Приложение 3
к приказу № 287
от «15» сентября 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»

ТАШКЕНТ 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
РСНПМЦДВиК МЗ РУз
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»

Ташкент 2025

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L50.0	Аллергическая крапивница
L50.1	Идиопатическая крапивница
L50.2	Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры
L50.3	Дерматографическая крапивница
L50.4	Вибрационная крапивница
L50.5	Холинергическая крапивница
L50.6	Контактная крапивница
L50.8	Другая крапивница: • хроническая • периодическая повторяющаяся
L50.9	Крапивница неуточненная
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11175

EB00	Спонтанная крапивница
EB01	Индуцированная крапивница и ангионевротический отек
EB02	Холинергическая крапивница и связанные состояния
EB03	Синдромы с крапивницей или ангионевротическим отеком
EB04	Идиопатический ангионевротический отёк
EB05	Крапивница неуточненного типа
	МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости

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.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:
По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор РСНПМЦДВиК МЗ РУз, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Муллаханов Ж.Б.	Заведующий консультативной поликлиникой РСНПМЦДвИК МЗ РУз, д.м.н.	РСНПМЦДВиК
3.	Парпиев Б.Р.	Научный сотрудник РСНПМЦДВиК МЗ РУз	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии с курсом иммунологии АО «Медицинский Университет Астана», президент объединения «Казахстанская Ассоциация дерматовенерологов и дерматокосметологов»

2. Мавлянова Шахноза Закировна –доктор медицинских наук, профессор, заведующая научной лабораторией по изучению дерматозов РСНПМЦДВиК МЗ РУз .

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной работе-Главный врач клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз;

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н., заместитель директора по научной работе РСНПМЦДВиК МЗ РУз.

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.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 1 от 06.02.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи; дерматокосметологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Врачи аллергологи;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения крапивницы в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные крапивницей.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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 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 для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА» ……4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА» ……..……..…..34

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА» ……..…….38

Список сокращений

МНН	международное непатентованное название
мг	миллиграмм
мл	миллилитр
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
РКИ	рандомизированное клиническое исследование
АНО	ангионевротический отёк
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
АПФ	антигиотензин-превращающий фермент
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
СВА	семейная врачебная амбулатория
КВД	кожно-венерологический диспансер

Основная часть.

Введение

Распространенность острой крапивницы составляет 20% [11], среди детского населения - 2,1-6,7% [12], 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 [13]. По данным систематического обзора и метаанализа хроническая крапивница у взрослых в общей популяции составляет 0,7 и 1,4% соответственно, у детей до 15 лет – до 1,1% [14-18].

Определение

Крапивница – кожное заболевание, которое характеризуется появлением на коже (реже на слизистых оболочках) ограниченных эритематозных или белых зудящих уртикарных высыпаний (волдырей) различного размера и формы, не оставляющих после своего исчезновения следов, сопровождающихся зудом. Крапивница может сопровождаться ангионевротическим отеком.

Классификация

Клиническая классификация крапивницы:

По течению:

- острая (до 6 недель);
- хроническая.

По предрасположенности:

- наследственная;
- приобретенная.

По возрасту:

- детская;
- крапивница взрослых.

По клинико-патогенетическим вариантам:

- аллергический вариант;
- псевдоаллергический вариант.

Крапивница: Синдром или нозологическая единица. Крапивница: современные данные о патогенезе, классификации и терапии

По этиологическому фактору:

ТИП	ПОДТИП	ТРИГГЕРНЫЙ ФАКТОР
СПОНТАННАЯ	Острая спонтанная Хроническая спонтанная	Длительность <6 нед. Длительность > 6 нед.
ФИЗИЧЕСКАЯ	Холодовая контактная Замедленная крапивница от давления Тепловая контактная Солнечная крапивница Дермографическая крапивница Вибрационная крапивница/ангиоотёк	Холодный предметы, ветер, жидкость Локальное давление (тяжести, тесная одежда), возникает через 3-12 часов Локальное воздействие тепла УФ и/или видимый свет Механическое, штриховое раздражение, возникает через 1-5 минут Вибрация
ОСОБЫЙ ТИП	Аквагенная крапивница Холинергическая крапивница Контактная крапивница Анафилаксия/крапивница, вызываемая физической нагрузкой	Вода Повышение температуры тела Воздействие на кожу раздражающими веществами Физическая нагрузка

Клиническая картина заболевания

По характеру течения обычная крапивница подразделяется на острую и хроническую.

Под острой крапивницей понимают внезапное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов) продолжительностью менее 6 недель, вызванное воздействием одного или нескольких провоцирующих факторов.

Хронической крапивницей называют состояние, возникающее вследствие известных и неизвестных причин, при котором ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель, появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

Острая крапивница в большинстве случаев остается единственным эпизодом в жизни пациента.

Для хронической крапивницы характерно волнообразное течение без прогрессирующего ухудшения. Согласно данным литературы, продолжительность хронической спонтанной крапивницы у взрослых и детей значимо не отличается. Ремиссия наступает в течение года у 10-30%, в течение 3-х лет у 30-50%, после 5 лет у 40-70% пациентов [20]. Хроническая крапивница продолжается в течение

года у более 70% пациентов и у 14% сохраняется более 5 лет. Сопутствующий ангиоотек ассоциирован с длительностью заболевания.

Спонтанная (идиопатическая) крапивница является наиболее часто встречающейся клинической разновидностью хронической крапивницы. Клинически проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации и сопровождаются зудом, реже – жжением. Волдыри могут иметь тенденцию к слиянию в местах наибольшего трения одеждой или частей тела друг о друга (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра).

На лице элементы могут практически не выступать над уровнем кожи.

В ряде случаев высыпания захватывают практически весь кожный покров и могут сопровождаться повышением температуры тела. Волдыри имеют сначала бледно розовый цвет за счет локального расширения поверхностной сети кровеносных сосудов дермы, а затем, по мере нарастания отека в соединительной ткани и сдавления сети мелких сосудов, они, часто у детей, могут приобретать фарфорово-белый цвет. При уменьшении выраженности отека волдыри постепенно становятся розового цвета, а затем исчезают бесследно.

Таким образом, для волдыря при крапивнице характерны следующие признаки: центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный эритемой; зуд, иногда ощущение жжения; обратимость (волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 часов).

Частным случаем крапивницы является ангиоотек (более ранние термины: ангиоэдема, отек Квинке, ограниченный ангионевротический отек, гигантская крапивница). Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек. Окраска кожи в области ангиоотека более бледная, кожа плотная на ощупь, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем в области отека вдавление не образуется. Ангиоотек чаще развивается на одном участке кожного покрова, большей частью асимметрично. Важным клиническим симптомом, отличающим ангиоотек от крапивницы, является отсутствие зуда. Пациентов обычно беспокоит чувство распирания, реже болезненности в области отека. В процесс вовлекаются, главным образом, хорошо растяжимые ткани, имеющие рыхлую подкожную жировую клетчатку – область век, губ, щек, мошонка, крайняя плоть, реже – конечности, живот, а также слизистые оболочки полости рта, языка, гортани.

При этом клиническая симптоматика бывает обусловлена локализацией отека. При отеке слизистой оболочки носа может быть чихание и затруднение носового дыхания. При поражении губ и языка отмечается резкое асимметричное увеличение их размеров, нарушается речь. При формировании отека в области гортани возникает осиплость голоса, вплоть до афонии, обусловленная отеком голосовых связок, а затем и затруднение дыхания.

Ангиоотек может сохраняться в течение нескольких часов, в некоторых случаях до 72 часов. При рецидивах нередко поражаются те же анатомические локализации.

Таким образом, ангиоотек характеризуется следующими признаками: быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя; чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд; возможное отсутствие эритемы; разрешение в срок до 72 часов.

3.Методы, подходы и процедуры диагностики

Актуальные вопросы дифференциальной диагностики крапивницы uMEDp

Диагностические критерии

Критерии установления диагноза/состояния: Диагностика крапивницы основана на характерных жалобах, клинических проявлениях и лабораторном подтверждении диагноза.

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.

Из анамнеза:

- действие триггерных факторов развития крапивницы накануне появления кожных высыпаний:
  - приём лекарственных препаратов (НПВП, ингибиторы АПФ, антбактериальные препараты и др.);
  - употребление пищевых продуктов (цитрусовых, шоколада, орехов, яиц и др.), пищевых добавок (глютаматов, красителей, стабилизаторов, консервантов);
  - воздействие химических веществ, высоких/низких температур, трения, давления, УФ-лучей, аспираторых триггеров (бытовая пыль, шерсть животных, пыльца растений) и др.;
  - наличие (обострение) хронических и инфекционных заболеваний (заболевания желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастрит и язвенная болезнь, ассоциированные с Helicobacter pilori и др.), эндокринная патология (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит и др.), гельминтозы, очаги фокальной инфекции, вирусный гепатит, онкологические заболевания (в том числе, лейкозы, ходжкинские и неходжкинские лимфомы), диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматомиозит), криоглобулинемия, патологически протекающая беременность, климакс);
- наличие ранее перенесенных отека Квинке, эпизодов крапивницы;
- непереносимость (аллергические реакции в различных вариантах проявлений) продуктов бытовой химии, лекарственных препаратов, пищевых продуктов растительного и животного происхождения, косметических средств и др.

Физикальное обследование:

Эфемерные экссудативные 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, коньюктивы 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.

Лабораторные исследования

- Общий анализ крови
- Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР
- Исследование уровня общего IgE в крови и специфических IgE к причинно-значимым аллергенам в сыворотке крови
- Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Биохимические исследования крови
- Иммунологические исследования
- Аллерготесты:

- Аллерготест иммуноблотинг

- Молекулярная аллергодиагностика

- Молекулярно-генетические исследования
- Биопсия кожи: при атипичных высыпаниях, с целью дифференциальной диагностики.
- СРБ
- Коагулограмма
- Исследование уровня витамина D в крови
- Тесты для исключения/подтверждения:
  - инфекционных заболеваний (например, Helicobacter pylori, стрептококк, стафилококк, Giardia lamblia, Mycoplasma pneumoniae, вирусы гепатита и др.);
  - паразитарной инвазии;
  - патологии щитовидной железы – определение уровня гормонов щитовидной железы и антител к структурам щитовидной железы.
- Тесты для исключения/подтверждения:
  - физической крапивницы,
  - ассоциации с лекарственными препаратами
  - ассоциации с пищевыми аллергенами;
- тест с аутологичной сывороткой;
- определение триптазы;
- определение D-димера;
- определение антинуклеарных антител;

- определение компонентов системы комплемента С3, С4, С1 ингибитор;
- определение XII фактора свертываемости;
- анализ белковых фракций;
- исследование на определение целиакии.

Инструментальные исследования:

- **Скарификационные пробы с аллергенами**: положительные результаты на определенные аллергены.
- **Дерматоскопия:** нерегулярная сеть линейных сосудов, которые соответствуют скоротечно расширенным, горизонтально ориентированным дермальным капиллярам. Возможно наличие расширенных точечных сосудов. Сосуды могут окружать центральную бесструктурную зону – область отека. При надавливании дерматоскопом сосуды исчезают.
- УЗИ внутренних органов

Показания для консультации специалистов

- консультация терапевта, педиатра – при наличии сопутствующих заболеваний.
- консультация аллерголога
- консультация иммунолога

Дифференциальный диагноз:

Основные клинико-лабораторные дифференциально-диагностические признаки крапивницы

Критерии	**Крапивница**	**Уртикарный васкулит**	**Токсико-дермии**	**Герпети-формный дерматит Дюринга**
Характеристика сыпи	Волдыри, отечные, плотные, ярко-розового цвета, приподнимающиеся над уровнем кожи, различных размеров (диаметром от 0,5 до 10-15 см) и очертаний (округлых, крупнофестончатых и др.), нередко с зоной побледнения в центре	Волдыри различной величины, на различных участках кожных покровов.	Полиморфные чаще симметричные элементы сыпи с преобладанием эритематозно-сквамозных, везикулезных и буллезных элементовна коже и слизистых оболочках.	Полиморфные элементы волдырей, выявляются пузыри и пузырьки

Течение процесса	Волдыри исчезают (иногда через несколько минут) бесследно; папулы (при хронической крапивнице), могут сохранятся более суток	Сыпь обычно сохраняется более 1-3 суток и более	Сыпь сохраняется и склонная к генерализации процесса при отсутствии лечения.	Процесс усугубляется без лечения с появлением новых элементов на других участках тела
Интенсивность зуда	Выраженный зуд, жжение	Больные чаще жалуются на боль, чем на зуд	Выраженный	Выраженный
Общее состояние больных	Нарушение общего состояния: озноб, артралгии, удушье; охриплость голоса, одышка, лихорадка (крапивная лихорадка).	Нарушение общего состояния: артралгии, боли в животе, повышение температуры тела.	Нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела, диспепсические нарушения	Нарушение общего состояния: артралгии, повышение температуры тела.
Лабораторные показатели	Эозинофилия; высокого уровня Ig E в сыворотке крови.	СОЭ повышена, изменение соотношения иммуноглобулинов, гемолитическая активность комплемента	СОЭ повышена от 15 до 40 мм/ч,в зависимости от тяжести, эозинофилия от 10 до 40%.	Эозинофилия в крови и в пузырной жидкости до 10-30%, а также гиперчувствительность к препаратам йода.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Современные подходы к лечению хронической крапивницы uMEDp

Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях:

Немедикаментозное лечение:

- Режим №1 (общий);
- Стол № 7 (исключение облигатных пищевых аллергенов, экстрактивных веществ, алкоголя и т.д.).

При исключении предполагаемого или установленного пищевого аллергена наблюдается клиническое улучшение состояния и регресс симптомов через 1–2 дня. Неэффективность элиминационной диеты в течение 1 месяца свидетельствует об отсутствии связи крапивницы с пищевыми продуктами.

При исчезновении высыпаний начинают поэтапное введение исключенных или новых продуктов по одному через день, пока не появятся новые высыпания.
Обеспечение проведения элиминационных мероприятий: влажная уборка помещений, с целью исключения контакта с различными аллергенами.

Физиотерапевтические процедуры:

С	- Низкоуровневая светотерапия LLLT - Ультразвуковая терапия с применением топических средств - UVB-терапия - Бальнеотерапия с минеральными солями и лечебными травами- в стадии ремиссии - Электросон - Пелоидотерапия – в стадии ремиссии - Неинвазивная стимуляция мозга магнитными полями

Медикаментозное лечение:

Цели лечения:

- полное купирование клинических симптомов;
- устранение субъективных проявлений заболевания;
- предотвращение рецидивов;
- предупреждение развития осложнений.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiBl9bKkYqLAxU1IxAIHRj-F9YQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fvestnikdv.ru%2Fjour%2Farticle%2Fdownload%2F8896%2Fpdf_4&usg=AOvVaw3x1Dqq8lFKuh31AOABiNW8&opi=89978449
Крапивница у детей: клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение

Таблица 1

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

Лекарственные средства	**Показания**	**Уровень доказательности**
Лоратадин	таблетки 10 мг, сироп во флаконе *Режим применения:* перорально 1 раз в сутки, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • взрослым и детям старше 12 лет по 1 табл.	А **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» –**

	(10 мг) или 2 чайные ложки сиропа; • детям в возрасте от 2 до 12 лет по 1/2 таблетки или 1 чайную ложку сиропа.	**профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Цетиризин	таблетки 10 мг; сироп 5мг/5мл; капли для приема внутрь 10 мг/1 мл: фл. 20 мл. *Режим применения:* внутрь перорально 1 раз в сутки, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • 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).	А **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Левоцетиризин	таблетки 5 мг; капли 5 мг/1 мл; сироп 2,5 мг/5 мл *Режим применения:* внутрь перорально 1 раз в день, до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • взрослые и дети старше 6 лет таблетки по 5 мг. • капли детям с 6 до 12 месяцев — 1,25 мг (5 капель) х 1 раз/сутки; • капли детям с 1 года до 6 лет — 1,25 мг (10 капель) х 2 раза/сутки.	А **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Дезлоратадин	сироп во флаконе 2,5 мг/5 мл, таблетки 5 мг *Режим применения:* внутрь перорально 1 раз в сутки, до	А **Антигистаминные препараты в лечении**

	исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • 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).	**хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Фексофенадин	таблетки 30, 120, 180 мг, суспензия 6 мг/ мл (30 мл, 300 мл) *Режим применения:* внутрь перорально 1 раз в сутки до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • взрослые и дети старше 12 лет по 180 мг; • дети до 6 лет 30 мг.	А **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Эбастин	таблетки 10-20 мг *Режим применения:* внутрь перорально 1 раз в сутки до исчезновения высыпаний и 4 недели после исчезновения высыпаний: • 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.	А **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Клемастин	таблетки 1 мг, сироп, ампулы по 2,0 мл *Режим применения:* перорально 1 - 2 раза в сутки или 2 мг внутримышечно 2 раза в сутки, № 7-10 дней: • детям от 1 года до 3 лет по 2,0-	С **Место антигистаминных препаратов в алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**

	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.	
Дифенгидрамин	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 *Режим применения:* Внутрь перорально или внутримышечно по 1 мл 1% 1-2 раза в день: • 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 0,015-0,2 г. Свечи вводят в прямую кишку 1-2 раза в день после очистительной клизмы или самопроизвольного очищения кишечника 1-3 раза в день в течение, в среднем, 7-10 дней: • 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.	С **Место антигистаминных препаратов в алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**
Хлоропирамин	Таблетки 25 мг Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/1 мл: амп. 1 мл	С **Место антигистаминных препаратов в**

	При приеме внутрь взрослым - по 25 мг 3-4 раза/сут, детям в зависимости от возраста - по 6.25-12.5 мг 2-3 раза/сут. *Максимальная доза* для взрослых составляет 150 мг/сут. При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг.	**алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**
Тиосульфат натрия	Раствор для внутривенного введения 1.5 г/5 мл В/в по 5-50 мл 30% раствора (в зависимости от вида и тяжести интоксикации).	А К вопросу о лечении крапивницы - Бурняшева - Казанский медицинский журнал
Кальция глюконат	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 1 г/10 мл В зависимости от показаний, применяемой схемы лечения и возраста пациента суточная доза для приема внутрь составляет 1-3 г	А К вопросу о лечении крапивницы - Бурняшева - Казанский медицинский журнал
Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1-2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(А) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Мометазона фуроат: 0,1%	наружно 1 раз в сутки; в течение 3–4 – х недель	(А) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review

		and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Метилпреднизолона ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Флуоцинонид: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Такролимус	Мазь для наружного применения 0.1% Мазь для наружного применения 0.03% **Взрослым и детям старше 2 лет** препарат Такропик наносят тонким слоем на пораженные участки кожи. Препарат можно применять на любых участках тела, включая лицо и шею, в области кожных складок. Не следует наносить препарат на слизистые	(A) Крапивница: патогенез, клиника, терапия

	оболочки и под окклюзионные повязки.	
Пимекролимус	Крем для наружного применения 1% Наружно. Наносят тонким слоем на пораженную область 2 раза/сут. Наносят на кожу любых частей тела, включая голову, лицо, шею, а также зоны кожных складок и сгибов конечностей. Не следует наносить на слизистые оболочки. Нанесение под окклюзионную повязку не исследовалось и поэтому не рекомендуется.	(A) Крапивница: патогенез, клиника, терапия
Преднизолон	таблетки 5 мг, ампулы 30 мг/мл *Режим применения:* внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу 2-3 приема • взрослым 40-60 мг в день; детям 1 мг/кг/день.	C Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Метилпреднизолон	таблетки 4 мг; 16 мг, ампулы 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг. *Режим применения:* внутрь перорально, после еды, разделив суточную дозу на 2-4 приема, № 5 дней: • взрослым – от 4 до 48 мг; • детям – 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м^2/сут.	C Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Бетаметазон	ампулы 1,0 мл внутримышечно суспензия для инъекций *Режим применения:* глубоко в мышцу ягодицы 1 раз в 2-4 недели: • взрослым (4-8 мг) 1-2 мл; • детям: от 1 года до 5 лет – начальная доза 2 мг;	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы

	• детям от 6 до 12 лет 4 мг.	
Гидрокортизон	В/м в дозе от 50-300 мг до 1000-1500 мг/сут в зависимости от тяжести заболевания и возраста пациента. При острых, угрожающих жизни состояниях вводят по 100-150 мг каждые 4 ч в течение 48 ч, затем каждые 8-12 ч.	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Дексаметазон	таблетки 0,5 мг; 1,5 мг, ампулы 0.4% 1.0 мл *Режим применения:* внутривенно 3-4 раза в сутки или внутрь перорально после еды, разделив суточную дозу 2- 3 приема, № 5 дней: • 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/м^2 площади поверхности тела/сут.	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Монтелукаст	Таблетка, порошок и сироп 4-10 мг внутрь	(C) Leukotriene receptor antagonists as add-on therapy to antihistamines for urticaria: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials - ScienceDirect
Зафирлукаст	Взрослым и детям старше 12 лет начальная доза 20 мг по 2 раза в день. При надобности можно с осторожностью повышать дозу. Поддерживающая доза 20 мг по 2 раза в день. Максимальная суточная доза 80 мг в два приёма. Для пожилых, больным с циррозом печени начальная доза 20 мг в два приема, коррекция дозы препарата зависит от реакции на лечение.	(C) Leukotriene receptor antagonists as add-on therapy to antihistamines for urticaria: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials - ScienceDirect

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Таблица 2

Перечень лекарственных средств (имеющих менее 100% вероятность применения).

МНН ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Циклоспорин 2,5; 5 мг/кг/сутки 10, 25, 50, 100 мг капсула, 100/1 мл флакон	Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.	(А) Comparing four immunosuppressive agents for chronic spontaneous urticaria-A network meta-analysis - PubMed
Метотрексат	Концентрат для приготовления раствора для инфузий 100 мг/мл: 5 мл, 10 мл или 50 мл Таблетки, покрытые оболочкой, 2.5 мг Принимают внутрь, вводят в/м, п/к. Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от показаний и стадии заболевания, возраста пациента, состояния системы кроветворения, схемы противоопухолевой терапии, применяемой лекарственной формы.	(А) 333. [2457. JAMP_Mohamed Ali] 1684-1688.pdf

	Необходимо строго следовать указаниям в инструкциях препаратов метотрексата по применению соответствующих лекарственных форм и способов введения метотрексата, в зависимости от показаний.	
лигнин гидролизный + лактулоза таблетки	внутрь 3 раза в день детям от 3 до 5 лет по 1 табл. 3 раза в день; а детям от 2-х до 3 лет по 1\2 табл. 3 раза в день. Длительность курса приема – 2 недели.	(С) [The use of the enterosorbent polifepan in the combined treatment of patients with dermatoses] - PubMed
активированный глауконит 300 мг внутрь	Взрослым по 1 капсуле 3 раза в сутки во время еды (суточная доза 1,8 г). Капсулу запивать водой комнатной температуры. Продолжительность приема 30 дней. Детям от 8 до 12 лет препарат назначают по 1 капсуле 1 раза в день, в возрасте от 13 до 18 лет по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7-10 дней за 30-минут до еды или 1 час после еды. Курс лечения при острых заболеваниях составляет 5 дней, при аллергии и хронических заболеваниях — до 10 дней. Повторный курс — через 2 недели по рекомендации врача.	(С) [The use of the enterosorbent polifepan in the combined treatment of patients with dermatoses] - PubMed
Натрий лактат, сорбитол, натрий хлорид, кальций хлорид, магний хлорид 100-200-250-400-500 мл	Детям до 6 лет рекомендуется назначать в дозе 10 мл/кг, от 6 до 12 лет половина той дозы которая разрешена взрослым, детям старше 12 лет доза соответсвует дозе взрослого человека	(С) Management and treatment of chronic urticaria (CU) - PubMed

Омализумаб	Раствор во флаконах *Режим применения:* 300 мг подкожно каждые 4 недели	A https://rusalljournal.ru/raj/article/view/1359/ru_RU
Лигелизумаб	Раствор во флаконах *Режим применения:* подкожно каждые четыре недели в течение 20 недель	A Исследователи - лигелизумаб безопасно и эффективно лечит крапивницу **Chronic urticaria: new management options - PMC**
Фолиевая кислота	Рекомендован прием фолиевой кислоты через 12 – 48 часов после приема метотрексата. Оптимально – через 24 часа после недельной дозы метотрексата. Доза фолиевой кислоты должна быть не менее 5 мг в неделю.	(B) Low B12 levels in chronic idiopathic urticaria - PubMed
Альфа-липоевая кислота	в/в капельно взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	(C) Липоевая кислота: физиологическая роль и перспективы клинического применения
Глутатион	в/м, в/в медленно (2-3минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день. Внутрь. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком. Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.	(C) Chronic urticaria exacerbated by the antioxidant food preservatives, butylated hydroxyanisole (BHA) and butylated hydroxytoluene (BHT) - PubMed
Аскорбиновая кислота	Внутрь, в/м, в/в 250-1000мг/сут	(C) ADDITION OF VITAMIN C YIELDING IMPROVEMENT IN REFRACTORY CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA - ScienceDirect

Цианокобаламин (Витамин B12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин B2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Тиамина гидрохлорид (Витамин B1)	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Холекальциферол	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно	(С) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-

	в течение 8 недель внутрь - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутрь Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь - 200 000 МЕ однократно внутрь - 150 000 МЕ однократно внутрь - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутрь Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутрь - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутрь	491d-a392-bbae79ce7abb /
Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл), разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	C Integrative lipidomic features identify plasma lipid signatures in chronic urticaria - PMC

Оксиматрин	в/м по 600 мг, один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	C The exploration of the potential mechanism of oxymatrine-mediated antipruritic effect based on network pharmacology and weighted gene co-expression network analysis - PMC
Антраль	внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	C Urticaria and hepatitis - PubMed
Доксепин	Внутрь. При умеренно выраженной степени депрессии и/или тревожности начальная доза составляет 75 мг/сут. В дальнейшем индивидуально подбирают эффективную дозу, которая обычно составляет 75-150 мг/сут. Увеличение дозы проводят постепенно. При значительно выраженной депрессии и/или тревожности эффективная доза может достигать 300 мг/сут. У больных с минимально выраженными нарушениями могут оказаться эффективными меньшие дозы - 25-50 мг/сут.	C Chronic urticaria: new management options | World Allergy Organization Journal | Full Text

	Кратность приема - 1-2 раза/сут (при однократном приеме в течение дня доза доксепина не должна превышать 150 мг). При расстройствах сна большую часть суточной дозы принимают вечером.	
Миртазапин	Внутрь 15-45 мг/сут преимущественно 1 раз/сут перед сном. Дозу постепенно увеличивают до 30-45 мг/сут. Антидепрессивный эффект развивается постепенно, обычно через 2-3 недели от начала лечения, однако прием следует продолжать еще в течение 4-6 месяцев. Если в течение 6-8 недель лечения терапевтического эффекта не отмечается, лечение следует прекратить. Отмену миртазапина проводят постепенно.	C CHRONIC URTICARIA/ANGIOEDEMA IN A 16-YEAR-OLD FEMALE WITH RESISTANT PRURITUS CONTROLLED BY MIRTAZAPINE - ScienceDirect
Пароксетин	Внутрь 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным	C Urticarial vasculitis secondary to paroxetine - PubMed

	ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.	
Гидроксизин	Внутрь. По 12.5-50мг/сут Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг. У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза. Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	C Hydroxyzine (oral route) - Mayo Clinic
Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	C (PDF) Urticaria Successfully Treated with Mindfulness and Nutraceutical Supplements
Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	C Potential Therapeutic Approaches for Chronic Urticaria: Beyond H1-Antihistamines and Biologics - ScienceDirect

Фуросемид	Таблетки 40 мг Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 10 мг/мл: 1 мл амп При приеме внутрь начальная доза для взрослых составляет 20-80 мг/сут, далее при необходимости дозу постепенно увеличивают до 600 мг/сут. Для детей разовая доза составляет 1-2 мг/кг. *Максимальная доза* при приеме внутрь для детей составляет 6 мг/кг. При в/в (струйном) или в/м введении доза для взрослых составляет 20-40 мг 1 раз/сут, в отдельных случаях - 2 раза/сут. Для детей начальная суточная доза для парентерального применения - 1 мг/кг.	C Anaphylaxis to intravenous furosemide - PubMed
Спиронолактон	При отечном синдроме - 100-200 мг/сут (реже - 300 мг/сут) в 2-3 приема (обычно в комбинации с "петлевым" или/и тиазидным диуретиком) ежедневно в течение 14-21 дня. Коррекцию дозы следует проводить с учетом значений концентрации калия в плазме. При необходимости курсы повторяют через каждые 10-14 дней. При выраженном	(C) Therapeutic Uses of Diuretic Agents - StatPearls - NCBI Bookshelf

	гиперальдостеронизме и сниженном содержании калия в плазме - 300 мг/сут в 2-3 приема.	

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.
Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Хирургическое вмешательство: не применяется

Неотложная помощь при острой крапивнице показана в следующих случаях:
1.Массивная, быстро распространяющаяся сыпь с выраженным зудом и отёком.
2.Отёк Квинке (ангионевротический отёк) — особенно лица, век, губ, языка, гортани.
3.Зуд и сыпь, сопровождающиеся симптомами системной реакции:
- слабость, головокружение, тошнота;
- учащённое сердцебиение, чувство нехватки воздуха;
- тревожность, беспокойство, ощущение «приступа».

4.Нарушение дыхания, осиплость голоса, стридор, подозрение на отёк гортани.
5.Снижение артериального давления, обморок, признаки анафилактоидной реакции.
6.Сочетание кожных симптомов с нарушением сознания или судорогами.
7.Отёк или сыпь у детей младше 1 года, особенно на лице и шее.
8.Рецидив сыпи или отёка после предшествующего эпизода анафилаксии.
9.Крапивница, развившаяся после приёма лекарств, укуса насекомого или введения вакцины.
10.Острая крапивница у беременных, особенно на фоне общего ухудшения состояния.

Оценка состояния ABCD
• Стабилизация жизненно важных функций: незамедлительно приступить к медикаментозной терапии:
1. Адреналин (эпинефрин) – при признаках системной реакции (затруднённое дыхание, гипотензия, тахикардия, генерализованные высыпания) ввести в/м 0,5 мл 0,1% раствора (0,5 мг) в переднебоковую область бедра взрослому.
2. Детям доза 0,01 мг/кг (0,01 мл/кг 0,1% р-ра): 6–12 лет обычно 0,3 мл, до 6 лет – 0,15 мл. Предпочтительно внутримышечно, так как подкожное введение действует медленнее. Если через 5–10 минут улучшение отсутствует или состояние продолжает прогрессировать – повторить введение адреналина в той же дозе (возможно повторение каждые ~5 минут при сохранении гипотензии и бронхоспазма). Максимально допустимое количество в/м инъекций до достижения эффекта – 3 раза. При остановке кровообращения – немедленно приступить к реанимации (СЛР) с проведением непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции, одновременно начав проведение адреналина в/в болюсно.
3. Антигистаминные препараты: после или одновременно с первой инъекцией адреналина (если есть помощник) ввести Н1-блокатор – хлоропирамин 20 мг в/м (или медленно в/в в разведении 0,9% NaCl) либо клемастин 2 мг в/м или в/в. Антигистаминные уменьшают кожуные проявления и зуд, но не заменяют адреналин при анафилаксии. Важно: антигистаминные

второго поколения per os на догоспитальном этапе не используются из-за замедленного действия.

4. Глюкокортикоиды: ввести преднизолон 60–120 мг в/в болюсно (или дексаметазон 8–16 мг в/в) как средство второй линии. Хотя эффект стероидов развивается не мгновенно, их применение снижает риск развития поздних фаз аллергической реакции и рецидива. Детям – преднизолон 2 мг/кг в/в медленно (не более 50 мг) либо эквивалентное количество другого ГКС

5. Бронхолитическая терапия: при бронхоспазме, свистящих хрипах – ингаляция сальбутамола через небулайзер (2,5 мг повторно до купирования бронхообструкции) либо через дозированный ингалятор (2–4 вдоха по 100 мкг через спейсер). При сохраняющемся бронхоспазме возможно в/в введение эуфиллина (аминофиллина) 2,4% – 5–10 мл медленно под контролем ЧСС.

6. Оксигенотерапия: всем пациентам с дыхательными нарушениями подача 100% кислорода через маску с резервуаром не менее 8–10 л/мин. При спаде гемодинамики и развитии шока также показана оксигенотерапия.

7. Профилактика аспирации: при угнетении сознания или рвоте уложить пострадавшего на бок (позиция «на боку»), очистить рот и глотку от рвотных масс (мануально или с помощью электроотсоса). При тошноте и рвоте можно применить противорвотные (ондансетрон 4-8 мг в/в). На этапе СМП при глубоком нарушении сознания целесообразна интубация трахеи для защиты дыхательных путей.

8. Мониторинг и транспортировка: постоянно контролировать АД, пульс, дыхание, уровень сознания и насыщение О2. После оказания первой помощи обеспечить как можно более раннюю транспортировку пациента в стационар (в отделение реанимации) для продолжения лечения. Транспортировка – на носилках лежа; при гипотензии – с приподнятыми ногами. Инфузию продолжать во время перевозки.

Продолжение неотложной терапии: основные мероприятия аналогичны догоспитальному этапу. Если к моменту поступления пациента реакции ещё не купированы полностью, продолжают вводить адреналин, антигистаминные и ГКС по необходимости:

При сохраняющейся гипотензии несмотря на повторные в/м инъекции адреналина – начать внутривенную инфузию адреналина под мониторингом. Для инфузии: развести 1 мл 0,1% адреналина в 100 мл 0,9% NaCl (концентрация 0,01% или 100 мкг/мл) и вводить помпой начиная со скорости ~0,1 мкг/кг/мин с титрованием до достижения целевого АД (систолическое >90 мм рт.ст.). В условиях реанимации возможно болюсное осторожное введение 0,5–1 мл того же раствора (что эквивалентно 50–100 мкг) при жизнеугрожающем падении АД. При устойчивой гипотензии, не поддающейся адреналину, применяют вазопрессоры второй линии – норэпинефрин (норадреналин) или вазопрессин в/в инфузорно, допамин в высоких дозах – по стандартным протоколам лечения шока (с учётом гемодинамических показателей).

Пациентам, получающим β-блокаторы, при рефрактерном течении может быть эффективным в/в **глюкагон** 1–5 мг болюсно с последующей инфузией (т.к. он стимулирует адренорецепторы через независимые пути).

Инфузионная терапия: продолжать восполнение объёма циркулирующей крови кристаллоидами. Общий объём и скорость инфузии зависят от степени гипотонии: обычно дополнительно вливают 1–2 л изотонического раствора натрия хлорида в первые часы (детям – до 30 мл/кг), под контролем диуреза и артериального давлени. При необходимости используют коллоидные растворы (желатиноль, гидроксиэтилкрахмал) с осторожностью, учитывая риск аллергии на них.

Кислород и вентиляция: при сохраняющихся признаках дыхательной недостаточности – подача увлажнённого кислорода через маску с потоком 5–10 л/мин, либо ИВЛ (при интубированном пациенте). При бронхоспазме – повторные ингаляции сальбутамола, при отёке гортани – ингаляции адреналина через небулайзер (раствор адреналина 0,1% 5 мл, можно повторять каждые 10–15 мин). Интубированным больным при необходимости проводится продлённая ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха (PEEP) для противодействия отёку дыхательных путей.

Антигистаминные и глюкокортикоиды: при поступлении в стационар обязательно повторно оценить необходимость их введения. Если реакция не полностью купирована – ввести дополнительную дозу хлоропирамина 20 мг в/в или клемастина 2 мг в/в (с учётом ранее введённых доз). ГКС: преднизолон в/в болюсно до суммарной дозы 120–150 мг за первые часы (учитывая уже введённый объем на догоспитальном этапе) либо дексаметазон суммарно до 16–20 мг. В дальнейшем, после купирования острых явлений, системные стероиды могут применяться коротким курсом (например, преднизолон per os 30–40 мг в сутки в течение 3–5 дней с постепенной отменой) по клинической ситуации.

Дополнительные меры: при развитии отёка Квинке (ангиоотёка) в области лица, губ, шеи – все те же мероприятия; при изолированном ангиоотёке без крапивницы (подозрение на наследственный ангиоотёк) – неэффективность стандартной терапии возможна, требуется введение ингибитора С1-эстеразы или икатибанта (в стационаре при наличии). При сопутствующем бронхоспазме возможно назначение ипратропия бромида через небулайзер (0,5 мг). При резистентном бронхоспазме – адреналин 0,3–0,5 мг п/кожно (можно повторять) или инфузия адреналина как выше. В случае развития остановки сердца – проводить реанимационные мероприятия согласно протоколу расширенной реанимации (advanced CPR).

Наблюдение и последующая тактика: после купирования острых проявлений пациент должен находиться под наблюдением не менее 24 часов (в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии). Это связано с риском развития бисфазной анафилаксии – повторного ухудшения состояния через несколько часов после видимого улучшения. В течение наблюдения продолжают мониторинг витальных функций, поддерживающую инфузионную терапию при необходимости, кислород. При стабильном состоянии через 24 часа вопрос о выписке решается индивидуально: при тяжёлой реакции возможно продление госпитализации до 2–3 суток. После выписки пациенту рекомендуется продолжить приём неседативных Н1-антигистаминных препаратов в стандартной или повышенной дозировке в течение минимум 7–10 дней для профилактики рецидива высыпаний. Также необходимо амбулаторное наблюдение: через 1–2 недели – консультация аллерголога для оценки причин острой реакции и обучения пациента мерам профилактики (например, при инсектной аллергии – обучение использованию автоинъектора адреналина, при пищевой – элиминационная диета и пр.). Пациентам, перенёсшим анафилаксию, следует раздать «паспорт аллерголога» с указанием диагноза и причинно-значимого аллергена, а также рекомендациями на случай повторного эпизода.

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для плановой госпитализации:

- распространенность процесса, тяжелое течение, требующее системной терапии;
- непрерывно или часто рецидивирующее течение;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе.

Показания для экстренной госпитализации:

- выраженный отек кожных покровов и слизистых оболочек, подкожной клетчатки.

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование проявлений острой и хронической форм крапивницы;
- достижение стойкой ремиссии;
- отсутствие осложнений.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «КРАПИВНИЦА»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Распространенность острой крапивницы составляет 20% [11], среди детского населения - 2,1-6,7% [12], 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 [13]. По данным систематического обзора и метаанализа хроническая крапивница у взрослых в общей популяции составляет 0,7 и 1,4% соответственно, у детей до 15 лет – до 1,1% [14-18].

Определение

Крапивница – кожное заболевание, которое характеризуется появлением на коже (реже на слизистых оболочках) ограниченных эритематозных или белых зудящих уртикарных высыпаний (волдырей) различного размера и формы, не оставляющих после своего исчезновения следов, сопровождающихся зудом. Крапивница может сопровождаться ангионевротическим отеком.

Терапия крапивницы:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjWvYXxwoOLAxVnGRAIHe4LMJAQFnoECCwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.rmj.ru%2Farticles%2Fdermatologiya%2FHronicheskaya_krapivnica_preparat_vybora%2F&usg=AOvVaw1UBMZwP3Z5aMAajB9yrkj8&opi=89978449

A	Пациентам с крапивницей для обеспечения выраженного противоаллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действия назначаются антигистаминные препараты блокаторы Н1 2го поколения и гипосенсибилизирующие препараты.

Современные представления о крапивнице - Феденко - Consilium Medicum

A	При тяжелом течении процесса, отсутствии эффекта при терапии блокаторами Н1-рецепторов, при замедленной крапивнице вследствие давления, при ангионевротическом отеке назначаются глюкокортикоидные препараты.

Омализумаб в лечении пациентов с хронической крапивницей uMEDp

A	Иммунодепрессанты показаны для лечения хронической идиопатической крапивницы, резистентной к терапии блокаторами Н1-гистаминовых рецепторов, у пациентов в возрасте 12 лет и старше.

Применение омализумаба у взрослых и детей старше 12 лет:

A	Раствор во флаконах. *Режим применения:* 300 мг подкожно каждые 4 недели

Применение плазмафереза:

Плазмаферез и лазерная терапия

C	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

Плазмаферез и лазерная терапия

С	ВЛОК терапия Озонотерапия

Алгоритмы действий врача

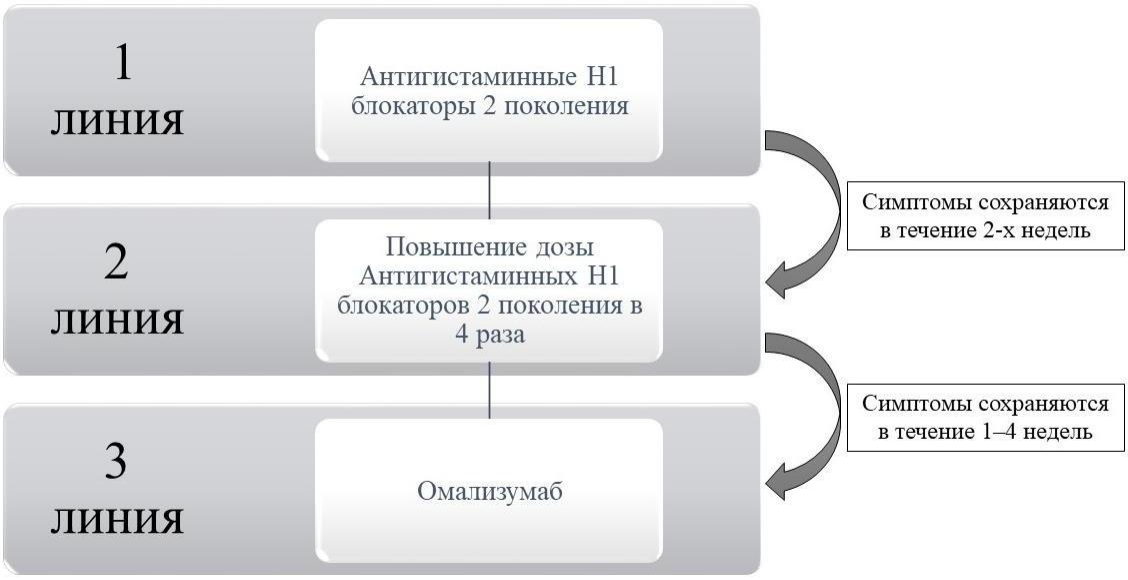
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:

Оценка степени активности, динамики течения и мониторинга лечения крапивницы

Баллы	**Количество волдырей**	**Зуд**
0	Нет	Нет
1	легкая (<20 волдырей/24 ч)	легкая (есть, но не раздражает и не беспокоит)
2	умеренная (20–50 волдырей/24 ч)	умеренная (беспокоит, но не мешает обычной повседневной деятельности или сну)
3	сильная (>50 волдырей/24 ч и большая область распространения)	сильная (тяжелый зуд, со значительным беспокойством и влиянием на нормальную ежедневную активность или сон)
Подсчёт результатов: 0 – отсутствие зуда и высыпаний 0–6 баллов – хорошо контролируемая крапивница 7–15 баллов – легкая степень тяжести крапивницы 16–27 баллов – средней степени тяжести крапивницы 28–42 балла – тяжелое течение крапивницы Оценка и подсчёт проводится каждые 24 часа в течение 7 последовательных дней		

Алгоритм медикаментозного лечения пациентов с хронической крапивницей



Примечание Короткий (максимум 10–14 дней) курс глюкокортикостероидных препаратов может быть проведен в любое время. Показание – тяжесть обострения.*

*** требуется обосновать назначение повышения доз антигистаминных препаратов, превышающих указанные в инструкциях, предложить пациенту или его законному представителю подписать информированное согласие, объяснив пользу и риски такого назначения, утвердить назначение врачебной комиссией.*

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

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Распространенность острой крапивницы составляет 20% [11], среди детского населения - 2,1-6,7% [12], 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 [13]. По данным систематического обзора и метаанализа хроническая крапивница у взрослых в общей популяции составляет 0,7 и 1,4% соответственно, у детей до 15 лет – до 1,1% [14-18].

Определение

Крапивница – кожное заболевание, которое характеризуется появлением на коже (реже на слизистых оболочках) ограниченных эритематозных или белых зудящих уртикарных высыпаний (волдырей) различного размера и формы, не оставляющих после своего исчезновения следов, сопровождающихся зудом. Крапивница может сопровождаться ангионевротическим отеком.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

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, НПВП и т. п.), контроль активности заболевания с помощью анкет (UAS7, UCT, AAS), прием базисной терапии.
Рекомендуется проведение вакцинации по индивидуальному плану в период контроля заболевания.
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).
Комментарии: необходимо обеспечить индивидуальный подход к вакцинации.
Вакцинация не проводится в период обострения заболевания. Учитывая, что польза от вакцинации превышает возможные риски, необходимо обеспечить возможность проведения необходимых профилактических прививок в условиях стабильного течения болезни.

Диспансерное наблюдение:

Ведение пациентов с острой крапивницей и в стандартных случаях хронической крапивницы при достижении контроля над заболеванием может осуществляться врачом-педиатром/ врачом-терапевтом (в случае их отсутствия - врачом общей практики (семейным врачом).
Этап диагностики, назначения и контроля терапии осуществляется с участием: врача аллерголога-иммунолога, врача-дерматовенеролога, врача-педиатра/врача-терапевта. Если есть показания, то назначают консультации врача-гастроэнтеролога, врача-эндокринолога, врача-детского эндокринолога, врача-ревматолога, врача-онколога, врача-детского онколога гематолога, врача-инфекциониста, врача-невролога, врача-психиатра, врача-гематолога, врача-оториноларинголога, врача–пульмонолога и/или других специалистов, согласно клинической необходимости.
Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента с хронической крапивницей осуществляется 1 раз в 3-6 месяцев врачом-аллергологом-иммунологом или врачом дерматовенерологом. В случае приема пациентом иммуносупрессивных препаратов наблюдение должно включать диагностические мероприятия контроля состояния пациента (указано в соответствующих разделах).

Дальнейшее ведение:

- диспансерный учет по месту жительства у аллерголога при наличии аллергического генеза;
- при хронической крапивнице длительное применение антигистаминных препаратов (второго поколения) до наступления ремиссии заболевания, в среднем 3- 6 месяцев регулярной терапии;
- провести лечение имеющихся или выявленных в ходе обследования заболеваний внутренних органов;

- рекомендовать строгую элиминационную диету более 1 месяца;
- проведение диагностических мероприятий при наступлении полной ремиссии (кожные скарификационные пробы) в специализированных кабинетах под контролем аллерголога.

Список литературы

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022; 77(3):734-766. doi:10.1111/all.15090
2. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. Front Immunol. 2019; 10:627. Published 2019 Mar 29. doi:10.3389/fimmu.2019.00627
3. Maurer M, Altrichter S, Schmetzer O, Scheffel J, Church MK, Metz M. Immunoglobulin E Mediated Autoimmunity. Front Immunol. 2018;9:689. Published 2018 Apr 9. doi:10.3389/fimmu.2018.00689
4. Kolkhir P, Church MK, Weller K, Metz M, Schmetzer O, Maurer M. Autoimmune chronic spontaneous urticaria: What we know and what we do not know. J Allergy Clin Immunol. 2017;139 (6):1772-1781.e1. doi:10.1016/j.jaci.2016.08.050
5. Vonakis BM, Vasagar K, Gibbons SP Jr, et al. Basophil FcepsilonRI histamine release parallels expression of Src-homology 2-containing inositol phosphatases in chronic idiopathic urticaria. J Allergy Clin Immunol. 2007;119 (2):441-448. doi:10.1016/j.jaci.2006.09.035
6. Luquin E, Kaplan AP, Ferrer M. Increased responsiveness of basophils of patients with chronic urticaria to sera but hypo-responsiveness to other stimuli. Clin Exp Allergy. 2005;35 (4):456-460. doi:10.1111/j.1365-2222.2005.02212.x
7. Gibbs BF, Räthling A, Zillikens D, Huber M, Haas H. Initial Fc epsilon RI-mediated signal strength plays a key role in regulating basophil signaling and deactivation. J Allergy Clin Immunol. 2006;118(5):1060-1067. doi:10.1016/j.jaci.2006.07.022 chronic
8. Maurer M, Church MK, Gonçalo M, Sussman G, Sánchez-Borges M. Management and treatment of urticaria doi:10.1111/jdv.13198 (CU). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(3):16-32.
9. Greenberger PA. Chronic urticaria: new management options. World Allergy Organ J. 2014;7 (1):31. doi:10.1186/1939-4551-7-31. 2014
10. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: update. doi:10.1016/j.jaci.2014.02.036 J Allergy Clin Immunol. 2014; 133 (5):1270-1277.
11. Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 2013; 93 (5):500-508. doi:10.2340/00015555-1573
12. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report. Allergy. 2011; 66 (3):317-330. doi:10.1111/j.1398 9995.2010.02496.x
13. Fricke J, Ávila G, Keller T, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. Allergy. 2020; 75 (2):423-432. doi:10.1111/all.14037
14. Saini S, Shams M, Bernstein JA, Maurer M. Urticaria and angioedema across the ages. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8 (6):1866–1874. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.0302–6.
15. Goldstein S, Gabriel S, Kianifard F, Ortiz B, Skoner DP. Clinical features of adolescents with chronic idiopathic or spontaneous urticaria: review of omalizumab clinical trials. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017; 118 (4):500–504. doi:10.1016/j.anai.2017.02.0035.
16. Curto-Barredo L, Pujol RM, Roura-Vives G, Gimenez-Arnau AM. Chronic urticaria phenotypes: clinical differences regarding triggers, activity, prognosis and therapeutic response. Eur J Dermatol. 2019;29(6):627–635. doi:10.1684/ejd.2019.3674 6.

17. Netchiporouk E, Sasseville D, Moreau L, et al. Evaluating comorbidities, natural history, and predictors of early resolution in a cohort of children with chronic urticaria. JAMA Dermatol. 2017;153(12):1236–1242. doi:10.10 01/jamadermatol.2017.3182

18. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med. 2002;346(3):175 179. doi:10.1056/NEJMcp011186

19. Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M, et al. Management of chronic urticaria in children: a clinical guideline. Ital J Pediatr. 2019;45(1):101. doi: 10.1186/s13052-019-0695-x.

20. Toubi E, Kessel A, Avshovich N, et al. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. Allergy. 2004;59(8):869-873. doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00473.x.

21. Schoepke N, Doumoulakis G, Maurer M. Diagnosis of urticaria. Indian J Dermatol. 2013;58(3):211-218. doi:10.4103/0019-5154.110831

22. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике. М.: Союз педиатров. России.2010–2011. 668 с.

23. Nettis E, Foti C, Ambrifi M, et al. Urticaria: recommendations from the Italian Society of Allergology, Asthma and Clinical Immunology and the Italian Society of Allergological, Occupational and Environmental Dermatology. Clin Mol Allergy. 2020;18:8. doi:10.1186/s12948 020-00123-8

24. Metz M, Altrichter S, Buttgereit T, et al. The Diagnostic Workup in Chronic Spontaneous Urticaria-What to Test and Why. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(6):2274-2283. doi:10.1016/j.jaip.2021.03.049

25. Kolkhir P, André F, Church MK, Maurer M, Metz M. Potential blood biomarkers in chronic spontaneous urticaria. Clin Exp Allergy. 2017;47(1):19-36. doi: 10.1111/cea.12870.

26. Altrichter S, Fok JS, Jiao Q, et al. Total IgE as a Marker for Chronic Spontaneous Urticaria. Allergy Asthma Immunol Res. 2021;13(2):206-218. doi:10.4168/aair.2021.13.2.206,

27. Fok JS, Kolkhir P, Church MK, Maurer M. Predictors of treatment response in chronic spontaneous urticaria. Allergy. 2021;76(10):2965-2981. doi:10.1111/all.14757

28. Kolkhir P, Altrichter S, Asero R, et al. Autoimmune Diseases Are Linked to Type IIb Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria. Allergy Asthma Immunol Res. 2021;13(4):545-559. doi:10.4168/aair.2021.13.4.545,

29. Cornillier H, Giraudeau B, Munck S, et al. Chronic spontaneous urticaria in children - a systematic review on interventions and comorbidities. Pediatr Allergy Immunol. 2018;29(3):303-310. doi:10.1111/pai.12870

30. Spickett G. Urticaria and angioedema. J R Coll Physicians Edinb. 2014;44(1):50-54. doi:10.4997/JRCPE.2014.112

31. Kolkhir P, Balakirski G, Merk HF, Olisova O, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria and internal parasites--a systematic review. Allergy. 2016;71(3):308-322. doi:10.1111/all.12818

32. Minciullo PL, Cascio A, Gangemi S. Association between urticaria and nematode infections. Allergy Asthma Proc. 2018;39(2):86-95. doi:10.2500/aap.2018.38.4104

33. Fedorova OS, Fedotova MM, Zvonareva OI, et al. Opisthorchis felineus infection, risks, and morbidity in rural Western Siberia, Russian Federation. PLoS Negl Trop Dis. 2020;14(6):e0008421. doi:10.1371/journal.pntd.0008421

34. Sayasone S, Odermatt P, Phoumindr N, et al. Epidemiology of Opisthorchis viverrini in a rural district southern Lao PDR. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101(1):40-47. doi:10.1016/j.trstmh.2006.02.018

35. Antiparasitic treatment recommendations. A practical guide to clinical parasitology. Editor: Andreas Neumayr. Publisher: Tredition, ISBN: 3734508223. 2016. p. 173

36. Ataseven A, Durmaz K, Ozer I, Dursun R. Gallstones at chronic spontaneous urticaria patients: A retrospective clinical study. Dermatol Ther. 2020;33(2):e13212. doi:10.1111/dth.13212

37. Minciullo PL, Cascio A, Barberi G, Gangemi S. Urticaria and bacterial infections. Allergy Asthma Proc. 2014;35(4):295-302. doi:10.2500/aap.2014.35.3764

38. Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S, et al. Association between urticaria and virus infections: A systematic review. Allergy Asthma Proc. 2016;37(1):18-22. doi:10.2500/aap.2016.37.3915

39. Sugrañes-Montalván A, Barreto-Suárez E, Nicolau-Pestana E, Quesada-Leyva L. Relación entre infección por Helicobacter pylori y urticaria crónica [Relation between Helicobacter pylori infection and

chronic urticaria]. Rev Alerg Mex. 2017;64(4):396-402. doi:10.29262/ram.v64i4.283

40. Kim HJ, Kim YJ, Lee HJ, et al. Systematic review and meta-analysis: Effect of Helicobacter pylori eradication on chronic spontaneous urticaria. Helicobacter. 2019;24(6):e12661. doi:10.1111/hel.12661

41. Maurer M, Magerl M, Ansotegui I, et al. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema-The 2017 revision and update. Allergy. 2018;73(8):1575 1596. doi:10.1111/all.13384

42. aballero T, Baeza ML, Cabañas R, et al. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part II. Treatment, follow-up, and special situations [published correction appears in J Investig Allergol Clin Immunol. 2012;22(2):3 p following 153]. J Investig Allergol Clin Immunol. 2011;21(6):422-443.

43. Cicardi M, Aberer W, Banerji A, et al. Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. Allergy. 2014;69(5):602-616. doi:10.1111/all.12380

44. Bowen T, Cicardi M, Farkas H, et al. 2010 International consensus algorithm for the diagnosis, therapy and management of hereditary angioedema. Allergy Asthma Clin Immunol. 2010;6(1):24. doi:10.1186/1710-1492-6-24

45. Agostoni A, Aygören-Pürsün E, Binkley KE, et al. Hereditary and acquired angioedema: problems and progress: proceedings of the third C1 esterase inhibitor deficiency workshop and beyond. J Allergy Clin Immunol. 2004;114(3 Suppl):S51-S131. doi:10.1016/j.jaci.2004.06.047

46. Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part 1. Cutaneous diseases. J Am Acad Dermatol. 2010;62:541 555. doi: 10.1016/j.jaad.2009.11.686

47. Niu XL, Zhu LL, Shi MH, et al. Association of positive and negative autologous serum skin test responses with clinical features of chronic spontaneous urticaria in Asian patients: A systematic review and meta-analysis. Exp Ther Med. 2019;17(4):2603-2613. doi: 10.3892/etm.2019.7266.

48. Kulthanan K, Subchookul C, Hunnangkul S, Chularojanamontri L, Tuchinda P. Factors Predicting the Response to Cyclosporin Treatment in Patients With Chronic Spontaneous Urticaria: A Systematic Review. Allergy doi:10.4168/aair.2019.11.5.736 Asthma Immunol Res. 2019;11(5):736-755.

49. George M, Balachandran C, Prabhu S. Chronic idiopathic urticaria: comparison of clinical features with positive autologous serum skin test. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74(2):105-108. doi:10.4103/0378-6323.39690

50. Chronic spontaneous urticaria: Standard management and patient education David A Khan (last updated: Dec 21, 2022). URL: https://www.uptodate.com/contents/chronic-spontaneous-urticaria standard-management-and-patient-education?
search=urticaria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=

Компетенции практических навыков по менеджменту крапивницы

(task shifting)

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах крапивницы при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями			+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований		+	+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)		+	+
Скрининговые тесты на сифилис			+
ИФА на общий IgE		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Подтверждающие тесты (2 из 5 обязательны): ИФР, ОТИР, ИФА, ПГАР, ИХА			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование в крови С реактивного белка			+
Исследование в крови антинуклеарных антител			+
Гистологическое исследование			+
Иммунологические исследования			+
Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА			+

Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Микологическое исследование			+
Исследование крови и биосубстратов на инфекции (ИФА, ПЦР)			+
Молекулярно-генетические исследования			+
Аллерготесты			+
Определение гормонов щитовидной железы в крови			+
Тест с аутологичной сывороткой			+
Тесты для исключения/подтверждения: физической крапивницы, ассоциации с лекарственными препаратами, ассоциации с пищевыми аллергенами			+
Определение триптазы			+
Определение D-димера			+
Проверка на инвазию гельминтов			+
Определение компонентов системы комплемента С3, С4, С1 ингибитор			+
определение XII фактора свертываемости			+
Анализ белковых фракций			+
Исследование на определение целиакии			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
УЗИ внутренних органов			+
Скарификационные пробы с аллергенами			+
Лечение крапивницы			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения крапивницы (стр. 17-24)		+	+
Компетенция назначения медикаментозного лечения крапивницы (стр. 24-33)			+

Профилактика крапивницы			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни	+	+	+

Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения	+	+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению крапивницы

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Описание крапивницы		+	+
Симптоматическое описание жалоб на крапивницу			+
Описание патофизиологических механизмов крапивницы			+
Создание подхода к диагностике крапивницы на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов			+
Формирование подхода к лечению крапивницы			+
Опишите немедикаментозную терапию крапивницы.		+	+
Опишите медикаментозную терапиюкрапивницы.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при крапивнице.			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития крапивницы в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.