличность появления элементов (время суток, предменструальный период).
6. Связь обострения с приёмом аспирина и/или НПВП, или ингибиторов АПФ или других лекарственных средств.
7. Наличие атопических заболеваний, крапивницы в личном и семейном анамнезе.
8. Наличие физических стимулов обострения крапивницы.

9. Выявление предшествующих или настоящих хронических или острых заболеваний, перенесенных хирургических вмешательств, переливания крови и её компонентов, выезда в регионы с высоким риском заражения инфекционными или паразитарными заболеваниями, посещение ресторана, стресса.
10. Связь обострений с приемом пищи.
11. Профессиональная деятельность, хобби.
12. Результаты проведенного обследования.

Физикальное обследование

1. Диагностика крапивницы визуальная. Лабораторное подтверждение требуется только для выявления причины заболевания.
2. Волдырь при крапивнице имеет три характерных признака:
 - центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный рефлекторной эритемой
 - зуд, иногда ощущение жжения
 - обратимость, волдырь исчезает бесследно в течение 1-24 часов
3. 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 часов
4. Резидуальная гиперпигментация, особенно на голенях, указывает на уртикарный васкулит, буллёзные элементы заставляют думать о буллёзном пемфигоиде и герпетиформном дерматите. Красновато-коричневые пятна, превращающиеся в волдыри после расчёсывания, указывают на пигментную крапивницу. Пальпируемая пурпура на нижних конечностях часто сопровождает васкулит.
5. Выявление клинических признаков атопии (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит).
6. Измерение АД, ЧСС.
7. Измерение температуры тела.

8. Определение размеров периферических лимфатических узлов, печени, селезёнки.
9. Аускультация лёгких, сердца.
10. Пальпаторное исследование брюшной полости.

Клинико-лабораторные исследования

Не рекомендуется проводить интенсивное скрининговое обследование всех пациентов с крапивницей для выявления причин заболевания.

Не рекомендуется проводить обследование в случае острой крапивницы, за исключением случаев указания в анамнезе на провоцирующий фактор. В 95% случаев острая крапивница самостоятельно купируется в течение 2 недель и достаточно эффективно лечится антигистаминными препаратами.

Обследование при хронической крапивнице показано для выявления причины заболевания. В случае хронической спонтанной крапивницы рекомендуется ограниченный спектр обязательного обследования. (Таблица 5).

Таблица 5. Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов со спонтанной крапивницей

Тип	подтип	Обязательное диагностическое обследование	Расширенное диагностическое обследование
Спонтанная	Острая спонтанная	Не показано	Не показано
	Хроническая спонтанная	Клинический анализ крови, СРБ	Тесты для исключения инфекционных заболеваний (например, <i>Helicobacter pylori</i>), паразитарной инвазии; атопии; гормонов щитовидной железы и антител к структурам щитовидной железы; тесты для исключения физической крапивницы, с лекарствами, пищевые оральные; тест с аутологичной сывороткой; триптаза; кожная биопсия; D-димер; антинуклеарные антитела; C3/C4 компоненты комплемента; белковые фракции

Рекомендуется ограничить рутинные диагностические тесты при индуцируемой крапивнице до выявления порога провоцирующего фактора. Тесты при подозрении на физическую крапивницу рассмотрены в таблице 6.

Таблица 6. Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов с физической и другими типами крапивницы.

Тип	подтип	Обязательное диагностическое обследование	Расширенное диагностическое обследование в зависимости от анамнеза и проведения дифференциальной диагностики
Физическая крапивница	Холодовая контактная	Холодовой провокационный тест и определение порога чувствительности* (кубик льда, холод, холодный ветер)	Клинический анализ крови и СОЭ/СРБ, криопротеины для исключения других заболеваний, особенно инфекционных
	Замедленная крапивница от давления	Тест с давлением (0.21.5 кг/см ² на 10 и 20 мин)	нет
	Тепловая контактная	Тепловой провокационный тест и определение порога чувствительности* (теплая вода)	нет
	Солнечная крапивница	УФ и видимый свет разной длины волны	Исключить другие фотодерматозы
	Дермографическая крапивница	Вызвать дермографизм	Клинический анализ крови, СОЭ/СРБ
Другие типы	Аквагенная крапивница	Приложить влажную ткань, смоченную водой температуры тела на 20 минут	нет
	Холинергическая крапивница	Физическая нагрузка и горячая ванна	нет
	Контактная крапивница	Prick/patch тесты	нет
	Анафилаксия/крапивница, провоцируемая физической нагрузкой	В зависимости от анамнеза физическая нагрузка с или без пищи	нет

Примечания. Необходимо отменить антигистаминные ЛС за 48 ч до проведения тестов.

*Определение температурного порога чувствительности проводится с помощью прибора Temp-test, порога чувствительности при дермографической крапивнице с помощью дермографометра, недоступных в рутинной практике российских врачей.

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

8. ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения

Рекомендуется достижение полного контроля симптомов крапивницы

Показания к госпитализации

- Ангиоотек в области гортани с риском асфиксии.
- Все случаи анафилактической реакции, сопровождающиеся крапивницей.
- Тяжёлые формы обострения хронической крапивницы и ангионевротического отёка, торпидные к амбулаторному лечению.

Элиминация и устранение причин и триггеров

(для всех – слабая рекомендация, качество доказательств очень низкое)

Лекарства

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).

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, избегать длительных пеших походов 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.

Терапия инфекционных процессов

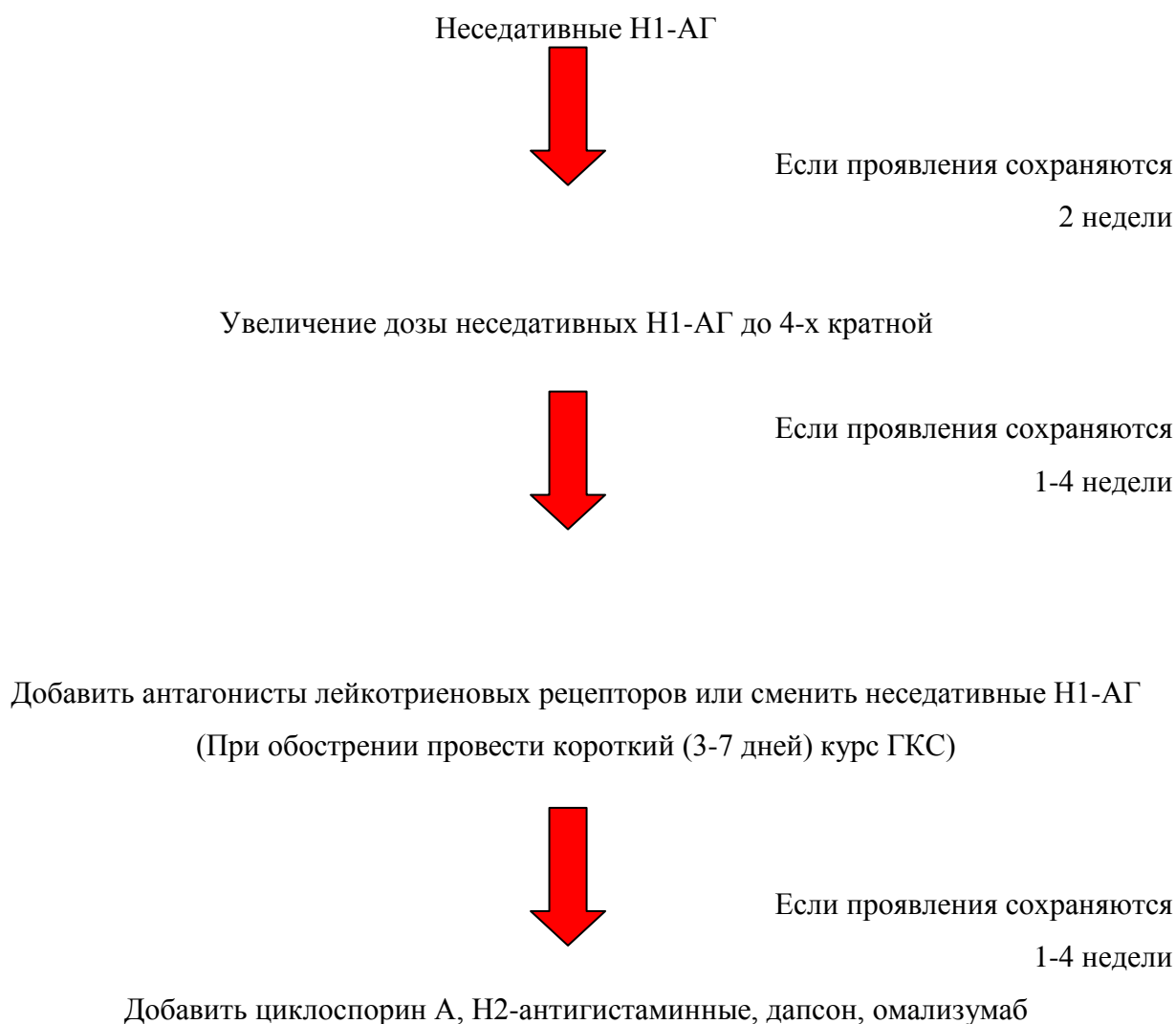
Выявленные инфекционные процессы требуют лечения, это касается, например, воспалительных процессов носоглотки. Вопрос об обязательной эрадикации *H.pylori*, выявленного у пациентов с хронической крапивницей остается открытым. В каждом случае решение принимается индивидуально.

Диета

Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению через 24-48 часов. В случае псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 2-3 недели, требуется ее соблюдение в течение 3-6 месяцев.

Медикаментозное лечение острой и хронической крапивницы

Схема терапии крапивницы



(При обострении провести короткий (3-7 дней) курс ГКС)

Комментарии:

Терапия первой линии обоснована доказательствами высокого качества, характеризуется низкой стоимостью (согласно европейским рекомендациям по лечению крапивницы), очень хорошим профилем безопасности, очень хорошими доказательствами эффективности.

Терапия второй линии обоснована доказательствами низкого качества, характеризуется низкой стоимостью (согласно европейским рекомендациям по лечению крапивницы), хорошим профилем безопасности, хорошими доказательствами эффективности.

Терапия третьей линии обоснована доказательствами низкого качества, характеризуется средней (низкой) стоимостью (согласно европейским рекомендациям по лечению крапивницы), хорошим профилем безопасности, недостаточностью или отсутствием данных по эффективности в высококачественных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).

Препараты, применяемые в качестве средств четвертой линии. Циклоспорин А – дорогостоящий препарат, со средним профилем безопасности, со средним уровнем доказательств эффективности. H₂-антигистаминные – препараты низкой стоимости, с высоким уровнем безопасности, очень низким уровнем доказательств эффективности. Дапсон (зарегистрирован в РФ, но практически недоступен) характеризуется низкой стоимостью, средним профилем безопасности, низким уровнем доказательств эффективности. Омализумаб – дорогой препарат с хорошим профилем безопасности, но с низким качеством доказательств хорошей эффективности.

Комментарии: все указанные лекарственные препараты для лечения крапивницы, кроме H₁-антигистаминных и глюкокортикостероидных средств, применяются не по зарегистрированным показаниям (off label), включая увеличение дозы H₁-антигистаминных средств. При необходимости назначения препаратов по незарегистрированным показаниям, дозам, возрастным ограничениям требуется обосновать назначение, предложить пациенту или его законному представителю подписать информированное согласие, объяснив пользу и риски такого назначения, утвердить назначение на заседании лечебного совета учреждения.

H₁-антигистаминные ЛС — основные средства для лечения крапивницы.

- Рекомендуется использовать H1 антигистаминные второго поколения в качестве препаратов первой линии лечения крапивницы (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).
- Не рекомендуется применение H1 антигистаминных первого поколения в лечении хронической крапивницы кроме отдельных случаев (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).
- Не рекомендуется применение астемизола и терфенадина (сильная рекомендация, высокое качество доказательств). Возможно использование гидроксизина (метаболического предшественника цетиризина) в особых случаях перед переходом на следующую линию терапии. Лечение должно осуществляться специалистами.
- Повышение дозы H1 антигистаминных второго поколения до четырехкратной. Эта рекомендация эффективна как в случае хронической спонтанной, так и индуцируемой крапивницы. Необходимо помнить, что повышение дозы H1 антигистаминных второго поколения не зарегистрировано (за исключением фексофенадина – в 1,5 раза и эбастина – в 2 раза), в то время как эта мера лицензирована для H1 антигистаминных первого поколения, вплоть до 10-кратного увеличения (для гидроксизина).
- H1 антигистаминные второго поколения рекомендуется принимать регулярно, а не по потребности.
- Предлагается использовать терапию первой линии и увеличение дозы H1-антигистаминных препаратов для лечения детей с учетом возраста и веса (слабая рекомендация, низкое качество доказательств).

Комментарий: в РФ практика увеличения дозы H1-антигистаминных препаратов для лечения детей не распространена.

Достаточного количества рандомизированных клинических исследований эффективности и безопасности антигистаминных лекарственных средств второго поколения при острой КР/АО не существует.

Мы рекомендуем придерживаться алгоритма, изображенного на рис. 1, при симптоматическом лечении хронической спонтанной крапивницы (сильная рекомендация, доказательства низкого качества).

При отсутствии особых показаний у пациентов с крапивницей мы не рекомендуем стандартную практику применения седативных антигистаминных препаратов первого поколения (сильная рекомендация, доказательства высокого качества)

Мы не рекомендуем применение астемизола и терфенадина (сильная рекомендация, доказательства высокого качества). Сняты с производства.

Мы предлагаем применять то же лечение первой линии хронической спонтанной крапивницы у беременных женщин и женщин, вскармливающих грудью, хотя данные по безопасности, приведенные в крупных мета-анализах, касаются только лоратадина (слабая рекомендация, доказательства очень низкого качества)

Антигистаминные ЛС, применяемые для лечения КР/АО:

Дезлоратадин 5 мг в сутки. Левоцетиризин 5 мг в сутки. Лоратадин 10 мг в сутки.

Фексофенадин 120 - 180 мг в сутки. Цетиризин 10 мг в сутки. Эбастин 10-20 мг в сутки.

Рупатадин 10 мг в сутки. Клемастин 1 мг 2 раза в сутки внутрь, 2 мг 2 раза в сутки парентерально. Хлоропирамин 25–50 мг в сутки внутрь, 20–40 мг (1–2 мл 2% р-ра).

Дифенгидрамин 25–50 мг каждые 4 - 6 часов , 20–50 мг 1–2 раза в сутки парентерально.

Гидроксизин 25–50 мг каждые 6 ч. Ципрогептадин 2-4 мг каждые 6-8 часов. Хифенадин
Сехифенадин 50-100 мг 2-3 раза в сутки. Хифенадин 25-50 мг 3-4 раза в сутки.

Таблица 7. **Лечение разных видов крапивницы**

Выборка пациентов	Лечение	Качество доказательств	Сила рекомендаций
Острая спонтанная крапивница	нс H1 АГ препараты	Низкое	Сильная
	Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося		
	Преднизолон 20 мг 2 раза в день в течение 4 дней	Низкое	Слабая
	Преднизолон 50 мг/день в течение 3 дней	Очень низкое	
	H2-АГ в течение 5 дней	Очень низкое	
Хроническая спонтанная крапивница	Неседативные H1 антигистаминные препараты. Увеличить дозу - при необходимости в 4 раза	Высокое Низкое	Сильная Слабая
	Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося		

	Неседативные Н1-АГ и циклоспорин	Высокое	Все слабые
	Неседативные Н1-АГ и Н2-АГ циметидин	Очень низкое	
	Монотерапия		
	Трициклические антидепрессанты (доксепин)	Низкое	
	Кетотифен	Низкое	
	Гидроксихлорохин	Очень низкое	
	Дапсон	Очень низкое	
	Сульфасалазин	Очень низкое	
	Метотрексат	Очень низкое	
	Кортикостероиды	Очень низкое	
	<i>Другие методы</i>		
	Комбинированная терапия		
	Неседативный Н1-АГ и станазолол		
	Неседативный Н1- АГ и зафирлукаст	Низкое	
	Неседативный Н1- АГ и микофенолат мофетил (не зарегистрирован в РФ)	Очень низкое	
	Неседативный Н1-АГ и УФ-В	Очень низкое	
	Неседативный Н1-АГ и омализумаб	Очень низкое	
	Монотерапия		
	Оксатомид	Очень низкое	
	Нифедипин	Очень низкое	
	Варфарин	Очень низкое	
	Интерферон	Очень низкое	
	Плазмаферез	Очень низкое	
	Иммуноглобулины		
	Инъекция аутологичной цельной крови (только при положительной кожной пробе с аутологичной сывороткой)		
	Гистаглобулин*	Очень низкое	
Физическая крапивница	Устранение физических факторов	Высокое	Сильная
Симптоматический дермографизм/	Неседативные Н1 АГ	Низкое	Слабая

искусственная крапивница			
Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося			
	Кетотифен (см. также хроническая крапивница) УФ-В	Очень низкое Очень низкое	Все – слабая
Замедленная крапивница от давления	Неседативные H1 АГ (цетиризин) Высокие дозы неседативных H1-АГ	Низкое Очень низкое	Все – слабая
Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося			
	Комбинированная терапия Монтелукаст и неседативные H1-АГ (лоратадин) Монотерапия Преднизолон 40-20 мг* <i>Другие методы лечения</i> Комбинированная терапия Кетотифен и нимесулид Монотерапия Клобетазол пропионат местно Сульфасалазин	Очень низкое Очень низкое Очень низкое Очень низкое Очень низкое	Все – слабая
Холодовая крапивница	Неседативные H1 АГ Увеличить дозы в 4 раза	Высокое	Сильная
Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося			
	Пенициллин в/м/внутрирь Доксициклин внутрирь Индукция физической толерантности <i>Другие методы лечения</i> Ципрогептадин Кетотифен Монтелукаст	Очень низкое Очень низкое Очень низкое Низкое Очень низкое	Все – слабая
Солнечная крапивница	Неседативные H1 АГ Использование топических солнцезащитных средств	Очень низкое Очень	Слабая Слабая
Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося			
	Индукция физической толерантности <i>Другие методы лечения</i>	Очень низкое	Все – слабая

	Плазмаферез + ПУВА Фотоферез Обмен плазмы Внутривенные иммуноглобулины Омализумаб	Очень низкое Очень низкое Очень низкое Очень низкое Очень низкое	
Особые типы крапивницы Холинергическая крапивница	Неседативные H1 АГ При необходимости увеличить дозу	Низкое Низкое	Слабая
Альтернативное лечение при неэффективности применявшегося			
«Физическая толерантность» <i>Другие методы лечения</i> Кетотифен Даназол Омализумаб	Очень низкое Очень низкое Очень низкое Очень низкое	Все – слабая	

*в настоящее время не выпускается

Таблица 8. Нерекомендуемые вмешательства, риск которых перевешивает пользу (качество и сила рекомендаций)

Тип крапивницы	Лечение	Качество доказательств	Сила рекомендаций
Хроническая спонтанная крапивница	Седативный H1-АГ + H2-АГ циметидин	Очень низкое	Все – сильная
	Седативный H1-АГ + β -симпатомиметик тербуталин	Очень низкое	
	Монотерапия антагонистом лейкотриеновых рецепторов монтелукастом	Низкое	
	Антагонист лейкотриеновых рецепторов зафирлукаст	Низкое	
	Транексамовая кислота	Очень низкое	
	Натрия кромогликат	Очень низкое	
Физическая крапивница Замедленная крапивница от давления Симптоматический дермографизм/искусственная крапивница	Колхицин	Очень низкое	Все- сильная
	Индометацин	Очень низкое	
	H2-блокатор в сочетании с седативным или неседативным H1-АГ Нифедипин	Очень низкое Очень низкое	Все – сильная

Немедикаментозное лечение

В случае развития ангиоотека в области гортани при необходимости проведение экстренной интубации или трахеостомии.

Когда нужен консилиум

Назначение лекарственных препаратов не имеющих показаний для лечения крапивницы

9. НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕЛАТЬ

- Не рекомендуется проводить необоснованное интенсивное скрининговое обследование всех пациентов с крапивницей для выявления причин заболевания.
- Не рекомендуется проводить обследование в случае острой крапивницы, за исключением случаев указания в анамнезе на провоцирующий фактор.

- Рекомендовать строгую элиминационную диету более 1 месяца в случае ее неэффективности.
- См. раздел «Лечение» (табл. 8).

10. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Дальнейшее ведение

Предполагает наблюдение и обучение пациентов

Наблюдение

- Оценка активности крапивницы (UAS 7)
- Оценка эффективности проводимой терапии и ее коррекция
- Обследование – по показаниям

Обучение пациента

Обучение пациента проводится лечащим врачом и в группах на занятиях «Аллергошколы». Цель обучения – объяснение причин заболевания, разъяснение целей лечения, необходимости проведения профилактических мероприятий.

11. ПРОГНОЗ

- Острая спонтанная крапивница в большинстве случаев остается единственным эпизодом в жизни пациента
- У 50% больных с хронической рецидивирующей крапивницей наступает спонтанная ремиссия.
- Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения.
- Антигистаминные препараты эффективны у 40-60% пациентов хронической идиопатической (спонтанной) крапивницей