Крапивница

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Крапивница — группа заболеваний с обратимыми волдырями, ангиоотеками или их сочетанием; острая форма длится менее 6 недель, хроническая — более 6 недель. Рекомендация описывает диагностику, исключение причин и ступенчатое лечение у детей и взрослых, с акцентом на контроль симптомов и распознавание опасного отека гортани.

Главное

- Крапивница — группа заболеваний с обратимыми волдырями, ангиоотеками или их сочетанием; состояния, при которых волдыри являются симптомом анафилаксии, наследственного ангиоотека, аутовоспалительных синдромов и других заболеваний, к крапивнице не относят.
- Острая крапивница длится менее 6 недель, а каждый волдырь исчезает не более чем за 24 часа. При хронической форме волдыри появляются ежедневно или почти ежедневно более 6 недель и также существуют не более 24 часов.
- Ангиоотек — быстро возникающий глубокий отек кожи или слизистых, чаще с чувством распирания или болью, чем с зудом; он может сохраняться до 72 часов. Осиплость, афония и затруднение дыхания указывают на возможное поражение гортани.
- Цель лечения — полный контроль симптомов. Тактика включает устранение триггеров, лечение выявленных инфекционных или воспалительных процессов и ступенчатую симптоматическую терапию.
- Для оценки хронической крапивницы используют UAS7, AAS, UCT и DQLI. UCT оценивает контроль за последние 4 недели: 16 баллов означает полный контроль, а 11 баллов и менее — неконтролируемое течение.
- При хронической крапивнице консультация аллерголога-иммунолога и/или дерматовенеролога нужна для диагностики, дифференциальной диагностики и коррекции лечения; при стабильном контроле стандартное ведение может продолжать терапевт или педиатр.

Диагностика

1. Сначала уточняют вид элементов, их размер и локализацию, длительность существования каждого волдыря, зуд или боль, наличие и расположение ангиоотеков, длительность эпизода и возможные триггеры: лекарства, пища, стресс, физические факторы, тепло, холод и давление.
2. При осмотре подтверждают наличие уртикарий и/или ангиоотеков; измеряют артериальное давление, частоту сердечных сокращений и температуру, оценивают лимфоузлы, печень, селезенку, сердце, легкие и органы брюшной полости.
3. При острой крапивнице обследование обычно не проводят, если нет указаний на провоцирующий фактор (УУР С, УДД 5). При хронической форме всем пациентам проводят ограниченное обследование, включая общий анализ крови, СРБ, общий IgE и IgG-антитела к тиреопероксидазе; для СРБ и общего IgE указаны УУР В, УДД 3.
4. Дополнительные тесты назначают по клинической ситуации: на паразитарные и другие инфекции, включая Helicobacter pylori, антинуклеарные антитела при подозрении на системный аутоиммунный процесс, C1-ингибитор при изолированных ангиоотеках и компоненты комплемента при подозрении на уртикарный васкулит.
5. При подозрении на индуцированную крапивницу проводят соответствующую провокационную пробу: холодовую, с давлением, тепловую, фотопробу, дермографическую, аквагенную или нагрузочную при холинергической форме. Системные антигистаминные средства отменяют за 48 часов до тестирования.
6. В дифференциальной диагностике особенно важны волдыри более 24 часов, пурпура, гиперпигментация, жжение или боль — признаки в пользу уртикарного васкулита; для его подтверждения требуется биопсия кожи с гистологическим исследованием.

Лечение

- Подозреваемые лекарства отменяют или заменяют препаратами другой группы с целью исключения воздействия триггерного или причинного фактора заболевания (УУР С, УДД 5).
- Универсальной диеты нет. Питание подбирают индивидуально; при доказанной пищевой аллергии исключают причинно-значимый продукт (УУР В, УДД 3). Длительные ограничительные диеты при хронической спонтанной крапивнице не рекомендуются.
- При острой крапивнице и/или ангиоотеке назначают неседативный системный антигистаминный препарат второго поколения в стандартной дозе (УУР А, УДД 1).
- Если стандартная доза антигистаминного препарата недостаточно эффективна, взрослым можно повысить дозу в 2–4 раза (УУР В, УДД 2); увеличивают дозу одного препарата, а не комбинируют разные средства. Детям допускается осторожное индивидуальное повышение до двукратной дозы, обычно при сохранении симптомов более 2–4 недель.
- При хронической спонтанной крапивнице у пациентов с 12 лет, если симптомы сохраняются более 2–4 недель на повышенной дозе антигистаминного препарата или раньше при непереносимых симптомах, добавляют омализумаб: 300 мг подкожно один раз в 4 недели, курсом не менее 6 месяцев (УУР А, УДД 1). При недостаточном ответе возможно по решению врачебной комиссии увеличить дозу до 600 мг и/или сократить интервал до 2 недель.
- При тяжелом обострении крапивницы рекомендуется короткий курс преднизолона: взрослым 20–50 мг/сут до 10 дней, детям 1–2 мг/кг/сут в течение 3–7 дней; постепенная отмена после такого курса не требуется (УУР С, УДД 5).
- При недостаточном контроле после антигистаминных средств и омализумаба, при сохранении симптомов 6 месяцев или непереносимом течении, добавляют циклоспорин (УУР А, УДД 2). Диапазон доз — 2–5 мг/кг/сут, в среднем 3,5 мг/кг/сут в 2 приема; длительную терапию более 3 месяцев не проводят.
- При жизнеугрожающем отеке гортани проводят экстренную интубацию трахеи или трахеостомию (УУР С, УДД 5). При тяжелом ангиоотеке у госпитализируемых взрослых возможно введение метилпреднизолона 60–80 (125) мг внутривенно с переходом на прием внутрь на 5–7 дней.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при тяжелой острой крапивнице, ангиоотеке гортани с риском асфиксии, крапивнице в составе анафилаксии, а также при тяжелом обострении хронической крапивницы или ангиоотеке, не отвечающих на амбулаторное лечение.
- Пациента с хронической крапивницей направляют к аллергологу-иммунологу и/или дерматовенерологу; при подозрении на отек гортани или вовлечении ротоглотки проводят ларингоскопию с участием профильного специалиста.
- Динамическое наблюдение при хронической крапивнице проводят у аллерголога-иммунолога или дерматовенеролога один раз в 3–6 месяцев; при иммуносупрессивной терапии добавляют контроль состояния и лабораторных показателей.

Частые вопросы

Как отличить крапивницу от ангиоотека?

Волдырь — поверхностный элемент с зудом, который исчезает бесследно за 1–24 часа. Ангиоотек поражает глубокие слои кожи или слизистые, чаще вызывает распирание или боль, может быть без эритемы и сохраняться до 72 часов.

Нужно ли обследовать пациента с острой крапивницей?

Рутинное обследование при острой крапивнице не проводят, если в анамнезе нет указаний на провоцирующий фактор (УУР С, УДД 5). При подозрении на конкретную причину обследование выбирают по анамнезу и клинической ситуации.

Как лечить хроническую крапивницу, если стандартная доза антигистаминного препарата не помогает?

У взрослых дозу одного неседативного антигистаминного препарата второго поколения повышают в 2–4 раза. Если симптомы сохраняются более 2–4 недель на увеличенной дозе или ранее при непереносимых симптомах, пациентам с 12 лет добавляют омализумаб 300 мг подкожно каждые 4 недели.

Когда при тяжелом обострении крапивницы нужны системные глюкокортикоиды?

При тяжелом обострении рекомендуется короткий курс преднизолона: взрослым 20–50 мг/сут до 10 дней, детям 1–2 мг/кг/сут 3–7 дней. Длительные курсы при хронической крапивнице не рекомендуются.

Что делать при жизнеугрожающем отеке гортани?

При жизнеугрожающей ситуации проводят экстренную интубацию трахеи или трахеостомию; крапивница в составе анафилаксии требует соответствующей неотложной терапии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/264-krapivnica. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/264_2