

Современный терапевтический подход к пациенту с крапивницей

Национальные рекомендации по крапивнице

Российская ассоциация аллергологов и
клинических иммунологов

Утверждено
Президиумом РААКИ
23 декабря 2013 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КРАПИВНИЦЫ

Москва
2013г.

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ КРАПИВНИЦЕЙ

Москва - 2015

Международные согласительные документы по крапивнице



Spreading Excellence in Allergy and Asthma

Network of Excellence

Home About us Projects Events Publications EU GA2LEN

4th International Consensus Meeting on Urticaria 2012

Berlin, 28-29 November 2012



4th INTERNATIONAL CONSENSUS MEETING ON URTICARIA
URTICARIA 2012

28-29 NOVEMBER 2012
BERLIN

After three successful symposia in 2000, 2004 and 2008, this year the 4th Meeting on Urticaria will provide again a unique platform for fruitful discussion on this topic on urticaria. We are pleased to invite you to participate in this year's collaboration with the EAACI Dermatology Section, GA²LEN, EDF, WAO and others.

International experts in the field of urticaria have been invited to review the recent advances in patho-physiology, diagnosis and treatment. In addition, poster presentations are planned.

During interactive panel discussions the consensus protocols published shall be thoroughly revised. This will lead to novel guidelines on urticaria.

Please visit the conference website www.urticaria2012.de for further details.



SYMPOSIUM REPORT SUPPLEMENT

A Summary of the New International EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria

Torsten Zuberbier, MD

Abstract: Urticaria is a heterogeneous group of disorders, especially acute urticaria and angioedema can be a medical emergency. This paper summarizes the EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guidelines, the most recent international guidelines from 2009. Patients with urticaria are often not diagnosed and treated appropriately and the guidelines state that clinicians should always aim to provide complete symptom relief. The mainstay of urticaria treatment is the use of modern non-sedating antihistamines, if required up to 4-fold of standard doses.

Key Words: urticaria, acute urticaria, guidelines, non-sedating antihistamines

(WAO Journal 2012; 5:S1–S5)

Urticaria is a common, heterogeneous group of disorders with a large variety of underlying causes. It is characterized by the appearance of fleeting wheals, which each last 1–24 hours and/or angioedema lasting up to 72 hours. This paper summarizes the EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guidelines from 2009^{1,2} for an outline of the diagnosis and treatment of the disease. Currently, these are the only international guidelines available. These guidelines are the result of a consensus reached during a panel discussion at the 3rd International Consensus Meeting on Urticaria, *Urticaria 2008*, a joint initiative of the Dermatology Section of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), the EU-funded network of excellence, the Global Allergy and Asthma European Network (GA²LEN), the European Dermatology Forum (EDF), and the World Allergy Organization (WAO).

TABLE 1. Assessment of Disease Activity in Urticaria Patients

Score	Wheals	Pruritus
0	None	None
1	Mild (<20 wheals/24 hours)	Mild (present but not annoying or troublesome)
2	Moderate (20–50 wheals/24 hours)	Moderate (troublesome but does not interfere with normal daily activity or sleep)
3	Intense (>50 wheals/24 hours or large confluent areas of wheals)	Intense (severe pruritus, which is sufficiently troublesome to interfere with normal daily activity or sleep)
Sum of score: 0–6.		

duration of application in cold urticaria or pressure, and the duration of application until provocation of lesions in delayed pressure urticaria. For nonphysical acute and chronic urticaria, assessing disease activity is more complex. The

TABLE 2. Suggested Questions

Number	Question
1	Time of onset of disease
2	Frequency and duration of wheals
3	Diurnal variation
4	Occurrence in relation to weekends, holidays, and foreign travel
5	Shape, size, and distribution of wheals
6	Associated angioedema
7	Associated subjective symptoms of lesion, e.g. itch, pain
8	Family and personal history regarding urticaria, atopy
9	Previous or current allergies, infections, internal diseases, or

Распространенность

Крапивница – этиологически гетерогенная группа заболеваний и состояний, объединенных основным симптомом и первичным кожным элементом - волдырем.

- **25%** людей в общей популяции имеют хотя бы один эпизод крапивницы в течении жизни
- **25%** случаев крапивницы – хронические (>6 недель длительностью)
- **более 60%** случаев хронической крапивницы – идиопатические (страдают от 0,1 до 3% людей в общей популяции)
- **женщины** страдают хронической крапивницей **в 2 раза чаще** мужчин

Распространенность крапивницы у детей

- До совершеннолетия у **15-20%** детей возникает как минимум один преходящий эпизод острой крапивницы
- В отличие от взрослых у детей чаще возникает **острая крапивница - 85% случаев**; чаще чем у взрослых выявляется причинный фактор заболевания*
- Острая крапивница чаще выявляется у детей с atopическими заболеваниями**
- Распространенность хронической крапивницы в детском возрасте – **0,1-3%**

*Legrain V et al. Urticaria in infants: a study of forty patients. *Pediatr. Dermatol.* 1990; 7: 101-107

**Simons FER. Prevention of acute urticaria in young children with atopical dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:703–706

Характерные особенности

Крапивница – группа заболеваний, характеризующееся развитием волдырей, ангиоотечков или обоих симптомов*

Крапивница

характеризуется появлением волдырей и может сопровождаться ангиоотеком

Волдырь – характерно 3 особенности:

1. Центральный отек различного размера с окружающей эритемой
2. Зуд, реже жжение
3. Кратковременность, исчезают в течении 1-24 часов

Ангиоотек (отек Квинке) – это:

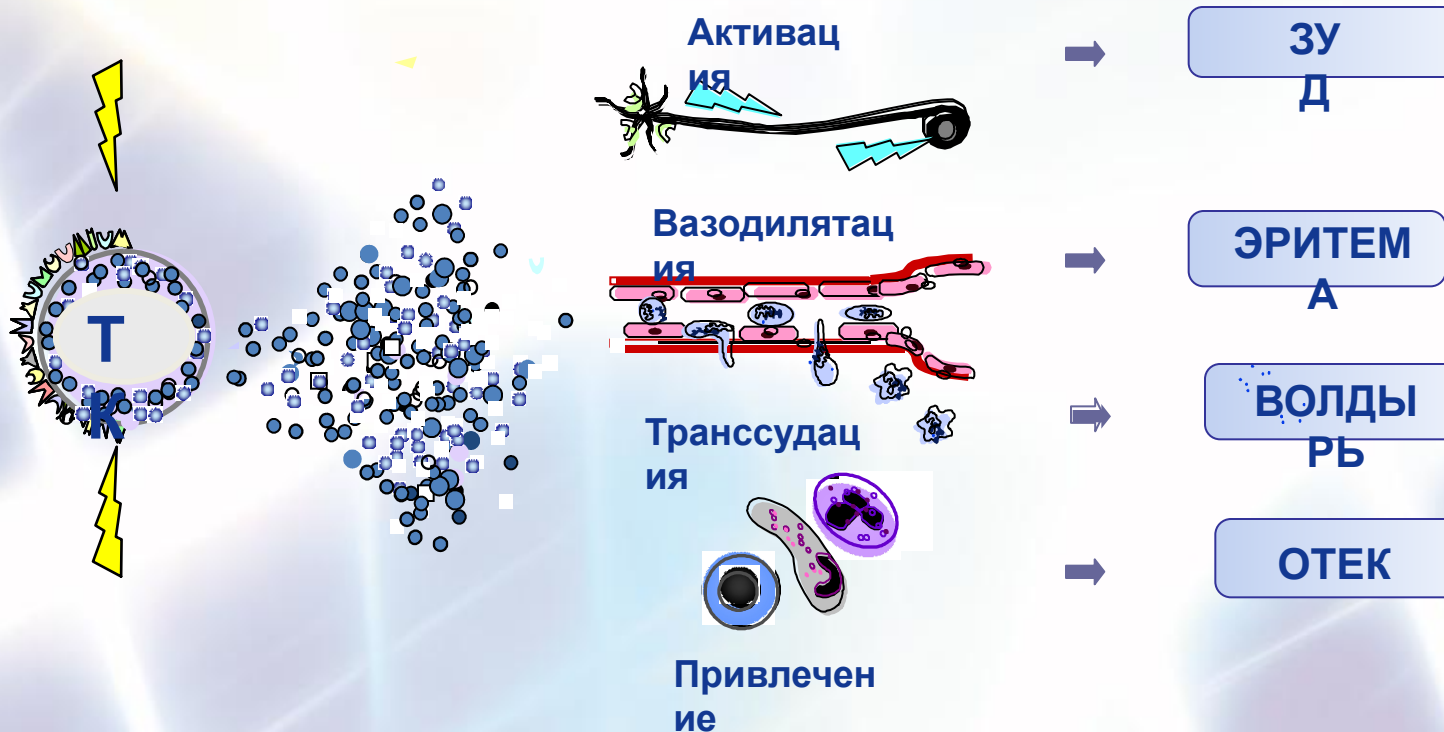
- Внезапный, выраженный отек глубоких слоев кожи и подкожной клетчатки
- Чаще болезненный, чем зудящий отек
- Отек часто, поражающий слизистые оболочки
- Отек, который разрешается в течении 72 и более часов

Патогенез крапивницы изучен недостаточно...



Патогенез крапивницы

Тучные клетки- ключевые эффекторные клетки в развитии симптомов крапивницы



Классификация



Крапивница



```
graph TD; A[Крапивница] --> B[Острая (<6 недель)]; A --> C[Хроническая (>6 недель)];
```

Острая
(<6 недель)

Хроническая
(>6 недель)

Оценка тяжести крапивницы

Индекс Активности Крапивницы

UAS 7 (Urticaria Activity Score 7) предполагает суммарную оценку основных симптомов заболевания (количество высыпаний и интенсивность зуда) самим пациентом каждые 24 часа за 7 последовательных дней

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

Таблица 2. Оценка степени тяжести крапивницы

Баллы	Волдыри	Зуд
0	Отсутствуют	Отсутствует
1	<20 волдырей за 24 ч	Легкий
2	20–50 волдырей за 24 ч	Умеренный
3	>50 волдырей за 24 ч или немногочисленные гигантские уртикарии	Выраженный
Сумма баллов		Степень тяжести крапивницы
0–2		Легкая
3–4		Средней тяжести
5–6		Тяжелая

Острая и хроническая крапивница

- у **детей до 2-х лет** встречаются, как правило, только острые формы крапивниц (продолжительность заболевания не более 6 недель),
- **от 2 до 12 лет** – острые и хронические с преобладанием острых форм,
- дети **старше 12 лет и взрослые** превалируют хронические формы крапивниц

Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. Pediatr Dermatol., 2004, v.21(2), p.102–8

дети первых двух лет жизни

- причиной острой крапивницы **в 75% является пищевая аллергия**

Наиболее часто среди продуктов питания причиной острой крапивницы являются:

- молоко,
- рыба,
- крабы,
- бобовые,
- орехи,
- яйца

N.B.

**чаще встречается у детей с
атопическими заболеваниями****



Острая крапивница пищевые аллергены

Крапивница – **второе**, после обострения атопического дерматита, **проявление пищевой аллергии***

**Kaplan A.P., Greaves M.W. Urticaria and angioedema, 2nd ed.
New York: Informa Healthcare, 2009*

Минуты
часы

- При прямом контакте с пищей (коровье молоко, арахисовое масло и др.) – контактная острая крапивница
- После употребление продукта (околоротовая или генерализованная крапивница и/или ангиоотек)

в том числе, в рамках орального аллергического синдрома (перекрестная с аллергенами пыльцы растений)

Дети старше двух лет/взрослые

Острая крапивница

- на долю **инфекционных заболеваний** приходится приблизительно **60-80%** всех случаев острой крапивницы,

- на лекарственные препараты – 5–10%,

- на пищевые продукты – 2–10%



Острая крапивница инфекции

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ – вирус гриппа, аденовирус, энтеровирус, РСВ, ротавирус, Varicella-zoster, гепатита В, Коксаки А9, Коксаки В5, Эпштейна-Барр и др.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ – β -гемолитический стрептококк группы А, микоплазма, иерсинии, E.coli, H. pylori и др.

ПРОСТЕЙШИЕ И ГЕЛЬМИНТЫ – нечастая причина крапивницы



Острая крапивница инфекции

Инфекции являлись причиной острой крапивницы у подростков и взрослых:

- **в 81% случаев** (Mortureux P. et al. *Acute urticaria in infancy and early childhood. Arch. Dermatol. 1998; 134: 319-321*)
- **в 57% случаев** (Liu T.N. et al. *First attack of acute urticaria in pediatric emergency department. Ped. Neonatal. 2008; 49: 58-64/*)
- **в 91% случаев** (Sackesen C. et al. *The etiology of different forms of urticaria in childhood/ Ped. Dermatol. 2004; 21: 102-108*)

Дети старше двух лет/взрослые

Острая крапивница

- на долю **инфекционных заболеваний** приходится приблизительно **60-80%** всех случаев острой крапивницы,



- на **лекарственные препараты** – **5–10%**,



- на **пищевые продукты** – **2–10%**



Острая крапивница лекарственная аллергия

- Антибиотики (пенициллин, цефалоспорины, сульфаниламиды)
- НПВП (анальгин, ибупрофен, аспирин)
- Поливитамины (В1 и В6)
- Компоненты вакцин (белок яйца, желатин)
- Миорелаксанты и общие анестетики



Крапивница может возникать по:

- IgE-связанному,
- комплемент-опосредованному,
- иммунокомплексному и другим механизмам

!!! Возможно **отсроченное** (7-11-20 дней после начала использования ЛС)

появление симптомов



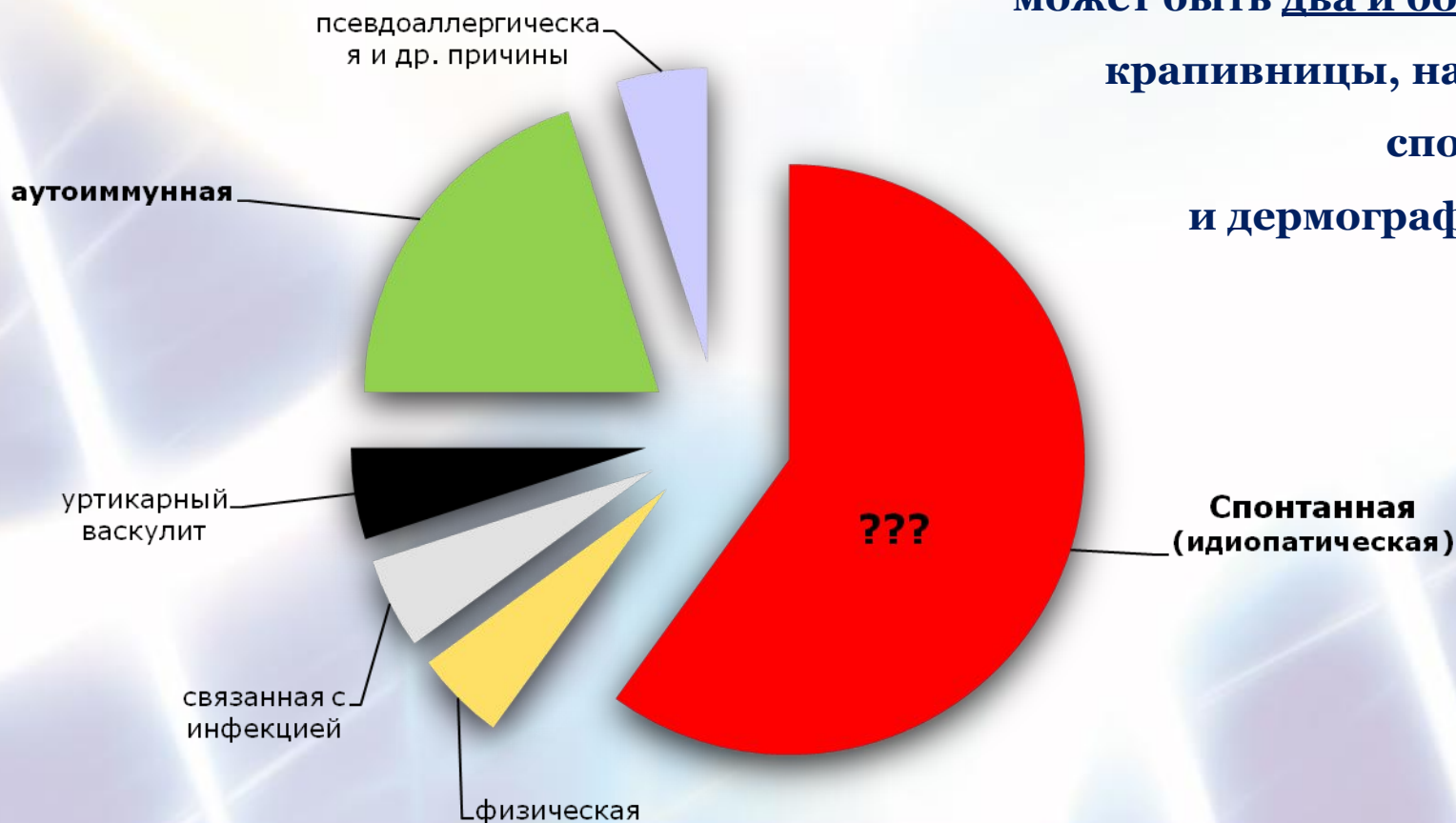
Хроническая крапивница

Классификация хронической крапивницы

Классификация EAACI/GA2LEN/EDF	Российская классификация
	Иммунологическая (аллергическая, аутоиммунная, уртикарный васкулит, комплемент-зависимая)
Спонтанная (острая и хроническая)	Идиопатическая (острая и хроническая)
Физическая (холодовая контактная, замедленная крапивница вследствие давления, тепловая контактная, солнечная, уртикарный дермографизм, вибрационная крапивница/ангиоотек)	Физическая (холодовая контактная, замедленная крапивница вследствие давления, тепловая контактная, солнечная, уртикарный дермографизм, вибрационная крапивница/ангиоотек)
Другие виды крапивницы (аквагенная, холинергическая, контактная, анафилаксия/крапивница, вызванная физической нагрузкой)	Другие виды крапивницы (аквагенная, холинергическая, контактная, анафилаксия/крапивница, вызванная физической нагрузкой)

Хроническая крапивница

... У одного и того же пациента
может быть два и более типа
крапивницы, например,
спонтанная
и дермографическая



Этиология

Острая

Лекарства

Пища и добавки

Инфекции

Другие аллергены

Хроническая

Физический стимул

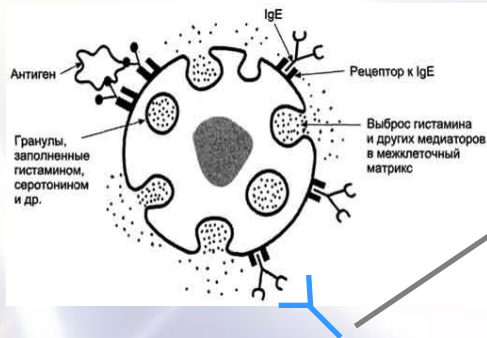
Аутоантитела

Инфекции,
Helicobacter pylori

Другие болезни

Спонтанная (идиопатическая)

Аутоиммунная крапивница



аутоАнтитела к IgE или рецепторам IgE на тучных клетках и базофилах

Более тяжелое течение заболевания

Большая длительность заболевания

Отсутствие или слабый ответ на лечение антигистаминными препаратами

Семейная аутоиммунная крапивница у пациентки 26 лет с АИТ



Идиопатическая крапивница

Повышена способность к дегрануляции тучных клеток
во ответ **на различную??? неиммунную стимуляцию**

- Феномен спонтанной преходящей гиперреактивности тучных клеток кожи у больных с хронической крапивницей

Триггеры идиопатической крапивницы

Тепло/холод

Сдавление

Инфекции

Алкоголь

Псевдоаллергия (пища и пищевые добавки)

Стресс

Лекарства, НПВП
(аспирин, иАПФ)

Инсоляция

- Распространенность **непереносимости аспирина** среди пациентов с хронической крапивницей составляет **27-25%***

Физическая крапивница

Крапивница от давления



Холодовая крапивница



Физическая крапивница

Холинергическая крапивница



Дермографическая крапивница



Классификация ангиоотека

1. **Связанный с крапивницей** (~ 80-90% случаев)
2. **Изолированный ангиоотек** (~ 10-20% случаев):
 - Чаще связан с приемом лекарств –
и-АПФ или НПВС
 - Наследственный (НАО)
 - Приобретенный (ПАО)



Наследственный ангиоотек (НАО)

Редкое заболевание: 1 на 150 000 населения

Начало: 1-2 десятилетие жизни

- Отек любой локализации длительность до нескольких суток
- Отек без крапивницы и субъективных ощущений (без зуда)
- Часто возникает абдоминальный болевой синдром
- Возникает спонтанно или под влиянием провоцирующих факторов (стресс, травма, давление)
- Неэффективность антигистаминных препаратов, кортикостероидов

Диагностика крапивницы

- Эпизод острой крапивницы обычно **не требует** лабораторной диагностики

- Лабораторные и др. исследования необходимы для выявления причины хронической и интермиттирующей острой крапивницы*

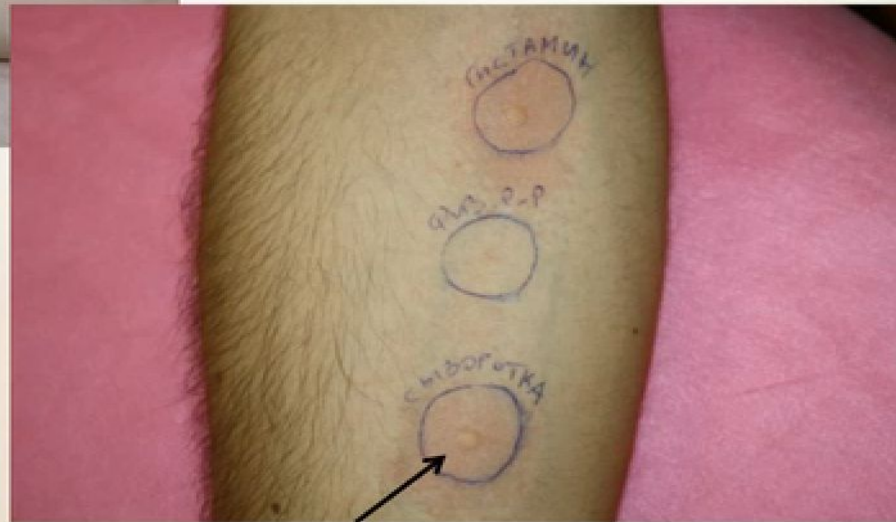
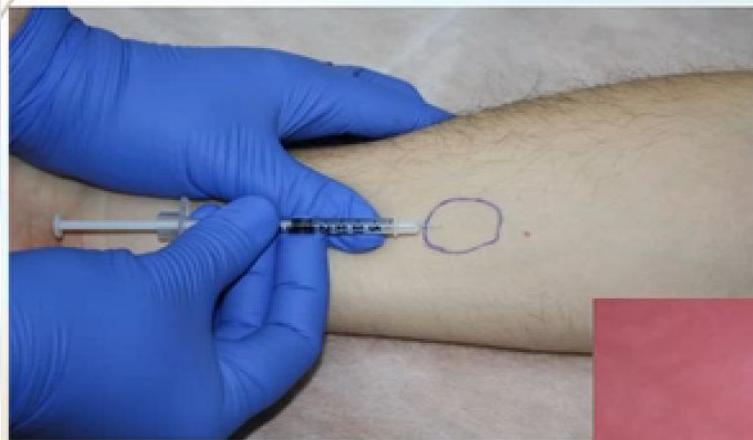
* Kaplan AP. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002;346:175-9.

Рекомендуемые диагностические алгоритмы

Типы	Подтипы	Рутинные диагностические тесты	Расширенная диагностическая программа
Спонтанная	острая	нет	нет (за исключением обоснованных данными истории болезни)
	хроническая	ОАК. СОЭ или СРБ Исключение подозреваемых лекарств	Тесты для исключения инфекций (например, Н.р.), атопии, выявление функциональных аутоантител, тиреоидных гормонов и аутоантител, кожные тесты, включая физические, диета, свободная от псевдоаллергенов на 3 недели, триптаза, кожный тест с аутосывороткой, биопсия кожи D-димер; антинуклеарные антитела; С3/С4 компоненты комплемента; белковые фракции

Аутоиммунная крапивница

- проведение внутрикожного теста с аутологичной сывороткой - «золотой стандарт» диагностики



Диагноз аутоиммунная крапивница позволяет:



1. Не проводить ненужные и зачастую дорогостоящие исследования для поиска других причин крапивницы
2. Успокоить пациента, объяснив природу заболевания и избавив от лишних страхов
3. Исключить бесполезные ограничения в диете
4. Назначать лечение с учетом особенностей патогенеза

Инфекции и хроническая крапивница

1. **Инфекции** - частая причина **острой**, но редкая – хронической крапивницы
2. Значимость паразитарной инфекции при хронической крапивнице часто **переоценивается**
3. ***Helicobacter pylori*** – возможная причина хронической крапивницы

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

Пигментная крапивница (мастоцитоз)
Уртикарный васкулит
Семейная холодовая крапивница (васкулит)
Негистаминэргический ангиоотек (например, НАО)
Анафилаксия, индуцируемая физической нагрузкой
Криопирин-ассоциированные синдромы (CAPS; уртикарные высыпания, рецидивирующая лихорадка, артрагия или артрит, воспаление глаз, слабость, головные боли), такие как семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS), синдром Muckle-Wells (крапивница-глухота-амилоидоз), неонатальные мультисистемные воспалительные заболевания (NOMID)
Синдром Schnitzler's (рецидивирующие уртикарные высыпания, _ моноклональная гаммопатия, рецидивирующая лихорадка, боли в мышцах и костях, артралгии, артриты, лимфаденопатия)
Синдром Gleich's (эпизодический ангиоотек с эозинофилией)
Синдром Well's (гранулематозный дерматит с эозинофилией)

Принципы терапии крапивницы

А. Устранение/ограничение причины или триггера

Б. Симптоматическое фармакологическое лечение или индукция толерантности

Острая крапивница отличается от других типов, являясь самоограничивающейся (самоизлечение в 80-90% случаев)

Хроническая крапивница – лечение зависит от состояния пациента, фазы заболевания, индивидуального ответа на терапию (step up – step down)

Элиминация и устранение причин и триггеров



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

Элиминация и устранение причин и триггеров



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.

Элиминация и устранение причин и триггеров

Диеты



Внимание: Выявленные пищевые аллергены как этиологические факторы острой крапивницы исключаются

Внимание: Применение стандартных «гипоаллергенных диет» при любой крапивнице не рекомендуется!

- Устранение из пищевого рациона выявленных пищевых аллергенов приводит к улучшению через 24-48 часов
- В случае псевдоаллергической реакции улучшение наступает через 2-3 недели

Диеты

**Пищевые псевдоаллергены –
провокаторы обострений хронической крапивницы**



- Для достижения улучшения состояния при псевдоаллергических реакциях у больных с хронической крапивницей может потребоваться **2-3 недели**
- К пищевым псевдоаллергенам **относят** пищевые добавки, консерванты, натуральные салицилаты, некоторые неидентифицированные субстанции, содержащиеся в вине, томатах, травах

Элиминация и устранение причин и триггеров



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).

Элиминация и устранение причин и триггеров

ВАЖНО ПОМНИТЬ

Поиск и доказательство причастности подозреваемой причины и триггера сложен

Ремиссия крапивницы после их устранения может быть спонтанной, но не вследствие проведенных мероприятий

Элиминация и устранение причин и триггеров



Индукция толерантности

Возможна при

- холодовой,
- холинергической,
- солнечной крапивницах.

Эффект сохраняется недолго, поэтому требуется длительное воздействие триггерного фактора, что не всегда поддерживается пациентами.

Лечение острой крапивницы*

- **Удаление/лечение причины** (если возможно)

- **Симптоматическое лечение:**

1 линия:

- антигистаминные препараты 2 поколения внутрь или парентерально (при тяжелых проявлениях)

+/- ГКС коротким курсом (при тяжелых проявлениях)

Лечение острой крапивницы*

- **При жизнеугрожающих состояниях** – отек ротоглотки, гортани и др. - введение **адреналина**
- **Госпитализация показана:** при неэффективности терапии, отеке гортани, сопутствующей анафилаксии
- Применение пролонгированных ГКС, пламофереза **нецелесообразно**

Принципы терапии хронической крапивницы

А. Элиминация идентифицированных причин и лечение сопутствующих заболеваний/очагов инфекции

Б. Лечение

Нелекарственная терапия (индивидуальные рекомендации в зависимости от вида крапивницы):

- информирование пациента
- не рекомендован прием аспирина, кодеина, и-АГФ
- избегать стрессорные воздействия
- исключить перегревание, алкоголь
- диета с низким содержанием гистаминолибераторов

Принципы терапии хронической крапивницы

- При лечении хронической крапивницы, прежде всего, необходимо ставить перед пациентом **реалистические цели**, которые не обязательно включают полное устранение симптомов болезни, так как это не всегда возможно
- Терапия должна быть направлена на достижение такой степени **контроля болезни**, которая позволяет пациенту относительно комфортно жить, быть социально активным, несмотря на единичные уртикарные высыпания

Принципы терапии хронической крапивницы

- **Доступная информация и разъяснение пациенту о:**
характере заболевания,
возможной длительности,
сложности лечения,
малой вероятности аллергической природы,
отсутствии жизнеугрожающих состояний при крапивнице
малой вероятности развития жизнеугрожающих состояний при АО
(кроме отека гортани и обострения НАО)

Международные рекомендации¹

EAACI/GA2LEN/EDF/WAO

ПЕРВАЯ ЛИНИЯ:

**Неседативный
антигистаминный
препарат**

Увеличить дозу (до 4-х кратной)

Добавить
циклоспорин А,
Монтелукаст, анти-IgE (Ксолар)

Если симптомы
сохраняются через 2
недели

Если симптомы
сохраняются через 1-4
недели

При обострении – системные
стероиды на 3-7 дней

Поколения антигистаминных препаратов

1 поколение
«седативные»



Супрастин
Тавегил
Диазолин
Фенкарол
Фенистил
Атаракс

2 поколение
«неседативные»



Метаболизируемые



Лоратадин
Эбастин



Активные
метаболиты



Левоцетиризин
и
Цетиризин
Дезлоратадин
Фексофенадин
Рупатадин

Международные и Российские рекомендации

Мы **рекомендуем предпочитать** современные **H1-антигистаминные средства второго поколения** H1-антигистаминным средствам первого поколения в лечении крапивницы (сильная рекомендация/высокий уровень доказательств)*

**Zuberbier T. et al EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria: the 2013 revision and update. 2014, Allergy*

Седативные блокаторы H1-рецепторов гистамина не более эффективны, но они вызывают больше побочных эффектов

Аллергология и иммунология: национальное руководство/ под ред. Р.М. Хаитова, Н. И. Ильиной. – М.:ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 656с. – (Серия «национальные руководства»). С. 468.

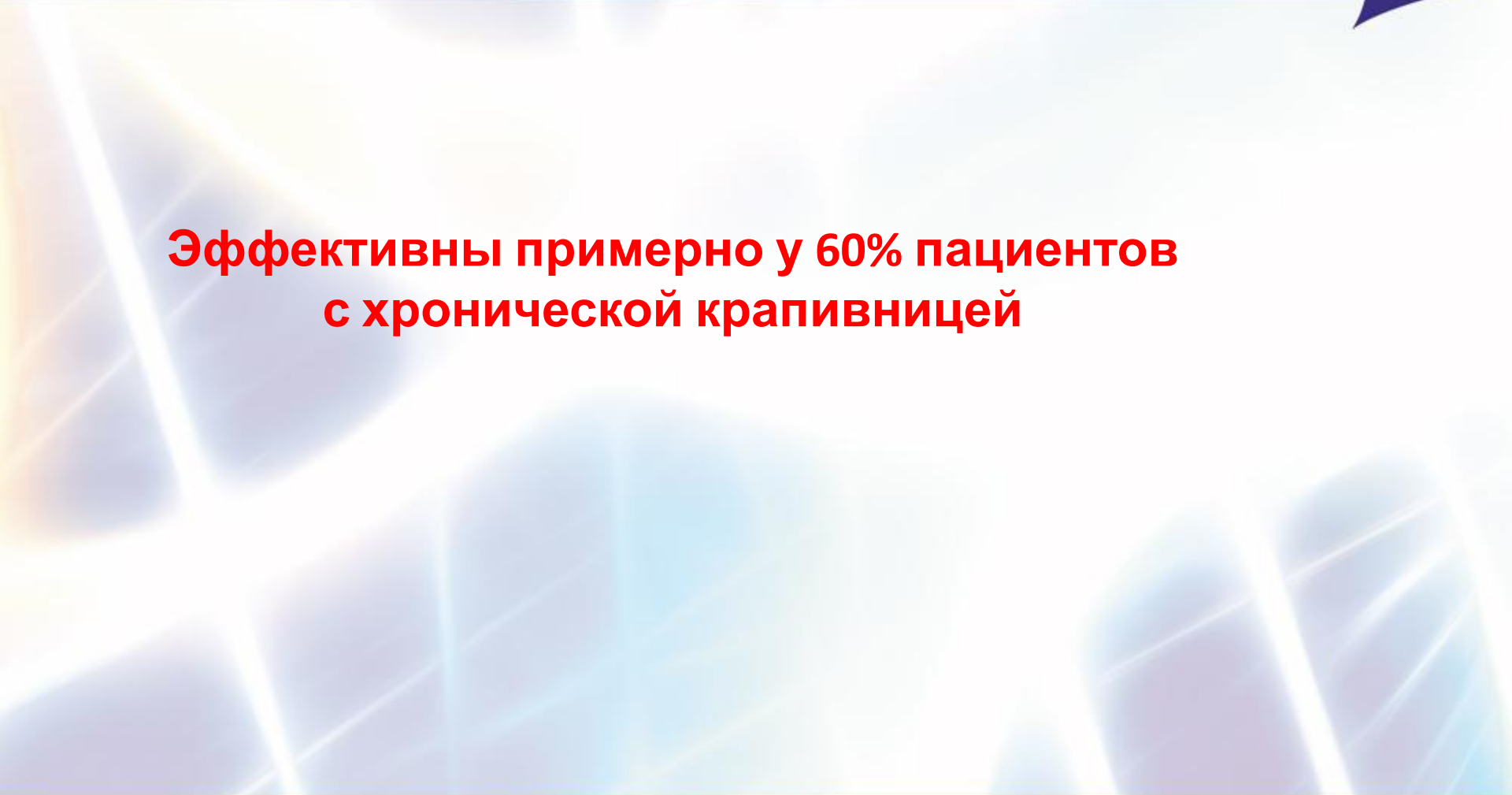
Антигистаминные препараты 2 поколения

- 1/ Дезлоратадин 5 мг в сутки.
- 2/ Левоцетиризин 5 мг в сутки.
- 3/ Лоратадин 10 мг в сутки.
- 4/ Фексофенадин 180 мг в сутки.
- 5/ Цетиризин 10 мг в сутки.
- 6/ Эбастин 20 мг в сутки.
- 7/ Рупатадин 10 мг в сутки.

Антигистаминные препараты

A decorative horizontal arrow pointing to the right, with a blue body and a yellow-to-blue gradient arrowhead.

**Эффективны примерно у 60% пациентов
с хронической крапивницей**

A decorative background pattern consisting of overlapping, semi-transparent, light blue and white geometric shapes, resembling a stylized grid or a network of lines.

Антигистаминные препараты

- Пациентам нужно давать два или три препарата на выбор для регулярного приема
- Предпочтительны препараты с **быстрым началом** действия от 1 часа (рупатадин, цетиризин, левоцетиризин, фексофенадин, акривастин)

Антигистаминные препараты



Не рекомендуется применение астемизола и терфенадина

Возможно использование гидроксизина (метаболического предшественника цетиризина) в особых случаях перед переходом на следующую линию терапии.

Антигистаминные препараты



- Необходимо учитывать суточный ритм высыпаний у каждого конкретного пациента с хронической крапивницей
- Антигистаминные препараты можно отменять только на 30-40 день после последнего эпизода высыпаний

Международные рекомендации¹

EAACI/GA2LEN/EDF/WAO



2013/08-001

Могут ли разные антигистаминные средства использоваться одновременно?

Мы **рекомендуем** предпочитать увеличение дозы современных H1-антигистаминных средств второго поколения **до 4-х кратной** **сильная** рекомендация/доказательства высокого качества), вместо комбинации разных H1-антигистаминных средств одновременно

Предлагается использовать терапию первой линии и увеличение дозы H1-антигистаминных препаратов **для детей с учетом возраста и веса**

**Zuberbier T. et al EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria: the 2013 revision and update. 2014, Allergy*

Алгоритм действий врача при необходимости назначения препаратов «off label»

1. врач должен представить письменное аргументированное обоснование назначения в истории болезни
2. получить заключение консилиума (с участием профильных специалистов и клинического фармаколога) или врачебной комиссии (с участием зам. главного врача)
3. Законный представитель пациента должен дать письменное добровольное информированное согласие на применение лекарственного средства

А.Н. Грацианская, А.А. Бологов, М.Н. Костылева, С.С. Постников. Применение лекарственных средств off label в педиатрической практике. Журнал "Заместитель главного врача" № 8, 2012 год

Международные рекомендации¹

EAACI/GA2LEN/EDF/WAO



2013/08-001

Омализумаб (ксолар)

у пациентов 12 лет и старше.

J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента
L50.1 Идиопатическая крапивница

представляет собой IgG1 -антитело, содержащее человеческую структурную основу с определяющими комплементарность участками мышиного антитела, **связывающими IgE.**

Омализумаб (ксолар)

Механизм действия:

1. снижение количества свободного IgE в крови, а затем и в коже и, следовательно, подавление активация клеток, участвующих в воспалительной реакции.
2. Кроме того, считается, что снижение уровня циркулирующего IgE приводит к быстрой неспецифической десенсибилизации тучных клеток, содержащихся в коже, а FcεRI-рецепторы посредством обратной отрицательной связи поддерживают данную реакцию.

Таким образом, частота возникновения и выраженность симптомов хронической идиопатической крапивницы снижается.

Омализумаб (ксолар)

у пациентов 12 лет и старше.

Рекомендуемая доза препарата Ксолар составляет 300 мг каждые 4 недели в виде п/к инъекции.

Рекомендуется периодическая оценка лечащим врачом необходимости продолжения лечения.

Препарат характеризуется:

очень хорошим профилем безопасности,
очень хорошей эффективностью,
высокой стоимостью.

Циклоспорин А

Препарат характеризуется:

средним профилем безопасности,
хорошей эффективностью,
стоимостью от высокой до средней.

Назначение препарата требует постоянного контроля функции печени, почек, артериального давления.

Не рекомендуется длительная терапия циклоспорином А (более 3 месяцев).

Применяется - в низких дозах 0,4 мг/кг/сутки – 1 месяц

Применяется - в низких дозах 0,3 мг/кг/сутки – 1 месяц

Применяется - в низких дозах 0,2 мг/кг/сутки – 1 месяц

Антилейкотриеновые препараты

Монтелукаст

Предлагается добавить монтелукаст к терапии Н1-АГ второго поколения (слабая рекомендация/доказательства низкого качества)

Препарат характеризуется:

хорошей безопасностью,

низкой эффективностью

относительно низкой стоимостью.

Системные ГКС

(РААКИ) Применяются в дозе 30-40мг в виде коротких курсов перорально (3-5 дней) при тяжелой острой и обострении ХК с ежедневным снижением дозы или отменой сразу

(РОДВК) преднизолон 10–30 мг в сутки перорально до наступления выраженного клинического улучшения с дальнейшим постепенным снижением дозы по 2,5–5 мг 1 раз в неделю до полной отмены

- Применяются одновременно с максимальными дозами АГП и антилейкотриеновыми препаратами
- Для длительного лечения ХК ГКС не показаны; не рекомендованы пролонгированные формы

Принципы терапии аутоиммунной и резистентной к лечению ХК

- Лечение аутоиммунной крапивницы проводится по тем же правилам

Плазмаферез – продолжительность ремиссии сохраняется 2-4 недели

НО!!! Синтез аутоантител восстанавливается через 3-4 недели, что приводит к возобновлению или усилению симптомов крапивницы

Ошибки в лечении крапивницы опрос около 1000 врачей в России

- В большинстве случаев **острой крапивницы** обычной практикой должно быть только симптоматическое лечение высыпаний и отека с последующим наблюдением

Рекомендации

- **Рекомендуется** использовать описанный выше алгоритм лечения крапивницы
- **Не рекомендуется** использовать седативные антигистаминные препараты для лечения крапивницы
- **Рекомендуется** добиваться полного регресса симптомов
- **Не рекомендуется** назначать кортикостероиды, за исключением коротких курсов
- **Не рекомендуется** назначать стандартные гипоаллергенные диеты всем пациентам с ХК

A decorative horizontal arrow with a yellow shaft and a dark blue arrowhead pointing right, set against a green background. The main area of the slide features a light blue and white abstract pattern of overlapping, semi-transparent shapes.

Спасибо за внимание